Deutscher Bundestag
12. Wahlperiode

Drucksache 12/5897

28. 09. 93

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Erster Altenbericht der Bundesregierung

Zugeleitet mit Schreiben der Bundesministerin für Familie und Senioren vom 24. September 1993.

Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission

Gliederung

Seite

Einleitung 3

A. Ausgangslage

1. Demographischer Wandel 5
2. Wandel der Lebenssituation älterer Menschen 6

B. Schwerpunkte der Altenpolitik

1. Ältere Arbeitnehmer, Übergang in den Ruhestand 8
2. Lebenszugewandtes Altern 10
3. Einkommens- und Vermögenssituation im Alter 13
4. Wohnen im Alter 17
5. Gesundheit im Alter 20
   - Gesundheitsversorgung 20
   - Prävention 22
   - Rehabilitation 23
   - Gerontopsychiatrie 24
   - Arzneimittelanwendung 25
   - Ernährung 26
6. Absicherung bei Pflegebedürftigkeit 26
7. Soziale Infrastruktur 30
8. Situation älterer Menschen in den neuen Bundesländern 33
   - Wirtschaftliche Lage 33
   - Gesundheitsversorgung 35
   - Wohnverhältnisse 36
   - Beratungsangebote 37
   - Ambulante soziale Dienste 37
   - Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe 38
9. Situation älterer Menschen in Europa 39

Einleitung

Auftrag

Gesamtbericht erweitert um neue Bundesländer und europäische Perspektive

Am 22. Februar 1989 beauftragte die Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr, eine Sachverständigenkommission mit der Erstellung eines Gesamtberichts zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Ein erster Teilbericht wurde bis Anfang 1990 erarbeitet. Angesichts der zu diesem Zeitpunkt kurz bevorstehenden Vereinigung der beiden deutschen Staaten wurde dieser erste Teilbericht — entgegen der ursprünglichen Absicht — nunmehr nicht veröffentlicht. Der Auftrag der Kommission wurde erweitert: Es galt, die Situation der älteren Menschen in den neuen Bundesländern mit einzubeziehen. Hierzu wurde die Sachverständigenkommission verstärkt durch Experten aus den neuen Ländern. Der Kommissionsauftrag wurde darüber hinaus erweitert um die europäische Perspektive: Aussagen sollten — wo möglich — im Vergleich zu den Nachbarländern getroffen werden. Diese Beschreibung der Lebensbezüge und -umstände liefert ein differenziertes Bild der heutigen älteren Generation. Einflüsse, die sich auf den Alternsprozess auswirken, und Veränderungen der Bedingungen des Alterns früher und heute werden dabei deutlich.

Erstmals umfassende Analyse

Die Sachverständigenkommission unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. R.-M. Schütz übergab am 3. November 1992 der Bundesministerin für Familie und Senioren, Hannelore Rönsch, ihren Bericht, der nunmehr ergänzt um die Stellungnahme der Bundesregierung als Erster Altenbericht vorliegt und eine umfassende Beschreibung und Analyse der Situation älterer Menschen liefert. Die daraus ableitbaren Empfehlungen werden auf allen Gesellschafts- und Politikebenen Anregungen geben, die Belange und Bedürfnisse älterer Menschen verstärkt zu berücksichtigen.

Altenpolitische Grundsätze der Bundesregierung

Größere Bedeutung für Gesellschaft

Demographische Entwicklung und Bewußtseinswandel in der Gesellschaft räumen den älteren Menschen zunehmend größere Bedeutung in der und für die Gesellschaft ein. Diesen Veränderungen trägt die Politik der Bundesregierung Rechnung und sie trägt im Rahmen ihrer Zuständigkeit dazu bei, den Bewußtseinswandel und die damit einhergehende Eigenständigkeit des Politikfeldes „Altenpolitik" zu bestärken.

Verändertes Selbstverständnis

Nachdem 1986 erstmals die Situation der älteren Menschen in der Familie — als Vierter Familienbericht der Bundesregierung (BT-Drucksache 10/6145) — beschrieben wurde, spiegelt sich in dem umfassenderen Auftrag an die Sachverständigenkommission des Ersten Altenberichts das veränderte Selbstverständnis der älteren Generation und das veränderte Bild von den Älteren in der Gesellschaft wider. Die Bedeutung des „Dritten Lebensalters" ist von Familie und familiären Beziehungen geprägt, ist aber auch ergänzt um über die Familie hinausgehende gesellschaftliche Bereiche und Beziehungs- und Aufgabenfelder.

Der hohe Stellenwert, den die Bundesregierung der Politik für und mit Senioren einräumt, wird auch sichtbar in einem im Januar 1991 erfolgten neuen Ressortzuschnitt: durch die Einrichtung eines Bundesministeriums für Familie und Senioren. Politik mit und für Senioren ist Teil einer umfassenden Gesellschaftspolitik, die das Miteinander der Generationen mitgestaltet; sie steht in enger Wechselbeziehung und Verbindung zu anderen Politikbereichen. Politik für ältere Menschen ist nur zu einem Teil Angelegenheit des Bundes. Hauptsächlich liegen die Zuständigkeiten und Aufgaben in den Händen der Länder und Kommunen. Eine enge Zusammenarbeit mit den Bundesländern und kommunalen Spitzenverbänden wie auch mit den gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen ist daher Grundlage für eine dem Wohle der älteren Menschen dienende Altenpolitik. Der Bund kann im Rahmen seiner Zuständigkeiten durch Gesetzgebung und Anregungskompetenz

Weichen stellen, die Rahmenbedingungen aktiv mitgestalten und den strukturellen Veränderungen der Gesellschaft Rechnung tragen.

Bundesaltenplan

So ist der 1992 eingeführte Bundesaltenplan ein Förderinstrument des Bundes, durch den modellhafte Anregungen zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen erfolgen können.

Ausgehend von einer Sichtweise, die dem Alter als Lebensphase Eigenständigkeit zubilligt, dem veränderten Selbstverständnis älterer Menschen Rechnung trägt und die Differenziertheit der jeweiligen Lebenssituation, der Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigt, lassen sich die Ziele der Altenpolitik der Bundesregierung wie folgt zusammenfassen:

— Förderung der Selbständigkeit und der gesellschaftlichen Beteiligung älterer Menschen,

— Unterstützung hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen im Hinblick auf ihre Selbständigkeit,

— Angleichung der Lebensverhältnisse im vereinten Deutschland,

— Ausbau einer internationalen Seniorenpolitik.

Der Erhalt der Selbständigkeit älterer Menschen und ihrer aktiven Teilhabe an der Gesellschaft ist vorrangigstes Ziel aller altenpolitischen Maßnahmen der Bundesregierung. Sie richten sich an diejenigen älteren Menschen, die nach der Erwerbsphase, nach der Phase der Kindererziehung das Alter als eine Chance erkennen, in Selbstbestimmung über ihre Zeit zu verfügen und die ihre Kompetenzen und Aktivitäten auf andere bzw. neue Weise in die Gesellschaft einbringen möchten. Der Erhalt einer selbstbestimmten Lebensführung und die Einbindung in die Gesellschaft ist auch im Falle der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu unterstützen.

Eine besondere politische Aufgabe ergibt sich aus der Lage der älteren Menschen in den neuen Bundesländern. Die Aufeinanderfolge zweier totalitärer Regime hat ihnen in ihrem bisherigen Leben vieles verwehrt. Der Staat, in dem sie bis zur Vereinigung gelebt haben, hat die Fürsorge für ältere, d. h. insbesondere für die hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen teilweise in hohem Maße versäumt: Der oft desolate Zustand der entsprechenden Einrichtungen, der Alten- und Pflegeheime, zeugt von dieser Vernachlässigung. Den älteren Menschen in den neuen Bundesländern rasche Verbesserung und Sicherheit für ihre Lebensperspektive zu bieten, ist eine politische Aufgabe hohen Ranges.

Nicht nur das Zusammenwachsen der alten und neuen Bundesländer ist eine politische Aufgabe, sondern auch das Zusammenwachsen, die verstärkte Annäherung der Staaten in Europa. Wie andere Politikbereiche kann auch Seniorenpolitik nicht an nationalstaatlichen Grenzen halt machen. Verstärkte internationale Zusammenarbeit staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen, verstärkter sozio-kultureller Austausch ist auch angesichts vergleichbarer demographischer Entwicklungen in Europa notwendig.

Bedarfsorientierte Altenpolitik

Eine sorgfältige Analyse der Situation älterer Menschen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld ist Grundlage für bedarfsorientierte politische Maßnahmen. Der von der unabhängigen Sachverständigenkommission vorgelegte Erste Altenbericht verbessert die Information über und das Verständnis für die älteren Menschen. Die Bundesregierung dankt der Kommission für ihren wissenschaftlich fundierten und umfassenden Bericht. Die Kommission hat ein differenziertes Bild von der Situation der älteren Generation in den alten und neuen Bundesländern gezeichnet und Handlungsfelder für Politik und Gesellschaft aufgezeigt. Sie hat sich insbesondere in relativ kurzer Zeit dem durch die Vereinigung und neueren Entwicklungen notwendig gewordenen erweiterten Kommissionsauftrag gestellt; dies auf dem Hintergrund eines teilweise nur schwer und nicht immer umfassend zugänglichen Datenmaterials.

Die vorgelegten Ergebnisse und Empfehlungen der Kommission richten sich an die verschiedenen Politikebenen und sind für weitere gesellschaftliche Institutionen und Organisationen von Interesse. Neben Bund, Ländern und Gemeinden sind nichtstaatliche Organisationen angesprochen, deren Tätigkeit ältere Menschen berühren.

Altenpolitische Leitlinien

Die Stellungnahme der Bundesregierung zum Kommissionsbericht spiegelt — eingehend auf die einzelnen angesprochenen Themenfelder — die altenpolitischen

Leitlinien und Zielvorstellungen der Bundesregierung wider, die sie ihrer Arbeit — unter Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Staates — zugrunde legt.

A. Ausgangslage

1. Demographischer Wandel

Sozialpolitische Herausforderung

Eine der größten sozialpolitischen Herausforderungen geht vom demographischen Wandel aus. In den nächsten 40 Jahren wird die Zahl älterer Menschen kontinuierlich zunehmen und ihr Anteil an der Bevölkerung deutlich steigen. Ergebnisse von Bevölkerungsmodellrechnungen zeigen, daß der Altenquotient (Verhältnis der Zahl der über 60jährigen zur Gruppe der 20- bis 60jährigen) von rund 35 auf rund 71 bis zum Jahr 2030 zunehmen wird. Somit kommen im Jahr 2030 auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter rund 71 Senioren.

Diese Entwicklung gilt für die alten und neuen Bundesländer gleichermaßen. Sie ist darüber hinaus charakteristisch für fast alle hochentwickelten Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften. Die Hauptursachen dieser Entwicklung sind der Geburtenrückgang und die zunehmende Chance der Menschen, ein hohes Alter zu erreichen.

Generationensolidarität

Der Prozeß des demographischen Wandels wird nicht ohne Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme bleiben und die Generationensolidarität vor eine Bewährungsprobe stellen.

Die Bundesregierung spricht sich allerdings gegen die in der öffentlichen Diskussion vorherrschende Dramatisierung negativer Auswirkungen aus dem Prozeß des Alterns der Bevölkerung aus. Sie teilt hingegen die Bewertung der Sachverständigenkommission, daß Probleme der demographischen Veränderungen rechtzeitige politische Entscheidungen erfordern. So wird zum Beispiel der Gesundheitszustand einer immer älter werdenden Bevölkerung die Tätigkeit des Gesundheitswesens und der sozialen Dienste nachhaltig bestimmen. Die Zunahme des Anteils der Älteren bei gleichzeitiger Verringerung der Geburten stellt die Gesellschaft vor neue große Herausforderungen. Eine Folge dieser Entwicklung könnte sein, daß Familien stärker die Hilfe und Unterstützung professioneller Dienste wünschen. Andererseits werden weniger Erwerbstätige die Alterssicherung für mehr ältere Menschen verbürgen müssen.

Veränderte Familienstands- und Haushaltsstrukturen

Der demographische Wandel geht einher mit Veränderungen in den Familienstands- und Haushaltsstrukturen. So lebten bereits 1991 mehr als ein Drittel der 60 Jahre und älteren Menschen in Ein-Personen-Haushalten, von den Frauen rund 47 % und von den Männern jedoch nur ca. 14 %. Der Anteil derjenigen, die allein einen Haushalt führen, nimmt mit steigendem Alter zu und betrifft überwiegend Frauen. Diese Entwicklung wird sich bis zum Jahr 2030 noch verstärken.

Für diesen Zeitraum ist eine deutliche Zunahme von älteren Menschen mit mittleren und höheren Bildungsabschlüssen vorauszusehen. In der Konsequenz ist zu erwarten, daß die zukünftig Älteren über gute Ressourcen für eine aktive, selbstbestimmte Gestaltung ihres Lebens im Alter verfügen und verstärkt in der Lage sein werden, ihre Interessen zu artikulieren und durchzusetzen.

Die Bundesregierung befaßt sich seit Mitte der 70er Jahre mit den Auswirkungen des demographischen Wandels. Sie hat u. a. eine interministerielle Arbeitsgruppe „Bevölkerungsfragen" eingesetzt, die entsprechende Analysen (BT-Drucksachen 8/4437 und 10/863) erarbeitet hat. Die Bundesregierung hat mit ihrer Politik bereits erste Konsequenzen aus den sich abzeichnenden demographischen Veränderungen gezogen, wie dies z. B. das Rentenreformgesetz 1992, das Gesundheits-Reformgesetz 1988, das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 sowie der von der Bundesregierung beschlossene Entwurf des Pflegeversicherungsgesetzes zeigen.

Der demographische Wandel wird — wie auch die von der Sachverständigenkommission gezogenen Schlußfolgerungen zeigen — weiteren Handlungsbedarf hervorrufen.

2. Wandel der Lebenssituation älterer Menschen

Ältere sind keine homogene Gruppe

Der Bericht der Sachverständigenkommission zeigt die vielfältigen Veränderungen auf, die verantwortlich sind für die unterschiedlichen Alternsformen und Lebensentwürfe der Menschen. Senioren sind keine homogene Gruppe, sondern unterscheiden sich erheblich aufgrund ihrer materiellen, gesundheitlichen, geistigen und sozialen Gegebenheiten, der biographischen Verläufe sowie ihrer gesellschaftlichen Teilhabe. Nicht zuletzt trägt die verschiedenartige Umgebung älterer Personen mit ihren jeweiligen Anforderungen zur Differenzierung der Alternsformen bei.

Untergliedert man die Gruppe der Älteren, so haben wir es auf der einen Seite mit einer wachsenden Zahl zu tun, die sich durch eine eigenständige Lebensführung, Kompetenz in den unterschiedlichsten Lebensbereichen und die Verfügbarkeit von Ressourcen — seien sie finanzieller, gesundheitlicher, sozialer oder psychischer Art — auszeichnen. Künftige Generationen von älteren Menschen werden gesünder, besser ausgebildet, materiell gesicherter und in ihrer Lebensgestaltung selbstbestimmter sein, weil die Aufrechterhaltung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu einem der bedeutsamsten Lebensziele von Senioren zählt.

Auf der anderen Seite verbleibt nach wie vor eine Gruppe jener Älteren, deren Leben durch finanzielle, gesundheitliche, soziale oder psychische Faktoren eingeschränkt ist. Viele von ihnen sind jedoch in der Lage, diese Defizite zu kompensieren und zu bewältigen. Kommen jedoch verschiedene Einschränkungen zusammen oder ist die Fähigkeit des einzelnen zur Bewältigung der Defizite erschöpft, so wird Hilfe durch andere Menschen und durch soziale Dienste nötig. Im hohen Lebensalter ist die Häufigkeit chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen zu berücksichtigen.

Darüber hinaus führen die noch sehr unterschiedlichen Lebensbedingungen in den alten und neuen Bundesländern zur weiteren Differenzierung. So hat zum Beispiel in den neuen Bundesländern die materielle Absicherung, wie sie von den Menschen in den alten Bundesländern über Jahrzehnte für ihr Alter erworben werden konnte, sowie die Verbesserung der Wohnsituation eine besonders große Bedeutung.

Die Unterschiedlichkeit der Lebensformen Älterer heute bringt es mit sich, daß sie nicht als homogene Zielgruppe altenpolitischer Maßnahmen angesprochen werden können. Ihr Bild in den Medien berücksichtigt dies noch nicht ausreichend.

Gute Chancen für Lebensabschnitt Alter

Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen, die in den vergangenen Jahren im Auftrag der Bundesregierung durchgeführt wurden, hat Grundlagen für eine differenzierte Gestaltung der Altenpolitik erarbeitet.

Wissenschaft, Politik und die älteren Menschen selbst belegen mit praktischen und theoretischen Aktivitäten, daß das Alter ein Lebensabschnitt ist, der heute gute Chancen für eine hohe Lebensqualität und wirksame Beiträge zur gesamtgesellschaftlichen Entwicklung bietet.

Frauen und Männer der mittleren Altersgruppen sehen ihrem eigenen Alter heute überwiegend positiv entgegen. Sie bewerten dabei vor allem wirtschaftliche Stabilität, geborgenes und komfortables Wohnen, Mobilität sowie bezahlbare Angebote der Altenhilfe, die individuellen Bedürfnissen Rechnung tragen. Gleichzeitig ist bei der Gestaltung der Altenpolitik zu beachten, daß sich Zukunftsängste im Hinblick auf das Alter vor allem auf gesundheitliche Einschränkungen, mögliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie Abhängigkeit von Hilfe beziehen.

Familiäre Beziehungen

Eine weitere Voraussetzung für den positiven Wandel der Lebenssituation älterer Menschen wird von der Bundesregierung, in Übereinstimmung mit der Sachverständigenkommission, in dem alle Generationen einbeziehenden Familienverständnis gesehen. Die nach wie vor gesicherte Beständigkeit familiärer Beziehungen vermittelt die Erfahrung, daß der einzelne nicht schutzlos ist und daß Belastungen gemeinsam tragbar werden. So wurde unter anderem in der Stellungnahme der Bundesregierung zum Vierten Familienbericht bereits 1986 die Bedeutung der Familie für das Leben der Menschen in der Gesellschaft herausgestellt und betont, daß dort Akzeptanz der Persönlichkeit, Toleranz, Rücksichtnahme, Opferbereitschaft und Mitverantwortung möglich werden. Die Gemeinschaft der Familie ist für alle Generationen wichtig und hilfreich.

Oft leben heute die verschiedenen Generationen nicht mehr in einem gemeinsamen Haushalt oder unter einem Dach. Das bedeutet aber nicht, daß die sozialen Beziehungen zwischen Alt und Jung auseinanderbrechen. Die Familienstrukturen

sind nach wie vor intakt, und es besteht ein dichtes Geflecht familiärer Beziehungen. Gewandelt haben sich lediglich die Formen familiären Zusammenlebens. Diese sind, wie die Kommission zu Recht festgestellt hat, regional deutlich unterschiedlich.

Die gute Wohnungsversorgung des größten Teils der Bevölkerung eröffnet für das Familienleben sehr häufig Möglichkeiten, die in den Grenzen des Mehrgenerationenhaushalts nicht möglich waren.

Der Trend zu Einpersonenhaushalten ist nicht in geänderten Familienformen begründet, sondern hat seine Ursache in geänderten Wohnansprüchen. Wie die Kommission in ihrem Bericht zu Recht ausführt, entspricht es insbesondere dem Wunsch vieler älterer (verwitweter) Frauen, ihre bisherige Wohnung beibehalten zu können und nicht bei ihren Kindern unterkommen zu müssen. Dieses Ergebnis bestätigt eine Studie des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, das im Auftrag des Bundesministeriums für Frauen und Jugend die Situation älterer Frauen in der Auseinandersetzung mit Berufsaufgabe und Partnerverlust untersuchte.

Wie eine breit angelegte Untersuchung des Deutschen Jugendinstituts im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren zeigt, wohnen etwa 60 % aller Befragten (im Alter von 18 bis 55 Jahren) im selben Ortsteil wie ihre Eltern oder Schwiegereltern und rund 30 % haben im selben Ortsteil Großeltern. Auch diese Untersuchung zeigt die Vielfalt sozialer Beziehungen zwischen den Generationen.

Austausch zwischen den Generationen

Die Bundesregierung geht bei ihrer Alten- und Familienpolitik in Übereinstimmung mit den Analyseergebnissen und Schlußfolgerungen des Altenberichts davon aus, daß der Wandel der Lebenssituation älterer Menschen auch künftig die Aufrechterhaltung der Generationensolidarität als Fundament der gesellschaftlichen Entwicklung ermöglicht. Sie geht davon aus, daß Mitmenschlichkeit selbst sowohl die Aufgabe jedes einzelnen als auch der Gesellschaft insgesamt bleibt. Die Bundesregierung richtet deshalb die Senioren- und Familienpolitik darauf, den Austausch zwischen den Generationen zu fördern und Gegengewichte zur Segregation einzelner Altersgruppen zu setzen.

Mit der Empfehlung der Sachverständigenkommission, neue Modelle der Hilfen und Zusammenarbeit zur Lösung von Problemen der Behinderten im Seniorenalter zu entwickeln, sieht sich die Bundesregierung auf ihrem bisherigen Weg bestätigt.

Der Wandel der Lebenssituation älterer Menschen wird auch dadurch wesentlich beeinflußt, daß diese Generation heute eine positive Einstellung zu ihrer Lebenssituation hat. Zudem gibt ein breit ausgebautes Netz medizinischer sowie sozialer Dienste und Einrichtungen zunehmend Gewißheit, dann im erforderlichen Umfang Hilfe und Unterstützung zu bekommen, wenn dies erforderlich ist.

Der Bericht der Sachverständigenkommission macht deutlich, daß viele Senioren in einem gut funktionierenden sozialen Netz familiärer und/oder nachbarschaftlicher Art leben. Der gegenseitige Beistand umfaßt gleichermaßen materielle als auch emotionale Unterstützung. Er beinhaltet die Hilfen der Jungen für die Alten ebenso wie die der Alten für die Jungen. Solange sich die jungen Familien in der Aufbauphase befinden, fließt vielfältige materielle Hilfe von der älteren zur jüngeren Generation, die den Älteren dies durch rege persönliche Kontakte und Anteilnahme dankt.

Lebensabschnitt Alter wird positiv bewertet

Heute im Arbeitsleben stehende Menschen denken vorwiegend positiv über ihr eigenes Alter und schätzen wirtschaftliche Sicherheit, geborgenes und komfortables Wohnen genauso wie Mobilität und vielfältige bezahlbare Angebote der Altenhilfe. So wird das Alter insbesondere auf der Grundlage eines hohen Lebens- und Bildungsniveaus als ein Lebensabschnitt gesehen, der sich in umfassender Weise individuell gestalten läßt, in welchem Kreativität sowie Weitergabe von Erfahrungen gefragt sind. Ältere sind heute überwiegend gut informiert, politisch bewußt und bereit, ihre Interessen zu vertreten sowie eine aktive und mitgestaltende Rolle zu übernehmen.

Die Begleitumstände des Älterwerdens weisen eine hohe Differenzierung nach unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensstilen, nach Lebenserfahrung, konkretem Alter, nach Regionen sowie nach alten und neuen Bundesländern aus.

Seniorenpolitik ist Bestandteil der Gesellschaftspolitik

Politik für ältere Menschen muß die zahlreichen Einflüsse der einzelnen Lebensabschnitte auf den Alternsprozeß berücksichtigen und Unterschiede bezüglich Geschlecht, Gesundheit, Familienverhältnisse, Arbeitsleben, kulturelle und soziale Teilhabe sowie ökonomische Sicherung und Vorsorge mit einbeziehen. Sie sollte von der bei älteren Menschen erhaltenen Leistungsfähigkeit ausgehen und Eigeninitiativen, die sich positiv auf Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Integration auswirken, stärker fördern. Weil das Alter immer auch Resultat des gesamten Lebenslaufs ist, sollte Seniorenpolitik nicht nur Politik für und mit älteren Menschen sein, sondern Bestandteil umfassender Gesellschaftspolitik werden.

B. Schwerpunkte der Altenpolitik

1. Ältere Arbeitnehmer, Übergang in den Ruhestand

Die demographische Entwicklung wird mittelfristig zu einer spürbaren Veränderung der Position älterer Menschen auf dem Arbeitsmarkt führen. Es ist zu erwarten, daß mit der Abnahme der Anzahl und des Anteils der Bevölkerung zwischen 20 und 60 Jahren die Nachfrage nach älteren Arbeitnehmern — im Gegensatz zur derzeitigen Situation auf dem Arbeitsmarkt — zunehmen wird.

Vorteile aus Erfahrungen

Die Kommission weist in ihrem Bericht darauf hin, daß die Situation älterer Arbeitnehmer in der betrieblichen Praxis einerseits durch negative Merkmale, wie z. B. altersspezifische Gesundheitsprobleme, Sackgassencharakter der Berufslaufbahn, Ausgliederungstendenzen sowie Abnahme der Erwerbsbeteiligung, andererseits aber durch positive Merkmale, wie z. B. wertvolle Lebenserfahrung, große Sorgfalt und Disziplin, gekennzeichnet sei.

Die Bundesregierung tritt Ausgrenzungstendenzen älterer Arbeitnehmer auch mit Blick auf die zu erwartende demographische Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials entgegen. Berufserfahrung, Zuverlässigkeit, Ausgeglichenheit und Verantwortungsbereitschaft sind Eigenschaften älterer Arbeitnehmer, die die Bundesregierung im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit hervorhebt, um Arbeitgeber zu ermutigen, erfahrene Erwerbstätige länger zu beschäftigen oder ihnen auch verstärkt Chancen zum Wiedereintritt ins Erwerbsleben nach Zeiten der Arbeitslosigkeit zu eröffnen.

Als Anreize zur Einstellung Älterer stehen Lohnkostenzuschüsse nach § 97 Arbeitsförderungsgesetz (AFG) sowie die Möglichkeit einer institutionellen Förderung von Betrieben (Betriebsabteilungen), die die Beschäftigung älterer Arbeitnehmer zum Ziel haben, zur Verfügung. Darüber hinaus gehören ältere Arbeitslose zu dem vorrangig zu fördernden Personenkreis bei allgemeinen Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM). Ferner sind sie besondere Zielgruppe der Aktion Beschäftigungshilfen für Langzeitarbeitslose und des Sonderprogramms für besonders beeinträchtigte Langzeitarbeitslose und weitere schwerstvermittelbare Arbeitslose. Der neugestaltete § 128 AFG, der eine Verjüngung der Belegschaft auf Kosten der Beitragszahler zur Arbeitslosenversicherung verhindern soll, wird sich ebenfalls positiv auf die Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmer in den Betrieben auswirken. Eine stärkere Betroffenheitsrate älterer Arbeitnehmer an Arbeitslosigkeit kann von der Bundesregierung nicht bestätigt werden. Allerdings ist zutreffend, daß die Verweildauer älterer Menschen in Arbeitslosigkeit mit durchschnittlich einem Jahr überproportional hoch ist (alle Arbeitslosen: 6,6 Monate).

Die Bundesregierung setzt sich für eine angemessene Beteiligung älterer Arbeitsloser an Maßnahmen der beruflichen Fortbildung und Umschulung ein und weist darauf hin, daß es für diese Maßnahmen keine Altersgrenzen gibt.

Altersgerechte Arbeitsplätze

Die Überlegungen der Kommission zur Teilzeitarbeit decken sich weitgehend mit den Vorstellungen der Bundesregierung.

Allerdings teilt die Bundesregierung die Einschätzung einer Ausgrenzung älterer, leistungsgeminderter Erwerbspersonen durch Verschiebung von Vollzeitbeschäftigung in Teilzeitarbeit nicht. Der Übergang in Teilzeitarbeit beruht vielfach auf eigenen Interessen älterer Arbeitnehmer, insbesondere bei Frauen. Für sie wird die Möglichkeit, eine Teilzeitbeschäftigung aufzunehmen, zunehmend zu einer geeigneten Alternative, berufliche Ziele und familiäre Aufgaben miteinander in Einklang

zu bringen. Dabei ist sich die Bundesregierung durchaus bewußt, daß die Rahmenbedingungen für Teilzeitarbeit aufgrund subjektiver Vorurteile und Fehleinschätzungen in der Berufswelt noch der Verbesserung bedürfen.

Das Beamtenrecht enthält bereits vielfältige spezielle Angebote zur Inanspruchnahme von Teilzeitbeschäftigung auch für ältere Beamte. In Betracht kommen sowohl Ermäßigungen der Arbeitszeit aus familiären Gründen, insbesondere zur Pflege pflegebedürftiger Angehöriger (§ 48a BRRG und entsprechendes Landesrecht, § 79a BBG) als auch Teilzeitbeschäftigung aus arbeitsmarktbedingten Gründen, vor allem sogenannte Altersteilzeitbeschäftigung (§ 44a BRRG und entsprechendes Landesrecht, § 72a BBG). Vergleichbare Regelungen bestehen für Richter.

Es ist im Rahmen eines Elften Gesetzes zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften beabsichtigt, die Vorschriften über Freistellungen vom Dienst im Rahmen des verfassungsrechtlich Zulässigen merklich auszuweiten. Insbesondere sind Verbesserungen für ältere Beamte vorgesehen, denen unter bestimmten Voraussetzungen Teilzeitbeschäftigung auch ohne die arbeitsmarktpolitischen Voraussetzungen eröffnet werden soll. Dieses Gesetz befindet sich zur Zeit in der parlamentarischen Beratung.

Teilrente

Mit der durch das Rentenreformgesetz 1992 neu geschaffenen Möglichkeit, grundsätzlich alle Altersrenten nicht nur in voller Höhe, sondern auch als Teilrente in Anspruch zu nehmen, können Arbeitnehmer nunmehr durch entsprechende Einschränkung der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand hineingleiten. Den älteren Arbeitnehmern ist so die Möglichkeit eröffnet worden, auf der einen Seite einen Teil der zustehenden Altersrente in Anspruch zu nehmen und auf der anderen Seite innerhalb bestimmter Grenzen, die deutlich höher sind als beim Bezug der Altersrente als Vollrente, hinzuzuverdienen.

Ob von der Teilrente Gebrauch gemacht werden kann, hängt letztlich aber davon ab, daß auch entsprechende Teilzeitarbeitsplätze vorhanden sind. Aus diesem Grund wurde bestimmt, daß Arbeitgeber mit Beschäftigten, die wegen des beabsichtigten Teilrentenbezuges ihre Arbeitsleistung einschränken wollen, die Verwirklichung einer solchen Einschränkung erörtern müssen. Macht der Beschäftigte hierzu für seinen Arbeitsbereich Vorschläge, muß der Arbeitgeber zu diesen Vorschlägen Stellung nehmen. Hierdurch soll ein Anstoß für die Schaffung von mehr Teilzeitarbeitsplätzen bewirkt werden.

Kündigungsschutz

Als flankierende Maßnahme ist seit dem Jahr 1992 der Kündigungsschutz für ältere Arbeitnehmer wesentlich verbessert worden. Kündigungen sind unwirksam, wenn sie darauf abstellen, daß der Arbeitnehmer von einem bestimmten Lebensalter an eine Altersrente in Anspruch nehmen kann. Aufhebungsverträge, nach denen ein Arbeitsverhältnis in einem Zeitpunkt enden soll, in dem der Arbeitnehmer Anspruch auf Altersrente hat, sind nur wirksam, wenn die Verträge innerhalb von drei Jahren vor diesem Zeitpunkt geschlossen oder bestätigt worden sind.

Beamte können auf Antrag ohne Nachweis der Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt werden, wenn sie das 62. Lebensjahr vollendet haben (sog. Antragsaltersgrenze). Die gesetzliche Altersgrenze liegt beim 65. Lebensjahr. In bestimmten Fällen, wenn es im dienstlichen Interesse liegt oder dringende dienstliche Belange es erfordern, kann der Eintritt in den Ruhestand auch bis zum 68./70. Lebensjahr hinausgeschoben werden. Die Antragsaltersgrenze soll durch das 12. Dienstrechtsänderungsgesetz mit Wirkung vom 1. Juli 1994 grundsätzlich auf das vollendete 63. Lebensjahr heraufgesetzt werden.

Problem früher Ruhestand

Die Sachverständigenkommission weist darauf hin, daß bis heute ein Trend zum frühen Ruhestand unverändert anhalte. Dies kommt allerdings in der Entwicklung des durchschnittlichen Zugangsalters bei den Versichertenrenten nicht zum Ausdruck. Eine verkürzte Erwerbsphase wird von vielen Arbeitnehmern durchaus positiv gesehen. Darüber hinaus sieht die Mehrzahl in dieser Lösung die sozialverträglichste Maßnahme im Falle des Abbaus von Arbeitsplätzen und wird hierin von ihren Arbeitgebern bestärkt. Für die Stabilität der Alterssicherungssysteme stellt jedoch die Verkürzung der Erwerbsphase in Verbindung mit der zunehmenden Lebenserwartung ein besonderes Problem dar. Im Rahmen des Rentenreformgesetzes 1992 hat die Bundesregierung diese Problematik aufgegriffen.

Das konjunktur- und rationalisierungsbedingte Ausscheiden älterer Arbeitnehmer aus dem Arbeitsprozeß wird aber auch vom Einzelnen häufig als Scheitern erlebt.

Daher sind neue Überlegungen zur Vorbereitung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand erforderlich, die sowohl Unternehmensinteressen als auch die Interessen einzelner Arbeitnehmer ausreichend berücksichtigen.

Weiterbildungsangebote zur gezielten Vorbereitung älterer Arbeitnehmer auf Alter und Ruhestand können einen Beitrag zur Bewältigung der mit der Freisetzung aus dem Arbeitsprozeß verbundenen Probleme leisten. Die Bundesregierung hat bereits vor mehreren Jahren Bildungsangebote für das Leben nach der Erwerbstätigkeit in Betrieben initiiert.

2. Lebenszugewandtes Altern

Mit dem Wandel der Lebenssituation haben sich gravierende Veränderungen für die dritte Lebensphase herausgebildet, die durch frühen Eintritt ins Rentenalter, zunehmende Anzahl von Frauen mit Übergang in eine erwerbsfreie Lebensphase, hohes Bildungsniveau und interessierte, aktive Teilnahme am Geschehen unmittelbaren Einfluß auf die Altenpolitik nehmen.

Nach einem Leben, das durch Berufstätigkeit und die Anforderungen des Familienalltags bestimmt war, beginnt für viele mit der Altersgrenze ein neuer Abschnitt, der jedoch keineswegs Abwenden vom Leben, Entsagung und Verzicht bedeutet.

Aufwertung der Lebensbedingungen im Alter

Die qualitative Aufwertung aller Lebensbedingungen im Alter und die Schaffung neuer Perspektiven für ein sinnerfülltes, zufriedenes Dasein sind heute bereits hervorzuhebende Voraussetzungen, um das Alter als neuen Lebensabschnitt zu begreifen und durch aktive Gestaltung sowie Eigenverantwortung die Selbständigkeit aufrechtzuerhalten. Die Grundlagen dafür werden bereits in jüngeren Jahren durch praktizierte aktive Lebensführung und intensive soziale Beziehungen auch über die Familie hinaus geschaffen.

Deshalb gilt es, nicht nur für Hilfs- und Pflegebedürftige medizinische und soziale Hilfen anzubieten, sondern umfassend die Belange der älteren Menschen zu berücksichtigen.

Die Bundesregierung sieht es als Aufgabe der Seniorenpolitik, Rahmenbedingungen so zu gestalten, daß sie der jeweils individuellen Situation und den Bedürfnissen der Älteren bei Wahrung der Menschenwürde und des Respekts vor der Mündigkeit gerecht werden. Dazu gehört auch der politische Dialog mit den älteren Menschen.

Weiterbildungsangebote

Einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Selbständigkeit und der Teilhabe an der Gesellschaft leisten Weiterbildungsangebote, die die Teilnehmer zu kreativem und produktivem Tätigwerden anregen, sowie die verschiedenen Formen des Seniorenstudiums. Die Bundesregierung unterstützt die Entwicklung und Erforschung bedürfnisgerechter Weiterbildungsangebote für ältere Menschen, wobei durch Weiterbildung sowohl Hilfe bei der Suche nach Lebenszielen für die nachberufliche Zeit als auch Impulse für ein lebenszugewandtes Altern vermittelt werden sollen.

Seniorenbüros

Das ab 1992 im Rahmen des Bundesaltenplans geförderte Modellprogramm „Seniorenbüro" trägt diesem Leitgedanken in besonderer Weise Rechnung. Seniorenbüros haben die Aufgabe, älteren Menschen neue Betätigungsfelder für ihren Alltag zu eröffnen und sie zur Übernahme einer freiwilligen sozialen Tätigkeit zu motivieren bzw. ihnen diese zu erleichtern. Seniorenbüros werden auf folgenden Gebieten tätig:

— Vermittlung nachberuflicher Tätigkeitsfelder und Beratung über die Möglichkeiten ehrenamtlichen sozialen Engagements,

— Anregung zu Selbsthilfeaktivitäten und Aufbau von Selbsthilfegruppen,

— Hilfe bei der Einbindung älterer Menschen in Nachbarschaften und Beziehungsnetze.

Seniorenbüros können in allen drei Bereichen tätig werden, aber auch zusätzliche Angebote entwickeln. In Ergänzung der Vermittlungstätigkeit stehen Bildungsangebote, Kurse, Vorträge, Freizeitaktivitäten, Gesundheitstraining und Sozialberatung zur Auswahl.

Interessierte ältere Menschen werden gezielt nach ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten und Interessen gefragt, um für sie eine entsprechende Tätigkeit zu finden. Träger dieser Einrichtungen sind Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, Seniorenorganisationen, freie Initiativen und Fachinstitute. Seniorenbüros unterstützen bereits bestehende Dienste der Altenarbeit. Sie treten nicht in Konkurrenz zu ihnen, sondern vermitteln vielmehr Angebote und Tätigkeitsfelder, die in der Region insgesamt bei verschiedenen Trägern und Anbietern anzutreffen sind. Die Bundesregierung sieht gerade in der Kooperation verschiedener Einrichtungen und Initiativen neue Chancen für die Altenarbeit in den Kommunen.

Das Bundesministerium für Familie und Senioren bietet keine fertigen Konzepte für Seniorenbüros an. Unterschiedlichen Ideen der Träger wird breiter Raum gegeben. Ältere Menschen können bereits beim Aufbau und insbesondere bei der Arbeitsgestaltung der Seniorenbüros aktiv mitwirken.

Im Jahr 1992 wurden drei Seniorenbüros gefördert. In diesem Jahr werden insgesamt 32 Seniorenbüros in das Modellprogramm einbezogen. 1994 soll diese Entwicklung fortgesetzt werden. Zusätzlich werden Begleitprojekte, Expertisen, Tagungen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit gefördert.

Aufgabe von Seniorenbüros ist es, die vielfältigen Möglichkeiten für Aktivitäten einer Region den Senioren bekannt zu machen. Hierzu wollen viele dieser Büros Zeitungen, Informationsblätter, Veranstaltungskalender herausgeben; sie wollen Wissens-, Hobby-, Kontaktbörsen aufbauen oder Computerdateien einrichten. Diese Aktivitäten werden auch dazu beitragen, das stereotype Altersbild in der öffentlichen Diskussion durch differenzierte Aussagen zu ersetzen — eine Notwendigkeit, auf die auch die Kommission eindringlich hinweist.

Die überaus große Resonanz auf das Modellprogramm Seniorenbüros und die Vielfalt der Anträge verschiedenster Träger zeigen, daß hier ein erfolgversprechender Weg beschritten wurde, bei dem das ehrenamtliche soziale Engagement im Mittelpunkt steht. Für die überwiegende Anzahl der Seniorenbüros besteht eine Mitfinanzierung von Ländern und Gemeinden.

Ehrenamtliche Altenhilfe

In unserer Gesellschaft besteht ein hoher und in Zukunft steigender Bedarf an sozialen Dienstleistungen, die sich zunehmend mehr auf „Versorgung im engeren Sinne" beschränken. Dabei können Lücken im Bereich der mitmenschlichen Zuwendung entstehen, die durch ergänzende ehrenamtliche Hilfe geschlossen werden müssen. Die Bereitschaft zum freiwilligen sozialen Engagement ist auch bei der älteren Bevölkerung sehr hoch. Sie bringt in eine solche Tätigkeit viele Erfahrungen und viel Zeit ein.

Es ist jedoch erforderlich, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit ältere Menschen sich bereit finden, ihre Lebenserfahrungen und Kompetenzen für andere einzusetzen. Ehrenamtliche Tätigkeiten schaffen Bereicherung sowohl für diejenigen, die Hilfe geben, als auch für die, die Hilfe annehmen.

Die Bundesregierung prüft, welche staatlichen und gesetzgeberischen Möglichkeiten weiterreichende Perspektive für freiwillige soziale Tätigkeiten geben können.

Selbsthilfeorganisationen

Mit der Kommission stimmt die Bundesregierung darin überein, daß — dem Subsidiaritätsprinzip folgend — Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisation Vorrang vor Fremdversorgung haben. Durch den Bundesaltenplan werden modellhaft Selbsthilfeaktivitäten, ehrenamtliche Tätigkeit und solidarisches Handeln in sozialen Bereichen unterstützt. Damit soll ein Beitrag zur sozialen Prävention erbracht werden, denn durch psychosoziale Unterstützung und durch Hilfe bei der Bewältigung des Alltags kann Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von Institutionen der Altenhilfe vorgebeugt werden. Der Aufbau von Selbsthilfestrukturen in Form von Kontaktnetzen und Gruppen mit gleichen Interessen sollte frühzeitig einsetzen.

Mobilität im Alter

Wie die Kommission geht die Bundesregierung davon aus, daß Mobilität auch im Alter bedeutende Voraussetzung für die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensweise ist. Das gilt besonders für städtische Randlagen und im ländlichen Raum.

Die Bundesregierung unterstützt Maßnahmen, die die Mobilität der Seniorinnen und Senioren erhöhen und so dazu beitragen, gesellschaftliche Angebote zu

erreichen, z. B. durch Vergünstigungen bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Eingeschränkte Mobilität Älterer kann auch durch Kontakt-und Hilfsnetze in der näheren Wohnumgebung sowie durch Nachbarschaftsbeziehungen gemildert werden.

Die Bundesregierung sieht ebenso wie die Kommission im sozialen Netzwerk die Grundlage psychischen und physischen Wohlbefindens für Menschen jeden Alters, insbesondere jedoch für die ältere Generation.

BAGSO

Um die gesellschaftliche Beteiligung älterer Menschen zu fördern, aber auch, um dem gestiegenen Aktivitätsbedürfnis Rechnung zu tragen, fördert die Bundesregierung im Rahmen ihrer Zuständigkeit den Aufbau von Seniorenorganisationen. Dazu gehört die Anfang 1989 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO). Sie umfaßt die wichtigsten Vereinigungen aus der freien Seniorenarbeit auf Bundesebene. Ziel ist es, gemeinsame Anliegen der Senioren in der Öffentlichkeit bekanntzumachen und in der Altenpolitik auf allen Ebenen beratend zu wirken.

Seniorenorganisationen betreiben Einrichtungen, die

— all jenen helfen, denen es schwerfällt, aufeinander zuzugehen,

— Information und Beratung zu sozialen Fragen geben und

— durch zusätzliche Angebote der Tagesgestaltung zur Einbeziehung Älterer in das kommunale Geschehen beitragen.

Je besser der politische Entscheidungsträger über das Ausmaß der sozialen Integration oder Isolation Bescheid weiß, um so wirksamer kann er politische Maßnahmen einsetzen. Deshalb fördert die Bundesregierung differenzierte empirische Untersuchungen zur Lebenssituation von Familien und älteren Menschen. Insbesondere sind hier zu erwähnen

— die erste umfassende Analyse des sozialen Netzwerkes der mittleren Generation, die die materiellen Hilfen der älteren Generation an die Familien mit Kindern ausweist und die festen emotionalen Bindungen der jüngeren Generation an die ältere zeigt, sowie

— eine Untersuchung zur Mobilität von Familien und deren Auswirkungen auf das Generationennetz.

Die Ergebnisse sollen der Bundesregierung zeigen, wo politischer Handlungsbedarf besteht. Das ist besonders wichtig im Hinblick auf einen Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern. Hier sind Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zwischen Ost und West sowie zwischen verschiedenen sozialen Gruppen darzustellen, damit die Familien- und Seniorenpolitik den eingeschlagenen Weg abgestimmter, aktiver Unterstützung mit geeigneten Maßnahmen fortsetzen kann.

Achtung der Würde Kranker und Behinderter

Die Sachverständigenkommission hebt zu Recht hervor, daß mit dem Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes zum 1. Januar 1992 die Rechtsstellung der Behinderten in der Gesellschaft gestärkt und ihrer Diskriminierung vorgebeugt wird. Die Achtung der Würde kranker und behinderter Menschen und die Gewährleistung von Schutz und Fürsorge — bei einem größtmöglichen Maß an Selbstbestimmung durch die Betreuten — sind Leitbilder, denen dieses Gesetz in seinen Regelungen folgt. Es hat die Entmündigung abgeschafft, hebt die Bedeutung der Personensorge gegenüber der Vermögenssorge hervor, stellt das persönliche Wohlergehen der Betreuten in den Vordergrund und nimmt ihre Wünsche ernst. Die Bundesregierung ist sich darüber im Klaren, daß die Zielsetzung dieser Reform nur gelingen kann, wenn für die persönliche Betreuung der Hilfebedürftigen genügend sozial engagierte Menschen gefunden werden. Deshalb finanziert das Bundesministerium für Familie und Senioren seit Oktober 1991 ein spezielles Modellprogramm an zehn Standorten, vier davon in den neuen Bundesländern.

Ziel der Modellförderung ist es, die Gewinnung, Schulung und kontinuierliche fachliche Unterstützung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer in Kooperation mit Betreuungsvereinen und Behörden zu verbessern und entsprechende Konzepte für die Umsetzung in die Praxis zu entwickeln.

3. Einkommens- und Vermögenssituation im Alter

Gesicherte Existenzgrundlagen im Alter

Die Sicherung der materiellen Existenzgrundlage ist wesentliche Voraussetzung für eine selbständige Lebensgestaltung im Alter.

Die Mehrzahl der in Deutschland lebenden älteren Menschen bestreitet den Lebensunterhalt überwiegend aus Rentenzahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung. 90 % der Männer und 67 % der Frauen im Alter ab 55 Jahren bezogen oder erwarteten im Jahr 1986 eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Quellen zur Sicherung des Lebensunterhaltes älterer Menschen sind aber durchaus vielfältig. Vermögensbildung, Lebensversicherung, betriebliche Altersversorgung, Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und Beamtenversorgung ergänzen die Einkünfte aus Rentenzahlungen. Auf diese Weise ist in den alten Bundesländern eine Einkommenssituation bei der überwiegenden Zahl der älteren Menschen festzustellen, die ein lebenszugewandtes Altern mit hoher Mobilität, auskömmlichen Wohnverhältnissen und breiter gesellschaftlicher Integration ermöglicht.

Rentenversicherung

Das System der gesetzlichen Rentenversicherung basiert auf dem Prinzip der Lebensstandardsicherung durch Lohn- und Beitragsbezogenheit. Die Rente sichert so regelmäßig für die langjährig Versicherten den erreichten Lebensstandard, wobei es für die Höhe der Rente entscheidend auf die Anzahl der Versicherungsjahre und das durch die Beiträge versicherte Arbeitseinkommen ankommt. Wer ein erfülltes Arbeitsleben zurückgelegt und immer seinem Einkommen entsprechend Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt hat, erhält im Alter regelmäßig eine Rente, die es ihm ermöglicht, den während des Erwerbslebens durchschnittlich innegehabten Lebensstandard auch nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufrechtzuerhalten.

Dem sozialen Charakter der Rentenversicherung entsprechend, werden nicht nur die mit Beiträgen belegten Zeiten bei der Rentenberechnung berücksichtigt. Es sind vielmehr auch Zeiten, in denen Versicherte an der Entrichtung von Pflichtbeiträgen gehindert waren, z. B. Zeiten der Krankheit und der Arbeitslosigkeit und Zeiten, für die sie wegen Frühinvalidität keine Beiträge mehr entrichten können, rentensteigernd anzurechnen.

Altersrenten

Altersrenten aus 45 Versicherungsjahren, in denen stets ein Entgelt in Höhe des Durchschnittsentgelts versichert worden ist, betragen seit 1990 im Durchschnitt rund 68 % des aktuellen Nettoarbeitsverdienstes vergleichbarer Arbeitnehmer. Auch für die Zukunft hat die Bundesregierung mit der Rentenreform 1992 sichergestellt, daß die Renten mit den Löhnen steigen. Dabei werden die sich aus demographischen Veränderungen ergebenden Lasten gleichgewichtig auf alle an der Rentenversicherung Beteiligten — also Beitragszahler, Rentner und Bund — verteilt. Das Nettorentenniveau wird künftig auf der jetzigen Höhe von durchschnittlich rund 68 % stabilisiert, da die eingeführte Nettoanpassung automatisch zu einer Anpassung der Nettorenten an die Entwicklung der Nettoarbeitsverdienste führt. Hierdurch werden Produktivitätszuwächse an die älteren Menschen weitergegeben.

Bei der Vorbereitung der Rentenreform 1992 wurde die Frage diskutiert, ob das bestehende System der lohn- und beitragsbezogenen Rente zugunsten einer Grund- oder Einheitsrente aufgegeben werden sollte.

Die große Mehrheit des Deutschen Bundestages hat sich nach sorgfältiger Prüfung der verschiedenen Argumente für die Erhaltung und Weiterentwicklung des bestehenden Rentensystems entschieden. Maßgeblich dafür waren vor allem auch ordnungspolitische Gesichtspunkte. Zum einen würde eine allgemeine Staatsbürgerversorgung dem Prinzip des Vorrangs der Eigenvorsorge vor staatlicher Fürsorge widersprechen und den einzelnen in unzumutbarer Weise von den Entscheidungen des Staates (und damit von politischen Opportunitäten) abhängig machen. Dies ist mit den Grundsätzen einer freiheitlichen Sozialordnung unvereinbar.

Zum anderen würde beim Übergang zu einer lohn- und beitragsunabhängigen Grundrente erheblich der Anreiz gemindert, für die eigene Altersrente durch eigene Arbeits- und Beitragsleistungen vorzusorgen. Der Gesetzgeber hat sich deshalb für die Beibehaltung des beitragsbezogenen und damit leistungsbezogenen Versicherungsprinzips entschieden. Zudem war es eines der Hauptziele der Rentenreform, das erreichte und vergleichbar hohe Nettorentenniveau trotz der steigenden Belastungen aus der Bevölkerungsentwicklung zu erhalten und zu stabilisieren. Die Einführung einer Grund- oder Einheitsrente (Mindestrente) hätte im Ergebnis für die meisten Arbeitnehmer bedeutet, daß ihr Sicherungsniveau gesunken wäre. Ledig-

lich die Personengruppen, die nicht lebenslang Beiträge gezahlt haben, hätten von der Einführung dieser Mindestrente profitiert, obgleich sie aufgrund anderer Einkommensquellen häufig nicht einmal darauf angewiesen sind.

Schließlich würde die Einführung einer Mindestrente zu Mehraufwendungen in Milliardenhöhe führen. Vor dem Hintergrund der gewaltigen Herausforderung in den neuen Bundesländern stellt sich aber die Frage der Finanzierung besonders deutlich. Eine Aufbringung dieser zusätzlichen Mittel ist in der augenblicklichen Situation weder für die Steuerzahler noch für die Solidargemeinschaft der Beitragszahler zumutbar.

Die im Jahr 1986 eingeführten Kindererziehungszeiten wurden mit der Rentenreform für Geburten ab 1992 von bisher einem Jahr auf drei Jahre verlängert. Die Kindererziehungszeit wirkt sich für die Mütter der Geburtsjahrgänge ab 1921 rentenbegründend und rentensteigernd aus, d. h., sie wird auf die Wartezeit für eine Rente angerechnet und so bewertet, als sei die Mutter während dieser Kindererziehungszeit erwerbstätig gewesen und hätte 75 % des Durchschnittsentgelts aller Versicherten verdient.

In den neuen Bundesländern gilt diese Regelung ab dem 1. Januar 1992 allerdings mit der Einschränkung, daß die Anrechnung der Versicherungszeit nur für Mütter und Väter der Geburtsjahrgänge ab 1927 gilt.

Alterssicherung der Frauen

Nach einer Entschließung des Deutschen Bundestages vom 21. Juli 1991 soll eine weitere Verbesserung der Alterssicherung der Frauen erreicht werden. Im Rahmen der Überlegungen zur Umsetzung dieser Entschließung werden z. Z. alle Problembereiche im Zusammenhang mit der Berücksichtigung der Kindererziehung in der gesetzlichen Rentenverischerung überdacht, u. a. auch die Frage einer Anerkennung von Kindererziehungszeiten für Mütter, deren Kindererziehung mit Zeiten einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder einer selbständigen Tätigkeit oder mit Zeiten zusammentrifft, für die freiwillige Beträge entrichtet wurden.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 7. Juli 1992 zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Rentenrecht den Gesetzgeber zum Ausbau der Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten aufgefordert. Danach muß sichergestellt werden, daß sich mit jedem Reformschritt die Benachteiligung der kindererziehenden Familienmitglieder gegenüber Kinderlosen in der Alterssicherung schrittweise verringert. Die Bundesregierung wird unter Beachtung der Urteilsgründe diesem Auftrag Rechnung tragen.

Anrechnung von Pflegeleistungen

Soweit die Empfehlungen der Kommission eine verbesserte Anerkennung von Zeiten der Pflege ansprechen, ist ein entsprechender Gesetzentwurf zur umfassenden Sicherung des Pflegefallrisikos dem Deutschen Bundestag bereits vorgelegt worden.

Schon jetzt haben Pflegepersonen aufgrund der Rentenreform 1992 die Möglichkeit, freiwillig gezahlte Beiträge auf Antrag in Pflichtbeiträge umwandeln zu lassen. Dadurch kann sowohl ein Anspruch auf vorzeitige Altersrente für Frauen als auch ein Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erworben werden.

Zudem können Pflegepersonen ihre Pflichtbeiträge bei einer durch Pflege eingeschränkten Beschäftigung aufstocken lassen. Da überwiegend Frauen in der häuslichen Pflege unentgeltlich tätig sind, werden sie in erster Linie durch diese gesetzliche Regelung begünstigt.

Zusätzlich wurden ab 1992 die sog. Berücksichtigungszeiten eingeführt. Frauen haben nunmehr die Möglichkeit, sowohl wegen Kindererziehung als auch wegen häuslicher Pflege von pflegebedürftigen Personen Berücksichtigungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung anerkannt zu bekommen.

Alterssicherung der Beamten

Beamte und Richter sind nicht in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen. Sie gehören dem eigenständigen System der Beamtenversorgung an. Bei diesem Alterssicherungssystem trägt der Dienstherr aufgrund des auf Lebenszeit angelegten Dienst- und Treueverhältnisses die Versorgung selbst.

Beamte und Richter erhalten zur Zeit nach 35 ruhegehaltfähigen Dienstjahren ein Ruhegehalt von höchstens 75 % der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge, in der Regel aus dem zuletzt innegehabten Amt. Wegen der sich in den kommenden Jahrzehnten abzeichnenden Veränderungen der Bevölkerungsstruktur und wegen der sich daraus ergebenden finanziellen Probleme für die Alterssicherung kann künftig das Höchstruhegehalt der maßgebenden Besoldungsgruppe erst nach einer ruhegehalt-

fähigen Dienstzeit von 40 Jahren erreicht werden. Für die Alterssicherung ehemaliger Berufssoldaten gilt Gleiches.

Entwurf eines Agrarsozialreformgesetzes

Ein Kernstück des Gesetzes zur Reform der agrarsozialen Sicherung, das die Bundesregierung am 20. Juli 1993 beschlossen hat, ist die Verbesserung der eigenständigen Sicherung der Bäuerinnen. Ehegatten landwirtschaftlicher Unternehmer werden wie ein Unternehmer abgesichert und erhalten im Alter und bei Eintritt von Erwerbsunfähigkeit eigene Rentenansprüche. Weitere Ziele der Agrarsozialreform sind die finanzielle Stabilisierung der Alterssicherung der Landwirte und eine stärkere Berücksichtigung der einzelbetrieblichen Leistungsfähigkeit bei der Beitragsgestaltung.

Betriebliche Altersversorgung

Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission darin überein, daß für die Versorgungslage weiter von entscheidender Bedeutung ist, ob die Regelsicherung durch ein Zusatzsystem aufgestockt wird. In diesem Zusammenhang gewinnen die Leistungen aus Zusatzsystemen der betrieblichen Altersversorgung eine immer größere Bedeutung. Sie ermöglichen eine verbesserte, dem bisherigen Arbeitseinkommen stärker angenäherte Versorgungslage. Aus Sicht der Bundesregierung sind sie daher eine politisch förderungswürdige Zusatzleistung. Für etwa zwei Drittel aller in der Industrie beschäftigten Arbeitnehmer bestehen bereits Anwartschaften auf Leistungen aus einer betrieblichen Altersversorgung.

In den neuen Bundesländern ist die Rentenzahlung aus der gesetzlichen Rentenversicherung bis auf wenige Ausnahmen die einzige Einkommensquelle älterer Menschen. Erst im Laufe der Jahre werden weitere nennenswerte Einkommensquellen hinzukommen. In gleicher Weise bedarf es einer relativ großen Zeitspanne, ehe Unternehmen in der Lage sein werden, eine betriebliche Altersversorgung aufzubauen.

Vielfältige Einkommensquellen

Bereits heute können die tatsächlichen Einkommensverhältnisse älterer Menschen nicht allein anhand der Renteneinkommen, sondern nur unter Einbeziehung auch anderer Einkommensquellen beurteilt werden. Um hier erstmals ein differenziertes und verläßliches Bild über Art, Höhe und Verteilung der Alterseinkommen, sowohl aus der Sicht von Einzelpersonen als auch aus der von Haushalten, in denen ältere Menschen leben, zu erhalten, wurde im Auftrag der Bundesregierung durch das Forschungsinstitut Infratest die breit angelegte Untersuchung „Alterssicherung in Deutschland 1986" in den alten Bundesländern durchgeführt. Mit dieser in den Jahren 1986 und 1987 durchgeführten und Ende 1992 veröffentlichten repräsentativen Untersuchung steht erstmals ein Datensatz zur Verfügung, der sowohl hinsichtlich der Zahl der Befragten als auch der Breite der erhobenen Merkmale eine solide Basis für eine umfassende Auswertung bietet. Zur Abschätzung der Entwicklung bis zum Vorliegen der Nachfolgeuntersuchung „Alterssicherung in Deutschland 1992", die gegenwärtig in den alten und neuen Ländern durchgeführt wird, wurden die für das Jahr 1986 ermittelten Alterseinkommen auf das Jahr 1989 hochgerechnet.

Die gesetzliche Rentenversicherung war nach den Ergebnissen der Untersuchung 1986 in quantitativer Hinsicht das mit Abstand bedeutendste Alterssicherungssystem. Von der über 54 Jahre alten Bevölkerung bezogen oder erwarteten rund 90 % der Männer und 67 % der Frauen eine Versichertenrente. Witwenrente bezogen 3,6 Millionen Frauen dieser Altersgruppe. Versicherten- und Witwenrenten zugleich bezogen 1,9 Millionen Frauen. Ein Blick auf die Gesamtheit der Alterssicherungssysteme läßt erkennen, daß diese nahezu die gesamte Bevölkerung erfassen: 99 % der Männer ab 55 Jahre, 99 % der Witwen ab 65 Jahre und 96 % der geschiedenen oder ledigen Frauen beziehen bzw. haben Ansprüche auf Leistungen aus einem Alterssicherungssystem.

Die Höhe der von Männern und Frauen ab 65 Jahre bezogenen Nettoeinkommen (Summe aller laufenden Einkünfte ohne Rücksicht auf deren Herkunft und einschließlich des Bezugs mehrerer Einkommen durch eine Person, nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen), erwies sich als sehr unterschiedlich. Männer verfügten 1986 (1989) unabhängig vom Familienstand zu 100 % (100 %) über ein eigenes Alterseinkommen, das im Durchschnitt bei 2 243 DM (2 433 DM) im Monat lag. Bei den Frauen verfügten nur verwitwete, geschiedene und ledige Personen über eigenes Alterseinkommen; bei verheirateten Frauen traf dies nur für 62 % (84 %) zu, d. h. 38 % (14 %) der verheirateten Frauen verfügten über kein eigenes Alterseinkommen. Das Nettoeinkommen der Frauen ab 65 Jahre lag im übrigen mit im Durchschnitt 1 127 DM (1 334 DM) erheblich unter dem der

gleichaltrigen Männer. Dies ist vor allem auf die mit 541 DM (488 DM) äußerst geringen eigenen Alterseinkommen verheirateter Frauen zurückzuführen.

Hinweis: Der absolute Rückgang bei den eigenen Einkommen verheirateter älterer Frauen zwischen 1986 und 1989 spiegelt wider, daß 1989 etwa 382 000 Frauen der Geburtsjahrgänge vor 1921, die vorher keine eigenen Alterseinkommen hatten, Leistungen nach dem Kindererziehungsleistungs-Gesetz (KLG) erhielten. Diese Leistungen beliefen sich auf durchschnittlich 79 DM.

Die in der öffentlichen Diskussion immer wieder beklagte geringe Altersversorgung älterer Frauen wäre somit in erster Linie für verheiratete Frauen zu konstatieren. Hieran zeigt sich aber, daß sinnvoller und aufschlußreicher Indikator für die Beurteilung der materiellen Situation älterer Menschen nur die Einkommenssituation der Haushalte sein kann, in denen zumindest eine Person über 55 Jahre Alterseinkommen bezieht. Ältere Ehepaare hatten 1986 ein Monatseinkommen von durchschnittlich 2 653 DM (2 895 DM) zur Verfügung, der Anteil der Haushaltseinkommen unter 1 000 DM war bei ihnen mit 3 % (2 %) vergleichsweise gering.

Ledige und geschiedene Frauen verfügten durchschnittlich über 1 356 DM (1 651 DM); der Anteil mit unter 1 000 DM im Monat betrug hier 37 % (30 %), unter 750 DM im Monat bezogen 19 % (15 %) der ledigen und geschiedenen Frauen. Bei Witwen lagen die entsprechenden Werte höher: sie verfügten monatlich im Durchschnitt über 1 496 DM (1 651 DM); bei ihnen lag der Anteil der Einkommen unter 1 000 DM im Monat bei 22 % (14 %), der Anteil der Einkommen unter 750 DM im Monat bei 10 % (5 %).

Sozialhilfe

Ältere Menschen, die sich nicht selbst helfen können und die erforderliche Hilfe auch nicht oder nur unzureichend von anderen vorrangigen Alterssicherungssystemen erhalten, haben Anspruch auf Sozialhilfe. Die Sozialhilfe ist eine umfassende, individuelle, allerdings nachrangige Absicherung von Lebensrisiken in unserem sozialen Sicherungssystem. Sie wird als Hilfe zum Lebensunterhalt oder als Hilfe in besonderen Lebenslagen erbracht.

Der Hilfesuchende hat zunächst eigenes Einkommen und Vermögen zur Unterhaltssicherung einzusetzen, bevor die Sozialhilfe eingreift. Zum Einkommen im sozialhilferechtlichen Sinne gehören alle einer Person zufließenden Einkünfte in Geld oder Geldeswert, soweit sie nicht ausdrücklich davon ausgenommen sind.

Hinweis: Unter dem Begriff Vermögen versteht der Gesetzgeber das gesamte verwertbare Vermögen. Wie vom Einkommen gibt es auch beim Vermögen Ausnahmen von der Pflicht zum vorrangigen Einsatz. So darf die Sozialhilfe vom Einsatz bestimmter Vermögensteile (wie z. B. angemessener Hausrat oder ein angemessenes Hausgrundstück) nicht abhängig gemacht werden (sog. Schonvermögen).

Aus den Bestimmungen über den Einkommens- und Vermögenseinsatz wird deutlich, daß Hilfesuchenden (und deren Angehörigen) — nicht zuletzt, um sie in ihrem Bestreben zu unterstützen, von der Sozialhilfe unabhängig zu leben — ein gewisser Spielraum in ihrer wirtschaftlichen Bewegungsfreiheit erhalten bleibt.

Im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt wird der gesamte notwendige Lebensunterhalt gesichert. Laufende Leistungen zum Lebensunterhalt (Ernährung, hauswirtschaftlicher Bedarf und Bedürfnisse des täglichen Lebens) werden grundsätzlich nach Regelsätzen gewährt (z. Z. 514 DM in den alten und 501 DM in den neuen Bundesländern). Hinzu kommen einmalige Leistungen wie Kleider-, Hausrat-, Brennstoff- und Weihnachtsbeihilfen sowie die Kosten der Unterkunft in tatsächlicher Höhe, soweit sie angemessen sind, Heizkosten und ggf. Mehrbedarfszuschläge für bestimmte Gruppen von Hilfesuchenden. Daneben besteht Anspruch auf ambulante Pflege, Pflegegeld und Altenhilfe als Hilfen in besonderen Lebenslagen.

Anspruch auf Altenhilfe

Bei notwendiger Heimunterbringung übernimmt die Sozialhilfe die Kosten, soweit der Hilfesuchende aus seinem Einkommen (z. B. Rente) oder Vermögen dazu nicht in der Lage ist. Zu den Heimkosten gehören die Kosten der Unterbringung und Pflege einschließlich eines Barbetrages zur persönlichen Verfügung. Dieser Barbetrag beläuft sich monatlich auf 30 % des geltenden Regelsatzes (z. Z. ca. 154 DM). Bei eigenem Einkommen sind Erhöhungen möglich.

Die Bundesregierung ist der Meinung, daß ein soziales Leistungssystem wie die Sozialhilfe für die Festlegung einer Armutsgrenze nicht geeignet ist. Ein Maßstab, der bei Leistungsverbesserungen die Zahl der Anspruchsberechtigten erhöhen und damit die „Armut" vermehren und sie umgekehrt bei Leistungseinschränkungen verringern würde, kann nicht als sinnvoll betrachtet werden.

1988 lag der durchschnittliche Sozialhilfebedarf im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt für Alleinstehende bei 860 DM monatlich und für Ehepaare ohne Kinder bei 1 398 DM. 1991 beträgt der durchschnittliche Sozialhilfebedarf in den alten Bundesländern für einen Alleinstehenden 988 DM und für ein Ehepaar ohne Kinder 1 599 DM.

Der Anteil der 65jährigen und älteren Personen an den Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen ist in den alten Bundesländern im letzten Jahrzehnt von etwa 20 % im Jahr 1980 auf gut 8 % im Jahr 1991 gesunken. 1980 betrug die Zahl der Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen — am Jahresende — in der genannten Altersgruppe noch mehr als 170 000 Personen, 1991 aber bereits weniger als 150 000, darunter 118 000 Frauen. Dies entspricht einem Anteil von unter 2 % der Rentenempfänger der gesetzlichen Rentenversicherung. Selbst wenn man die Zahl der Fälle der sog. „verschämten Altersarmut", d. h. derjenigen älteren Menschen, die sich — aus welchen Gründen auch immer — scheuen, die ihnen zustehenden Sozialhilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, etwa in gleicher Höhe ansetzt, ist Altersarmut in der Bundesrepublik Deutschland eine Ausnahme. Gleichwohl gilt den verbleibenden Fällen die besondere Aufmerksamkeit.

Altersarmut bleibt Ausnahme

Verbesserte wirtschaftliche Lage

Insgesamt hat sich die wirtschaftliche Lage älterer Menschen in den alten Bundesländern im Vergleich zu den 70er und 80er Jahren spürbar verbessert. Dies belegt der Anstieg der durchschnittlichen Renten bei 45 anrechnungsfähigen Versicherungsjahren von 550 DM in 1970 auf 2 002 DM in 1993.

4. Wohnen im Alter

Besonders im Alter, wo Geborgenheit und Bewahrung des Erworbenen einen hohen Stellenwert erlangen, wird die Wohnung zur wichtigen Grundlage für Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit. Sie sollte deshalb durch Größe, Lage und Ausstattung den Bedürfnissen Älterer, die sich länger als andere Bevölkerungsgruppen in ihrer Wohnung aufhalten, weitgehend entsprechen. Die Gestaltung des Wohnumfeldes kann wesentlich zur Aufrechterhaltung, aber auch zum Anknüpfen neuer sozialer Bindungen beitragen.

Gerade für Senioren ist erforderlich, daß sie auch bezüglich ihrer Wohnsituation in das gesellschaftliche Leben einbezogen bleiben.

Hohes Wohnniveau in den alten Bundesländern

In den alten Ländern wurde ein qualitativ und quantitativ hohes Wohnversorgungsniveau erreicht, d. h. der überwiegende Teil älterer Menschen verfügt über gute und altersadäquate Wohnbedingungen. Es ist jedoch festzustellen, daß diese Wohnungen bei eintretendem Hilfe- bzw. Pflegebedarf den Erfordernissen überwiegend nicht hinreichend entsprechen.

Niveauverbesserungen in den neuen Bundesländern erforderlich

Die Situation in den neuen Bundesländern weicht extrem vom Niveau in den alten Bundesländern ab. Der Bedarf an geeigneten, modern und altersgerecht ausgestatteten Wohnungen ist in den neuen Bundesländern deutlich höher.

Nach der im Grundgesetz festgelegten Aufgabenteilung sind die Länder für die Durchführung aller Maßnahmen des Bau- und Wohnungswesens zuständig. Aufgrund seiner Gesetzgebungsbefugnisse regelt der Bund den allgemeinen gesetzlichen Rahmen zum Städtebau-, Planungs-, Steuer-, Wohnungsbauförderungs- und Wohnungsbindungs-, Miet- und Wohngeldrecht.

Er unterstützt darüber hinaus die Länder mit Bundesfinanzhilfen bei besonders bedeutsamen Investitionen, die zur Abwehr von Störungen des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts oder zum Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft im Bundesgebiet oder zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums erforderlich sind, auch bei der Förderung des sozialen Wohnungsbaus. Über den Einsatz der Bundesfinanzhilfen und eigener Landesmittel entscheiden die Länder eigenverantwortlich.

Wohnungsbauförderung

So werden von der Bundesregierung 1993 insgesamt 3,95 Mrd. DM für die Förderung des sozialen Wohnungsbaus durch ein ganzes Paket ausgewogener Maßnahmen eingesetzt.

Ausgehend von grundsätzlichen Entscheidungen, Orientierungen und praktischen Handreichungen der Bundesregierung verwirklichen die Länderverwaltungen seit Jahren eine Politik zur Förderung der Schaffung und Erhaltung von Wohnraum,

wobei insbesondere soziale Belange, z. B. für Einkommensschwache, Alleinstehende, Ältere und Behinderte Berücksichtigung finden.

Kündigungsschutz

So ist auch älteren Menschen ein Vorrang im sozialen Wohnungsbau und bei der Wohnungsvergabe eingeräumt worden. Der Wohnraumkündigungsschutz sichert, daß ältere Menschen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben können. Aber auch der Tausch einer Sozialwohnung in eine andere — in der Nähe ihrer Angehörigen gelegene — ist für ältere Menschen unabhängig vom Einkommen erleichtert worden.

Wohngeld

Wohngeld zur Minderung der Mietbelastung hilft vielen Senioren, wobei in den neuen Bundesländern auch auf diesem Gebiet Bedarf und Wirkung bedeutend größer sind als in den alten. In den neuen Bundesländern waren Mitte 1992 50 % der Personen, die Wohngeld empfangen, Rentner.

Barrierefreies Wohnen

Um auch den speziellen Anforderungen älterer Menschen an die Gestaltung von Wohnungen Rechnung zu tragen, nimmt die Bundesregierung Einfluß auf die Entwicklung der Bautechnik. Mit der Neufassung der Planungsnorm DIN 18025 unter dem Titel „Barrierefreies Wohnen" sind die aktuellen Erkenntnisse und Anforderungen zum Wohnen im Alter für den Neubau und die Umgestaltung von Wohngebäuden beachtet und in den Vordergrund gestellt worden.

Altengerechte Infrastruktur

Wohnen im Alter ist als Aufgabe jedoch nicht allein auf die Wohnung begrenzt. Gerade die Wohnumgebung bestimmt in starkem Maße die Möglichkeiten zur sozialen Integration älterer Menschen. Die Anpassung der Dienstleistungs- und Verkehrsstruktur an die Bedürfnisse der sich verändernden Wohnbevölkerung ist und bleibt eine Schwerpunktaufgabe der Städteplaner und Kommunalpolitiker. So werden durch die Neufassung der Planungsnorm DIN 18024 „Barrierefreies Bauen" die technischen Grundlagen für den altengerechten Ausbau aller Verkehrsanlagen und aller öffentlich zugängigen Gebäude geschaffen.

Dabei lösen Siedlungs- und Strukturentwicklungstrends immer wieder neue Aktivitäten zur Integration älterer Menschen aus. Positiv ist dabei, daß Ältere im alten Wohnungsbestand geblieben sind. Mit dem zunehmenden Trend des wieder verstärkten Wohnens in der ursprünglichen Stadt verbessert sich das soziale Umfeld der dort Verbliebenen.

Niveauverbesserung beim ländlichen Wohnen

Rund 46 % der Bevölkerung Deutschlands wohnen in ländlichen Räumen. Dabei bieten diese und ihre Dörfer im Umland von Verdichtungsräumen oder wirtschaftsstarken Zentren sowie ausgeprägte Fremdenverkehrsregionen völlig andere Voraussetzungen für die Gestaltung der materiellen Umwelt der Wohnungen und der baulichen Gestaltung als solche in verdichtungsfernen Regionen mit unzureichender Infrastruktur und fehlenden Beschäftigungsmöglichkeiten.

Eine Abwanderung in städtische Gebiete kommt gerade für ältere Menschen nicht in Frage, die damit das ihnen vertraute Umfeld verlassen müßten. Der andauernde Agrarstrukturwandel in der Landwirtschaft wird die Zahl der Arbeitsplätze in manchen ländlichen Räumen tendenziell weiter verringern. Er wird zugleich durch die Abwanderung junger Menschen aus agrarisch geprägten, strukturschwachen ländlichen Räumen, dort zum Anwachsen des Anteils älterer Menschen führen. Daraus ergibt sich, daß die Wirtschaftlichkeit der Verkehrs- und Dienstleistungsinfrastruktur und damit die Chance abnimmt, diese Gebiete weiter zu entwickeln. Gleichwohl bildet die Erhaltung lebendiger Dörfer mit ihrer wirtschaftlichen, ökologischen und kulturellen Vielfalt und mit ihren Kommunikationsmöglichkeiten, insbesondere für ältere Menschen eine Grundlage der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

In den ländlich geprägten Dörfern wird daher neben der Entwicklung integrierter Wohnformen die Anpassung des Wohnungsbestands (Funktion und Ausstattung der Wohnung) und des unmittelbaren Wohnumfeldes an die Bedürfnisse älterer Menschen in Zukunft eine erhöhte Beachtung und Förderung finden müssen.

Die Bundesregierung sieht sich durch den Bericht der Sachverständigenkommission bestätigt, die Dorferneuerung als Instrument zur Entwicklung der ländlichen Räume einzusetzen, um die Dörfer sowohl als Standorte der Landbewirtschaftung wie als ländlich geprägte Wohnstandorte zu erhalten. Dazu sind im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes" durch rechtlich und finanziell mögliche Fördermaßnahmen die Bedingungen für das Wohnen im Alter in den Dörfern bei enger Koordinierung mit anderen Dorferneuerungsvorhaben zu verbessern.

Städtebauliche Konzepte

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Kommission, daß städtebauliche Konzepte die differenzierten Bedürfnisse und Lebenszusammenhänge älterer Menschen verstärkt berücksichtigen müssen. Ergebnisse des Forschungsfeldes „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier" im Rahmen des Experimentellen Wohnungs- und Städtebaus des Bundesministeriums für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau bestätigen, daß nicht „eine Patentlösung", sondern auf kleinräumiger Ebene den jeweiligen Bedarfslagen entsprechende, vielschichtige Angebote zur Verbesserung der Lebensbedingungen erforderlich sind.

Mit 21 Modellvorhaben konnten Ziele, Handlungsfelder und Lösungsstrategien zur Verbesserung der Lebensqualität in unterschiedlichen Quartiersituationen aufgezeigt werden. Die bisher gewonnenen Ergebnisse werden noch 1993 der Öffentlichkeit vorgestellt und erörtert. Die Bundesregierung geht von der Erwartung aus, daß mit diesen Arbeiten wesentliche Beiträge zu einem an den Interessen älterer Menschen und dem Zusammenleben der Generationen orientierten Städtebau vorliegen, die in Quartiergestaltung und Stadtplanung „vor Ort" umgesetzt werden.

Mehrgenerationennachbarschaft

Der Wandel der Lebenssituation älterer Menschen stellt aber auch neue Anforderungen sowohl an die Politik als auch an praktische Aufgaben zur Gestaltung von Wohnbedingungen. So muß beim Wohnungsangebot berücksichtigt werden, daß die Anzahl der Ein-Personen-Haushalte, in denen Ältere leben, stark ansteigen wird. Dabei besteht vielfach der Wunsch, daß solche Wohnungen in unmittelbarer Nachbarschaft zu jüngeren Familienangehörigen liegen. Mit dem Begriff „Mehrgenerationsnachbarschaft" könnten die Bedürfnisse und das damit verbundene soziale Anliegen beschrieben werden.

Autonomie bei Sicherheit

Die von älteren Menschen aufgegriffene Leitidee „Autonomie bei Sicherheit" setzt Maßstäbe für die Schaffung altengerechten Wohnraums und nimmt Einfluß auf das Entwickeln und Erproben alternativer Wohnformen. Insbesondere mit den unterschiedlichen Formen „Betreuten Wohnens" wird eine Entwicklung eingeleitet, die sich an dem Grundsatz der Erhaltung von Selbständigkeit in Verbindung mit differenzierten Hilfeangeboten orientiert. Bereits seit Jahren fördert die Bundesregierung auch Projekte „Betreuten Wohnens".

Wohnbedingungen beeinflussen Altenhilfe

Die unterschiedlichen Wohnbedingungen älterer Menschen beeinflussen Inhalt und Umfang notwenig werdender Betreuungsleistung. Sie zu differenzieren sowie gezielt Einfluß auf effektive Veränderungen zu nehmen, ist Inhalt eines vom Bundesministerium für Familie und Senioren geförderten Forschungsvorhabens.

Besondere Wohnformen

Besondere Wohnformen für betreuungsbedürftige ältere Menschen sind Senioren-, Altenwohn-, Alten- und Altenpflegeheime. Auch hier steht das Anliegen der Kompetenzerhaltung in engem Zusammenhang mit der Aufgabe einer wohnlichen Gestaltung (vgl. Abschnitte B. 5 bis 7).

Mit der Veröffentlichung von Forschungsergebnissen und Informationsschriften im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit trägt die Bundesregierung wesentlich zu dem Erfahrungsaustausch und der Wissensvermittlung gegenüber Fachkreisen sowie der Öffentlichkeit bei und erweitert damit Verständnis und Gestaltungsmöglichkeiten in Fragen des Wohnens im Alter. Diesem Ziel dienen u. a. die bereits vor mehreren Jahren von der Bundesregierung initiierten erfolgreichen Wanderausstellungen „Wohnen im Alter" und „Mehrgenerationenwohnen". Mit diesen Aktivitäten werden vielfältige Möglichkeiten zur Erleichterung und Hilfe im Alltag des Wohnens älterer Menschen und des Zusammenlebens der Generationen aufgezeigt.

Die Bundesregierung sieht sich in den Überlegungen der Kommission zu Fragen der Gestaltung von Wohnung und Wohnumfeld sowie der finanziellen Sicherung des Wohnens älterer Menschen in ihrer Politik auf diesem Gebiet bestätigt. Die bisherigen und laufenden Maßnahmen der Bundesregierung, die Wohnbelange von Senioren zu stärken, hat der Deutsche Bundestag aufgrund der Empfehlung des Ausschusses für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau in seiner einstimmigen Entschließung vom 16. Januar 1992 unterstützt (BT-Plenarprotokoll 12/70 zur Drucksache 12/1763). Die Bundesregierung wird auch künftig im Rahmen des verfassungsrechtlich und finanzpolitisch Möglichen Beiträge zur Verbesserung der Wohnverhältnisse leisten.

Alter und Verkehr

Unmittelbar in Verbindung mit Wohnen und Infrastrukturgestaltung steht die Aufgabe der Schaffung geeigneter Verkehrsbedingungen für Ältere. Die Bundes-

regierung unternimmt große Anstrengungen, um bei den sich schnell vollziehenden technischen Veränderungen des öffentlichen und individuellen Verkehrs altengerechte Bedingungen einfließen zu lassen. Schwerpunkte dabei sind:

— barrierefreier Ausbau aller Verkehrsanlagen,

— geschlossene Transportketten,

— Benutzbarkeit aller Verkehrsmittel auch für mobilitätseingeschränkte Menschen,

— Durchsetzung des Prinzips der Rücksichtnahme durch alle Verkehrsteilnehmer.

Reisen im Alter

Im Ergebnis einer Initiative des Deutschen Bundestages aus dem Jahr 1990 erfolgten vielfältige Aktivitäten zur Verbesserung der Reisemöglichkeiten für behinderte Menschen, die bis heute zu beachtlichen Fortschritten geführt haben.

Gemeinsam mit den hauptsächlich zuständigen Ländern, Gemeinden, Verkehrs- und Bauleistungsträgern sowie vielen privaten Anbietern hat die Bundesregierung Einfluß auf alle Bereiche des Reisens genommen, um für Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen und Mobilitätseinschränkungen im öffentlichen Personennahverkehr, bei Fernreisen und bei inidividuellem Personentransport günstigere Bedingungen zu schaffen und Barrieren abzubauen.

Die Bundesregierung appelliert aber auch an die älteren Menschen selbst, verantwortungsbewußt mit der Erlaubnis zum Führen eines Fahrzeuges umzugehen und Angebote zur Überprüfung der Seh- und Hörfähigkeit sowie Beratung im Hinblick auf z. B. altersgerechte Umstellung des Fahrverhaltens in Anspruch zu nehmen. Sie stimmt mit den Empfehlungen des Altenberichts überein, keine altersmäßigen Begrenzungen zum Führen eines Kraftfahrzeuges einzuführen. Gerade die Benutzung des eigenen Kraftfahrzeuges hilft bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Erledigung alltäglicher Geschäfte, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sie trägt somit nicht nur zur Autonomie bei, sondern ist ein wesentlicher Indikator positiver Lebensqualität älterer Menschen.

Mit einem gemeinsam mit dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat geplanten Kongreß zum Thema „Verkehrssicherheit älterer Menschen — Mobilität erhalten und fördern" wird die Bundesregierung im Jahr 1993 neue Impulse zu diesem für die ältere Generation wichtigen Thema geben.

5. Gesundheit im Alter

Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission in ihrer Darstellung der gesundheitlichen Situation älterer Menschen überein.

Die Selbständigkeit kranker alter Menschen zu erhalten und zu fördern, ist auch eine Zielsetzung der im Gesundheits-Reformgesetz von 1988 neu gefaßten Bestimmungen zu rehabilitationsbezogenen Leistungen. Hilfe bei Schwerpflegebedürftigkeit wurde in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, um die häusliche Pflege zu stärken und die Angehörigen, die die Hauptlast der Pflege tragen, zu unterstützen. Verbessert wurde auch die steuerliche Berücksichtigung der Pflegeaufwendungen durch Einführung eines Pflegepauschbetrages in Höhe von 1 800 DM jährlich. Ein Gesetzentwurf zur sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit wurde inzwischen in den Deutschen Bundestag eingebracht (vgl. Abschnitt B. 6).

Gesundheitsversorgung

Leistungen der Krankenversicherung

Der wichtigste Träger der Gesundheitsversorgung ist die gesetzliche Krankenversicherung. In ihr erhalten alle Versicherten die gleichen Leistungen. Ältere Versicherte werden von Leistungen nicht ausgeschlossen, wie das z. T. in anderen Staaten der Fall ist.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Solidargemeinschaft zwischen Gesunden und Kranken, aber auch zwischen erwerbstätigen und nichterwerbstätigen Versicherten. Die jüngeren und in der Regel gesünderen Versicherten tragen die höheren Krankheitsrisiken der älteren Versicherten mit. Am Krankheitsrisiko des

einzelnen orientierte Beiträge gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Durch die jährlich angepaßten Härtefallklauseln kommt es auch bei der Selbstbeteiligung zu keiner Überforderung der Rentner.

Zur Zeit sind in den alten Bundesländern ca. 13 Millionen Menschen in der Krankenversicherung der Rentner versichert, das sind etwa 23 % aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf sie entfallen rund 41 % der Krankenhausfälle, bei den Krankenhaustagen sind es sogar über 53 %. Auch der Anteil der Rentner an den ärztlichen Behandlungsfällen liegt mit fast 26 % etwas über ihrem Anteil an den Versicherten. Der Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen je Versicherten steigt mit zunehmendem Alter an und liegt ab der Altersgruppe 50 bis 54 Jahre über dem Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die höheren Kosten für die medizinische Versorgung von Rentnern werden von der gesetzlichen Krankenversicherung alleine getragen. Eine Beteiligung von anderen Versicherungsträgern oder einen Staatszuschuß gibt es nicht. Die Beiträge der Krankenversicherung der Rentner reichen nicht aus, um die für sie notwendigen Leistungen zu finanzieren. Von den Beitragseinnahmen wurden im Jahr 1992 rund 16 % durch Rentner aufgebracht, dagegen entfielen auf sie etwa 42 % der Ausgaben. In den wichtigsten Leistungsbereichen betrug der auf Rentner entfallende Anteil:

— ambulante ärztliche Behandlung	35,6 %
— zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz)	12,1 %
— Zahnersatz	29,1 %
— Arzneimittel	54,3 %
— Heil- und Hilfsmittel	48,2 %
— Krankenhausbehandlung	52,2 %

Um die Finanzierungslücke in der Krankenversicherung der Rentner im Jahr 1992 in den alten Bundesländern in Höhe von 44 Mrd. DM auszugleichen, mußten die Versicherten in der allgemeinen Krankenversicherung etwa 3,8 Beitragssatzpunkte aufwenden.

Gesundheitsstrukturgesetz

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde ein erster Schritt gemacht, um die Beitragsbelastung der Mitglieder der allgemeinen Krankenversicherung zu stabilisieren. Die freiwillig versicherten Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung werden auch nach Eintritt in den Ruhestand wie in der Erwerbsphase nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Beitragszahlung herangezogen.

Die Ausgaben für die medizinische Versorgung der Rentner werden über die Kassenarten hinweg ausgeglichen. Ab 1995 wird der bisherige Ausgabenausgleich für Rentner in den mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Risikostrukturausgleich integriert.

Über die Ausgleichsfaktoren Alter und beitragspflichtige Einnahmen werden besondere Belastungen, die Rentner auf der Einnahmen- und Ausgabenseite darstellen können, über die Kassenarten hinweg ausgeglichen.

Größere medizinische Behandlungsintensität

Die steigende Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung ist nicht zuletzt auch ein Ergebnis des medizinischen Fortschritts. Doch nicht jeder ältere Mensch kann seinen Lebensabend gesund und weitgehend ohne Beschwerden genießen. Es gibt jedoch neue und verbesserte Behandlungsmethoden, mit denen den älteren Menschen besser geholfen werden kann und wird. Die Folge davon ist, daß die medizinische Behandlungsintensität zunimmt.

Inzwischen sind selbst schwierige Behandlungsmethoden und invasive Eingriffe bis ins hohe Alter möglich und werden durchgeführt.

Die Bundesregierung stimmt der Sachverständigenkommission zu, daß die Allgemeinärzte eine entscheidende Rolle für die ambulante Versorgung der älteren Menschen spielen. Übergeordnetes Ziel der medizinischen Betreuung sollte es sein, älteren kranken Menschen zu ermöglichen, weitgehend unabhängig in ihrer gewohnten Umgebung zu leben.

Die Bundesregierung stimmt der Aussage der Sachverständigenkommission zu, daß in Zukunft im Krankenhaus ein großer Teil der Bettenkapazität zur stationären

Aktivierende Pflege und Rehabilitation im Krankenhaus

Versorgung älterer Menschen notwendig sein wird. Die Bundesregierung stimmt mit der Sachverständigenkommission auch darin überein, daß durch aktivierende Pflege und Rehabilitation ein Teil der älteren Kranken schneller aus den Akutkrankenhäusern entlassen werden kann.

Künftige Anforderungen an die Krankenversicherung

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und den sich daraus ergebenden Anforderungen an die künftige Leistungsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Finanzierung hat das Bundesministerium für Gesundheit den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beauftragt, ein Sondergutachten mit dem Thema „Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2000 — Solidarität und Eigenverantwortung bei sich ändernden gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen" bis Dezember 1994 zu erstellen. Dabei sollen u. a. untersucht werden:

— Auswirkungen veränderter Morbidität der Bevölkerung, sowie des medizinisch-technischen Fortschritts auf das Angebot und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie der Einfluß dieser Faktoren auf die Gesundheitsausgaben,

— Anpassung der heutigen Angebots- und Honorarstrukturen an die gewandelten Rahmenbedingungen,

— Überprüfung der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus Pflichtbeiträgen angesichts veränderter Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie sich wandelnder Lebensgewohnheiten,

— Neufassung des Leistungskatalogs unter besonderer Berücksichtigung der Solidarität und Subsidiarität,

— Einführung verstärker Anreize zu ursachenbezogener Prävention und gesunder Lebensweise,

— Anforderungen an bestehende und neue Diagnose- und Therapieverfahren im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Prävention

Die Bundesregierung stimmt der Sachverständigenkommission zu, daß in der Bundesrepublik Deutschland die Voraussetzungen für einen möglichst langen Erhalt der Gesundheit im Alter heute besser sind als vor wenigen Jahrzehnten. Der relativ gute Gesundheitszustand und die besseren Lebensbedingungen, Fortschritte in medizinischer Diagnostik und Therapie sowie umfassende Angebote institutioneller Förderung und Unterstützung ergeben entwicklungsfördernde Bedingungen, die weitere Möglichkeiten zur gezielten Prävention psychischer Störungen und Krankheiten bieten.

Aufklärung

Eine besondere Bedeutung kommt frühzeitig beginnender und intensiver Aufklärung über gesunde Lebensführung sowie vorbeugenden Maßnahmen zu (z. B. Körperhygiene, gesunde Lebensweise, Ernährung, Vorsorgeuntersuchung, Gesundheitserziehung), da die Vorbereitung auf ein gesundes und erfülltes Alter schon in der Kindheit beginnt und lebensbegleitend ist.

Bei alten Menschen häufiger auftretende Erkrankungen, wie z. B. solche des Herz-Kreislauf-Systems, können durch lebenslanges gesundheitsgerechtes Verhalten in ihrem Auftreten zumindest hinausgezögert werden.

Fernsehen, Angebote der Volkshochschulen, Kurse der Krankenkassen und Printmedien etc. informieren darüber. Die Bundesregierung hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit dieser Öffentlichkeitsarbeit beauftragt. Deren Angebote richten sich unter anderem direkt an die ältere Generation (z. B. spezielle Projekte zur Ernährung).

Aber auch Medien und Aktivitäten, die explizit eher jüngere Menschen ansprechen, kommen direkt oder indirekt der älteren Generation zugute, da über sie der soziale Verbund von Familie, Freundeskreis und anderen sozialen Netzen gestützt, informiert und aktiviert wird (z. B. zu den Themen Krebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Herzinfarkt).

Vorsorgeuntersuchungen

Da die Heilungschancen vieler Erkrankungen bei frühzeitiger Diagnose deutlich besser sind, werden Vorsorgeuntersuchungen angeboten. So werden z. B. für Frauen ab dem 20. und Männer ab dem 45. Lebensjahr einmal pro Jahr eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung und für Versicherte ab dem 35. Lebensjahr jedes zweite Jahr eine Gesundheitsuntersuchung, die insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Nierenerkrankungen betrifft, angeboten. Diese Angebote werden noch nicht im gewünschten Maße genutzt. Hier gilt es, neue Wege zu finden, um insbesondere Personengruppen mit hohen Erkrankungsrisiken vom Sinn der Früherkennung zu überzeugen.

Eine gute medizinische und soziale Betreuung und Behandlung setzt geriatrische und gerontologische Kenntnisse voraus. Deshalb sind in der ärztlichen Ausbildung sowie in den entsprechenden Prüfungskatalogen auch Themen wie Prävention — einschließlich Gesundheitsberatung —, Sozialpsychiatrie und Grundzüge der sozialen Medizin enthalten.

Die medizinische Ausbildung und Prüfung umfassen ebenso altersspezifische und geriatrische Themen. So z. B. Rollenbeziehungen und -konflikte in den verschiedenen altersspezifischen Gruppenkonstellationen, altersspezifische Gesichtspunkte in Diagnostik und Therapie sowie internistische Aspekte der Geriatrie.

Geriatrie und Gerontologie Schwerpunkte der Weiterbildung

Darüber hinaus gibt es in der Weiter- und Fortbildung fachspezifische Angebote zu Geriatrie und Gerontologie. So sind nach der Musterweiterbildungsordnung, wie sie auf dem 95. Deutschen Ärztetag beschlossen wurde, eine fakultative Weiterbildung in klinischer Geriatrie in der Allgemeinmedizin und in der Inneren Medizin vorgesehen, ebenso in der Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Nach wie vor ist jedoch festzustellen, daß ein erheblicher Bedarf an geriatrischer und gerontologischer Aus-, Fort- und Weiterbildung sowohl für Ärzte als auch für alle in der Altenarbeit, Behandlung, Rehabilitation und sozialen Betreuung beteiligten Berufe vorhanden ist.

Rehabilitation

Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission in ihrer Darstellung der Rehabilitation überein. Sie hält im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten den Aufbau eines Rehabilitationsangebotes auch für ältere Menschen unter dem Gesichtspunkt für geboten, humane Lebensbedingungen im Alter herzustellen und zu erhalten.

Individuelle Ziele

Fähigkeiten zur Selbstversorgung und verminderten Abhängigkeit von fremder Hilfe tragen wesentlich dazu bei, Lebensqualität zu erhalten, zu verbessern oder wiederzugewinnen. Dabei hat Rehabilitation zu berücksichtigen, daß kranken alten Menschen hinsichtlich ihrer körperlichen und geistig-seelischen Belastbarkeit Grenzen gesetzt sind. Dies erfordert die Definition individueller realistischer Rehabilitationsziele.

Die Einsicht, daß sich Rehabilitation auch im Alter lohnt, und die Inanspruchnahme der hierzu erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen nicht nur im Interesse der Betroffenen liegt, muß bei allen Beteiligten durch Beratungs-, Überzeugungs- und Motivationsarbeit gefördert oder bestärkt werden. Nach den der Bundesregierung vorliegenden Erfahrungen kann eine effektive Rehabilitation vielfach verhindern, daß alte Menschen nach einer Behandlung im Krankenhaus in einem Alten- oder Pflegeheim die für sie notwendige Lebens- und Betreuungsform sehen. Studien einiger vom Bund geförderter Modelleinrichtungen für geriatrische Rehabilitation, wie z. B. des Albertinenhauses in Hamburg, belegen, daß bis zu 80 % der dort behandelten Patienten nach Hause entlassen werden können.

Die Bundesregierung ist sich bewußt, daß diese Erfolge derzeit im Rahmen von „allgemeinen stationären Behandlungsmaßnahmen" kaum zu erzielen sind. Hier ist, wie von der Kommission zutreffend dargestellt, eher die Regel, daß Betten in Akutkrankenhäusern in einer Größenordnung von bis zu 25 % mit Pflegefällen belegt sind, ohne daß gezielte Rehabilitation geleistet wird.

Spezielle Rehabilitationseinrichtungen

Im Jahr 1991 gab es in den alten Bundesländern 14 geriatrische Tageskliniken mit insgesamt 305 Plätzen und 14 psychogeriatrische Tageskliniken mit insgesamt 247 Plätzen. Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Sachverständigenkommission, daß das bestehende Angebot an stationären und teilstationären geriatri-

schen und psychogeriatrischen Einrichtungen dringend der Ergänzung bedarf, um die Versorgungslage entscheidend zu verbessern, und wird hierzu im Rahmen ihrer Zuständigkeit ihren Beitrag leisten. Sie fördert bereits überregionale Modelleinrichtungen der medizinischen Prävention und Rehabilitation. Derzeit sind 15 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen in Planung bzw. im Bau. Weitere drei Einrichtungen werden 1993 ihren Betrieb aufnehmen. Bei ihrer Förderung verfolgt die Bundesregierung das Ziel, unterschiedliche geriatrische Modelle zu realisieren. Diese sind:

— Rehabilitationseinrichtungen an Akutkrankenhäusern,

— selbständige Rehabilitationseinrichtungen, die mit Akutkrankenhäusern kooperieren,

— Rehabilitationseinrichtungen in Anbindung an eine Pflegeeinrichtung,

— eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung an einem Krankenhaus im Verbund mit einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung in einem Alten- bzw. Pflegeheim.

Alle Modelleinrichtungen werden über eine Tagesklinik als teilstationäre Einrichtung verfügen.

Hinsichtlich der Konzeption, der Finanzierung, der Bau- und Ausstattungskosten sowie der laufenden Kosten werden die Vorhaben mit den Ländern, den Krankenkassen und sonstigen Beteiligten abgestimmt. Geriatrische Einrichtungen sollten über Mindestkapazitäten von 30 bis 50 Betten verfügen; die obere Grenze sollte bei rund 100 bis 120 Betten liegen.

Derartige Modellprojekte werden sowohl in Ballungsgebieten als auch in ländlichen Bereichen gefördert. Außerdem sind zwei Akademien für die Fort- und Weiterbildung von Fachkräften in der Geriatrie geplant.

Darüber hinaus unterstützt die Bundesregierung vor allem an Länder, Leistungsträger und Verbände gerichtete Forderungen, die in einem überschaubaren Zeitraum den Aufbau eines qualifizierten Rehabilitationsangebots für ältere Menschen zum Ziel haben. Träger und Verbände im Bereich des Gesundheits-und Sozialwesens sollten die verschiedenen Komponenten des Rehabilitationssystems regelmäßig in ihren Projektplanungen vorsehen. Außerdem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Standesorganisationen angetragen, auf ärztliche Weiterbildung im Fachbereich Geriatrie hinzuwirken. Auch andere Fachberufe, insbesondere jene im Bereich der Alten- und Krankenpflege, sollten eine spezifische Weiter- und Fortbildung erfahren.

Rehabilitation bei der ambulanten Altenhilfe

Der Auftrag zur Rehabilitation älterer Menschen richtet sich nicht nur an die Institutionen des Gesundheitswesens, sondern an alle Träger von Einrichtungen und Diensten, die für ältere Menschen tätig sind. Einen wesentlichen Beitrag in diesem Bereich können Sozialstationen leisten. Auch der Auf- und Ausbau mobiler Dienste, insbesondere für krankengymnastische und ergotherapeutische Leistungen in der Wohnung älterer Menschen ist ein wichtiger Schritt zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege".

Gerontopsychiatrie

Bei einem Viertel der älteren Bevölkerung muß mit behandlungsrelevanten psychischen Störungen bzw. Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades gerechnet werden. Depressionen stellen die häufigsten psychischen Veränderungen dar und psychoreaktive Störungen im Alter sind von erheblicher Bedeutung. Im Zusammenhang mit der Multimorbidität nehmen aber auch organische Psychosen und demenzielle Erkrankungen an Häufigkeit zu.

Entsprechend der zunehmend verbesserten Erkenntnisse über Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter sind Prävention, Früherkennung und Therapierbarkeit heute realisierbare Ziele zur Erhaltung und Steigerung der Kompetenz im Alter.

In kaum einem anderen medizinischen Fachbereich wird die Überschneidung der Disziplinen aufgrund der Multimorbidität alter Menschen deutlicher als in der Geriatrie und in der Gerontopsychiatrie. Diese Überschneidungen spiegeln sich auch im Bereich der Versorgungsstrukturen wider. Zudem zeigt sich, daß eine

Ausweitung der Behandlung und Betreuung über den medizinischen Aspekt hinaus notwendig ist, um wesentlichen psychischen und sozialen Fragestellungen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Patienten gerecht werden zu können.

Gerontopsychiatrische Zentren

Modellprogramme brachten die Erkenntnis, daß eine Verbesserung der Versorgungsangebote für psychisch kranke alte Menschen durch herkömmliche Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie und der Altenhilfe nur unvollkommen erreicht werden kann. Deshalb hat eine Expertenkommission der Bundesregierung in ihren Empfehlungen zur Reform der psychiatrischen Versorgung das Gerontopsychiatrische Zentrum in den Mittelpunkt gestellt. Es soll über eine Tagesklinik, als teilstationäre Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtung, und über ambulante Dienste sowie Beratungseinrichtungen verfügen.

Nach Ansicht der Bundesregierung besteht insbesondere Klärungsbedarf, inwieweit zur adäquaten Versorgung psychisch kranker alter Menschen spezifische Einrichtungen erforderlich sind, oder ob im ambulanten Bereich Strukturen geschaffen werden können, die eine weitgehende Integration der geforderten Spezialfunktionen in die Angebote der Hilfe sowie die allgemeinmedizinisch-psychiatrische Versorgung erleichtern und damit einem ganzheitlichen Therapie- und Betreuungsansatz gerechter werden. Dies ist z. B. in einem Modellversuch in Nordrhein-Westfalen, bei dem gerontopsychiatrische Patienten durch speziell dafür eingesetzte Krankenschwestern der örtlichen Sozialstationen ambulant betreut werden, erfolgreich erprobt.

Für den Heimbereich empfiehlt die Expertenkommission, der integrierten Versorgung psychisch und somatisch Kranker innerhalb einer Station Vorrang zu geben, wenn der Anteil schwerer psychisch Geschädigter nicht zu hoch ist. Spezielle Heime oder Stationen für chronisch psychisch schwer gestörte und verwirrte Kranke sollten die Ausnahme bleiben.

Fachärztliche Betreuung in Heimen

Die Festlegung von pflegerischen und konzeptionellen Standards für Heime sowie die Sicherstellung regelmäßiger Überprüfungen durch eine Kommission werden als sachgerecht angesehen. Diesen Zielen dient auch der Erlaß der Heimpersonalverordnung. Die Heimaufsicht und die Abstellung der Mängel liegen in der Verantwortung der Länder, die diese im Sinne der Ausführungskompetenz an die Kommunen übertragen können. Dabei ist die kontinuierliche fachärztliche Betreuung der Heimbewohner entschieden zu verbessern.

Grundsätzlich ist unter Beachtung der finanziellen Möglichkeiten der weitere Ausbau bestehender Angebote und die bessere personelle Qualifizierung aller Berufsgruppen mit Stärkung psychogeriatrischer Kompetenz in der Aus-, Weiter- und Fortbildung anzustreben. Dort, wo entsprechende sachliche und personelle Ressourcen bereitgestellt werden können, ist eine Umwidmung von Kapazitäten geboten.

Arzneimittelanwendung

Angesichts der aus epidemiologischen Studien zum Arzneimittelgebrauch bekannten Situation hält es die Bundesregierung, wie auch im Bericht der Sachverständigenkommission angesprochen, für dringend geboten, daß den besonderen physiologischen Gegebenheiten des alternden Menschen bei der Entwicklung und Versorgung von Arzneimitteln Rechnung getragen wird.

Die im Alter häufig vorliegende Multimorbidität und die damit verbundene Arzneimitteltherapie erfordern sowohl eine aufeinander abgestimmte Verordnung von Medikamenten durch die behandelnden Ärzte als auch ein verbessertes Fachwissen zur Pharmakokinetik und Pharmakodynamik bei geriatrischen Patienten.

Nicht minder wichtig erscheint aber auch die Aufklärung der Patienten über die Risiken, die mit der Anwendung hochwirksamer Arzneimittel verbunden sein können, sowie die Einsicht, daß Arzneimittel keine Lebensmittel sind und daß das Altern keine Krankheit ist.

Gute Informationen mit Anwendungshinweisen und Risikoangaben sind oft genau so wichtig wie die Qualität des Mittels selbst. Deshalb ist in der Bundesrepublik Deutschland bereits seit 1978 die Packungsbeilage für Arzneimittel gesetzlich vorgeschrieben.

Die Bundesregierung setzt sich seit Jahren dafür ein, daß Packungsbeilagen für Laien verständlich und damit verbraucherfreundlich und patientengerecht gestaltet werden.

Auf die Gefahren der Über- und Unterdosierung bei geriatrischen Patienten ist in verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen hingewiesen worden. Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Sachverständigenkommission, daß dieser Situation besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist, da sich hier nicht nur unmittelbare Gesundheitsgefahren für die Patienten ergeben können, sondern weil es über Folgeschäden von Fehldosierungen auch zu beträchtlichen ökonomischen Problemen im Gesundheitssystem kommen kann.

Der Patient hat grundsätzlich Anspruch auf eine vollständige Information, auch wenn dies zu Veränderungen des Einnahmeverhaltens führen kann. Pharmazeutische Unternehmen sind gesetzlich verpflichtet, auf mögliche Nebenwirkungen hinzuweisen. Hier steht auch der Arzt in der Verantwortung. Er hat eine umfassende Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten. Dazu gehört auch, daß er auf Nebenwirkungen hinweist und diese in Relation zum Nutzen des Präparates setzt.

Ernährung

Wissenschaftliche Grundlage zur Ernährung älterer Menschen sind die ernährungsphysiologischen Aussagen der vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell geförderten Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Das Gutachten der Sachverständigenkommission stützt sich im wesentlichen ebenfalls auf diese wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Da trotz vielfältiger Aktivitäten (z. B. Herausgabe von Broschüren, Beratungsangebote) die Ernährungssituation älterer Menschen (vgl. Ernährungsbericht 1992) noch nicht zufriedenstellend gestaltet werden konnte, kann die Forderung nach einer frühzeitig beginnenden intensiveren Aufklärung über gesunde Lebensweise nur nachdrücklich unterstützt werden.

Die Bundesregierung beabsichtigt — im Rahmen ihrer Zuständigkeit — künftig den älteren Menschen besondere Bedeutung bei vorgesehenen Aufklärungsmaßnahmen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens beizumessen.

6. Absicherung bei Pflegebedürftigkeit

Im Gesamtsystem der sozialen Sicherung stellt die Sozialhilfe das letzte Netz dar. Neben einzelnen Regelungen in bestimmten Bereichen (z. B. Krankenversicherung, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Unfallversicherung) ist es zur Zeit im wesentlichen Aufgabe der Sozialhilfe, die erforderlichen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu erbringen. Im Rahmen der Hilfe zur Pflege gewährt sie bei Pflegebedürftigkeit weitgehend am Bedarf orientierte Leistungen, die sowohl die mögliche häusliche Pflege als auch notwendige Heimunterbringungen sichern. Die Hilfe zur Pflege ist aber einkommens- und vermögensabhängig. Dies entspricht dem die Sozialhilfe prägenden Nachranggrundsatz, wonach Sozialhilfe nicht erhält, wer sich selbst helfen kann oder wer die erforderliche Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.

Grundsatz: ambulant vor stationär

Nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) ist es das erklärte Ziel des Gesetzgebers, die häusliche Pflege dort, wo sie fachlich in Betracht kommt, zu ermöglichen. Der Sozialhilfeträger soll daher darauf hinwirken, daß die Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Dieses Konzept beruht auf der Überlegung, daß ambulante Hilfen oft sachgerechter, menschenwürdiger und kostengünstiger sind.

Pflegegeld

Um die Pflegebereitschaft der Pflegepersonen zu fördern, sind im Rahmen der Bestimmungen über die häusliche Pflege eine Reihe von Leistungen — abgestuft nach der Schwere der Pflege — vorgesehen. Besondere Bedeutung für den Pflegebedürftigen hat hierbei das Pflegegeld, das — je nach Schweregrad der Hilflosigkeit — in unterschiedlicher Höhe gewährt wird.

Kann die häusliche Pflege im Einzelfalle durch (private) Pflegepersonen nicht oder nicht in vollem Umfange sichergestellt werden, kommt auch — evtl. ergänzend —

die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft in Betracht. Die angemessenen Kosten für den Einsatz solcher Kräfte sind zu übernehmen.

Zusätzlich zum Pflegegeld sind dem Pflegebedürftigen die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese — nach Sozialhilfemaßstäben — nicht anderweitig sichergestellt ist. In leichteren Pflegefällen können Beiträge einer Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden. Mit dieser Regelung soll vermieden werden, daß die Pflegeperson wegen der Pflegetätigkeit und der möglicherweise dadurch versäumten Altersversorgung im Alter von der Sozialhilfe abhängig wird.

In bestimmten Fällen (z. B. bei alleinstehenden Pflegebedürftigen) ist häusliche Pflege nur möglich, wenn neben den Leistungen der Hilfe zur Pflege auch Hilfe zur Weiterführung des Haushalts gewährt wird. Diese Hilfe ist nach § 70 BSHG möglich. Hiernach soll Personen mit eigenem Haushalt Hilfe zur Weiterführung des Haushalts gewährt werden, wenn keiner der Haushaltsangehörigen den Haushalt führen kann und die Weiterführung des Haushalts geboten ist. Die Hilfe umfaßt die persönliche Betreuung von Haushaltsangehörigen sowie die sonstige zur Weiterführung des Haushalts erforderliche Tätigkeit.

Wenn die Weiterführung des Haushalts nicht durch Verwandte, Nachbarn oder sonstige nahestehende Personen besorgt werden kann, kommt die Heranziehung einer besonderen Fachkraft (Hauspflegerin) in Betracht. Hierfür sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.

Die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts soll zwar in der Regel nur vorübergehend gewährt werden. Sie kann aber auch für einen längeren Zeitraum erfolgen, wenn besondere Umstände (z. B. Vermeidung einer sonst notwendigen Heimunterbringung) dies rechtfertigen.

Die Kommission fordert zu Recht eine Verbesserung der Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, um die gegenwärtig für die Betroffenen und ihre Angehörigen sehr großen physischen, psychischen und finanziellen Belastungen zu mindern. Einen sozialversicherungsrechtlichen Schutz wie im Falle der Krankheit gibt es trotz der zwischen Pflege und Krankheit oftmals fließenden Grenzen nicht. Die mit der Pflege verbundenen Lasten müssen der Pflegebedürftige und seine Familie tragen. Dies führt z. B. bei stationärer Pflege im Heim dazu, daß rund 80 % — in den neuen Bundesländern wird sogar mit einem Anteil von ca. 98 % gerechnet — der Betreuten Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen.

Künftige Pflegeversicherung

Die Bundesregierung hat sich in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 16. Januar 1991 zur Notwendigkeit, die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu verbessern, bekannt. Die Koalitionsparteien von CDU/CSU und F.D.P. haben sich mit Beschluß vom 30. Juni 1992 auf die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung geeinigt. Die Mehrbelastungen der Wirtschaft durch die Pflichtbeiträge der Pflegeversicherung sollen ausgeglichen werden. Mit der Koalitionsvereinbarung vom 27. Mai 1993 wurde dieser Beschluß bekräftigt und Einzelheiten zur Ausgestaltung der künftigen Pflegeversicherung festgelegt. Am 23. Juni 1993 hat das Kabinett dem Entwurf eines Pflegeversicherungsgesetzes zugestimmt. Am 24. Juni 1993 ist ein entsprechender Gesetzentwurf als Fraktionsinitiative in den Deutschen Bundestag eingebracht worden. Danach wird die soziale Pflegeversicherung folgende Eckpunkte enthalten:

Anbindung an gesetzliche Krankenversicherung

— Zur Absicherung des Pflegerisikos wird eine soziale Pflegeversicherung als eigenständige Säule der sozialen Sicherheit unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Durch die Anbindung an die gesetzliche Krankenversicherung wird der Aufbau einer neuen, kostenträchtigen Verwaltung für die Erbringung von Pflegeleistungen vermieden und zugleich werden die Erfahrungen der Krankenkassen in der Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation und häuslichen Pflege genutzt.

Versicherter Personenkreis

— Der versicherte Personenkreis der sozialen Pflegeversicherung umfaßt die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherten müssen sich bei diesem Unternehmen für den Fall der Pflegebedürftigkeit versichern. Mit dieser Zuordnung wird erreicht, daß die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt, so daß im Einzelfall bei der Abgrenzung von Krankheit und

Pflegebedürftigkeit Zuständigkeitsstreitigkeiten auf dem Rücken der Versicherten vermieden werden.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden verpflichtet, die heute bereits Pflegebedürftigen, die privat krankenversichert sind, sofort in vollem Umfang in den Schutz der privaten Pflegeversicherung einzubeziehen; für die älteren Versicherten muß die private Pflegeversicherung angemessene Bedingungen und Prämien anbieten. Damit wird gewährleistet, daß auch die private Pflege-Pflichtversicherung für die Versicherten sozialverträglich ist. Die Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung werden denen der sozialen Pflegeversicherung vergleichbar sein.

Leistungen — Die Pflegeversicherung erbringt Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege. Diese Leistungen werden stufenweise eingeführt, und zwar die ambulanten Leistungen vom 1. Januar 1994, die Leistungen bei stationärer Pflege vom 1. Januar 1996 an.

Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten diejenigen Versicherten, die wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer — voraussichtlich für mindestens sechs Monate — in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen. Die Höhe der Versicherungsleistungen richtet sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit; sie ist in drei Pflegestufen gegliedert, die sich nach dem erforderlichen pflegerischen Aufwand unterscheiden. Die häusliche Pflegehilfe wird in Form von Sach- und Geldleistungen gewährt und umfaßt die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Im stationären Bereich werden vom 1. Januar 1996 an die pflegebedingten Kosten des Heimaufenthaltes bis zu einer Höchstgrenze von 2 100 DM (Basis 1991) übernommen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

Pflegeinfrastruktur — Mit Schaffung der Pflegeversicherung werden nicht nur die Pflegeleistungen der Familienangehörigen und der Nachbarschaftshilfe nachhaltig unterstützt und gefördert, sondern es wird auch ein wesentlicher Beitrag zum weiteren Ausbau einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Pflegeinfrastruktur geleistet. Dabei wird auf eine Vielzahl von Leistungserbringern in freigemeinnütziger, privater und öffentlicher Trägerschaft ebenso Wert gelegt wie auf die Prinzipien des Wettbewerbs, der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsfähigkeit der Leistungserbringer sowie auf Qualität und Humanität der Pflegeleistungen.

Kosten — Die Kosten der Pflegedienste und Pflegeheime werden über den Preis finanziert, der sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionskosten umfaßt (monistische Finanzierung). Mit der Absage an eine staatliche Finanzierung der Investitionskosten (duale Finanzierung) sollen eine wirtschaftlichere Betriebsführung und mehr Wettbewerb für alle Pflegeeinrichtungen erreicht werden. Die Länder werden nicht unmittelbar mit der Finanzierung der Investitionskosten belastet, allerdings soll ein Teil der Einsparungen in der Sozialhilfe der Pflegeversicherung zugute kommen. Die Pflegeversicherung wird in die Lage versetzt, die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen in Höhe von 3,6 Mrd. DM ab 1996 über entsprechend erhöhte Leistungen zu bezahlen. Deshalb muß der Pflegeversicherung eine Finanzhilfe im Wege eines die jährlichen Investitionskosten umfassenden Bundeszuschusses zugeführt werden, der aus den Einsparungen der Sozialhilfeträger gespeist und von den Ländern zu tragen ist. Der Bund soll zu Lasten der Länder in die Lage versetzt werden, den Finanzierungszuschuß kostenneutral zu leisten. Die Bundesregierung verhandelt derzeit mit den Ländern über einen verfassungsrechtlich geeigneten Weg zur Umschichtung von Finanzmitteln zugunsten des Bundes.

Finanzierung

Anerkennung der Pflege — Die Pflegeversicherung unterstreicht die Bedeutung pflegerischer Leistungen für unser sozialstaatliches Gemeinwesen. Der Pflegebereich wird aufgewertet und den anderen Bereichen unserer gesundheitlichen Versorgung mit Prävention, Akutbehandlung und Rehabilitation gleichgestellt; damit wird auch die gesellschaftliche und materielle Anerkennung der Pflegeberufe gefördert.

Zur Unterstützung der häuslichen Pflege werden pflegende Familienangehörige in der Renten- und Unfallversicherung sozial abgesichert, so daß ihnen durch eine Pflegetätigkeit insoweit keine Nachteile entstehen.

Zusätzliche Verbesserungen auf freiwilliger Basis

— Zur Stärkung von Selbstverantwortung und Eigenvorsorge werden steuerliche Anreize geschaffen, um ergänzend zu den Leistungen der Pflege-Pflichtversicherung im Wege einer freiwilligen privaten Versicherung einen weitergehenden Versicherungsschutz aufzubauen. Dieser Weg ist vor allem für die jüngeren Geburtsjahrgänge ab 1963 wegen der günstigen Versicherungsprämien geeignet; er soll durch Einführung eines jährlichen Steuerfreibetrages von 360 DM pro Person steuerlich gefördert werden.

Die Belastungen der Wirtschaft aus den Pflichtbeiträgen der Arbeitgeber zur Pflegeversicherung sollen ausgeglichen werden durch:

— Einführung einer Selbstbeteiligung bei Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall,

— verstärkte Bekämpfung von Mißbrauch bei Entgeltfortzahlungen,

— Einsparungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Überführung der häuslichen Pflegeleistung in die Pflegeversicherung).

Die Bundesregierung geht ebenso wie die Kommission davon aus, daß das Leistungsniveau der Pflegeversicherung die pflegerische und finanzielle Situation der Pflegebedürftigen nachhaltig verbessern wird. Die Leistungen werden so ausgestaltet, daß die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen vom Einzelnen getragen werden können und die Inanspruchnahme der Sozialhilfe in der überwiegenden Zahl der Fälle vermieden wird.

Die vorgesehenen Leistungen orientieren sich, wie von der Kommission auch gefordert, an den Grundsätzen „Prävention und Rehabilitation vor Pflege" sowie „ambulant vor stationär". Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflegeleistungen unterstreicht die Bedeutung und Notwendigkeit medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen, damit Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden oder gemindert werden kann. Den Pflegebedürftigen werden vorrangig Hilfen zur häuslichen (ambulanten) Pflege angeboten. Die Bundesregierung will damit erreichen, daß die Pflegebedürftigen möglichst lange in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung verbleiben können.

Eigenständige Säule der Sozialversicherung

Die Pflegeversicherung als eigenständige Säule der Sozialversicherung unter dem Dach der Krankenkassen bietet sich an, um die Erfahrungen der Krankenkassen zu nutzen, insbesondere ihr gesamtes Spektrum von Gesundheitsleistungen, das nahtlos mit den pflegerischen Leistungen verbunden werden kann. Der Übergang von Langzeiterkrankungen zur Pflegebedürftigkeit ist fließend.

Unter dem Dach der Krankenkassen lassen sich die Leistungen für Pflege mit Maßnahmen der Prävention, der Akutbehandlung und der Rehabilitation am leichtesten miteinander verzahnen. So können insbesondere auch kostenintensive und damit zu Lasten der Beitragszahler gehende Fehlbelegungen in Krankenhäusern vermieden werden. Abgrenzungsstreitigkeiten auf dem Rücken der Pflegebedürftigen darüber, ob noch ein behandlungsbedürftiger Krankheitszustand oder schon Pflegebedürftigkeit vorliegt, werden vermieden. Der Pflegebedürftige wird in der Regel den Erbringern von Pflegeleistungen nicht alleine gegenüber stehen. Vielmehr wird er in Gestalt der Pflegekassen einen starken Partner haben, der sich für seine Belange einsetzt und die für die Verbesserung der Versorgung notwendigen Leistungen zur Verfügung stellt. Im übrigen verfügt die Krankenversicherung über eine leistungsstarke, ausgebaute und vor allem ortsnahe Organisation, die den Aufbau einer neuen Bürokratie für die Erbringung von Pflegeleistungen überflüssig macht.

Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung erfolgt im Umlageverfahren. Es wird sichergestellt, daß die Ausgaben innerhalb eines Jahres durch die Beiträge gedeckt sind.

Die soziale Pflegeversicherung sieht folgende Leistungen vor:

— Pflegesachleistungen von bis zu 25, 50, 75 Pflegesätzen, jeweils bis zu einem Gesamtbetrag von 750, 1 500 und 2 100 DM.

— Bei häuslicher Pflege wird je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit ein Pflegegeld von 400, 800 oder 1 200 DM monatlich gezahlt, wenn der Pflegebedürftige die Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

— Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege im Wert bis zu 750, 1 500, 2 100 DM monatlich; Kurzzeitpflege im Wert bis zu 2 100 DM monatlich.

— Urlaubsvertretungen von bis zu vier Wochen jährlich für die häuslichen Pflegepersonen.

— Pflegehilfsmittel (z. B. spezielle Pflegebetten, Rollstühle, Hebegeräte).

— Soziale Sicherung der häuslichen Pflegeperson in der gesetzlichen Rentenversicherung durch Übernahme der Beitragszahlungen; Absicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung.

— Bei stationärer Pflege werden pflegebedingte Kosten bis zu einem Betrag von 2 100 DM monatlich (Basiswert 1991) als Sachleistung übernommen; Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Versicherte. Soweit seine Einkünfte dafür nicht ausreichen, muß für die restlichen Kosten Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

Modellprogramm zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger

Um Anforderungen und Probleme bei der Pflegeversicherung zu ermitteln und auf ihre Kostenrelevanz zu überprüfen sowie um Schwachstellen der bisherigen Erbringung von Pflegeleistungen in den alten Bundesländern und infrastrukturelle Probleme in den neuen Bundesländern frühzeitig zu erkennen und Lösungsmöglichkeiten für ihre Behebung zu finden, wurde im Rahmen der parlamentarischen Beratung 1991 ein Modellprogramm zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger beschlossen. Die erforderlichen Mittel sind in den Haushalt des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung eingestellt. Damit sollen Voraussetzungen für die Vorbereitung und Umsetzung einer umfassenden Pflegeversicherung modellhaft erarbeitet, der Öffentlichkeit vorgestellt und für unterschiedlich strukturierte Regionen (Kommunen, Landkreise) bedarfsgerecht eingerichtet werden.

Die Durchführung dieser Modellmaßnahmen erfordert drei Haushaltsjahre, um die notwendigen wirtschaftlichen und fachlichen Daten zu erhalten und aufzubereiten. Der für eine Reihe von Modellvorhaben vorgesehene Förderungsbeginn im Jahr 1994 erfordert, daß die Laufzeit bis 1997 ausgeweitet wird.

7. Soziale Infrastruktur

Im Rahmen des föderalen Aufbaus ist die Altenpolitik der Bundesregierung auf eine umfassende Unterstützung der Länder und Kommunen bei der Planung, Schaffung und Ausgestaltung einer funktionierenden sozialen Infrastruktur der Altenhilfe gerichtet.

Die Angebote reichen von gesetzlichen Maßnahmen über Unterstützung der Selbsthilfe und der Familienhilfe, ambulante und teilstationäre Dienste bis zu stationärer Altenhilfe. Sie beinhalten auch individuelle Sterbebegleitung im Sinne der Hospizbewegung.

Netz von Angeboten

Anzustreben ist ein engmaschiges Netz von ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten für ältere Menschen, das sie im Bedarfsfall jederzeit zuverlässig erreichen können. Es soll ihnen die Hilfe und Unterstützung geben, die sie in der jeweiligen Situation benötigen.

Erst ein vernetztes und miteinander abgestimmtes Handeln bringt soziale Infrastruktur zur Wirkung. Zu Recht weist die Altenberichtskommission auf die Bedeutung der Sicherstellung eines bedarfsgerechten, differenzierten Angebots von Diensten und Einrichtungen als Voraussetzung für die Realisierung individualrechtlicher Ansprüche auf Unterstützung bei Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit hin.

Differenziert wirkende Dienste

Bei der Bewertung des Aufbaus der sozialen Infrastruktur mit Angeboten der ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen für ältere Menschen kann die Bundesregierung für die letzten Jahre grundsätzlich eine positive Entwicklung feststellen. Durch die Vielzahl der mittlerweile etablierten differenzierten Dienste stehen für die verschiedenen Bedarfslagen Älterer geeignete Angebote zur Verfügung. Erhebliche Fortschritte hat es in der Anzahl, Qualität und personellen Ausstattung ambulanter Dienste sowie stationärer Einrichtungen gegeben.

Trotz der genannten Fortschritte ist das bestehende System von Hilfen noch in vielerlei Hinsicht verbesserungswürdig. Dabei gilt es insbesondere, auf kommunaler Ebene Lücken im sozialen Netz zu schließen sowie Qualitätsverbesserungen bei aktivierenden und rehabilitativen Angeboten zu erreichen.

Im Aufbau begriffen und bei weitem noch nicht bedarfsdeckend ist das vorhandene Angebot an Tages- und Kurzeitpflegeeinrichtungen.

Nach den Ergebnissen einer Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren war 1989 der Bedarf an Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den alten Ländern nur zu rd. einem Drittel gedeckt. In den neuen Bundesländern sind diese Betreuungsformen erst in Ansätzen vorhanden. Sie sollten im Sinne des Wandels der Altenhilfe zügig ausgebaut werden sowie bei Trägerwechsel und Verwirklichung neuer Heimkonzepte ausreichende Berücksichtigung finden.

In den Einrichtungen stationärer Altenhilfe, insbesondere Altenpflegeheimen, haben das Alter der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Pflegeintensität sowie die Anforderungen an die Art der Pflege in den zurückliegenden Jahren erheblich zugenommen. Daraus ergeben sich veränderte personelle und räumliche Anforderungen.

Obwohl die stationären Angebote der Altenhilfe vielerorts qualitativ und zum Teil auch quantitativ weiter auszubauen sind, sieht die Bundesregierung derzeit vor allem Defizite bei der Verwirklichung des Grundsatzes des Vorrangs der ambulanten Versorgung, bei der Umsetzung von Konzepten aktivierender und ganzheitlicher Pflege, bei der geriatrischen Rehabilitation sowie bei der Koordination und Vernetzung der Hilfen. Auch für die Bedürfnisse einer wohl zunehmenden Zahl von demenziell Erkrankten müssen angepaßte Formen der Versorgung noch verstärkt entwickelt werden.

Schlüsselfunktion: hauswirtschaftliche Dienste

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß gerade über die Qualität der ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste entscheidende Weichenstellungen für die Qualität und die Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung von Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf erfolgen. Dabei muß in Zukunft auch der Schlüsselfunktion von hauswirtschaftlichen Hilfen und Maßnahmen im Wohnbereich alter Menschen, deren Stellenwert für die Erhaltung selbständiger Lebensführung bislang eher unterschätzt wurde, vermehrt Rechnung getragen werden.

Altenpflegeberuf

Wie die Altenberichtskommission hervorhebt, hat sich der Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers in den zurückliegenden Jahren auf Landesebene etabliert. Er knüpft an der biographischen Identität sowie den Fähigkeiten und Ressourcen der alten Menschen an und beinhaltet sowohl pflegerisch-therapeutische als psychische und soziale Hilfen.

Die Bundesregierung ist sich der Tatsache bewußt, daß nicht nur die Qualität der Ausbildung, sondern auch eine Vielzahl anderer Faktoren die Attraktivität eines solchen Berufsbildes bestimmen. Dazu gehören angemessene Vergütung, berufliche Aufstiegschancen, attraktive Fort- und Weiterbildung sowie individuelle Lösungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hier, wie auch bei der Qualifizierung der Ausbildenden sowie bei der Weiterbildung, kann die Bundesregierung nur erneut die verantwortlichen Stellen zur Mitgestaltung eines attraktiven Berufsbildes auffordern.

In den neuen Bundesländern, die bis auf den kirchlichen Bereich keine vergleichbare Berufsausbildung hatten, ist der Aufbau einer entsprechenden Ausbildungsstruktur für die Altenpflege inzwischen weit fortgeschritten.

Bei der künftigen Ausgestaltung und Verbesserung der sozialen Infrastruktur geht die Bundesregierung von folgenden Schwerpunkten aus:

— Da rund 70 % der Pflegebedürftigen durch Familienangehörige, Freunde und Nachbarn betreut werden, sollten geeignete, flexibel einsetzbare Dienstleistungen dieses Hilfepotential unterstützen, damit es auch bei den zu erwartenden demographischen Veränderungen sein Gewicht behält. Dabei ist zu berücksichtigen, daß gemäß einer aktuellen Untersuchung von Infratest, die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren zum Hilfe- und Pflegebedarf durchgeführt wurde, die Hauptpflegepersonen Frauen sind (alte Bundesländer 85 %/neue Bundesländer 75 %).

— Fachgerechte häusliche Pflege, unter Berücksichtigung der speziellen Wohnsituation, vermag die Notwendigkeit zur Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim oft hinauszuzögern oder kann sie völlig vermeiden.

  Der hohe therapeutische Stellenwert fachgerechter häuslicher Pflege läßt sich besonders gut am Beispiel der Demenzkranken verdeutlichen. Der fortschrei-

tende Verlust von Gedächtnis, Aufnahme- und Umstellungsfähigkeit, mit daraus resultierenden Verwirrtheitszuständen, verlangt einen ebenso vertrauten wie stabilen Bezugsrahmen, der in seiner Kontinuität äußeren und somit auch inneren Halt zu geben vermag.

Ganzheitsgedanke bei der Pflege

Geprägt vom „Ganzheitsgedanken" kann häusliche Pflege Beziehungspflege ermöglichen, die bei Beachtung der Gesamtpersönlichkeit und Lebensgeschichte des einzelnen wertvolle soziale und kommunikative Elemente einbringt.

Vom ganz konkreten Hilfsbedarf ausgehend, läßt sich eine bedarfsgerechte Pflege unter Einbeziehung der Betroffenen verwirklichen. Hierdurch wird die Eigenmotivation pflegebedürftiger Menschen, soviel wie möglich noch oder wieder selbst zu bewältigen, gestärkt und eine aktivierende Pflege begünstigt.

Professionelle Unterstützung kann wirksam zur Verringerung psychischer und emotionaler Belastungen pflegender Familienmitglieder beitragen.

— Bei den Angeboten zur sozialen und pflegerischen Betreuung älterer Menschen findet die sich oft schnell verändernde gesundheitliche Situation noch zu wenig Berücksichtigung. Oft könnte z. B. eine kurzfristige intensive Pflege, verbunden mit gezielter Rehabilitation, in wenigen Wochen wieder Voraussetzungen für eine weitgehend selbständige Lebensführung schaffen.

Teilstationäre Angebote

Geeignete Formen für derartige Hilfen, aber auch zur wirksamen Unterstützung betreuender Angehöriger, sind teilstationäre Angebote.

Die Bundesregierung sieht in diesen noch relativ jungen Angeboten der Altenhilfe — Kurzzeitpflege, Tagespflege, Tagesklinik — eine besonders wirksame Form, um Selbständigkeit und Mobilität mit Hilfe umfangreicher differenzierter und qualifizierter Hilfeangebote zu stärken. Sie wünscht den schnellen Aufbau von geeigneten Modellen in allen Bundesländern, die an bereits vorhandene gute Lösungen anknüpfen.

— Weil ambulante Altenhilfe in der eigenen Wohnung einen besonders hohen sozialen Wirkungsgrad erreichen kann, bei dem rehabilitative Ergebnisse sehr schnell möglich sind, eröffnet das Angebot „Betreutes Wohnen" neue und bessere Möglichkeiten für betreuungsbedürftige ältere Menschen, die bereit sind, ungeeignete Wohnverhältnisse aufzugeben.

Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen, das vielfältige Formen haben kann, verbindet räumlich individuell abgeschlossene Wohnungen mit Sicherstellung bzw. verläßlicher Organisation von Betreuungsleistungen.

Die Bundesregierung unterstützt im Rahmen der Förderprogramme für den Wohnungsbau die Schaffung solcher Formen des Wohnens und orientiert bei der Gestaltung der sozialen Infrastruktur auf eine demgemäße Erschließung von Dienstleistungen.

Heime

— Eine höhere Wirksamkeit der Altenhilfe wird durch die stärkere Nutzung vorhandener Plätze in Heimen für intensive Pflege erreicht.

Hier sind personelle und therapeutische Voraussetzungen für eine umfassende, rehabilitativ orientierte Betreuung vorhanden. Sie sollten effektiv genutzt und immer wieder von rehabilitativen Angeboten begleitet werden.

Bei der Umgestaltung von Heimen ist die Schaffung wohnlicher und individuell bestimmter Situationen stärker zu beachten, um auch bei hochgradigem Pflegeumfang persönlichkeitsbezogene soziale und psychische Effekte im Sinne von Lebensgestaltung zu nutzen.

Soziale Infrastruktur schließt Angebote zur Betreuung und Begleitung Sterbender ein. Diese sollen helfen, die ihnen verbleibende Lebenszeit so inhaltvoll wie möglich entsprechend ihren individuellen Wünschen zu gestalten.

Eine vom Bundesministerium für Familie und Senioren durchgeführte interdisziplinäre Fachtagung hat sich mit den leider oft noch unzureichenden Rahmenbedingungen würdevollen Sterbens in Institutionen befaßt. Ergebnis dieser Tagung war, daß gerade alten Menschen die Möglichkeit eröffnet werden muß, ihr Leben

Hospize

daheim, in gewohnter Umgebung und unter Sicherstellung angemessener medizinischer sowie psychosozialer Versorgung zu beschließen. Als ein möglicher Lösungsansatz bietet sich die Integration der Hospizidee angelsächsischen Ursprungs an. Sie umfaßt sowohl stationäre als auch ambulante sowie ehrenamtliche Betreuungskonzepte. Hospize werden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger gefördert.

Krisenintervention

Ältere Menschen dürfen auch in anderen Grenz- und Krisensituationen nicht alleingelassen werden. Die Suizidgefahr zeigt, wie eine Expertise zu diesem Thema deutlich gemacht hat, ansteigende Tendenz. Die Angst, anderen zur Last zu fallen, kann zur Ursache eines Wunsches nach Beendigung des Lebens werden. Im Rahmen eines Modellprojektes wird zur Zeit die Arbeit eines Kriseninterventionsteams gefördert, das alte Menschen in besonders schwierigen Lebenssituationen begleitet.

8. Situation älterer Menschen in den neuen Bundesländern

Im Jahr 1945, am Ende des Zweiten Weltkrieges, waren die heute 70jährigen 22 Jahre, die heute 80jährigen 32 Jahre alt. Diese heute betagten und hochbetagten Männer und Frauen in den alten sowie in den neuen Bundesländern blicken auf ein gemeinsames Schicksal zurück. Ihr Leben wurde geprägt durch die Not in der Weltwirtschaftskrise, durch die Zeit des Nationalsozialismus und durch die Erfahrungen des Zweiten Weltkriegs. Nach dem Krieg teilte sich diese historische Schicksalsgemeinschaft.

In den alten Bundesländern ergab sich die Chance, unter schwierigen Bedingungen ein großes Aufbauwerk in Gang zu setzen, eine stabile Demokratie zu errichten und mit harter Arbeit Wohlstand und soziale Gerechtigkeit zu sichern. Das ist heute die gute Basis, auf der wir das wiedervereinigte Deutschland aufbauen.

Ältere in den neuen Bundesländern mußten mehr erdulden

In der ehemaligen DDR stand die Entwicklung nach dem Krieg unter anderen Vorzeichen. Selbstverständlich mußten die Menschen im anderen Teil Deutschlands ebenfalls hart arbeiten. Auch sie haben nach dem Krieg beachtliche Aufbauleistungten vollbracht. Sie wurden aber von dem politischen System und der sozialistischen Kommandowirtschaft um den Erfolg ihrer Arbeit gebracht. Zunächst mußten die heute Älteren in der ehemaligen DDR nach 1945 die sowjetische Besatzung ertragen. Sie mußten Reparationen an die Sowjetunion leisten und 40 Jahre in einer neuen — diesmal sozialistischen — Diktatur leben. Sie mußten also wesentlich mehr erdulden als viele andere.

An Lippenbekenntnissen zugunsten der Alten hat es in der DDR nicht gefehlt. In offiziellen politischen Äußerungen wurde immer wieder „die besondere Aufmerksamkeit für die Veteranen der Arbeit" betont. Dies sei „Ausdruck des Dankes und der Anerkennung der Werktätigen sowie der jungen Generation gegenüber ihren Eltern und Großeltern". Auch in der Verfassung der DDR war die Fürsorge der Gesellschaft im Alter festgeschrieben. Sie sollte durch steigende materielle, soziale und kulturelle Versorgung und Betreuung gewährleistet werden. Verfassungsnorm und Verfassungswirklichkeit klafften jedoch weit auseinander. Tatsächlich waren die älteren Menschen nach ihrem Ausscheiden aus dem Produktionsprozeß die am stärksten vernachlässigte Gruppe in der Gesellschaft der DDR.

Wirtschaftliche Lage

Rente ist Haupteinkommensquelle

Die wirtschaftliche Lage der älteren Menschen in den neuen Bundesländern wird wesentlich von der Höhe der Rente bestimmt. Sie bildet für mehr als zwei Drittel der Rentner im Durchschnitt 95 % des Gesamteinkommens. Diese Situation wird sich auch für jene, die in den nächsten Jahren ins Rentenalter eintreten, nicht grundsätzlich ändern. Denn nur jüngere Menschen haben die Möglichkeit, durch eine über mehrere Jahrzehnte laufende Berufstätigkeit, zusätzliche Alterssicherungen im nennenswerten Umfang aufzubauen.

Mit dem Rentenüberleitungsgesetz vom 21. Juni 1991 wurden die Versicherten und Rentner in den neuen Bundesländern ab dem 1. Januar 1992 in das lohn- und beitragsbezogene, dynamische System der gesetzlichen Rentenversicherung einbezogen. Dieses System bietet erhebliche Vorteile gegenüber der bisherigen Renten-

bemessung. Durch die Anpassung der Rentenbeträge an die Lohnentwicklung und die volle Berücksichtigung der individuellen Leistungen bzw. Daten werden in den meisten Fällen schon jetzt weitaus höhere Renten gezahlt als nach dem bisherigen Recht.

Darüber hinaus gelten bis 1996 Übergangsregelungen für diejenigen, für die geringere Ansprüche bei der Rentenumwertung ermittelt wurden. Dies trifft bis Ende 1996 auch für die Versicherten der rentennahen Jahrgänge zu.

Seit 1992 existiert damit in den neuen Bundesländern ein am Nettolohn orientiertes Rentenniveau, welches dem im übrigen Bundesgebiet entspricht. Die Rente eines Durchschnittsverdieners mit 45 Arbeitsjahren beträgt beispielsweise rund 68 % des aktuellen Nettoeinkommens eines vergleichbaren Arbeitnehmers in den neuen Bundesländern. Auch wenn die Rente in den neuen Bundesländern erst 72 % einer vergleichbaren Rente in den alten Bundesländern ausmacht, so bestehen doch gleiche Relationen zur Lohnhöhe, bei erheblich angestiegener Kaufkraft und den Chancen der lohngebundenen dynamischen Anpassung. Dies zeigt die Entwicklung der Eckrente. Diese stieg bei einem Durchschnittsverdienst nach 45 Versicherungsjahren von 672 im Dezember 1990 auf rund 1 357 DM im Juli 1993. Allerdings ist das durchschnittliche Rentenniveau von Frauen auch in den neuen Bundesländern niedriger als das von Männern.

Die eigenständige Alterssicherung der Frauen im Rentenrecht der früheren DDR wird im Bericht der Sachverständigenkommission zu positiv bewertet. Die materielle Bedeutung früherer — als besonders frauenfreundlich geltender — DDR-Regelungen war in der Praxis vielfach gering. Das am 1. Januar 1992 wirksam gewordene einheitliche Rentenrecht wird im Hinblick auf seine Wirkungen zugunsten von Frauen unterbewertet. Insbesondere Frauen, die in der ehemaligen DDR in deutlich größerem Maße berufstätig waren als Frauen in den alten Bundesländern, profitieren von dem am 1. Januar 1992 wirksam gewordenen einheitlichen Rentenrecht. So ist durch Umwertung und Anpassung zum 1. Januar 1992 bei Frauen der durchschnittliche Zahlbetrag um 21,1 % angestiegen; bei Männern hingegen nur um 14,8 %. Für rund 780 000 Witwen hat sich die Witwenrente um durchschnittlich 270 DM/Monat erhöht. Für rund 150 000 Witwen entstand durch das Rentenüberleitungsgesetz der Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente gänzlich neu.

Deutliche Verbesserung mit Einführung des Rentenrechts

In der ehemaligen DDR gab es zwar bei der Geburt von mindestens drei Kindern für jedes Kind drei Kindererziehungsjahre. Ein Kindererziehungsjahr führte jedoch nach dem Recht der ehemaligen DDR monatlich höchstens zu 6 Mark Rente (Ost). In vielen Fällen, in denen Mindestbeträge zur Anwendung kamen, wirkten sich Kindererziehungsjahre überhaupt nicht rentensteigernd aus. Demgegenüber führt ein Kindererziehungsjahr nach dem Rentenrecht des SGB VI in den neuen Bundesländern bereits derzeit zu 24,20 DM Rente monatlich. Daran sieht man, daß die Erziehungszeitenregelung in der ehemaligen DDR zwar auf dem Papier als vergleichsweise großzügig erscheint, ihr finanzielles Ergebnis aber keineswegs als besonders vorteilhaft gewertet werden kann.

Die durchschnittliche Höhe der Versichertenrenten für Frauen in den neuen Bundesländern, die im Juni 1990 noch 432 Mark (Ost) betrug, beträgt nach der Rentenerhöhung zum 1. Juli 1993 950 DM. Unter Berücksichtigung der zum 1. Juni 1990 erfolgten Währungsumstellung bedeutet dies mehr als eine Verdoppelung der Versichertenrenten. Die im Bericht enthaltene Bewertung, die Rentenüberleitung habe sich insbesondere für Frauen nachteilig ausgewirkt und bedeute für sie eine Schlechterstellung, ist daher nicht nachvollziehbar.

Die soziale Entwicklung zeigt u. a., daß diejenigen, denen Sozialhilfe zusteht, diese zunehmend auch als Rechtsanspruch für sich beantragen.

Die mit Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes in den neuen Bundesländern erfolgte Umstellung der bisherigen staatlichen Heimkostenfinanzierung auf die vorrangige Selbstfinanzierung durch den Heimbewohner entsprechend seinen Einkommens- und Vermögensverhältnissen mit ergänzenden Leistungen der Sozialhilfe erklärt sich aus dem Nachranggrundsatz der aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanzierten Sozialhilfe. Die einzelne Heimbewohnerin bzw. der einzelne Heimbewohner hat insoweit zur vollen Deckung der Heimkosten einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Sozialhilfe, als der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Kosten in der Einrichtung verpflichtet ist.

Beim laufenden Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen treten regionale Unterschiede auf. Während bezogen auf je 1 000 Einwohner in Sachsen und Thüringen unterdurchschnittlich von der Inanspruchnahme Gebrauch gemacht wird, kommt es in den übrigen neuen Bundesländern einschließlich im Ostteil von Berlin zur überdurchschnittlichen Inanspruchnahme. Insgesamt erhielten im Dezember 1992 fast 514 000 Menschen Leistungen der Sozialhilfe, die für rund 353 000 Personen Hilfe zum Lebensunterhalt, also Unterstützung für die alltägliche Lebensführung bedeuteten.

In den neuen Bundesländern beziehen deutlich weniger Menschen Sozialhilfe als in den alten Bundesländern, wobei jedoch zum Vorjahr ein Anstieg der Hilfe zum Lebensunterhalt um rund 39 % festzustellen ist. Gründe für die deutlich niedrigere Inanspruchnahme von Sozialhilfe in den neuen Bundesländern werden u. a. in einem noch nicht ausreichenden Informationsstand der Anspruchsberechtigten und der erst allmählich wachsenden Praxiserfahrung der Mitarbeiter in den Sozialverwaltungen gesehen.

Gesundheitsversorgung

Nach der Wiedervereinigung zeigte sich, daß das Qualitätsniveau der gesundheitlichen Versorgung in der ehemaligen DDR deutlich niedriger lag als im westlichen Teil Deutschlands. Engpässe, z. B. bei Arzneimitteln oder Heil- und Hilfsmitteln, schlechte medizinisch-technische und apparative Ausstattung und mangelhafte bauliche Verhältnisse in den Krankenhäusern kennzeichneten das Bild.

Umstrukturierung

Die notwendige Umstrukturierung der gesundheitlichen Versorgung bedeutete für die Bevölkerung, insbesondere für die alten Menschen, eine große Umstellung. Mit zahlreichen Beratungs- und Informationsmöglichkeiten haben die verschiedenen an der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beteiligten Institutionen versucht, den Menschen die Umstellung zu erleichtern.

In den neuen Bundesländern gilt das bundesdeutsche Krankenversicherungsrecht seit 1. Januar 1991. Im Kalenderjahr 1991 wurden die Beiträge für pflichtversicherte Rentner in den neuen Bundesländern von den Trägern der Rentenversicherung pauschal an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte abgeführt. Seit 1. Januar 1992 werden auch die pflichtversicherten Rentner in den neuen Bundesländern in Höhe der Hälfte des zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrages an den Kosten für ihre Krankenversicherung beteiligt. Die Härtefallregeln (Sozialklausel, Härteklausel) im SGB V schützen vor allem Rentner, die in der Regel über geringere Einkommen verfügen, vor Überforderungen bei den Zuzahlungen.

Die ambulante Versorgung in der ehemaligen DDR wurde vorwiegend durch Polikliniken und Ambulatorien wahrgenommen. Heute wird sie zu 90 % von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten sichergestellt. Damit und mit den neugegründeten Gemeinschaftspraxen und Ärztehäusern sowie den verbliebenen Polikliniken besteht nach wie vor ein ortsnahes und umfassendes Versorgungsangebot mit deutlich höherem medizinischen Standard als vor der Wende, das insbesondere auch älteren Menschen zugute kommt.

Verbesserungen in Krankenhäusern

Das Niveau der stationären Versorgung in den neuen Bundesländern konnte in den vergangenen Jahren deutlich angehoben werden. Vor allem die technische und medizinisch-technische Ausstattung der Krankenhäuser wurde entscheidend verbessert. Der Bauzustand der Krankenhäuser ist allerdings noch sehr unbefriedigend.

Zur Finanzierung der erforderlichen Investitionen im Krankenhaussektor der neuen Länder ist im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes ein Gemeinschaftsprogramm von Bund, Ländern und Krankenkassen beschlossen worden. Von 1995 bis 2004 wird der Bund zu diesem Zweck eine jährliche Finanzhilfe von 700 Mio. DM bereitstellen. Die neuen Länder steuern mindestens den gleichen Beitrag bei. Weitere Mittel fließen aus einem Finanzierungsbeitrag der Krankenkassen. Mit diesem Gemeinschaftsprogramm und der bereits vollzogenen Verbesserung der technischen Ausstattung ist gewährleistet, daß die stationäre Versorgung zügig und nachhaltig verbessert und an das Niveau im übrigen Bundesgebiet angepaßt wird.

Ein nach wie vor erhebliches Problem in den neuen Bundesländern besteht in der Fehlbelegung von Krankenhausbetten. In der ehemaligen DDR wurden pflegebedürftige Personen aufgrund eines Mangels an anderweitigen ambulanten, teilsta-

tionären und stationären Einrichtungen regelmäßig auch in Krankenhäusern betreut. Dies galt insbesondere für den Bereich psychiatrischer Sonderkrankenhäuser.

Im Zuge der Umstrukturierung des Krankenhausbereiches der neuen Bundesländer wurde damit begonnen, nicht benötigte Krankenhausbetten in Einrichtungen für die Pflege älterer Menschen umzuwidmen.

Wohnverhältnisse

Gravierende Niveauunterschiede

Die Gesamtsituation der Wohnversorgung älterer Menschen in den neuen Bundesländern weist erhebliche Unterschiede auf, von denen schlechte Ausstattung mit Haustechnik (Bad, WC, Heizung), überalterte Gebäudesubstanz und zu geringe Wohnfläche die bedeutendsten sind. Problematisch dabei ist, daß Ältere bei der Verteilung der Wohnungen gegenüber Jüngeren größtenteils benachteiligt sind. Trotzdem sind die Wohnverhältnisse in den neuen Bundesländern nicht pauschal schlecht, viele Wohngebiete eignen sich als Standort gut für das Zusammenleben der Generationen und sollten bei einer Neugestaltung in dieser Funktion erhalten werden.

Sehr deutlich ist ein Stadt-Land-Gefälle des Wohnungsstandards zu verzeichnen. Davon sind Ältere stärker als andere Bevölkerungsgruppen betroffen, denn zwei Drittel von ihnen leben außerhalb der Ballungsgebiete. Ihre Haushalte sind um so schlechter ausgestattet, je kleiner die Gemeinde ist. Etwa ein Viertel der Altenwohnungen hat kein Innen-WC.

Untersuchungen, u. a. des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, haben gezeigt, daß ältere Menschen eine kurzfristige Verbesserung, aber keine gravierende und damit belastende Veränderung ihrer Wohnverhältnisse wünschen. Dies betrifft in besonderem Maße den Schutz der bestehenden Mietverhältnisse bei privaten Modernisierungen.

Durch eine die Interessen Älterer berücksichtigende Planung, eine von den Kommunalverwaltungen beeinflußte Steuerung der Bautätigkeit, erforderliche Wohnungsanpassung oder Teilmodernisierung und durch die Bauphase begleitende spezielle Leistungen der ambulanten oder teilstationären Altenhilfe, sollte das Wohnen für ältere Menschen schrittweise aus einer Situation der Belastung in eine der spürbaren Verbesserung umgewandelt werden.

Ohne geeignete Wohnbedingungen wird sich der Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen nicht durchsetzen lassen. Dementsprechend sieht der Entwurf des Pflegeversicherungsgesetzes Zuschüsse der Pflegekasse z. B. für die behindertengerechte Umrüstung von Wohnungen vor.

Schaffung altersgerechter Wohnungen

Die Wohnungspolitik in den neuen Ländern steht vor der großen Herausforderung, im Zusammenwirken aller Beteiligten die entsprechenden Rahmenbedingungen zu gestalten. Zur Schaffung altersgerechter Wohnungen durch Sanierung und Neubau, ohne ältere Menschen aus ihrer gewohnten Umgebung mit ihren sozialen Bindungen zu vertreiben, trägt der Bund gerade in den neuen Bundesländern im Rahmen seiner Gesetzgebungsbefugnisse und mit erheblichen finanziellen Unterstützungsleistungen bei (vgl. Abschnitt B. 4).

In den agrarisch geprägten und sehr dünnbesiedelten ländlichen Räumen der neuen Länder sind die Umstrukturierung der Landwirtschaft und ihre Anpassung an den EG-Markt nicht nur mit einer drastischen Abnahme der Beschäftigung, sondern auch mit Problemen hinsichtlich der Versorgung der ländlichen Bevölkerung verbunden. Möglichkeiten und Voraussetzungen für wirtschaftliche Alternativen fehlen noch weitgehend. Dies betrifft nicht zuletzt die Situation gerade der älteren Menschen. Die geringe Siedlungsdichte, die Tatsache, daß über 22 % der Altersbevölkerung in Gemeinden unter 2 000 Einwohner wohnen und die unzureichende Infrastrukturausstattung verdeutlichen, daß sich die dort lebenden älteren Menschen nur schwer auf die Infrastruktur naher Städte oder wirtschaftlicher Zentren stützen können.

Die Bundesregierung ist sich der unterschiedlichen Bedingungen ländlicher Räume und ihrer Auswirkungen auf das Wohnen im Alter bewußt. Mit der Förderung der ländlichen Räume und ihrer Dörfer strebt sie zugleich an, die Wohnsituation

altersgerecht zu gestalten, traditionelle Sozialstrukturen zu erhalten und kulturellen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Beratungsangebote

Neugestaltung der Altenhilfe

Die Neugestaltung der Altenhilfe in den neuen Bundesländern erfordert außergewöhnliche Bemühungen zur Beratung und Begleitung älterer Menschen. Als Orientierungs- und Entscheidungshilfe werden leicht erreichbare Ansprechpartner und Helfer benötigt. Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen geben vielfältige Auskünfte, Rat und individuelle Lebenshilfe.

Mit ABM-Kräften und interessierten Menschen im Vorruhestand, die Erfahrungen mit sozialen Aufgaben hatten, konnte ein Teil des Defizits ausgeglichen werden. Darüber hinaus haben auch die neugeschaffenen Sozialstationen den Beratungsdienst für Ältere und deren Angehörige in ihr Leistungsspektrum aufgenommen. Gleiches gilt für die Sozialämter der Kommunalverwaltungen. Trotzdem bleibt im Rahmen der Altenhilfe permanenter Beratungsbedarf bestehen, der in den neuen Bundesländern durch weitere bevorstehende Umgestaltungen, z. B. beim Wohnen, noch verstärkt wird.

Gezielte Informationsschriften wie z. B. „Ihre Fragen — unsere Antworten" des Bundesministeriums für Familie und Senioren wurden von den älteren Menschen und deren Angehörigen als sehr hilfreich aufgenommen, geben Orientierung im noch ungewohnten Rechtssystem sowie bei der Inanspruchnahme von Diensten und Leistungen.

Auch die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung für die neuen Bundesländer eingerichteten Bürgertelefone zu Fragen der Rente, Kriegsopferversorgung, Kriegsopferfürsorge und Pflegeversicherung werden in hohem Maße von der Bevölkerung in den neuen Bundesländern in Anspruch genommen.

Unterstützung von Selbsthilfe

Während in der früheren DDR mit einem weitgehend alternativlosen staatlichen Betreuungsprogramm Selbsthilfe nur in einer geleiteten und damit kontrollierten Form als funktionalisierter Bestandteil des totalitären Systems akzeptabel war oder aber in wenige selbstverantwortete Nischen meist unter dem Dach der Kirchen abgedrängt wurde, ist heute die Aktivierung ehrenamtlicher Arbeit und die Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten auf pluralistischer Basis und in selbstbestimmter Weise von elementarer Bedeutung. Noch vorhandene fatalistische Tendenzen sowie Skepsis müssen überwunden werden. Durch gesellschaftliche Wertschätzung und Schaffung selbsthilfefreundlicher Rahmenbedingungen gilt es, zum Engagement zu ermutigen, dieses zu unterstützen und zu fördern.

Das vom Bundesministerium für Familie und Senioren geförderte Modellprogramm „Seniorenbüro" erweist sich bereits jetzt als eine gute Möglichkeit, um freiwillige soziale Arbeit zu fördern und motivierend vor allem aber beratend einzusetzen. Gleichzeitig erhalten Ältere und ihre Angehörigen einen zusätzlichen, in der unmittelbaren Wohnumgebung angesiedelten kompetenten und zuverlässigen Anlaufpunkt, der Rat und Hilfe geben bzw. vermitteln kann.

Ambulante soziale Dienste

Mit der Gründung und dem Aufbau von Sozialstationen als flächendeckendes Netz der ambulanten Altenhilfe — in pluralistischer Trägerschaft — erfolgte ein sehr wesentlicher Schritt der Umgestaltung des Betreuungsangebots für ältere Menschen. Die neuen Länder übernahmen aus den alten Bundesländern eine dort bewährte aber für sie völlig neue Organisationsform ambulanter gesundheits- und sozialpflegerischer Dienste. Diese traten an die Stelle bisheriger Betreuungsstrukturen, die kein mit der Bundesrepublik Deutschland vergleichbares Angebot beinhalteten und in ihrer sachlichen sowie technischen Ausstattung weit unter dem Niveau der alten Bundesländer lagen.

Soforthilfe für Aufbau von Sozialstationen

Durch ein Soforthilfeprogramm des Bundes in Höhe von 32 Mio. DM und durch Einsatz von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) ist es gelungen, in den neuen Bundesländern den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Sozialstationen zu realisieren. Bei diesem Umgestaltungsprozeß galt der Grundsatz, erst dann beste-

hende Angebote, wie z. B. häusliche Krankenpflege durch Gemeindeschwesternstationen, abzulösen, wenn neue verfügbar waren.

Gegenwärtig gibt es rund 900 anerkannte Sozialstationen. Ihre überwiegende Anzahl befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Sie sind heute gut mit Pflegemitteln, technischen Geräten und Fahrzeugen ausgestattet. Die erfolgte Umstrukturierung wird überwiegend positiv empfunden, zumal die Übernahme von qualifizierten Mitarbeitern aus Polikliniken, Gemeindeschwesternstationen und anderen Einrichtungen zur pflegerischen und sozialen Betreuung schnell das erforderliche Vertrauen zur Sozialstation schuf.

Unterstützung sozialer Dienste durch Arbeitsplatzförderung

Zur Bewältigung von Anlaufschwierigkeiten hat zunächst die Mehrzahl des Personals als ABM-Kräfte die Arbeit begonnen. Heute ist das Personal im Pflegebereich weitgehend fest angestellt. Für den Bereich der Haus- bzw. Hauswirtschaftspflege wurde zur Überwindung noch vorhandener Übergangsprobleme mit dem neu geschaffenen Förderinstrument des § 249h Arbeitsförderungsgesetz (AFG) eine Lösung gefunden, die den spezifischen Anforderungen gerecht wird. Die Bundesregierung stellt im Rahmen des Nachtragshaushalts 1993 aus den Mitteln für die Verbesserung der kommunalen Infrastruktur den Ländern 150 Mio. DM zur notwendigen Komplementärfinanzierung für Maßnahmen nach § 249h AFG zur Verfügung.

Der Anteil des Fachpersonals an den Beschäftigten in Sozialstationen ist mit 53 % heute bereits sehr hoch und wird, nach erfolgreichem Abschluß der zur Zeit laufenden umfangreichen Qualifikationen, kurzfristig das in den alten Bundesländern vorhandene Niveau erreichen.

Noch vorhandene Lücken in der Ausstattung und behindertengerechten Gestaltung der Sozialstationen können kurzfristig geschlossen werden.

Von allen Sozialstationen werden die Kernbereiche des empfohlenen Angebotsspektrums bereits heute gut abgedeckt. Neben Krankenpflege machen hauswirtschaftliche Dienste, einschließlich Verleih von Hilfsmitteln, einen hohen Anteil der Leistungen aus. Sie haben hier eine höhere Bedeutung als in den alten Bundesländern. Deutliche Fortschritte gibt es bereits beim Aufbau der speziellen Altenpflege. Der überwiegende Teil der Sozialstationen bereitet eine Erweiterung des Angebotsspektrums vor.

Obwohl noch erhebliche Probleme bis zu einer gesicherten Finanzierung der Sozialstationen gelöst werden müssen, sind die Zukunftserwartungen überwiegend positiv. Besondere Anstrengungen werden erforderlich sein, um die im ländlichen Bereich geschaffenen Einrichtungen zu erhalten und bedarfsgerecht auszubauen.

Einige Sozialstationen, aber auch eine Reihe von Heimen, beginnen mit dem Aufbau teilstationärer Angebote der Altenhilfe. Damit wird in ersten Ansätzen, parallel zur Entwicklung in den alten Bundesländern, mit dieser relativ neuen Betreuungsform, als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Hilfe, begonnen. Die Bundesregierung sieht darin eine auszubauende und förderungswürdige Initiative.

Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe

Zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung befanden sich in den neuen Bundesländern nahezu 90 % der rund 140 000 Plätze in 1348 Alten- und Altenpflegeheimen in staatlicher Trägerschaft. Eine Erhebung des Bundesministeriums für Familie und Senioren ergab mit Stand vom 30. Juni 1992, daß sich inzwischen fast 50 % aller Heime in freigemeinnütziger sowie mehr als 3 % in privatgewerblicher Trägerschaft befanden.

Nur 10 % der Heime Mindeststandard

Der Standard der meisten Alten- und Altenpflegeeinrichtungen in den neuen Bundesländern ist erschreckend niedrig und zum Teil katastrophal. Erhebliche bauliche Mängel, Überbelegung der Zimmer und zum Teil ungenügende hygienische Verhältnisse kennzeichnen die Situation. Eine vom Kuratorium Deutsche Altershilfe durchgeführte Untersuchung ergab, daß rund 85 000 der z. Z. bestehenden Heimplätze aufgegeben und durch Neubauten ersetzt werden müßten. Nur 10 % der Alten- und Pflegeheime in den neuen Ländern verfügen nach Feststellung der Arbeits- und Sozialminister über einen ausreichenden Mindeststandard.

Nahezu alle Einrichtungen entsprechen nicht oder nur teilweise den Anforderungen der Heimmindestbauverordnung. Diese ist entsprechend den Regelungen des

Einigungsvertrages auch in den neuen Bundesländern mit der Möglichkeit der Einräumung einer Anpassungsfrist von zehn Jahren verbindlich. Um diese Aufgabe zu erfüllen, werden deutlich mehr als 10 Mrd. DM zur Sanierung der Einrichtungen benötigt.

Soforthilfe für Heime

Im Rahmen der Soforthilfemaßnahmen der Bundesregierung konnte bereits ab 1990 eine spürbare Verbesserung in den Alten- und Altenpflegeheimen durch Bereitstellung von Verbrauchsmaterialien, pflegerischen Hilfsmitteln und technischen Geräten erreicht werden.

Mit den von der Bundesregierung zur Verfügung gestellten 152 Mio. DM für die Soforthilfe konnten die gröbsten Versorgungsmängel beseitigt und somit die Situation der pflegebedürftigen Menschen verbessert sowie die Arbeit des Personals erleichtert werden.

Im Rahmen des Soforthilfeprogramms wurden auch den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege 30 Mio. DM für dringliche Instandsetzungs- und Modernisierungsmaßnahmen in ihren stationären Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Weitere rund 250 Mio. DM wurden 1991 im Rahmen des kommunalen Investitionsprogramms zur Sanierung und Modernisierung der Einrichtungen eingesetzt. Darüber hinaus sind die Altenpflegeeinrichtungen auch ein Förderschwerpunkt der kommunalen Investitionspauschale 1993 mit einem Gesamtvolumen von 1,5 Mrd. DM.

Sanierungsprogramme

Um möglichst bald eine Angleichung der Lebensverhältnisse der Heimbewohner zu erreichen, sind nunmehr Programme der Länder zur nachhaltigen Verbesserung der baulichen Substanz der Einrichtungen erforderlich. Zur planerischen Unterstützung dieses Sanierungsprozesses ist mit finanzieller Unterstützung durch das Bundesministerium für Familie und Senioren beim „Kuratorium Deutsche Altershilfe e. V." seit 1991 eine Stelle zur Planungsberatung für Altenhilfeeinrichtungen und deren Träger eingerichtet worden. Ihr Einfluß hat eine effektive Verwendung der verfügbaren Mittel unterstützt und zur Vermeidung von Fehlentwicklungen beigetragen.

Durch Sofortmaßnahmen der Arbeitsbeschaffung (ABM) und massive Verbesserung der Pflegepersonalschlüssel konnte der quantitative Personalnotstand in den Heimen weitgehend behoben werden. Heute gilt es, noch vorhandene Lücken im Qualifikationsniveau zu schließen.

9. Situation älterer Menschen in Europa

Der Anteil älterer Menschen in Europa hat in den letzten Jahren stark zugenommen und wird in absehbarer Zeit erheblich weiter steigen. Die Entwicklung des Anteils der 60jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung der Europäischen Gemeinschaft weist in allen Mitgliedstaaten in die gleiche Richtung, wobei es große Unterschiede im Verhältnis der Geschlechter gibt, besonders in der Gruppe der Hochbetagten.

Die Veränderungen in der Altersstruktur verlaufen mit einer Geschwindigkeit, die eine große Herausforderung für politische Anstrengungen in den europäischen Staaten und für den sozialen Zusammenhalt auslöst. Eine wesentliche Frage wird sein, wie das relativ hohe Niveau intergenerationaler Solidarität in den EG-Ländern aufrechterhalten und gleichzeitig die soziale Integration zwischen älteren Menschen und ihren Familien weitergeführt werden kann.

Die Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft haben in den vergangenen Jahren unterschiedliche Fortschritte bei der Entwicklung und Umsetzung von Politik für ältere Menschen gemacht. Natürlich gibt es Unterschiede in der demographischen, sozialen und kulturellen Entwicklung sowie in der wirtschaftlichen Situation der einzelnen Staaten und bei den verfügbaren finanziellen Ressourcen. Gleichwohl läßt sich im Europa der Zwölf eine Reihe von vergleichbaren Zielsetzungen bei der Förderung einer selbständigen Lebensführung älterer Menschen feststellen.

Initiativen und Beschlüsse auf EG-Ebene

Darüber hinaus haben die Folgewirkungen des Zusammenwachsens seit 1989 zu Initiativen und Beschlüssen auf EG-Ebene geführt, die auch für ältere Menschen Bedeutung haben. Hier ist in erster Linie die im Dezember 1989 verabschiedete Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer zu erwähnen.

Die Bundesregierung wirkt dabei mit, einen gemeinsamen Katalog von politischen Zielen zusammenzustellen, der den politischen Handlungsrahmen zur Verbesse-

rung der Lebenssituation älterer Menschen durch die Politiken der Mitgliedstaaten in der Gemeinschaft festigen soll. Entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip geht es dabei um Empfehlungen an die Mitgliedstaaten.

Der Zielkatalog einer europäischen Seniorenpolitik soll keine Harmonisierung einzelstaatlicher Regelungen herbeiführen, sondern mittelfristig eine Konvergenz der altenpolitischen Ziele im Zusammenwirken von einzelstaatlicher und EG-Ebene schaffen. Dabei werden die älteren Menschen an diesem Prozeß der europäischen Politikgestaltung soweit wie möglich beteiligt.

Das setzt jedoch voraus, daß die Europäische Gemeinschaft und ihre Mitgliedstaaten die Bedürfnisse und Vorstellungen der älteren Menschen berücksichtigen und ihnen den Zugang zu allen wesentlichen Informationen erleichtert.

Auch ist es erforderlich, die staatliche Zusammenarbeit durch einen intensiven Meinungs- und Erfahrungsaustausch mit und zwischen nichtstaatlichen Organisationen, wie z. B. Senioren-, Wohlfahrts- und anderen Selbsthilfeverbänden, zu ergänzen.

Die Europäische Gemeinschaft und ihre Mitgliedstaaten stehen in Mittel- und Osteuropa vor großen politischen Herausforderungen. Der Zusammenbruch der totalitären staatlichen Strukturen führte vielfach zu einer Verschlechterung der Lebenssituation der dort lebenden Menschen. Hiervon sind insbesondere die Älteren betroffen. Die Europäische Gemeinschaft unterstützt die Reformprozesse in den mittel- und osteuropäischen Staaten durch spezielle Programme (PHARE und TACIS). Die Bundesregierung hat im vergangenen Jahr in einigen Reformstaaten Projekte gefördert, die vor allem durch Wissenstransfer dazu beitragen sollen, leistungsfähige Altenhilfestrukturen aufzubauen.

Aufgrund des 1992 wirksam gewordenen Bundesaltenplans werden im Rahmen des Programms „Internationale Seniorenarbeit" nicht nur Maßnahmen mit und für Fachkräfte der Altenhilfe, sondern auch vielfältige Begegnungen älterer Menschen aus Deutschland und europäischen, insbesondere mittel- und osteuropäischen Ländern gefördert.

Aktionsprogramm zugunsten älterer Menschen

Die Entscheidung der Europäischen Gemeinschaft für ein erstes „Aktionsprogramm zugunsten älterer Menschen", dessen Höhepunkt das Europäische Jahr der älteren Menschen und der Solidargemeinschaft der Generationen darstellt, ist von der Bundesregierung nachdrücklich begrüßt worden.

Dieses Programm hat die Möglichkeit eröffnet, gezielt zu Fragen des demographischen Wandels und den damit verbundenen Herausforderungen für die Seniorenpolitik Erfahrungen und Wissen zwischen den europäischen Nationen auszutauschen und anhand der Vernetzung von Modellprojekten Anregungen für die zukünftige Zusammenarbeit aufzuzeigen.

Die bisherigen Erfahrungen mit diesem ersten Aktionsprogramm haben gezeigt, daß es sinnvoll und notwendig ist, auch auf europäischer Ebene einen Austausch über die aktuellen seniorenpolitischen Fragestellungen herbeizuführen und nach gemeinsamen Lösungsansätzen zu suchen.

Kurzfassung und Empfehlungen des Berichts der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung

Vorwort

Die Kurzfassung des Berichtes der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichtes der Bundesregierung faßt die im Bericht enthaltenen wesentlichen Gedanken zusammen, ohne sie erschöpfend wiedergeben zu können. Sie ist deshalb lediglich als allgemeine Information zu verstehen, darf aber nicht herangezogen werden, um inhaltliche Aussagen zu formulieren: dazu ist in jedem Fall das eingehende Studium des Originalberichtes erforderlich.

Die der Kurzfassung beigefügten Empfehlungen entsprechen denen des Berichtes. Die hinter den einzelnen Empfehlungen in Klammern aufgeführten Nummern stellen den Bezug zu den Kapiteln des Berichtes her, aus denen sich diese Aussagen ableiten.

R.-M. Schütz, Lübeck

1. Kurzfassung des Berichts der Sachverständigenkommission

Demographische Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland

Der Anteil der 60 und mehr Jahre alten Menschen an der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland betrug 1990 rund 20 %. Geburtenrückgang und verlängerte Lebenserwartung werden bis zum Jahr 2025, also in knapp 35 Jahren, diesen Anteil nicht nur in Deutschland und fast überall in Europa, sondern auch in den überseeischen Industrieländern bis auf 30 % und mehr erhöhen.

Vor allem aufgrund der Männerverluste in den beiden Weltkriegen ist in Deutschland der Anteil der Frauen unter den Älteren mit 63 % besonders hoch. Das ist auch der Grund dafür, daß ein erheblicher Teil dieser Frauen ledig blieb. Für die Versorgung im Alter ist der Familienstand von besonderer Bedeutung. Von den älteren Frauen ist derzeit fast die Hälfte verwitwet. Bei den Männern dieser Altersgruppe ist dagegen mit nur 15 % dieser Anteil erheblich niedriger und derjenige der Verheirateten mit 80 % besonders hoch.

Die Zahl der über 60 Jahre alten Ausländer war schon im alten Bundesgebiet 1990 mit nur 2 % aller über 60jährigen sehr gering. In den neuen Bundesländern spielte diese Personengruppe zahlenmäßig bisher eine noch geringere Rolle. Von ihnen sind jeweils die Hälfte Männer und Frauen. Insgesamt ist im heutigen Bundesgebiet jedoch aufgrund des Älterwerdens der hier wohnenden jüngeren Ausländer und weiterer Zuwanderungen mit deutlichen Zunahmen in der Zukunft zu rechnen.

Für die Bereitstellung der sozialen Infrastruktur ist die regionale Verteilung der Älteren und insbesondere der Hochaltrigen wesentliche Orientierung. In den neuen Bundesländern betrug, bedingt durch die Abwanderung vieler Rentner nach 1961 in den Westen Deutschlands, der Bevölkerungsanteil der Älteren nur 18 %. Sie konzentrieren sich in den Regionen mit großen Verdichtungsräumen vor allem im Umland der Kernstädte. Hier ergab sich für 1990 ein Anteil der über 60jährigen von rund 23 %, der über 75jährigen von rund 9 %. Auch in den weniger dichtbesiedelten Regionen leben die Älteren eher im Umland der Städte und in ländlichen Gebieten.

In den alten Bundesländern betrug 1990 der Bevölkerungsanteil der Älteren 21 %, er ist in Hamburg und Bremen mit mehr als 23 % der über 60jährigen am höchsten, gefolgt von Berlin (West). Auch in den verschiedenen Regionen sind es vor allem die Kernstädte, in denen die Älteren wohnen (rund 22 % der 60jährigen und Älteren, rund 8 % der 75 und mehr Jahre alten). Ursache dafür war die Abwanderung junger Familien in das Umland der Ballungsgebiete aufgrund niedrigerer Mieten und preiswerter Wohngrundstücke. In den kommenden Jahrzehnten wird die Zahl der über 75jährigen in den Ballungszentren abnehmen und in deren Umland erheblich zunehmen — mit allen Folgen für Gesundheitswesen und Sozialplanung.

Das Altersbild der Gesellschaft

In der öffentlichen Diskussion wird das Alter häufig als Belastung für die Gesellschaft dargestellt. Die Medien tendieren auch eher dazu, die verschiedenen Aufgabengebiete der Altenhilfe — und damit indirekt den hilfebedürftigen älteren Menschen — in den Vordergrund ihrer Berichterstattung zu stellen. Aus Meinungsumfragen geht hervor, daß innerhalb der Bevölkerung der Lebensabschnitt „Alter" sehr verschiedenartig wahrgenommen wird. Eine Sichtweise verbindet mit dem Alter vorwiegend Defizite, Abbau und Armut und die Überzeugung, eine hohe Anzahl älterer Menschen lebe in Heimen. Auf der anderen Seite wird die Sichtweise vertreten (häufig auch von älteren Menschen), daß mit dem Alter Selbständigkeit, Kreativität und Möglichkeiten weiterer Persönlichkeitsentwicklung verbunden sind.

Damit sich in der Gesellschaft ein differenziertes Altersbild durchsetzt, in dem die Möglichkeiten, Aufgaben, Chancen und Grenzen im Alter gleichermaßen berücksichtigt und die großen interindividuellen Unterschiede in den Alternsformen beachtet werden, ist es notwendig, daß sich gerontologische Erkenntnisse noch stärker als bisher durchsetzen, Medien ausführlicher über die verschiedenen Formen des Alterns berichten und in der öffentlichen Diskussion Stereotype durch differenzierte Aussagen ersetzt werden.

Menschen zwischen Erwerbsleben und Ruhestand

Die sogenannten Regelaltersgrenzen bezeichnen das kalendarische Alter, in dem die Sicherungssysteme den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand als Normal- und Regelfall ansetzen. In der Bundesrepublik Deutschland und in den Niederlanden ist es beispielsweise das 65. Lebensjahr für Männer und Frauen, in Frankreich ist es einheitlich das 60. Lebensjahr, in Österreich gilt das 65. Lebensjahr für Männer und das 60. für Frauen. Doch spätestens seit den 70er Jahren zeigt sich eine kontinuierliche Abnahme der Erwerbsbeteiligung in den höheren Altersgruppen der Arbeitnehmer, z. B. auf die 55jährigen und Älteren bezogen, die immer geringere Anteile der Erwerbstätigen bis zu den Regelaltersgrenzen in voller Erwerbstätigkeit bleiben läßt. Es gibt keine starre chronologische Grenze, ab der das Älterwerden in der Arbeitswelt beginnt. In der Wirtschaft ist die 50-Jahresgrenze erfahrungsgemäß eine relevante Marge, doch können kritische Altersgrenzen auch schon auf das 40. und sogar auf das 30. Lebensjahr bezogen sein. Dabei zeigt die relevante Forschung, daß es keineswegs durchgängige empirische Befunde gibt, die zugunsten oder zuungunsten älterer Arbeitnehmer ausschlagen.

Ein Grund für die Absenkung des Rentenzugangsalters im Durchschnitt ist in der Erweiterung und Verbesserung der Alterssicherungssysteme zu finden, die stattgefunden haben unter anderem mit dem Ziel der Arbeitsmarktentlastung. Maßnahmen zur Sicherung älterer Arbeitnehmer bei langfristiger Arbeitslosig-

keit, Rentenleistungen bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Rentenleistungen bei Schwerbehinderung, vorgezogene Ruhestandsgrenzen für spezifische Gruppen der Arbeitnehmer bzw. in definierten Regionen oder Problemsituationen bieten neben bzw. in Ergänzung von betrieblichen Rentensicherungssystemen inzwischen gut ausgebaute und differenzierte Frühausgliederungspfade. Als Konsequenz sind für viele ältere Arbeitnehmer zunehmend Zwischenphasen zwischen Erwerbsleben und Ruhestand entstanden, allerdings verbunden mit teilweise eklatanten Ungleichbehandlungen zwischen den Beschäftigtengruppen.

Diese Entwicklung führt tendenziell zu einem Bedeutungsverlust der „Normalbiographien: Ausbildung — Erwerb — Ruhestand" für immer mehr Menschen. Ältere Arbeitnehmer sind, werden sie arbeitslos, durch ein hohes Verbleibsrisiko in der Arbeitslosigkeit bedroht (auch wenn arbeitsrechtliche und betriebliche Schutzregelungen ihr Risiko eines Arbeitsplatzverlustes verringern). Vorkehrungen der sozialen Sicherungssysteme und Arbeitsmarkteffekte greifen ineinander und führen zu sich gegenseitig verstärkenden „Push-" und „Pull-Effekten". Zu den „Push-Effekten" zählen Ausgliederungstendenzen in den Betrieben, Arbeitslosigkeit, Altersstigmatisierung, der Sackgassencharakter der Berufslaufbahn sowie Unzufriedenheit mit Arbeit und Beruf. „Pull-Effekte" gehen von den angeführten Frühausgliederungspfaden aus sowie von positiven Erwartungen, bezogen auf die Zeit nach der Erwerbstätigkeit, die häufig mit Erleichterungshoffnungen gekoppelt sind und mit dem Wunsch nach „ein paar schönen Jahren". Es gibt eine hohe Präferenz für den vorgezogenen Berufsaustritt unter den älteren Arbeitnehmern, vorausgesetzt der Einkommensverlust ist gering. Gibt es die Möglichkeit zum vollständigen Berufsaustritt unter akzeptablen Bedingungen, so ist die Neigung zu Teilzeitarbeit im allgemeinen gering.

Ältere Arbeitnehmer und ältere Arbeitnehmerinnen geraten am Arbeitsplatz unter verschiedene Formen von Druck, die den Wunsch nach bzw. die Bereitschaft zur Aufgabe der Erwerbstätigkeit verstärken. In groben Kategorien lassen sich diese den Druck erzeugende Kontexte wie folgt umschreiben: Gesundheitliche Veränderungen, physische und psychische Leistungsminderung, berufspositionelle Schlechterstellung, tätigkeitsbezogene Minderqualifizierung und Altersdiskriminierung. Dabei kommt es nicht darauf an, daß Leistungsbeeinträchtigungen tatsächlich nachweisbar sind, sowenig wie ein ebenfalls wirksames negatives Selbstbild älterer Arbeitnehmer des Nachweises seiner Berechtigung bedarf. Vielfach werden Diskriminierungen bei innerbetrieblichen Veränderungen manifest, z. B. bei Produktionsumstellungen, Auftragseinbrüchen und Schließungen von Betrieben. Ältere Arbeitnehmer nehmen deutlich weniger als jüngere an Qualifizierungsmaßnahmen teil, sei dies durch den Betrieb oder durch die eigene Haltung bedingt. Der Wechsel zu einem Teilzeitarbeitsplatz kann von Dritten als Ausdruck einer Minderleistungsfähigkeit gewertet werden. Bisher lassen damit einhergehende Einkommenseinbußen die Teilzeitarbeit nicht an Attraktivität gewinnen.

Für ältere Arbeitnehmerinnen stellt sich die Problematik häufig verschärft dar, sowohl am Arbeitsplatz als auch in der Situation der Arbeitslosigkeit. Generalisierend ist ein Problem der Frauenerwerbstätigkeit mit dem Satz zu umschreiben, daß Frauen fast immer das falsche Alter haben. Entweder sie tragen das „Arbeitsrisiko", Kinder zu bekommen und zu erziehen, oder sie gelten bereits als zu alt, um Höchstleistungen zu erbringen. Hinzu kommt, daß sie gegebenenfalls auf die materielle Sicherung durch einen Ehemann und auf die Hausfrauenrolle verwiesen werden. Für beide Geschlechter gilt, daß ihre materielle Sicherung als Rentner und die Zuweisung einer „Rentnerrolle" ihre Ausgliederung aus dem Erwerbsprozeß im Vergleich zu jüngeren Arbeitnehmern erleichtert. Dies ist insbesondere in Zeiten einer Verknappung von stabilen Vollzeit-Beschäftigungsverhältnissen der Fall.

Das am 1. Januar 1992 in Kraft getretene „Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung" hat das Ziel, die Alterssicherung auch zukünftig leistungsfähig zu erhalten. Es reagiert auf steigende Lebenserwartungen, sinkende Geburtenziffern und Finanzierungsprobleme der Rentenversicherung unter anderem durch die Festschreibung der Nettolohn-Anpassung der Renten und durch eine stufenweise Abschaffung der vorgezogenen und der flexiblen Altersgrenzen zugunsten der Regelaltersgrenze von 65 Jahren. Weiter vorgesehen sind Rentenabschläge bei früherem Rentenbeginn, Zahlungen von Teilrenten bei Teilzeitarbeit, stufenweise Verringerungen der Bewertung von Zeiten mit Lohnersatzbezügen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß dieses Gesetz die gewachsene Präferenz eines vorgezogenen Übergangs in den Ruhestand aufhebt oder die Anerkennung der Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer begünstigt. So stellt sich die „Prognose" für die zukünftige Situation der älteren Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland eher ungünstig dar.

Ansatzpunkte zur grundlegenden Verbesserung der Erwerbschancen älterer Arbeitnehmer sind in Maßnahmebündeln zu sehen. Hierzu zählen integrative Maßnahmen für noch beschäftigte ältere Arbeitskräfte, unter anderem bestehend aus geeigneten Qualifizierungsmaßnahmen, angemessenen Arbeitstempo- und Arbeitszeitregelungen, Reduzierung belastender Einflüsse der Arbeitsumgebung, ausgebauter arbeitsmedizinischer Versorgung. Immerhin scheint vereinzelt die Einsicht zu wachsen, daß ältere Arbeitskräfte mit ihren Erfahrungen und ihrer Einsatzbereitschaft sowie branchen- und betriebsspezifischen Kenntnissen, nicht leicht zu ersetzen sind. Zudem sind re-integrative Maßnahmen für ältere Arbeitslose zu ergreifen, darunter eine gezielte gruppen- und bedarfsspezifische Arbeitsmarktförderung und Arbeitsmarktverwaltung, gruppen- und personenbezogene gezielte Umschulungen und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Zuschüsse an die Arbeitgeber bei Einstellung von älteren Langzeitarbeitslosen. Schließlich sind kompensatorische Maßnahmen notwendig, die den Übergang in den Ruhestand bezwekken und diesen für jene erleichtern, die keine adäquate Beschäftigungschance haben und denen die materiellen und sozialen Kosten des Berufsaustritts nicht voll angelastet werden dürfen.

Physiologische Alternsänderungen

Keine Theorie ist bis heute in der Lage, den sehr komplexen Prozeß des Alterns in seiner Gesamtheit — das heißt, alle Aspekte berücksichtigend — zu beschreiben oder zu erklären, so daß immer wieder nur Teilaspekte dargestellt werden können. Unter biologischen Gesichtspunkten stellt sich normales Altern als ein involutiver Vorgang vieler Organe und Gewebe dar: Anpassungsfähigkeit und Reservekapazitäten der homöostatischen Regelvorgänge an sich verändernde Umweltbedingungen verringern sich, die Erwartungswahrscheinlichkeit für Krankheiten — insbesondere für Infekte — nimmt zu. Entgegen früheren Ansichten ist Altern aber sicher keine Krankheit.

Nach heutigem Wissen der experimentellen Gerontologie spielen sich die Alternsprozesse wesentlich an der DNS (Desoxiribonukleinsäure) und der Interzellularsubstanz ab; genetische Momente ebenso wie sogenannte Risikofaktoren oder Umweltbedingungen können Einfluß darauf nehmen. Zudem zeigt sich im Alternsprozeß eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität. Deshalb ist es oft schwer, Gesundheit und Krankheit sicher voneinander abzugrenzen.

Die medizinische Alternsforschung über physiologische (also nicht krankhafte) Alterungsvorgänge beruht weitgehend auf Querschnittsanalysen, deren Schwäche im Vergleich zu Längsschnittuntersuchungen darin liegt, daß intraindividuelle Veränderungen nicht berücksichtigt sind. Längsschnittstudien sind bisher wegen des hohen personellen und apparativen Aufwandes leider nur wenig durchgeführt worden. Dennoch kann man heute von folgenden Aussagen als wohl gesichert ausgehen:

Organe altern asynchron. Morphologische Rückbildungen und funktionelle Einschränkungen können parallellaufen, müssen es aber nicht. Und auch über die kausalen Zusammenhänge bestehen noch große Unsicherheiten.

Herausragende Bedeutung besitzen die alternsbedingten Rückbildungsvorgänge des Herz-Kreislauf-Systems. Nachlassende Förderleistung, unökonomischer Anstieg des Sauerstoffverbrauchs unter Belastung, verlangsamt ablaufende Kreislaufreflexe mit erschwerter Blutdruckanpassung bei Bedarfsänderungen sind alles normale Rückbildungsvorgänge, denen aber durch körperliches Training bis ins höchste Lebensalter zum Teil begegnet werden kann.

Von den alternsbedingten Änderungen der Lunge kennt man nur die für den Gasaustausch relevanten Faktoren sicher. Abnahme der Lungenelastizität, Zunahme der Starre des Brustkorbes, verminderte Dehnbarkeit der Atemmuskulatur führen zu funktionellen Einbußen mit negativen Rückwirkungen auf den Gasaustausch. Konsequentes körperliches Training kann aber insbesondere die maximale Sauerstoffaufnahmefähigkeit erhöhen.

Die Nieren erfahren eine Abnahme ihrer Filtrationsfähigkeit: Die Entscheidung, ob eine normale oder schon krankhafte Einschränkung vorliegt, ist aber oft nur mit relativ hohem diagnostischen Aufwand zu treffen. Und die normalen Funktionseinschränkungen haben Rückwirkungen auf die Ausscheidung sogenannter nierengängiger Arzneimittel, aber auch auf den Wasser- und Salzhaushalt. Wasserverlust, beispielsweise durch Schwitzen, Durchfall oder Erbrechen — hat deshalb schnell — unter Umständen bedrohliche — Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System, den Zellstoffwechsel und auch die Nierenfunktion.

Im Skelettsystem und im Bindegewebsapparat führt die mit dem Alter sich wandelnde Proteinsynthese zu vielfachen leistungsmindernden Veränderungen — Osteoporose, Elastizitätsabnahme des Bindegewebes — in Gelenken, Bändern und Sehnen. Änderungen in der Textur der Muskelfaser sowie in deren nervaler Stimulation mindern nicht nur die motorischen Reaktionsabläufe, sie wirken sich auch ungünstig auf die neuromotorische Gesamtregulation des Körpers aus. Das prinzipiell sinnvolle Training zur Verbesserung dieser Situation wird mit zunehmendem Alter immer weniger effizient.

Im Magendarmkanal treten — bei nur gering ausgeprägten involutiven Vorgängen — normalerweise keine therapiebedürftigen Störungen auf. Bei normaler Kaufähigkeit und ballastreicher Kost bleibt die Verdauungsfunktion ungestört erhalten. Im Endokrinum ist nur in Teilbereichen ein gewisses Defizit nachzuweisen: Die Glukosetoleranz sinkt generell ab. Bei unklaren Krankheitsbildern vor allem im Herz-Kreislauf-System ist an eine oligosymptomatische Schilddrüsenfunktionsstörung zu denken. Und im Gegensatz zum Mann sinkt auch die gonadale Funktion bei der Frau.

Die Funktionalität des Zentralnervensystems hängt mehr von seinem Trainingszustand sowie der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit ab, kaum von seinen normalen morphologischen Rückbildungsvorgängen. Normalerweise bleiben seine Reservekapazität sowie die Plastizität aller Hirnfunktionen prinzipiell erhalten.

Die Immunabwehr zeigt altersgängige Funktionseinbußen im humoralen wie im zellulären Bereich. Die Immunreaktion auf Infekte und die Bildung spezifischer Antikörper schwächen sich ab. Es kann sogar zu paradoxen Reaktionen derart kommen, daß Antikörper verringert gegen körperfremde Antigene, aber vermehrt gegen körpereigene Antigene gebildet werden.

Die Haut des älteren Menschen ist atrophiert, leichter verletzlich und dadurch infektanfällig, alles Ursachen der Gefährdung für ein schnelleres Durchliegen bei ungenügender Pflege. Normalen Prozessen schließlich entspricht auch die Entwicklung der Altersschwerhörigkeit sowie der Alterssichtigkeit.

Involution und Funktionsrückschritte lassen also den älteren Menschen zunehmend anfälliger für Funktionsstörungen und Krankheiten werden. Ein angemessenes Verhalten kann diese Rückbildungsvorgänge verzögern und die Funktionsverluste zum Teil gegenläufig ausgleichen.

Epidemiologie somatischer Erkrankungen im Alter

Die epidemiologische Forschung in der Bundesrepublik Deutschland bietet — bezogen auf das höhere Alter — kaum repräsentative Daten zur Häufigkeit und Verteilung von somatischen Erkrankungen noch zu deren Ursachen und/oder Risikofaktoren an: Es fehlen exakte, das heißt auf nach einheitlicher Nomenklatur geordneten und genügend abgesicherten Diagnosen aufbauende Datenerhebungen, wobei die Multimorbidität eine exakte Klassifizierung zusätzlich erschwert. Deshalb muß immer wieder auf Daten verschiedenster Repräsentativbefragungen mit all den daraus resultierenden Unschärfen zurückgegriffen werden.

Als sicher kann gelten, daß die in den letzten Jahrzehnten ständig wachsende Zahl Älterer — und vor allem Hochbetagter — an der Gesamtbevölkerung mit dafür verantwortlich ist, daß gleichermaßen alternde Krankheiten, Alterskrankheiten und Krankheiten im Alter nach Zahl und Behandlungsbedarf zugenommen haben. Dennoch resultiert aus dieser Entwicklung nicht automatisch auch ein höherer Leidensdruck für die Betroffenen: Denn für die Lebensqualität des einzelnen ist — ausweislich neuerer Längsschnittstudien — die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes — das heißt wie ein Mensch mit seinen Krankheiten/Gebrechen umzugehen versteht — oft von größerer Bedeutung als objektive medizinische Befunde. So wird von vielen Menschen beispielsweise den das Befinden störenden, aber wenig vital gefährdenden Erkrankungen des Bewegungsapparates subjektiv ein größeres Gewicht beigemessen als einer eher vital bedrohenden mittelschweren koronaren Herzkrankheit.

Hinsichtlich der subjektiven Gesundheitseinschätzung stimmen die Angaben aus den alten und neuen Bundesländern praktisch überein: Mit zunehmendem Alter wird als Einschätzung des Befindens zunehmend „eher unzufrieden" angegeben. Und der Prozentsatz derer, die sich durch chronische Leiden/Beschwerden als „erheblich/stark belastet" bezeichnen, liegt bei über 60jährigen etwa zehn mal höher als bei 16- bis 39jährigen. Andererseits ist festzustellen, daß noch fast jeder zweite jenseits der 60 mit seinem Gesundheitszustand „eher zufrieden" ist.

Angaben zum objektiven Gesundheitszustand greifen weitestgehend auf repräsentative Befragungen oder auf — oft wenig konsequent geführte — Krankenhausstatistiken zurück. Diese Daten sind meist nur schwer zu interpretieren oder zu vergleichen, weil sie zu den verschiedensten Zeitpunkten, bei unterschiedlichen Kohorten und unter Verwendung sehr differenter Diagnoseschlüssel erhoben wurden. Trotz dieser Einschränkungen — und analog zu der Situation in den meisten Industrieländern — ist diesen Daten aber zu entnehmen, daß Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems auch in Deutschland an erster Stelle stehen. Es folgen rheumatische Beschwerden bzw. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen sowie Erkrankungen der Atemwege. Nach Krankenhausstatistiken traten — auf Grund der Selektion durch stationär behandlungsrelevante Diagnosen — hinter die Kreislauferkrankungen zunächst bösartige Neubildungen an die zweite Stelle.

Wichtig scheint, daß ein Bluthochdruck mit zunehmendem Alter mehr als in jüngeren Jahren nicht allein als Risikofaktor für koronare Herzkrankheit und zerebrovaskuläre Insuffizienz anzusehen ist, sondern als eine eigenständige, mit spezifischem Behandlungsbedarf behaftete Krankheit.

Analog zu internationalen Statistiken sind Mortalität und Morbidität an Kreislaufkrankheiten auch in der Bundesrepublik Deutschland leicht rückläufig, die Inzidenz für einen Diabetes mellitus bei Frauen mit zunehmendem Alter doppelt so hoch wie bei Männern, der Befall durch Atemwegserkrankungen dagegen bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen.

Während Sexualdifferenzen also in unterschiedlicher Prägnanz vorhanden sein, aber auch fehlen können, konsultieren Frauen aller Altersgruppen Ärzte eindeutig häufiger als Männer. Bezogen auf ihren prozentualen Anteil an der Bevölkerung nehmen Betagte aber generell Ärzte überproportional in Anspruch, vor allem Allgemeinärzte. Diese Tendenz steigt mit zunehmendem Alter eindeutig an.

Auch die Sterbefallstatistik spiegelt — da sie jeweils nur das sogenannte Grundleiden erfaßt — nur Teilaspekte des Gesundheitszustandes im höheren Alter wider. Auch hier sind die mit Abstand führenden Todesursachen die Krankheiten des Kreislaufsystems. Die Bundesrepublik Deutschland nimmt im Vergleich mit anderen Industriestaaten einen mittleren Platz ein. In der Reihung folgen dann bösartige Neubildungen, Erkrankungen der Atemwege sowie Stoffwechselkrankheiten.

Letztendlich sind alle diese Daten untereinander so wenig vergleichbar und zudem unvollständig, daß sie weder alternsgängige Krankheitskonstellationen hinreichend sicher abbilden noch Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen erkennen lassen. Hier besteht deshalb ein zukünftiger zwingender Forschungsbedarf.

Epidemiologie psychischer Störungen im Alter

Über die Häufigkeit psychischer Störungen im Alter liegen zum Teil sehr widersprechende Äußerungen vor, die durch unterschiedliche Klassifikationssysteme und diagnostische Methoden bedingt sind. Als Orientierungshilfe dienen zumeist die Ergebnisse einer Mannheimer Feldstudie, der zufolge etwa 24 % der über 65 Jahre alten Einwohner dieser Stadt an psychischen Störungen leidet. Die meisten dieser Störungen beziehen sich auf depressive Zustände und Reaktionen und auf affektive Probleme. Demenzformen, zu denen auch die Alzheimersche Krankheit zählt, finden sich bei etwa 3 % der Älteren, mit deutlicher Prävalenz in den höheren Altersklassen. Ein Ausbau psychogeriatrischer Einrichtungen ist angesichts der demographischen Entwicklung im Interesse der Prävention und frühzeitigen Behandlung solcher Störungen dringend erforderlich.

Psychische Entwicklung im Alter

Zu Beginn psychologischer Alternsforschung wurden Aussagen über die Entwicklung der geistigen Lei-

stungsfähigkeit und der Persönlichkeit im Alter fast ausschließlich auf der Grundlage von Querschnittsuntersuchungen und somit auf der Basis eines Vergleichs verschiedener Altersgruppen getroffen. Bei diesem Vorgehen ermittelte man für die ältere Generation im Durchschnitt schlechtere Werte und interpretierte dieses schlechtere Abschneiden als einzig durch den Faktor „Alter" verursacht. Auf dem Hintergrund der so entstandenen „Defizit-Modelle" folgerte man, daß Interventionsversuche mit dem Ziel der Verbesserung oder Wiedergewinnung von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Alter erfolglos bleiben würden. Die neuere psychologische Forschung belegt jedoch eindeutig, daß die „Defizit-Modelle" des Alterns nicht haltbar sind und somit Interventionsansätze durchaus erfolgreich sein können.

Diesen Aussagen liegen Forschungsergebnisse zu drei Schwerpunkten zugrunde:

— zur kognitiven Leistungsfähigkeit,

— zur Kompetenz, verstanden als Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung im Alter,

— zur Entwicklung der Persönlichkeit.

Intelligenz, verstanden als die Fähigkeit zur Lösung kognitiver Probleme, ist in kristalline und fluide Intelligenz zu differenzieren. Die Fähigkeiten der kristallinen Intelligenz sind erfahrungs- und wissensgebunden und ermöglichen das Lösen vertrauter kognitiver Probleme. Sie sind altersunabhängig und können sich im Alter sogar noch verbessern. Mit der fluiden Intelligenz werden Fähigkeiten zur Lösung neuer kognitiver Probleme umschrieben. Die fluide Intelligenz scheint für Alternsprozesse anfälliger zu sein. Untersuchungsergebnisse zeigen jedoch, daß durch gezielte Interventionsmaßnahmen Steigerungen in einzelnen Bereichen möglich sind. Die nachgewiesene „Trainierbarkeit" von Intelligenzfähigkeiten zeigt, daß Aussagen über „naturgegebene" oder „angeborene" Leistungsunterschiede zu relativieren sind. Belegt ist ebenfalls, daß Einbußen im Kurz- und Langzeitgedächtnis nicht an das Lebensalter gebunden sind, sondern als Folge von mangelndem Training oder als Symptom von Erkrankungen interpretiert werden müssen.

Das Streben in der Auseinandersetzung mit Umwelt- und Situationsanforderungen, seine eigene Kompetenz zu erleben, ist ein zentrales menschliches Bedürfnis. Dabei beeinflußt die subjektiv erlebte Kompetenz in hohem Maße die tatsächliche Leistungsfähigkeit, das heißt die objektive Kompetenz. Neben den je persönlichen Ressourcen wird Kompetenz wesentlich von der räumlichen und sozialen Umwelt bestimmt. Ihr differentieller Aspekt betont die spezifischen, im Lebenslauf entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person, so daß sich unterschiedliche Kompetenzprofile beobachten lassen. Diese je individuelle Kompetenz ist eine wesentliche Komponente diagnostischer Bemühungen und bildet die Grundlage für therapeutische und rehabilitative Interventionsmaßnahmen. Der dynamische Aspekt der Kompetenz betont die Plastizität psychischer und physischer Funktionen, so sind auch im Alter Veränderungspotentiale vorhanden und damit positive Entwicklungen möglich. Schließlich beschreibt der transaktionale Aspekt der Kompetenz die Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt in einem umfassenden Sinne. Der räumlichen und sozialen Umwelt kommt besonders dann eine entscheidende Bedeutung bei der Kompetenzerhaltung zu, wenn bereits Funktionseinbußen vorhanden sind.

Eine zentrales Thema der Psychologie betrifft die Frage nach Konstanz oder Veränderung der Persönlichkeit im Alter. Eigenschaftsorientierte Theorien gehen von umfassenden, stabilen Persönlichkeitseigenschaften aus, die sich — auch unter genetischem Einfluß — in frühen Lebensabschnitten ausbilden. Vertreter einer prozeß- oder situationsorientierten Theorie dagegen postulieren die Möglichkeit zu lebenslanger Entwicklung, bei der durch jeweils sich ändernde situative Anforderungen Veränderungen angestoßen werden können. Die Art und Weise, wie der einzelne Ältere mit Veränderungen zurechtkommt, ist wesentlich durch biographische Erfahrungen sowie durch Kohorteneinflüsse geprägt.

Längsschnittstudien haben nachgewiesen,

— daß die Art der Auseinandersetzung mit Veränderungen auch im Alter eine relativ hohe Kontinuität aufweist,

— daß interindividuell graduelle Unterschiede in der Kontinuität zu beobachten sind. Objektive Lebensumstände sowie subjektive Aspekte der Lebenssituation sind dafür verantwortlich zu machen,

— daß schließlich eine Kumulation von Belastungen nur von einem Teil der Älteren allmählich bewältigt werden kann, ein anderer verharrt in Niedergeschlagenheit und Resignation. Hier können therapeutische Angebote im Sinne einer Krisenintervention eine wichtige Hilfe darstellen.

Möglichkeiten der Prävention

Es ist Aufgabe der Prävention, auf allgemeine Maßnahmen hinzuweisen, durch die ein gesundes und kreatives Altern ermöglicht wird (allgemeine Prävention), und darüber hinaus Risikofaktoren zu erkennen sowie zu lindern (oder zu beseitigen), die den Alternsprozeß belasten und zu gesundheitlichen Einschränkungen im höheren Lebensalter führen (spezielle Prävention). Die Bedeutung der Prävention für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Alter wird nur von einem Teil der Ärzte und der älterwerdenden Menschen wirklich erkannt und in praktisches Handeln umgesetzt. Die Erkenntnis, daß die Lebensqualität im Alter erheblich durch den eigenen Lebensstil in früheren Lebensabschnitten beeinflußt wird, gehört noch lange nicht zum allgemeinen Wissen.

Allgemeine Präventionsmaßnahmen betonen die Notwendigkeit von Körperhygiene (vor allem Haut- und Zahnpflege), Ernährung (kalorien- und fettarme, protein-, mineralstoff- und vitaminreiche Ernährung), körperliche Aktivität und Sport sowie geistiges Training. Durch körperliche und geistige Aktivität läßt sich eine erhebliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit erzielen oder eine an sich schon hohe Lei-

stungsfähigkeit aufrechterhalten. Bei sportlicher Betätigung mit hoher Belastungsintensität sind die besonderen Bedingungen des alternden Organismus zu berücksichtigen, eine vorausgehende ärztliche Untersuchung (zur Feststellung von Leistungspotentialen und -grenzen sowie zum Ausschluß fortgeschrittener Herz-Kreislauf-Erkrankungen) ist notwendig. Zur allgemeinen Prävention gehören weiterhin Vorsorgeuntersuchungen und vorsorgliche Untersuchungen. Auch wenn deren Notwendigkeit von älteren Menschen erkannt wird, werden sie oft nicht ausreichend genutzt. Dies liegt unter anderem daran, daß Krankheitssymptome fälschlicherweise als Zeichen des „natürlichen Alterns" interpretiert werden.

Bei der speziellen Prävention ist den Risikofaktoren Hypertonie und Arteriosklerose besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die Hypertonie ist auch im höheren Lebensalter mit dem Risiko erhöhter kardiovaskulärer Letalität verbunden; die arteriosklerotisch bedingten Krankheiten (vor allem koronare Herzkrankheit und zerebrale Apoplexie) gehören in der Bundesrepublik Deutschland zu den häufigsten Todesursachen. Der Mensch trägt durch seinen Lebensstil erheblich zur Entstehung dieser Risikofaktoren bei. Aus diesem Grunde sind der Aufklärung über und der Früherkennung von Risikofaktoren große Bedeutung beizumessen.

Gesundheitliche Versorgung — ärztliche Basisversorgung, Rehabilitation, Pflege —

Etwa 40 % aller Pflegetage in Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland entfallen auf über 65jährige Patienten. Ein Fünftel dieser Altersgruppe wird zumindest einmal im Jahr stationär aufgenommen. Bei vielen von ihnen könnte durch angemessene aktivierend-rehabilitative Behandlung der Krankenhausaufenthalt deutlich verkürzt und/oder die Einweisung in ein Pflegeheim vermieden werden: Man schätzt dieses für bis zu 40 % der in Krankenhäusern zu Pflegefällen deklarierten Patienten.

Der Krankheitsbegriff im Alter besitzt andere Dimensionen als im jüngeren Leben: Multimorbidität und chronische Leiden charakterisieren das Krankheitsspektrum, Variabilität und individuelle Unterschiede kommen deutlicher zum Tragen, die Rekonvaleszenz ist meist verlängert, die Kombination von — behandlungsbedürftigen — Störungen körperlicher und psychischer Art ist recht häufig, die Auswirkungen der altersgängigen physiologischen Rückbildungsvorgänge (vgl. Kapitel 4) auf Krankheitszustände müssen berücksichtigt werden. Daraus resultiert ein spezifischer Behandlungs- und Versorgungsbedarf, dem weder in allgemeinen Krankenhäusern noch in der Psychiatrie heute hinreichend entsprochen wird/werden kann.

Die ambulante Versorgung älterer Menschen ist die Domäne des niedergelassenen Arztes: Insbesondere der Allgemeinärzte, auf welche 56,8 % aller Praxiskontakte von über 65jährigen entfallen. Aber auch diese Versorgung weist deutliche Defizite auf: Zeitaufwand für und Zuwendung zum Betagten sind in der Regel nicht angemessen lang, Intervention und Rehabilitation für diese Menschengruppe werden oft als nicht mehr sinnvoll angesehen, die Kooperation mit ambulanten pflegerischen und ambulanten therapeutischen Diensten einschließlich psychosozialer Angebote läßt zu wünschen übrig, das Wissen und die Weitergabe von Informationen über diese Möglichkeiten fehlt nahezu völlig.

Zweifelsfrei ist, daß Rehabilitation bei realistischer Zielsetzung — das heißt bei einer der jeweiligen individuellen Belastbarkeit angemessenen Indikationsstellung — zu überraschenden Ergebnissen führt. Sie muß aber medizinische, psychosoziale und epochale Faktoren gleichberechtigt neben die allgemeinen Methoden der Rehabilitation stellen. Der funktionelle Gewinn setzt im Senium meist nur zögernd ein und schreitet langsamer fort. Nicht selten können nur noch Teilerfolge erzielt werden. Aber weder diese Einschränkungen noch das hohe Alter eines Patienten oder auch das Wissen, daß trotz aller Bemühungen eine erneute Verschlechterung durch Rehabilitation letztendlich nicht zu verhindern sein wird — können keine Begründung dafür liefern, die Möglichkeiten des Sozialgesetzbuches V (SGB V) und des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes nicht voll auch für ältere Menschen zu nutzen.

Je früher rehabilitative Behandlung greift, desto schneller und intensiver wirkt sie auch bei Älteren, das heißt sie hat schon mit der akuten Behandlung einer Erkrankung einzusetzen. Und nur konsequentes Weiterführen im Sinne einer Erhaltenstherapie kann die erreichten Therapieerfolge sichern. Dann aber verbessert sich die Chance der Erkrankten — auch bei Halbseitenlähmung, Parkinson-Krankheit, Zustand nach Beinamputation --, noch über lange Zeit weitgehend selbständig, aktiv und mobil zu bleiben. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege" ist sozialpolitisch ebenso durchzusetzen wie die Forderung „Rehabilitation vor Rente". Und: Dieses Verhalten bleibt für die Solidargemeinschaft letztendlich kostengünstiger, als wenn Betagte vorschnell in Institutionen eingewiesen werden.

Gesundheit im Alter liegt nicht nur vor bei Fehlen jeglicher Störung, sondern auch dann, wenn bei gegebener Beeinträchtigung gewissen Ausmaßes die vorhandenen Kompensationsreserven noch ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Krankheiten sind nie allein altersbedingt und deshalb passiv hinzunehmen: Das therapeutische Ziel richtet sich darauf, Progression, Sekundärschäden, drohende Immobilisation und damit Verluste der Selbständigkeit zu verhüten. Hier kann der Erhalt des sozialen Netzwerkes — beispielsweise durch kurze Behandlungsdauer in Institutionen und angemessene Vorbereitung der Entlassung in die häusliche Weiterbehandlung und Pflege — therapeutisch sehr effizient genutzt werden. Dies gilt besonders dann, wenn unter anderem eine psychische Erkrankung Anlaß zur Behandlung ist. Leider werden psychisch Kranke — und das trifft insbesondere bei seniler Demenz zu — unabhängig vom Grad des Gestörtseins von Angehörigen wie vom sozialen Umfeld meist sehr negativ beurteilt, obgleich Untersuchungsergebnisse belegen, daß auch bei diesen

Patienten infolge einer noch oft nachweisbaren Plastizität (vgl. Kapitel 7) Rehabilitationspotentiale vorhanden sind. Dieses Wissen und diese Chance sind zukünftig — unter anderem auch durch Aufstocken der erforderlichen Ressourcen — intensiver zu nutzen.

Erfolgreiche Rehabilitation alter Menschen — beginnend mit aktivierender Behandlungspflege in der akuten Krankheitsphase — kann nur durch ein geriatrisch geschultes pflegerisches und medizinisch-therapeutisches Personal in intensiver Abstimmung mit und unter Leitung von einem Arzt geleistet werden. Sie kann institutionell angeboten werden im Gesundheitssystem (ambulant, teilstationär, stationär) oder im Sozialsystem der Versorgung (z. B. Heime).

Bei vorsichtiger Interpretation der vorliegenden Daten kann nicht übersehen werden, daß die geriatrische/psychogeriatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland unverändert unzureichend ist: Es fehlt neben einer einheitlichen Konzeption vielerorts an ausreichender räumlicher, pflegerischer und/oder therapeutischer Ausstattung. Und auch die Situation der teilstationären Einrichtung im Sinne von Tageskliniken — 1991 existierten jeweils 14 geriatrische (350 Behandlungsplätze) und 14 psychogeriatrische (247 Behandlungsplätze) — ist desolat und bedarf des dringenden Ausbaus: Denn die sehr guten Therapieerfolge in diesen Einrichtungen sind auch durch die wenigen Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland inzwischen zweifelsfrei belegt.

Allgemeine Krankenhäuser verstehen sich ausweislich einer Untersuchung des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen zu 85 % nicht als Glieder in der Kette der zur Rehabilitation aufgerufenen Einrichtungen — und schon gar nicht für eine solche älterer Patienten. So darf es nicht wundern, daß Rehabilitation durch die nachgeordneten Einrichtungen der sozialen Versorgung (Heime, Sozialstationen) erst recht nicht — oder dann aber fast regelhaft inadäquat — angeboten wird.

Die Probleme mangelnder Rehabilitation im Alter lassen sich schließlich auch nicht dadurch lösen, daß Ältere in ortsfernen Einrichtungen untergebracht werden. Dieses ist nur in Ausnahmefällen sowie nur dann sinnvoll, wenn die Einbeziehung besonderer klimatischer Bedingungen und/oder ortsgebundener Kurmittel oder schließlich das vorübergehende Herauslösen aus dem sozialen Umfeld therapeutisch sinnvoll/erforderlich ist. In der Regel aber ist der Erhalt der sozialen Einbindung höher anzusetzen. Und zudem haben schließlich die meisten Rehabilitationseinrichtungen so spezielle Klinik- und Therapiekonzeptpläne, daß additive Pflegeleistungen oder gar spezielle Alterserfordernisse in der Regel a priori eine Aufnahme von Betagten ausschließen.

Es ist zu hoffen und zu fordern, daß die Entschließung der Konferenz der Gesundheitsminister der Länder 1987 zugunsten einer adäquaten geriatrischen Versorgung endlich politisch umgesetzt wird. Dabei muß in der Diskussion zur Realisierung den erforderlichen medizinischen Bedürfnissen Vorrang vor den Gesichtspunkten des Managements und der Ökonomie eingeräumt werden. Dann erst werden endlich in der Geriatrie die auch durch die wenigen Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland belegten diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten tatsächlich voll ausgeschöpft werden. Es ist — gerade im Alter — zudem immer einfacher und humaner, das Entstehen von Schäden durch sorgfältige aktivierende-rehabilitative Pflege zu verhindern, als sie erst nach Eintritt zu behandeln.

Arzneimittelanwendung bei älteren Patienten

Ältere Menschen sind mit geschätzten 12 Mrd. DM überproportional stark am Gesamtumsatz von Fertigarzneimitteln beteiligt. Selbst wenn der Arzt unverändert seine zentrale Position bei der Verordnung von Arzneimitteln und der kritischen Überwachung ihrer Wirkungen wahrnehmen würde, steigt mit zunehmendem Alter dennoch die Wahrscheinlichkeit einer nicht angemessenen Arzneimitteltherapie. Dies hat eine Vielzahl von Ursachen, von denen nur einige genannt werden können.

Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln haben bisher nicht oder nur ungenügend die sich mit dem Alter einstellenden pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Besonderheiten oder auch die Bedeutung der Bioverfügbarkeit einer Substanz berücksichtigt. Es müssen daher zukünftig die bei der klinischen Prüfung und vor Zulassung von Medikamenten üblichen Untersuchungen auch an höheren Altersgruppen durchgeführt werden, um über ein — bisher oft nur lückenhaft vorhandenes — verbessertes Wissen die Therapiesicherheit für ältere Menschen zu erhöhen.

Jeder Therapieerfolg hängt von der Mitarbeit des Patienten ab. Besonders der ältere Mensch muß dazu motiviert werden, indem ihm — für ihn verständlich — alle erforderlichen Informationen über Art und Weise der Einnahme sowie über mögliche Nebenwirkungen bis hin zur Gefahr durch zusätzliche Selbstmedikation vermittelt werden. Das muß sowohl in ausführlichen Beratungsgesprächen durch den Arzt wie über für den älteren Menschen besser verständliche und lesbare Packungsbeilagen seitens der Arzneimittelfirmen angestrebt werden. Zur Sicherung der Akzeptanz eines Arzneimittels müssen zudem altengerechtere Verpackungen und Darreichungsformen vermehrt geschaffen bzw. genutzt werden.

Die Voraussetzungen für eine sichere Arzneimitteltherapie bei Älteren werden sich erst grundlegend dann verbesseren, wenn die Älteren nicht allein nur als interessanter Markt angesehen werden, sondern ihr Bedarf vielmehr als Aufgabe begriffen wird.

Probleme der Pflegebedürftigkeit

Fast alle Kommunen klagen derzeit über die ständig steigende finanzielle Belastung, die ihnen durch die auf Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zurückzuführende Heimunterbringung vor allem hochbetagter Menschen erwächst. Pflegebedürftigkeit bedeutet derzeit für die Betroffenen selbst in der Regel die Ausgrenzung aus Leistungsrechten der Krankenversicherung,

was für sie belastende finanzielle Auswirkungen und das Risiko der Sozialhilfeabhängigkeit zur Folge hat.

Der Begriff der „Pflegebedürftigkeit" ist in der deutschen Rechtsordnung nicht einheitlich definiert und divergente rechtliche Bewertungen erfolgen vor allem vor dem Hintergrund einer unpräzisen Fassung der Pflegebedürftigkeit in der Medizin. Die Unbestimmtheit des Begriffes in der Medizin und im Krankenversicherungsrecht sowie die Unterschiede in der inhaltlichen Ausgestaltung des Konzeptes der Pflegebedürftigkeit in Sozialgesetzgebung und Pflegesatzvereinbarungen (für Heime für ältere Menschen) sind in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung. Außerhalb des deutschen Sprachgebrauchs und jenseits deutscher Rechtstraditionen ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht eingeführt.

Traditionell wird im Krankenversicherungrecht zwischen Behandlungsfall und Pflegefall unterschieden. Hierbei gilt der Behandlungsfall als charakterisiert durch Zustände, bei welchen medizinische und behandlungspflegende Maßnahmen eine Verbesserung, Linderung oder Verkürzung von Verschlimmerung der Krankheit bewirken. Folge dieser Definition ist die Ausgrenzung chronischer Krankheiten und vieler Behinderungen aus unserem gesundheitlichen Versorgungssystem, insbesondere auch der Folgen des Alterungsprozesses („Altersgebrechlichkeit") in der Phase des hohen Alters. Der Pflegefall gilt entsprechend als durch krankhafte Zustände gekennzeichnet, die mit Hilfe gesundheitsfördernder Maßnahmen nicht gebessert, gelindert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden können.

Die Fortschritte der Altersmedizin stellen dieses Konstrukt der Pflege- bzw. der Behandlungsbedürftigkeit in Frage und machen die Unzulänglichkeit der zur Grenzziehung benutzten Kriterien deutlich. Leiden wie beispielsweise Herzinsuffizienz, Gelenkrheumatismus, Parkinsonsche Krankheit, schwere Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates sind auch bei Betagten einer wirkungsvollen Behandlung zugänglich. Am Beginn solcher Zustände stehen meist akute Ereignisse wie Unfälle, Infarkte oder krankhafte Veränderungen z. B. des Zentralnervenystems. Diesen Erkenntnissen trägt das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 insoweit ansatzweise Rechnung, als es zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit medizinische Vorsorgeleistung (§ 23) ebenso vorsieht wie Rehabilitationsmaßnahmen (§ 107).

Zweck der Definitionen von Pflegebedürftigkeit und der inhaltlichen Ausgestaltung der betreffenden Konzepte sind letztlich — insbesondere im Rahmen der Sozialgesetzgebung — die Ableitung des Bedarfs an Wartung und Pflege für die Betroffenen als Folge ihres Zustandes, die Bestimmung des angemessenen Pflegeaufwandes ebenso wie die Sicherstellung notwendiger Personalschlüssel und angestrebter Pflegesätze. Dementsprechend werden insbesondere Heimbewohner nach Graden der Pflegebedürftigkeit eingestuft. Auch diese Einstufung erfolgt im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen nach unterschiedlichen Kriterien. Es handelt sich dabei um ein nicht systematisch analysiertes Rechtsgebiet, das bisher keiner fachlich-inhaltlichen Kontrolle der relevanten gerontologischen Fachdisziplinen unterliegt. Eine Analyse der Pflegesatzvereinbarungen in der alten Bundesrepublik Deutschland ergab, daß nur drei von elf Bundesländern darin dem heutigen geriatrischen Erkenntnisstand Rechnung tragen und z. B. die Besserungsfähigkeit der Zustände durch Aktivierung als Kriterium der Einstufung benutzen.

Auch die DDR kannte den Begriff der Pflegebedürftigkeit und eine Festlegung in drei Pflegestufen. Sie waren in der Hauptsache orientiert an Einschränkungen der Selbständigkeit sowie an Pflege- und Betreuungserfordernissen. Anders als in der alten Bundesrepublik Deutschland brachte die Einstufung für die Patienten keine Ausgrenzung aus einem Sicherungssystem und keine finanziellen Folgen. Die offiziellen Konzepte wurden jedoch nur begrenzt eingelöst.

Aus der Unklarheit der Begriffe und Konzepte der Pflegebedürftigkeit resultieren erhebliche Schwierigkeiten in der Erfassung der Anzahl pflegebedürftiger alter Menschen in der Bevölkerung — einer Größe, welche für Sozialplanung und Finanzierung in der Altenhilfe von großer Bedeutung ist.

Ein Vergleich von Ergebnissen verschiedener Untersuchungen aus europäischen und außereuropäischen Ländern ergibt erhebliche Unterschiede in der Vorkommenshäufigkeit pflegebedürftiger Personen. Der Vergleich wird durch Berücksichtigung verschiedener Stichproben, Altersgruppen und Methoden der Bestimmung von „Pflegebedürftigkeit" sehr erschwert. Anders als in deutschen Untersuchungen wird zum Teil abgestellt auf die Auswirkungen chronischer Zustände, auf Aktivitäts- und Selbstversorgungsmöglichkeiten, auf funktionale Einschränkungen etc. Bei vorsichtiger Verwertung der Mittelwerte von Inzidenzraten aus diesen Studien ergibt sich für die alten Bundesländer eine deutlich niedrigere Zahl Pflegebedürftiger, als bisher aufgrund der Socialdata-Studie von 1978 angesetzt.

Nur wenn man von einer wirklich interdisziplinären Sicht von Altersveränderungen ausgeht, welche somatische, psychische und soziale Einflußfaktoren in ihrer Auswirkung zu erfassen sucht, wird man die wirklichen Ursachen der mit dem Begriff „Pflegebedürftigkeit" umschriebenen Zustände erfassen, ihnen vorbeugen und ihr Ausmaß beeinflussen können. Wie in verschiedenen europäischen Nachbarländern wird jedoch die Vernachlässigung chronischer Krankheiten im sozialen Sicherungssystem auch in der Bundesrepublik Deutschland weitere spezielle Maßnahmen zugunsten einer Absicherung des Risikos der chronischen Krankheiten und ihrer Folgen erzwingen.

Das Alterssicherungssystem und die Absicherung des Pflegefalls in der Bundesrepublik Deutschland

Für die Alterssicherungssysteme, die es in der Bundesrepublik Deutschland gibt (z. B. für Arbeitnehmer, Beamte, Selbständige), ist kennzeichnend, daß sie am Erwerbseinkommen anknüpfen und die Leistungen demgemäß nach Bezugsdauer und Höhe dieses Erwerbseinkommens variieren. Insbesondere die Rentenversicherung stellt ab auf ein durchschnittli-

ches Arbeitseinkommen während eines lückenlosen Erwerbslebens, soll eine den Lebensbedarf sichernde Rente im Alter verfügbar sein. Soweit die Regelsicherungssysteme keine ausreichende Versorgung gewährleisten, greift die Sozialhilfe als Auffangsicherung ein. Allgemeine Aussagen zur Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland geht es um die konkrete Höhe gegebener Alterseinkünfte, sind durch eine nicht ausreichende Datenlage erschwert. Insbesondere Leistungskumulationen (z. B. im Falle des Zusammentreffens von Sozialleistungen der großen Sicherungssysteme mit Betriebs- oder sonstigen Zusatzrenten) sind nicht zuverlässig erfaßt.

Dem Gesetzgeber ist es aufgegeben, im Vollzug der Währungs- und Sozialunion in Deutschland auch eine Angleichung der Versorgungsverhältnisse durchzusetzen. Das niedrigere Rentenniveau in den neuen Bundesländern ist zum Teil durch die niedrigeren Erwerbseinkommen bedingt. Hinzu kommt die (noch umstrittene) Begrenzung der Höhe von Zusatzrenten, die in der DDR gezahlt wurden. In einer Übergangsphase, die bis 1996 reicht, führen Sozialzuschläge auf Niedrigstrenten — zur Besitzstandswahrung und Vermeidung hoher Quoten von Sozialhilfeabhängigkeit in den neuen Bundesländern eingeführt — zu einer faktischen Mindestrentensicherung, die im Westen der Bundesrepublik Deutschland unbekannt ist. Im Zusammenhang mit den auf dem Gebiet der ehemaligen DDR geltenden Übergangsregelungen hat die Bundesregierung die Neukonzipierung der Alterssicherung von Frauen debattiert und bis zum Jahresbeginn 1997 vorgesehen. Eine Bedeutung in diesem Zusammenhang hat die in der ehemaligen DDR partiell günstigere Alterssicherung für Frauen. Explizit sollen zukünftige Rentenlösungen auch einen Beitrag zur Lösung des Problems der Altersarmut leisten.

Gilt in Deutschland, insbesondere im Verhältnis von Ost und West, das Gebot der Rechtsangleichung, so wird innerhalb der Europäischen Gemeinschaft (EG) eine Konvergenz der sozialen Sicherungssysteme angestrebt, d. h. ihre langsame Annäherung in einzelnen Punkten im Laufe eines längeren Entwicklungsprozesses. Elemente der Alterssicherung, die in einigen EG-Ländern bestehen, werden auch in anderen diskutiert, so beispielsweise die Mindestrente, die es in vielen EG-Ländern gibt. Die Mindestsicherung ist ein Feld, in dem sich insbesondere die EG-Kommission um eine Konvergenz bemüht. Auch für die Gestaltung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in Deutschland gilt das Gebot, den Aspekt der Konvergenz in Europa zu beachten. Über die Konvergenz hinaus greifen zwingende Normierungen der EG, zum Beispiel bezogen auf die Gleichbehandlung von Mann und Frau in Leistungsentgelt und Alterssicherung oder die Alterssicherung von Wanderarbeitern betreffend.

Das deutsche Sozialrecht enthält nur punktuelle Regelungen des Pflegefallrisikos, ein Zustand, der fast durchgängig als unzureichend empfunden wird. Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) hat häusliche Pflegehilfen sowie Urlaubs- und Verhinderungspflege als Sach- oder Geldleistung in deutlich begrenztem Rahmen für Schwerpflegebedürftige in das Krankenversicherungsrecht eingeführt. Das Unfallversicherungsrecht kennt seit langem umfassende Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit. Anstelle der Sachleistungen können Geldleistungen gezahlt werden, deren Höhe jährlich angepaßt wird. Auch in das Recht des öffentlichen Dienstes sind über die Beihilfevorschriften und die Unfallfürsorge Leistungen für Schwerpflegebedürftige bei ambulanter und stationärer Pflege als Sach- und ersatzweise als Geldleistung eingegangen. Das Bundesversorgungsgesetz kennt Pflegezulagen sowie eine begrenzte Übernahme der Kosten von Heimpflege. In allen Gesetzen sind die Leistungsvoraussetzungen unterschiedlich definiert, die Leistungen und ihre Anpassung an Kostenentwicklungen je individuell umrissen. Es bleibt für die Mehrzahl der Betroffenen bei einer Eintrittspflicht der Sozialhilfe im Falle eines (anhaltenden) Pflegebedarfs, sei dieser durch ambulante oder stationäre Leistungen gedeckt. Die Übernahme der Alterssicherung für eine (meist familiale) Pflegeperson ist möglich. Allerdings stehen die Leistungen der Sozialhilfe unter dem Vorbehalt des Subsidiaritätsprinzips, das zur vorrangigen Finanzierung durch den Betroffenen bzw. durch seine engsten Familienangehörigen zwingt.

Im Kreise der europäischen Staaten verfügen bisher nur die Niederlande über eine eigenständige Sicherung spezieller Gesundheitsrisiken, darunter des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Die dort getroffenen Sicherungsvorkehrungen verhindern, bis auf einen geringen Prozentsatz, die Abhängigkeit Pflegebedürftiger von Sozialhilfezahlungen. Dies ist im übrigen auch der Fall in Frankreich, Belgien und Großbritanien, wo es keine selbständige Pflegefallabsicherung gibt, wo jedoch die allgemeinen Sicherungssysteme Leistungen im Pflegefall vorsehen und integrieren. Entscheidend dafür, daß es in allen genannten Ländern keine aktuelle Diskussion um die Absicherung des Pflegerisikos gibt, ist zudem der fehlende Rückgriff auf Einkommen und Vermögen des Betroffenen sowie der Unterhaltspflichtigen — neben einem umfassenderen Angebot ambulanter Dienste.

Zukünftige gesetzliche Regelungen für die Abdekkung des Pflegerisikos in Deutschland können von der Auswertung ausländischer Erfahrungen profitieren, und sie müssen das EG-Recht beachten. Gemäß Ziffer 23 der Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer hat jedermann, der das Rentenalter erreicht hat, aber keinen Rentenanspruch besitzt und über keine sonstigen ausreichenden Unterhaltsmittel verfügt, Anspruch auf ausreichende Zuwendungen, Sozialhilfeleistungen und Sachleistungen bei Krankheit. Eingeschlossen ist der im Alter typischerweise gesteigerte Bedarf an medizinischen und sozialen Leistungen und Diensten. Im Rahmen der angestrebten Koordinierung von sozialen Mindeststandards in den EG-Mitgliedstaaten kann das Recht auf Sicherung bei Pflegebedürftigkeit eine Rolle spielen. Darüber hinaus können sich aus der Dienstleistungsfreiheit — eine Grundfreiheit des EG-Vertrages — Folgerungen für den Pflegebereich ergeben, soweit von den Leistungserbringern ambulante und stationäre Pflegedienste zum Beispiel grenzüberschreitend angeboten werden. Nicht zuletzt kann das zu koordinierende Sozialrecht für Wanderarbeiternehmer Leistungsbegrenzungen auf den nationalen Raum verbieten.

Wohnen im Alter

Für ältere Menschen ist mehr als für andere Altersstufen eine angemessene Wohnung Grundlage der Lebenszufriedenheit. Sie wird zum Lebensmittelpunkt, wenn berufsbezogene Aufgaben entfallen und/oder gesundheitliche Gründe es erfordern. Untersuchungen zeigen, daß sie häufig 4/5 des Tages und mehr dort verbringen. Für die meisten Älteren bleibt die Wohnung der Ort, an dem sie bis zu ihrem Tode leben, falls sie ihren Bedürfnissen entspricht und ein Netzwerk von ambulanten Pflegediensten und hauswirtschaftlichen Hilfen eventuell fehlende familiäre Helfer ersetzen kann. Nur etwa 4 % der über 65jährigen lebt derzeit in Alten- und Altenpflegeheimen, wobei der Anteil mit zunehmendem Lebensalter deutlich steigt.

Die Wohnsituation umfaßt einmal die bauliche Gestaltung der Wohnung, die sich auch auf Mobilität und Kommunikation und somit auf soziale Lebensvollzüge jeglicher Art auswirkt. Sie umfaßt andererseits die Wohnumgebung mit ihrer Infrastruktur und dem Standort in einer Region. Eine Analyse der regionalen Verteilung älterer Menschen und ihrer Wohnbedingungen in alten und neuen Bundesländern ergab Gemeinsamkeiten, aber auch gravierende Unterschiede. Ein- und Zwei-Personen-Haushalte alter Menschen sind hier wie dort vorherrschend, Haushalte mit mehr als drei Mitgliedern, auch aus mehreren Generationen, sind eine Minderheit. Weil die Menschen häufig in den einmal bezogenen Wohnungen altern, leben Ältere eher als Jüngere in nach Baujahren älterem Wohnbestand. In Ost wie West ist Wohneigentum im Alter in höherem Maße auf dem Lande als in Ballungsräumen zu verzeichnen. Allerdings konnten im Westen deutlich mehr Ältere als in der ehemaligen DDR Wohneigentum bilden.

Große Unterschiede gibt es beispielsweise in der Bevölkerungsdichte: In den neuen Bundesländern des vereinten Deutschland betrug sie 1989 153 Bewohner/km², in den alten Bundesländern 250 Bewohner/km². Dies erklärt unter anderem den Tatbestand, daß in den neuen Bundesländern deutlich mehr alte Menschen in Gemeinden mit bis zu 2 000 Einwohnern leben als in den alten Bundesländern. Wohnraumbewirtschaftung und Wohnungsbau in den Großstädten hatten in der DDR eine Sogwirkung insbesondere auf jüngere Menschen. Besonders hohe Anteile älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sind in den Stadtstaaten, aber auch in den ehemaligen Zonenrandgebieten und den altindustrialisierten Regionen der alten und neuen Bundesländer zu finden.

Für Ballungsräume wie für Regionen mit aufgelockerter Bebauung gilt, daß ihre Dienstleistungs- und Verkehrsstruktur an die Bedürfnisse und Einschränkungen einer hochaltrigen Bewohnerschaft angepaßt werden muß. Dies betrifft stadtferne, ländlich strukturierte Gebiete angesichts des hohen Anteils älterer Menschen.

Große Unterschiede in den Wohnbedingungen Älterer in den neuen und alten Bundesländern bestehen wesentlich in den durchschnittlichen Wohnungsgrößen und im Standard der Wohnungsausstattung. In der ehemaligen DDR sind insbesondere ältere Mietwohnungen und -häuser vom Verfall bedroht bzw. nicht modernisiert, während Einfamilienhäuser und Genossenschaftswohnungen eher saniert und modernisiert wurden. Dennoch entsprechen gutem oder mittlerem Standard der Wohnungsausstattung von den Wohnungen alter Menschen in der ehemaligen DDR nur rund 72 %, in den alten Bundesländern dagegen rund 94 %.

Die Notwendigkeit wohnungspolitischer Maßnahmen in den neuen Bundesländern ist aufgrund dieser Situation überdeutlich. In den alten Bundesländern ergibt sie sich vor allem aus dem hohen Wohnungsfehlbestand und der mangelnden Anpassung vorhandenen Altwohnungsbestandes an Einschränkungen der Selbständigkeit bis zur Behinderung im Alter. Während in den neuen Bundesländern Mittel des sozialen Wohnungsbaus nicht nur für Neubauten, sondern auch für Sanierungen zur Verfügung stehen, werden sie in den alten Bundesländern nur für Neubauten eingesetzt. Wohnungsanpassung bleibt hier weitgehend der Förderung durch die Kommunen überlassen, obwohl sie für das Wohnen hochbetagter Menschen ebenso bedeutsam ist wie für Haushalte mit Pflegebedürftigen.

Neue Konzepte der Gebäude-, Wohnungs- und Stadtgestaltung mit dem Signum „barrierefreies Bauen/barrierefreie Wohnungen" sollen die Mobilität von Menschen fördern, die in ihrer Bewegungsfähigkeit oder -sicherheit eingeschränkt sind. Der Deutsche Bundestag hat im Januar 1992 empfohlen, diesem Prinzip bei der Wohnungsversorgung älterer Menschen zu folgen und es auch bei der Planung von Wohnungsanlagen generell zu beachten. Wenn diese Empfehlungen und entsprechende DIN-Normen auch auf Landesebene in den Förderrichtlinien verändert werden, ist langfristig eine Breitenwirkung — auch für Aus- und Umbauten — zu erwarten.

Das Wohngeld ergänzt gezielt für den betroffenen Einzelhaushalt die Steuerbegünstigung von Wohninvestitionen im Falle unterdurchschnittlichen Einkommens. Es wird bei Mietern als Mietzuschuß, bei Bewohnern selbstgenutzten Wohneigentums als Lastenzuschuß gewährt. Es ist für viele Altenhaushalte eine unverzichtbare Einkommensquelle. Die Bedeutung des Wohngeldes für Rentenbezieher in den neuen Bundesländern läßt sich daran ermessen, daß im Lande Brandenburg 46 % der Wohngeldbezieher Rentner sind. Allgemeine Daten zum Wohngeldbezug im Osten des vereinten Deutschlands liegen bisher nicht vor. Um die Auswirkungen der dort ab Oktober 1991 greifenden Mieterhöhungen und Berechnungen der Mietnebenkosten sozial abzufedern, gilt für die Zeit vom 1. Oktober 1991 bis voraussichtlich 31. Dezember 1994 eine Sonderregelung.

In den alten Bundesländern hat sich in der Zeit von 1981 bis 1990 die Zahl der Wohngeld beziehenden Rentnerhaushalte um rund 40 % reduziert. Rentendynamisierung und positive Einkommensentwicklung sind die wesentlichen Gründe hierfür. Allerdings haben auch Veränderungen in den gesetzlichen Grundlagen darauf Einfluß, welche kleinere Hauhalte im Wohngeldanspruch ungünstiger stellen als größere. Zudem haben aufgrund von Differenzierungen

der Berechnungsgrundlage Rentner und Pensionäre ein vergleichsweise höheres anrechnungsfähiges Einkommen als andere relevante Gruppen, was ihren Wohngeldanspruch ebenfalls schmälert.

Der ältere Mensch als Verkehrsteilnehmer

Mobilität bildet auch im Alter eine bedeutende Voraussetzung für die Aufrechterhaltung eines selbständigen und selbstverantwortlichen Lebens. Aus diesem Grunde ist der Gestaltung der räumlichen Umwelt — die Mobilität fördern soll und diese nicht behindert — besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Der Verkehr bildet eine zentrale Komponente der Person-Umwelt-Interaktion. Aus Befragungen älterer Menschen geht hervor, daß bei der Gestaltung öffentlicher Verkehrsmittel sowie im Verkehrsverhalten jüngerer Menschen auf die Bedürfnisse und die Leistungsfähigkeit älterer Verkehrsteilnehmer zu wenig Rücksicht genommen wird. Dadurch ist zumindest bei einzelnen Menschen die Verwirklichung des Wunsches nach hoher Mobilität deutlich erschwert.

Im Verkehrsverhalten sowie in der diesem zugrundeliegenden physischen und kognitiven Leistungsfähigkeit unterscheiden sich ältere Menschen erheblich voneinander. Aus diesem Grunde ist es problematisch, ein bestimmtes Lebensalter anzugeben, ab dem die Sicherheit und Leistungsfähigkeit im Straßenverkehr generell nachlassen.

In Zukunft ist eine deutliche Zunahme älterer Menschen mit einem Führerschein zu erwarten (gegenüber 1985 wird sich im Jahre 2000 die Anzahl der 70- bis 79jährigen Führerscheininhaber verdoppelt haben). Verkehrspsychologische Untersuchungen zeigen, daß die meisten älteren Menschen durch sicherheitsorientiertes Verhalten sowie durch Veränderungen in den Fahrgewohnheiten (zum Beispiel vermehrtes Fahren bei Helligkeit und in relativ verkehrsruhigen Phasen) mögliche Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit ausgleichen können. Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Sicherheit ist die realistische Einschätzung der eigenen Leistungsmöglichkeiten und -grenzen sowie die Beachtung möglicher Gefahrenquellen im Straßenverkehr.

Die Teilnahme als Fußgänger am Straßenverkehr nimmt mit steigendem Alter zu. Durch eine fußgängerfreundliche Verkehrsgestaltung (zum Beispiel deutlich markierte breite Gehwege und Straßenübergänge, längere Ampelschaltungen) wird die Sicherheit älterer Menschen deutlich erhöht. Ältere Fußgänger verursachen seltener Unfälle als jüngere. Doch nimmt der Anteil der bei Verkehrsunfällen getöteten Fußgänger mit steigendem Alter zu. Auch das Fahrrad wird von älteren Menschen als Verkehrsmittel genutzt; dabei sind sie hinsichtlich der Unfallbeteiligung (vor allem tödlicher Unfälle) besonders gefährdet.

Die Situation im Straßenverkehr läßt sich durch eine Reihe von Maßnahmen optimieren. Neben der bereits genannten Verbesserung in der Gestaltung der Verkehrsmittel sind Informationsvermittlung sowie Verkehrsberatung zu nennen. Darüber hinaus ist auch an Ärzte die Forderung zu richten, bei der Behandlung und Beratung älterer Patienten auf mögliche Konsequenzen aus vorliegenden Erkrankungen und Leistungseinschränkungen für die Art der Verkehrsteilnahme einzugehen und mögliche Risiken zu bedenken, die sich aus der (vor allem medikamentösen) Behandlung für die Verkehrsteilnahme ergeben können.

Private Haushalte als Grundeinheit der gesundheitlichen und sozialen Versorgungssysteme für ältere Menschen

Innerhalb der Altenhilfe der Bundesrepublik Deutschland genießt die ambulante häusliche Versorgung — folgt man dem deklarierten politischen Willen — Priorität vor stationärer Versorgung. Dem Subsidiaritätsprinzip folgend haben Selbsthilfe und Selbstorganisation (inklusive der Hilfe zur Entfaltung derartiger Aktivitäten) Vorrang vor der Fremdversorgung mit Dienstleistungen. In diesem Normensystem müssen die Sicherung der Selbstversorgung alter Menschen im privaten Haushalt, der Erhalt oder die Wiedergewinnung ihrer Befähigung zur selbständigen Haushaltsführung ein zentrales Anliegen präventiver wie therapeutischer Maßnahmen sein. Das Maß, in dem die Sicherung von Selbstversorgung bis ins hohe Alter hinein gelingt, ist Maßstab für den Erfolg der Dienstleistungssysteme mit Relevanz für die Altenbevölkerung.

Führung und Aufrechterhaltung eines selbständigen und subjektiv zufriedenstellenden Lebens im Alter setzen eine förderliche Bedingungskonstellation voraus, innerhalb derer das Vorhandensein einer entsprechenden Kompetenz die wichtigste Voraussetzung ist. Für Gesellschaft und Wirtschaft der Bundesrepublik Deutschland sind angesichts von Marktwirtschaft und Konsumfreiheit Entscheidungs- und Handlungskompetenzen gefordert, die bis hin zur dispositiven Haushaltsführung und zur Wahrnehmung von Rechten reichen und die auch die Fähigkeiten einschließen müssen, bei veränderten Lebensumständen notwendige Anpassungen vorzunehmen und erreichbare Hilfsmittel zu erlangen. Bereits in den alten Bundesländern sind viele alte Menschen nicht mit hinreichenden Kompetenzen ausgestattet; in den neuen Bundesländern fehlt ihnen aus historischen Gründen die Einübung in entsprechende Verhaltensweisen. Haushaltslehre und Verbraucherpolitik haben daher einen hohen Stellenwert.

Unter Bedingungen eingeschränkter psychischer Kompetenz kommt dem seit Anfang 1992 in Kraft befindlichen Betreuungsgesetz eine besondere Bedeutung zu. Im Vergleich zum Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht ermöglicht das Betreuungsgesetz eine gezielte Abstufung der Fälle und Situationen, in denen „Betreuung" durch einen Dritten erforderlich ist. Bei der Auswahl des Betreuers sind die Wünsche des Betreuten maßgeblich. Es finden Überprüfungen der verfügten Einschränkungen in festen Zeitabständen statt, und nicht zuletzt sind in umrissenen Fällen — die weiter gefaßt sind als bisher — Genehmigungen des Vormundschaftsgerichtes einzuholen. Insoweit ist

das Betreuungsgesetz als ein Mittel zur Kompetenzerhöhung insbesondere auch in der betroffenen Altenbevölkerung zu würdigen.

Die Fähigkeit zur Selbstversorgung im privaten Haushalt wird bestimmt durch die Haushaltsgröße, das soziale Netzwerk, die personale Kompetenz sowie durch die gegebenen materiellen Bedingungen. Die Rentnerhaushalte haben häufig eine Entwicklung durchlaufen, die infolge abnehmender Haushaltsgrößen zu einer Verminderung der im Haushalt selbst angesiedelten Selbsthilfepotentiale führte. Diese Entwicklung geht oft einher mit einer Abnahme der Größe gegebener sozialer Netzwerke. Demgegenüber verläuft die Entwicklung der materiellen Bedingungen in der Durchschnittsbetrachtung der Haushalte alter Menschen durchaus positiv. In die Zukunft hinein darf die Verbesserung der materiellen Bedingungen nicht ohne Einschränkung projiziert werden, denn sie ist eine aus retrospektiver Betrachtung gewonnene Feststellung, die so für die Zukunft nur zu treffen ist, sofern weiterhin ein Umverteilungsprozeß zugunsten der Altenbevölkerung gesetzlich gesichert ist. Dies ist nicht zwangsläufig der Fall.

Die Höhe des Haushaltsnettoeinkommens erweist sich als altersabhängig. Die jüngeren Alten verfügen über höhere Einkommen als die alten Alten, folgt man den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Allerdings befinden sich unter den jungen Alten auch mehr Verheiratete, die zu deutlich höheren Anteilen als die Alleinstehenden in Einzelhaushalten mittlere und höhere Einkommensklassen erreichen. Es wurde errechnet, daß 1988 rund 9 % der Haushalte von Menschen im Alter von 70 und mehr Jahren unter oder an der Sozialhilfeschwelle waren (alte Bundesrepublik). Bei den Haushalten der 65- bis 70jährigen waren es nur 1 %. Für die neuen Bundesländer sind vergleichbare Angaben nicht möglich. Doch ist für sie anzuführen, daß 1990 23 % aller Alters- und Invalidenrentner Anspruch auf Sozialzuschlag hatten und somit ohne diese Maßnahme unterhalb der Sozialhilfeschwelle gewesen wären. Von Armut oder einer Bedrohung durch Armut betroffen sind insbesondere alleinstehende Frauen in Ost und West, das heißt Personengruppen, die zusätzlich ein geringes Selbsthilfepotential im eigenen Haushalt haben.

Eine differenzierte Betrachtung ist erforderlich, denn die existierende Altersarmut wird nicht kompensiert durch die hohen und zunehmenden Anteile von Haushalten alter Menschen, die gute bis sehr gute Haushaltseinkommen haben. Dabei gilt es allerdings zu beachten, daß Haushalte der oberen Einkommensklassen zum Teil aus drei und mehr Personen bestehen, ein Umstand, der das hohe Gesamteinkommen relativiert. Es verfügten 1988 38 % der Haushalte von Menschen im Alter von 65 bis 70 Jahre im Westen über Haushaltsnettoeinkommen von 3 000 DM und mehr; unter den Haushalten von 70- und Mehrjährigen waren es 20 %.

Die Altenhaushalte von heute sind im Durchschnitt gut ausgestattet mit langlebigen Gebrauchsgütern. Die Haushalte in den neuen Bundesländern konnten ihren Nachholbedarf nach der deutschen Vereinigung zu wesentlichen Teilen bereits befriedigen. (Dieses Faktum darf nicht dazu führen, die kritikbedürftige Wohnsituation insbesondere von alten Menschen in den östlichen Bundesländern zu vernachlässigen und zu übersehen, daß der Ausstattung mit langlebigen Gebrauchsgütern unter anderem durch Wohnungsgrößen und Stellflächen Grenzen gesetzt sind.) Mit hierzu beigetragen haben relativ hohe Anteile an den Einkommen, die für einen flexiblen Bedarf verfügbar waren. Diese Situation wird sich mit steigenden Mieten und Mietnebenkosten entscheidend ändern und der Tendenz nach jener im Westen angleichen. Dort zeichnen sich, wie nicht anders zu erwarten, die Haushalte mit relativ niedrigen Einkommen durch geringe Einkommensanteile aus, die flexibel nutzbar sind. Mangelnde Handlungsspielräume verweisen auch auf geringe Möglichkeiten zur Finanzierung von Hilfe- und Pflegeleistungen aus dem eigenen Einkommen.

Altenhaushalte im Westen verfügen zum Teil über hohe Vermögenswerte, u. a. in der Form von Sparbüchern wie auch als Grundbesitz und Wohnungseigentum. Damit sind wenigstens theoretisch Möglichkeiten zur Finanzierung von Hilfsdiensten eröffnet. Zu berücksichtigen ist allerdings, daß Grundbesitz unter Umständen eine Einkommensbelastung darstellt (bei verbleibenden Restschulden) und daß sein Wert zwischen Stadt und Land erheblich variieren kann. Im Osten der Bundesrepublik Deutschland schränken ungeklärte Eigentumsverhältnisse die Verfügbarkeit von Grund und Boden zum Teil in belastender Weise ein. Das Selbsthilfepotential, das sich in Vermögenswerten konkretisiert, bemißt sich unter anderem an den Zeiträumen, in denen Hilfe- und Pflegeleistungen aus eigener finanzieller Kraft unter Auflösung eben dieser Vermögenswerte finanziert werden können. Diese Aufwendungen können, über Jahre anfallend, erhebliche Summen erreichen.

Subjektive Einschätzungen und Bewältigungsformen von Belastungs- und Grenzsituationen wirken ein auf die Beurteilung dessen, was als angemessene Versorgung im Bedarfsfalle gilt. Viele alte Menschen setzen sich auseinander mit den Unsicherheiten und Unwägbarkeiten der Verfügbarkeit von Hilfe, wenn die eigene Selbstversorgungsfähigkeit abnimmt. In der konkreten Bedarfssituation sind sie in der Regel konfrontiert mit den Grenzen der Leistungsfähigkeit des in der Bundesrepublik Deutschland ausgebauten Systems ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen. Sie neigen dazu, ihr Leben zu Hause fortzuführen, trotz dann offensichtlicher Mängel in der Verfügbarkeit von Diensten.

Am ehesten scheint der häusliche Versorgungsbedarf gedeckt in den Fällen, in denen ein soziales Netz familiärer und/oder nachbarlicher Art vorhanden ist. Hier kann die ambulante Altenhilfe sich auf eine kranken- und altenpflegerische Leistung und auf eine nach Umfang und Zeit begrenzte Unterstützung beschränken. Diejenigen Älteren, die ohne tragfähiges Netz und allein leben, haben in besonderem Maße unter Versorgungsmängeln zu leiden, wenn sie umfangreiche alten- und krankenpflegerische Betreuung benötigen oder aber auf hauswirtschaftliche Hilfen angewiesen sind, die unser Versorgungs- und Finanzierungssystem bisher nicht bereitstellt. Zu dem

objektiven Mangel an Diensten und zu den Problemen ihrer Finanzierung treten Informationsmängel auf seiten der Dienstenutzer und Mängel der Koordination auf seiten der Anbieter. Diese Feststellung läßt sich ausdehnen auf das Zusammenwirken zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungsangeboten.

Die Veränderungen in den sozialen Netzwerken älterer Menschen

Das soziale Netzwerk, in das der Mensch eingebunden ist, unterliegt mit zunehmendem Alter einschneidenden Veränderungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht, beispielsweise durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben, die Veränderungen des Familienstandes, das Sterben Gleichaltriger. Ist das soziale Netzwerk für den Menschen in jedem seiner Lebensalter Grundlage seines psychischen und oft auch physischen Wohlbefindens, so ist es im Alter erst recht eine wichtige Voraussetzung für den Fortbestand wie für die Entwicklung eines Systems sozialer Unterstützung auf nicht-institutionaler Basis.

In das soziale Netzwerk einbezogen sind Familienangehörige, Bekannte und Freunde, Nachbarn. Da enge Familienangehörige die primären und quantitativ überwiegenden Quellen von Hilfe und Unterstützung darstellen, ist das Augenmerk auf die Haushaltsstrukturen zu richten. Drei- und Mehr-Generationenhaushalte gehen seit vielen Jahren in ihrer Zahl zurück. Gleichzeitig nehmen die Haushalte älterer Alleinstehender kontinuierlich an Bedeutung zu. In den neuen Bundesländern weichen die Anteilssätze nicht in erheblichem Umfange von jenen des Westens ab.

Die Volkszählung von 1987 ermittelte in der alten Bundesrepublik 72 000 65jährige und ältere Männer und 326 000 Frauen dieses Alters in Gemeinschaftsunterkünften, sprich Heimen. Dies entspricht einem Anteilssatz von 4,3 % dieser Bevölkerungsgruppe. Besonders stark vertreten sind verwitwete und ledige alte Menschen. Dieser Umstand erklärt weitgehend den in Heimen anzutreffenden hohen Frauenanteil. Deutlich sind im übrigen die hohen Anteile sehr alter Menschen in den Heimen.

Es gibt eine Zunahme der Alleinstehenden in der Gesamtbevölkerung, unter anderem als Folge eines Rückgangs der Heiratsbereitschaft, einer Zunahme der Ehescheidungen und einer Abnahme der Kinderzahlen. Während also das familiäre Netzwerk schrumpft, weist die Sozialforschung eine ungemindert hohe Bedeutung der Familie für die alten Menschen nach. Dies gilt für die Bundesrepublik Deutschland und es galt in den 80er Jahren in noch ausgeprägterem Maße in der DDR.

Die aus den 60er Jahren stammende Formel „innere Nähe durch äußere Distanz" verweist auf den Umstand, daß die familiäre Interaktion und das soziale Netz in ihrer Qualität nicht abhängig sind von bestimmten Formen des Zusammen- oder Getrenntlebens. Intensive Kontakte zwischen erwachsenen Kindern und alten Eltern werden auch bei getrennten Haushalten und entfernteren Wohnungen gepflegt, wenn auch die räumliche Nachbarschaft persönliche Kontakte fördert. Es gibt einen weit verbreiteten und der Tendenz nach zunehmenden Wunsch nach Selbständigkeit in der Haushalts- und Lebensführung in jeder Generation einer Familie. Die Erwartung, daß die engeren Familienangehörigen im Bedarfsfall Hilfe leisten, schwingt in den Kontakten mit, doch ist die soziale Kommunikation innerhalb des gegebenen sozialen Netzwerks in aller Regel nicht auf dieses Hilfeerwarten hin ausgerichtet. Überwiegend sind die befragten älteren Menschen zufrieden mit ihrer Einbettung in ein soziales Netz.

Mit positiven Einstellungen zu Gegenwart und Zukunft gehen bei älteren Menschen ausgeprägte Aktivitäten im außerfamiliären Bereich einher. Obwohl die Größe des Bekanntenkreises mit zunehmender Hochaltrigkeit tendenziell abnimmt, berichten ältere Menschen überwiegend von einem zahlenmäßig ausgedehnten Freundeskreis. Wie in den familiären Beziehungen gilt auch in den Freundschaftsbeziehungen, daß es nicht so sehr auf die Zahl der Kontakte wie auf deren Qualität ankommt. Für die Erhaltung einer positiven Stimmung ist die Zufriedenheit mit den Kontakten ausschlaggebend. In den verschiedenen Institutionen der Altenselbsthilfe spielt neben dem übergeordneten Zweck und Ziel (soziales Engagement, solidarische Fremdhilfe, politische Partizipation, Wissensvermittlung) immer auch die Qualität der Kommunikation eine zentrale Rolle.

Es gehört zu den Grundregeln der Dateninterpretation, zwischen Isolierung (objektivem Mangel an Kontakten) und Einsamkeit (subjektiv erlebtem Mangel an Kontakten) zu unterscheiden. Alte Menschen sind nur zu sehr geringen Anteilen isoliert oder fühlen sich einsam. Für Strategien der sozialen Intervention ist von Bedeutung, ob ein geringes soziales Engagement und geringe Kommunikation zurückzuführen sind auf einen in der Biographie ausgebildeten Lebens- und Kontaktstil, der nicht mit subjektiven Belastungen verbunden ist, oder ob die Situation sich durch unfreiwillige Einschränkungen und/oder durch Verluste erklärt und somit als belastend zu interpretieren ist.

Zur Situation von pflegenden Angehörigen

Etwa 90 % der chronisch kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen werden in der Familie betreut, und diese Aufgabe wird fast ausschließlich von Frauen wahrgenommen. Die hierbei auftretenden zum Teil erheblichen Belastungen körperlicher, sozialer und psychischer Art führen zu Einschränkungen in Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, die noch dadurch in ihrer Auswirkung verstärkt werden, daß die Öffentlichkeit dem uneigennützigen Einsatz von pflegenden Familienangehörigen keine angemessene Wertschätzung entgegenbringt.

Diese Haltung ist nicht nur sozialethisch ungerechtfertigt. Sie verstellt auch den Blick auf die Tatsache, daß die demographische Entwicklung der Bevölkerung — zunehmend größere Kohorten Älterer bei deutlich vermindertem Nachwachsen der jüngeren Generation — zu einem schwindenden Pflegepoten-

tial der Familie führen wird. So droht die Gefahr, daß sich zusätzlich zu einem schon heute nicht ausreichenden institutionellen Pflegeangebot auch das familiäre Pflegepotential deutlich verringern wird. Politisches Handeln ist erforderlich, um dieser Entwicklung aktuell verbessernd und vorausschauend begegnen zu können.

In der familiären Pflege resultieren die hohen Belastungen der Pflegenden aus zahlreichen Gegebenheiten. Das betrifft die Notwendigkeit einer ständigen Anwesenheit, die körperliche und psychische Beanspruchung mit möglichen negativen Rückwirkungen auf die eigene Gesundheit der Pflegenden, die Tatsache, daß pflegende Ehegatten selbst oft alt und durch Krankheit oder Behinderung zusätzlich eingeschränkt sein können und die fehlende Aussicht auf eine positive Veränderung. Diese Probleme beeinflussen und verändern die Beziehung zwischen den Patienten und Pflegenden. Nachlassende Zuneigung aufgrund der Pflegesituation belastet beide Seiten und führt nicht selten zu Schuldgefühlen.

Diese Belastungen resultieren aus der Schwere der Krankheit, aus einer nur geringen oder gar nicht erfolgenden Bewältigung des Krankheitserlebens seitens des Patienten, durch das von vielen Pflegenden als unzureichend beurteilte Hilfsangebot ambulanter Dienste sowie aus ungenügenden Ressourcen auf dem finanziellen und auf dem Wohnungssektor.

Ohne ambulante Dienste, die einen erheblichen Teil der erforderlichen Unterstützung leisten, ist familiäre Pflege vielfach nicht mehr möglich. Aufgrund nicht ausreichender Qualifikation der Mitarbeiter sowie aufgrund von Schwierigkeiten bei der Erstattungsfähigkeit der Kosten können diese Einrichtungen den an sie gestellten Erwartungen nur selten voll entsprechen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es um die Versorgung psychisch Kranker geht.

Hinzu kommen offensichtlich Defizite in der Kooperation zwischen ambulanten Diensten und Praxisärzten sowie in der Abstimmung der Angebote untereinander. Besonders gravierend wirkt sich das Unvermögen aus, Dienstleistungen am Wochenende oder während der Nacht sicherzustellen.

Nur wenn eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie eine Reduzierung oder Aufhebung bisher fehlender Kompetenz durch Schulung bzw. zusätzliche Mitarbeiter in ambulanten Diensten realisiert werden und nur wenn Ärzte mehr als bisher über die notwendigen geriatrischen, psycho- und soziogerontologischen Kenntnisse verfügen, können die Hausärzte ihrem genuinen Auftrag der Koordination und Überwachung der verschiedenen ambulanten Dienste angemessen nachkommen.

Aspekte der Altenarbeit und Altenhilfe

Traditionell besteht in der Bundesrepublik Deutschland eine strikte Trennung zwischen Gesundheitswesen und Sozialwesen gleichermaßen in der Gesetzgebung, der Finanzierung und der Administration. Zunehmend erbringen aber Alten- und Pflegeheime, Sozialstationen und andere Formen ambulanter Hilfe durch Krankenkassen zu finanzierende Leistungen. Zudem gewinnt in Pflegeheimen eine gute ärztliche Versorgung an Bedeutung. Die Finanzierung ambulanter Pflegedienste schließlich verlagert sich immer stärker auf die Krankenkassen.

Auch Krankenhäuser sind mit der Versorgung und Behandlung chronisch kranker alter Menschen konfrontiert. In der ehemaligen DDR waren diese sogar Teil der „Normalversorgung" von pflegebedürftigen alten Menschen. Zukünftige Entwicklungen könnten für die Versorgung chronisch Kranker in Richtung von besser ausgestatteten Pflegeheimen und neu zu errichtenden Rehabilitationseinrichtungen laufen, da hier am ehesten die spezifischen Gesichtspunkte der Langzeitversorgung zum Tragen kommen könnten.

Mit Verwirklichung des Europäischen Binnenmarktes wird sich aller Voraussicht nach der Wettbewerb im Gesundheits- und Sozialwesen noch verschärfen, da das Niederlassungsrecht der Europäischen Gemeinschaft (EG) und das Verbot der Diskriminierung die freie Standortwahl auch den Trägern von Einrichtungen der Altenhilfe einräumt. Dennoch besteht unbestritten die Auffassung fort, daß eine wirksame Angebotssteuerung durch die öffentliche Hand weiterhin erforderlich bleibt. Eine Neubestimmung der Rahmenbedingungen für die institutionalisierte Altenhilfe erscheint insbesondere auch im Hinblick auf die Lage in den neuen Bundesländern zwingend.

Zunehmendem Wettbewerb, schärfer werdender Konkurrenz um die öffentlichen Mittel und veränderten Bedürfnissen der Älteren begegnen die Träger der Altenhilfe mit Professionalisierung des Managements. Besonders dringlich ist ferner die Entwicklung von Leistungsstandards mit Hilfe von Qualitätskriterien für alle Leistungsbereiche ambulanter und stationärer Altenpflege zu fordern.

Quer durch Europa gibt es eine große Variationsbreite in den konkreten altenpolitischen Konzepten, wobei alle industrialisierten Länder einmütig den Vorrang ambulanter Hilfen vor der stationären Versorgung betonen und zum Anliegen ihrer Politik machen. Die hierzu beschrittenen Wege weichen zum Teil erheblich voneinander ab. In der Bundesrepublik Deutschland machte das Gesundheits-Reformgesetz 1988 erstmals häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Prinzip auch älteren Menschen zugänglich. Neu ist insbesondere seit 1991 die Gewährung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung bei schwerer Pflegebedürftigkeit. Das deutsche Versorgungskonzept gründet sich auf innerhalb des Versicherungssystems festgeschriebene Rechte von Leistungsgewährungen unter definierten Bedingungen.

Die aktuelle Diskussion über die Weiterentwicklung der Hauspflege in Europa unterstreicht die Notwendigkeit einer leistungsstarken Organisation und Flexibilisierung der Dienste sowie Absicherung ihrer fachlich-professionellen Qualität. Die Priorität ambulanter Hilfen vor stationären Angeboten muß auch zu einer Neubewertung der hier relevanten ambulanten Dienste und der erforderlichen Allokation von Mitteln führen — ein Schritt, der in der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht gegangen worden ist.

Die begrenzte Verfügbarkeit von Personal für Altenhilfe und Gesundheitsversorgung älterer Menschen und deren Gründe sind Schwerpunkte in der öffentlichen Diskussion. Angesprochen werden die besonderen psychischen und physischen Belastungen der Pflegeberufe, ungenügende Personalschlüssel, eine unverändert bestehende Benachteiligung des Altenpflegeberufes im Vergleich zu dem der Krankenpflege in Ausbildung und Entlohnung und schließlich die Schwierigkeit, adäquate Wohnraumversorgung für das Personal zu gewährleisten. Der „Pflegenotstand" in den neuen Bundesländern hat eine weitere Ursache in der beruflichen Mobilität des Pflegepersonals Richtung Westen.

Unverändert unbefriedigend ist auch die länderrechtliche Regelung in der Altenpflegeausbildung, die zu vielen verschiedenen Spielformen Raum gibt. Um die Altenpflegeausbildung den Belastungen und der Veränderung des Berufes besser anzupassen und dessen Attraktivität zu erhöhen, sind inhaltliche Veränderungen notwendig, welche die unterschiedlichen Einsatzbedingungen in der offenen, ambulanten und teilstationären Altenhilfe besser berücksichtigen. Das kann aber wiederum nur geschehen, wenn die Qualifikation des Lehrpersonals in den Altenpflege-Schulen deutlich angehoben wird. Allen Berufsgruppen der Altenhilfe ist die Möglichkeit zu bieten, sich beruflich weiterqualifizieren und fachliche Defizite ausgleichen zu können.

1990 wurden in der Altenarbeit 1 707 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen angeboten mit eindeutiger Betonung der Fortbildung. Die Aufarbeitung der verfügbaren Daten erlaubt aber keine Aussage über die tatsächliche Nachfrage, die effektive Teilnehmerzahl, die Qualität oder die Bedingungsfaktoren für die Inanspruchnahme des Angebotes (Freistellung vom Dienst, Lohnersatz, Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Entfernung zwischen Wohnort und Bildungsinstitution, berufliche Mehrbelastung, Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt). Dennoch: Fort- und Weiterbildungsangebote haben sich in den letzten etwa zehn Jahren in der alten Bundesrepublik Deutschland auf dem Gebiet der Altenpflege vervierfacht.

Die Gründung einer Pflegegewerkschaft 1991, der Plan, eine Pflegeberufskammer einzurichten, sowie die Forderung nach mehr Pflegeforschung an den Universitäten sind Schritte in die richtige Richtung.

Lebenslagen und Lebensformen im Alter

Zu den wichtigsten Erkenntnissen der neueren Alternsforschung gehört der Nachweis einer zunehmenden interindividuellen Variabilität physiologischer und psychischer Funktionen sowie von Erleben und Verhalten im Alter. Neben biologischen (genetischen) Faktoren sind zum Teil in die Kindheit zurückreichende Lebensschicksale und durch sie bedingte Lebenslagen im Alter für die Entstehung unterschiedlicher Alternsformen verantwortlich zu machen.

Als Beispiele für solche Alternsformen und der ihnen zugrundeliegenden Lebenslagen werden die Situation der älteren Bürger in den neuen Bundesländern, jene älterer Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, die Problematik der Armut im Alter, die Altersschicksale behinderter Menschen und die unterschiedlichen Lebenslagen und Alternsformen von Frauen und Männern erörtert.

Die Lebenslage älterer Menschen in den neuen Bundesländern wird vor allem durch die Verarbeitung der Umbruchsituation und die Einstellungen zu den Veränderungen und Beeinträchtigungen der eigenen Situation gekennzeichnet. Die Situation älterer Arbeitsimmigranten wird hauptsächlich durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben geprägt. Viele von ihnen, die nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in der Bundesrepublik Deutschland bleiben, sind in der Erwartung gekommen, später in ihre Heimat zurückzukehren. Sie erleben ihre jetzige Lebenslage als sehr ambivalent. Verschärfend wirkt sich eine oft unzureichende materielle Versorgung aus. Änderungen im Erleben und Verhalten sind bei der zweiten Immigrantengeneration zu beobachten bzw. zu erwarten.

Armut im Alter ist nicht nur durch unzureichende materielle Versorgung, sondern meist auch durch niedrigen Bildungsstand, gesundheitliche Beeinträchtigungen und zahlreiche psychische und soziale Belastungen gekennzeichnet. Diese Lebenslage stellt sich oft als Fortsetzung einer Armutskarriere ein, die in der Jugend bzw. im frühen Erwachsenenalter begonnen hat. Aber auch Einschränkungen der Fähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung im Alter infolge chronischer Erkrankung oder Behinderung können zu einer Abhängigkeit von fremden Dienstleistungen führen, welche entweder durch die Mithilfe der Familie oder über die Sozialhilfe finanziert werden müssen. Einigen sozialwissenschaftlichen Studien zufolge soll etwa ein Fünftel der Altershaushalte unterhalb bzw. an der Armutsgrenze liegen.

Sehr unterschiedliche Lebenslagen im Alter gehen auf angeborene bzw. in Kindheit, Jugend oder im frühen Erwachsenenalter erworbene Behinderungen zurück. So ist die Alterssituation von Querschnittgelähmten, die ihre Situation in Beruf und Familie in einem Jahrzehnte dauernden Anpassungsprozeß zu bewältigen lernten, von derjenigen von geistig Behinderten deutlich abzuheben, welche niemals die soziale Unabhängigkeit und materielle Sicherung erreichen können, die bei anderen Behinderungsformen möglich ist. Ein gemeinsames Altersproblem aber stellt für die meisten Behinderten die Verfügbarkeit von Wohnmöglichkeiten dar, welche ihren besonderen Bedürfnissen entsprechen.

Wenn man auch nicht von „der" alten Frau oder „dem" alten Mann sprechen kann, so gibt es doch nicht nur hinsichtlich der Lebenserwartung, sondern auch bezüglich zahlreicher Aspekte der sozialen Situation (Familienstand, Ausbau außerfamiliärer Netzwerke, finanzielle Versorgung) bedeutsame Unterschiede in den Lebenslagen beider Geschlechter im höheren Alter. Viele dieser Unterschiede gehen auf unterschiedliche biographische Entwicklungen zurück, welche durch den sozialen Wandel nur langsam und teilweise verändert werden dürften.

Neuere Studien zeigen, daß die Auseinandersetzung älterer Menschen mit ihren Problemen trotz unzureichender materieller Lebensbedingungen und gesundheitlicher Beeinträchtigungen häufig zu einer einigermaßen stabilisierten psychischen Situation führt. Ob diese Fähigkeit zur Herstellung eines gewissen inneren und äußeren Ausgleichs auch bei kommenden Generationen älterer Menschen erhalten bleiben wird, die nicht durch Erlebnisse von Krieg und Entbehrung in ihrer Kindheit geprägt wurden wie die gegenwärtige Altersgeneration, ist allerdings fraglich.

Altenpolitik muß nach diesen Erkenntnissen vor allem versuchen, der Unterschiedlichkeit solcher Lebenslagen im Alter gerecht zu werden. Dort, wo diese Lebenslage die mehr oder minder kontinuierliche Fortsetzung des Lebens früherer Jahre ermöglicht, gilt es Aktivitäten und Interessen zu fördern, dort aber, wo Beeinträchtigungen unterschiedlichster Art die Fähigkeit des einzelnen übersteigen, mit seiner Lage zurechtzukommen, müssen die geeigneten Formen der Hilfe und Unterstützung gefunden und bereitgestellt werden.

2. Empfehlungen

(Die Zahlen in Klammern entsprechen dem Kapitel im Bericht, dem die Empfehlung inhaltlich zuzuordnen ist.)

Allgemeine Grundsätze

Gesellschaftspolitik muß die zahlreichen Einflüsse früherer Lebensabschnitte auf den Alternsprozeß berücksichtigen. Eine diesen Grundsätzen entsprechende Politik muß Gesundheitssituation, Familienverhältnisse, Arbeitsleben, kulturelle und soziale Teilhabe sowie die ökonomische Sicherung und Vorsorge mitberücksichtigen. Gesellschaftspolitik ist ohne eine altersintegrative Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik unvollständig. (3)

Politik sollte die bei älteren Menschen erhaltene Leistungsfähigkeit berücksichtigen und Möglichkeiten ihrer Nutzung unterstützen. Eigeninitiativen älterer Menschen, die sich positiv auf Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und soziale Integration im Alter auswirken, sollten stärker als bisher gefördert werden. Auch die Förderung der inner- und außerfamiliären Integration entspricht sowohl den Grundbedürfnissen älterer Menschen wie den Prinzipien einer humanen Politik. (7)

Altenpolitik muß versuchen, der Unterschiedlichkeit von Lebenslagen im Alter gerecht zu werden. Dort, wo diese Lebenslage die mehr oder minder kontinuierliche Fortsetzung des Lebens ermöglicht, gilt es Aktivitäten und Interessen zu fördern, dort aber, wo Beeinträchtigungen unterschiedlichster Art die Fähigkeit des einzelnen übersteigen, mit seiner Lage zurechtzukommen, müssen die geeigneten Formen der Hilfe und Unterstützung gefunden und bereitgestellt werden. (19)

Für alte Menschen in den fünf neuen Bundesländern muß die Politik dafür Sorge tragen, daß die Gesamtheit ihrer Lebensaspekte beachtet wird. Sie können ihre Position durch Teilnahme am Erwerbsleben nicht mehr verbessern und sind im vollen Umfang auf Transferleistungen und soziale Sicherung angewiesen. Ihre Lebensqualität sollte jedoch nicht allein unter materiellen Aspekten beurteilt werden. (19)

Zur Politik für ältere Arbeitnehmer und zur sozialen Sicherung

Ältere Arbeitnehmer — besonders solche mit geringen Berufs- und Beschäftigungschancen — dürfen nicht aus primär arbeitsmarktpolitischen oder auch demographischen Erwägungen in ihrer sozialen Sicherheit benachteiligt werden. (3)

Beschäftigung von älteren Arbeitnehmern muß sowohl für die Arbeitgeber wie für die Arbeitnehmer attraktiver werden. Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbschancen haben sich gleichermaßen auf die Erhaltung gegebener Beschäftigungschancen wie auf die Erhöhung der Wiederbeschäftigungschancen zu richten. (3)

Bei frühzeitigem Austritt aus der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand müssen geregelte und sozial abgefederte Wege aufrechterhalten werden. (3)

Zum Nutzen auch der älteren Arbeitnehmerinnen ist eine allgemeine Verbesserung der Berufschancen und Karrieremöglichkeiten für Frauen anzustreben. Eine verstärkte Flexibilität der Arbeitszeitgestaltung ist sinnvoll und kommt beiden Geschlechtern zugute. (3)

Auch nach Inkrafttreten des Rentenreformgesetzes 1992 besteht für die Alterssicherung ein Anpassungs- und Änderungsbedarf. Im Interesse einer möglichst weitgehenden Kontinuität und Stabilität dieser Sicherung sollte bald eine Klärung über die Weiterentwicklung des Systems herbeigeführt werden. (12)

Spezielle in der nächsten Zeit zu bewältigende Aufgaben sind die Verbesserung der Alterssicherung der Frauen und die stärkere Berücksichtigung von Familienleistungen in der Sozialversicherung (Bundesverfassungsgericht, 7. Juli 1992). Die Reformdebatte sollte umgehend im engen Kontext zu den vorhergenannten allgemeinen Anpassungszwängen geführt werden, die vor allem auch die Angleichung der Versorgungsverhältnisse in den neuen Bundesländern berücksichtigen muß. Das bestehende Alterssicherungssystem gewährleistet nicht eine ausreichende Absicherung der Pflege. Der internationale Vergleich zeigt, daß gegenüber punktuellen Änderungen des bestehenden Sozialversicherungsrechts eine spezielle soziale Institution — zum Beispiel soziale Pflegefallabsicherung — diesem Bedürfnis am weitestgehenden entsprechen kann. Hier besteht unverändert ein dringender Handlungsbedarf. Maßnahmen zur Verhinderung von Altersarmut sind dringend angezeigt. Erforderlich dafür ist eine Verbesserung der Datenlage. (12)

Soweit die Pflege außerhalb eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses erfolgt, ist die soziale Absicherung der Pflegenden zu verbessern. Dies gilt insbesondere für den Fall des Alters:

Zumindest sollten Pflegezeiten gleich wie Kindererziehungszeiten angerechnet werden. Die Normen des europäischen Rechtes sind auch hier zu berücksichtigen. (12)

Zur Gesundheitspolitik

Die Kommission empfiehlt eine frühzeitig beginnende intensivere Aufklärung über Maßnahmen zur *Prävention* (zum Beispiel Körperhygiene, gesunde Lebensweise, Vorsorgeuntersuchung und schulische Gesundheitserziehung). (8)

Das Angebot an Vorsorgeuntersuchungen muß unter Einbeziehung höherer Altersstufen ausgebaut werden. Um ältere Menschen zur Teilnahme zu motivieren, ist die Information über die erweiterten Möglichkeiten und den Nutzen von Vorsorge- und vorsorglichen Untersuchungen zu verstärken. (8)

Um eine bewußte Auswahl im Hinblick auf eine physiologisch bedarfsgerechte Kost zu ermöglichen, sollte eine Kennzeichnungspflicht für Hersteller bezüglich der in Nahrungsmitteln enthaltenen Nährstoffe (Eiweiß, Fett, Kohlehydrate, Vitamine, Mineralstoffe) eingeführt werden. (8)

Möglichkeiten zur Erhaltung und Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter sind zu optimieren, z. B. durch neue Lerninhalte oder neue Formen der Wissensvermittlung, entsprechende Bildungseinrichtungen sind verstärkt zu fördern. (8)

Interdisziplinäre Forschungsprojekte sollten sich vor allem mit psychischen, sozialen, ökologischen und medizinischen Risikofaktoren verstärkt befassen. (8)

Erhalt der Kompetenz ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für Wohlbefinden. Kompetenzförderung sollte interdisziplinär angelegt, d. h. sowohl auf den körperlichen als auch auf den psychischen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Bereich bezogen sein. (7)

Auch im Alter sind psychische und physische Veränderungspotentiale vorhanden und damit positive Entwicklungen möglich. Deshalb sind therapeutische und rehabilitative Interventionsmaßnahmen sinnvoll und entsprechende Voraussetzungen mit Nachdruck zu schaffen und zu fördern. (7)

Die Kommission empfiehlt die Verbesserung und Förderung der *ärztlichen Versorgung*, der *aktivierenden Pflege* und der *Rehabilitation* durch

— Steigerung der Qualifikation zur geriatrischen/psychogeriatrischen Behandlung und Rehabilitation durch Errichtung selbständiger spezieller Abteilungen, teilstationärer Einrichtungen, ambulanter Praxen sowie durch Schaffen geeigneter wohnortnaher Institutionen,

— Auf- und Ausbau ambulanter, vorstationärer und teilstationärer Versorgung im Rahmen der Altersmedizin in Anbindung an selbständige Krankenhausabteilungen und Kliniken,

— Vernetzung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungseinrichtungen mit solchen der Rehabilitation und Pflege,

— Schaffen von Diagnosezentren (assessment units), welche über Art und Notwendigkeit einer einzusetzenden Behandlung bzw. einer Institutionalisierung mitzuentscheiden haben,

— Entwickeln integrativer Therapiekonzepte, in denen physische, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt sind,

— Gewährleistung einer Erhaltenstherapie,

— Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den gesundheitlichen und sozialen Diensten in interdisziplinärer Zusammenarbeit,

— Verbesserung der Versorgungs- und Betreuungskonzepte für psychisch kranke oder/und behinderte alte Menschen durch Gewähren besserer Zeitdeputate für Zuwendung und Beratung bei Patienten und Angehörigen sowie durch Einbeziehen des therapeutischen Teams in Betreuungs- und Beratungsprozesse. (9)

Um die Vorausetzungen für eine sichere Arzneimitteltherapie zu verbessern, müssen die erforderlichen Informationen über Arzneimittelwirkungen im Alter Ärzten, anderen gesundheitlichen Sozialberufen sowie Patienten vermittelt werden. (10)

Bei Arzneimitteln sind konsequenter als bisher altengerechte Verpackungen und Darreichungsformen zu verwenden. (10)

Zur Pflegebedürftigkeit im Alter

Der nicht einheitlich definierte Begriff der „Pflegebedürftigkeit" bedarf vor dem Hintergrund der Bestimmungen im Gesundheits-Reformgesetz (1989) einer neuen, allgemeinverbindlichen Definition. Diese muß langfristig dazu führen, daß eine gleichrangige Anerkennung der Risiken aus akuten und chronischen Erkrankungen erreicht wird, was im Interesse alter Menschen dringend zu fordern ist. (11)

Hilfeangebote von Sozialstationen und anderen ambulanten Diensten sind auszubauen und sollten neben einer kontinuierlichen Unterstützung bei der körperlichen Pflege auch die psychosozialen Belange miteinbeziehen können. (11)

Um das Risiko der Pflegebedürftigkeit angemessen auffangen zu können, müssen Vorkehrungen getroffen werden, daß zeitgleich die Leistungsqualitäten in ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen angehoben werden. Entsprechende Standards zur Beurteilung sind zu schaffen. Durch höhere Leistungsqualitäten kann zudem die Attraktivität dieses Arbeitsgebietes für das Pflegepersonal verbessert werden. (11)

Rehabilitation chronisch kranker älterer Menschen stellt auch eine Hilfe für pflegende Angehörige dar. Zu ihrer verstärkten Realisation sind flächendeckend Tageskliniken und Tagespflegeeinrichtungen vorzu-

halten und unter akzeptablen Bedingungen zugänglich zu machen. (11)

Selbsthilfegruppen sowie Beratungsstellen für Angehörige stellen ein wichtiges Element zur Garantie angemessener Pflege dar und sind deshalb zu fördern. (11)

Die Zunahme schwerstpflegebedürftiger und insbesondere psychisch gestörter älterer Menschen erfordert dringend mehr und besser qualifiziertes Pflegepersonal. (11)

Bei der ambulanten Versorgung sollte die Bundesrepublik Deutschland auf Erfahrungen des Auslandes zurückgreifen und hauswirtschaftliche Leistungen als einen wesentlichen Pfeiler dieser Versorgung in Angebot und Finanzierung sicherstellen. (11)

Pflegende Angehörige müssen in die Lage versetzt werden, durch Kenntnisse über die jeweils möglichen Hilfe- und Pflegeangebote die zur Gestaltung ihrer eigenen Lebenssituation angemessenen Hilfen in Anspruch zu nehmen. (17)

Zum Erhalt von Familienpflege, auch hinsichtlich der angemessenen Versorgung Alleinlebender, ist die Sicherstellung von Dienstleistungen auch an Wochenenden sowie nachts zu garantieren. (17)

Der Minderung der Lebensqualität pflegender Angehöriger ist u. a. durch den Ausbau der Tagesbetreuung und Kurzzeitpflege, der Bereitstellung der notwendigen pflegerischen und rehabilitativen Hilfsmittel und dem Angebot psychologischer Beratung zu begegnen. (17)

Zur Entlastung dauerpflegender Angehöriger sind Möglichkeiten zur befristeten Unterbringung von Pflegeabhängigen in stationären Einrichtungen bereitzuhalten. (18)

Für betreuende Angehörige, die erwerbstätig sind, sollten in begründeten Ausnahmefällen eine befristete Arbeitszeitverkürzung oder Freistellung ohne negative soziale Auswirkungen ermöglicht werden. (18)

Bei vorhandener Hilfsbedürftigkeit ist eine Information von Betroffenen und Helfern über das Krankheitsgeschehen und über die dadurch bedingten Funktionseinbußen äußerst wünschenswert. Informationen über die jeweils erforderliche Art der Versorgung in der Häuslichkeit und möglicher Rehabilitation sollten sie ergänzen. (15)

Die Probleme der Pflegefallabsicherung erfordern dringend eine Lösung.

Zur Familienpolitik

In den alten und noch mehr in den neuen Bundesländern stellt die Familie einen hohen Wert für ältere Menschen dar. Deshalb muß Altenpolitik stets in eine fortschrittliche Familienpolitik integriert bleiben. (16)

Die Selbständigkeit älterer Menschen wie die gegenseitige Erreichbarkeit ihrer Kinder sollten mit geeigneten sozialen, wohnungspolitischen sowie arbeits- und tarifrechtlichen Maßnahmen gefördert werden. (16)

Angesichts von Tendenzen zur „Singularisierung" in unserer Gesellschaft sollten die Entwicklung und Beibehaltung außerfamiliärer Kontakte im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter gefördert werden, z. B. durch die Ermöglichung von Berufstätigkeit auch für Mütter. (16)

Im Hinblick auf eine Veränderung der demographischen Struktur ist eine langfristig angelegte Gesamtpolitik zu fordern, welche das Leben für Kinder auch im nächsten Jahrhundert lebenswert macht und zugleich die Bereitschaft zur Übernahme von Elternpflichten erhöht. (1)

Zur Wohnungs- und Verkehrspolitik

Die Qualität des Wohnens alter Menschen wird mehr durch das allgemeine Wohnungsangebot und die generell verfügbaren Infrastrukturen der Wohngebiete als durch Spezialangebote bestimmt. Deshalb sollten allgemeine Maßnahmen wie barrierefreies Bauen und Wohnen gefördert werden. (13)

Unzureichende Wohnbedingungen gefährden die Selbstversorgungsfähigkeit älterer Menschen. Dieses Risiko trifft insbesondere die materiell schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen (Hochaltrige, Alleinstehende, Frauen). Auf seine Beseitigung bezogene Maßnahmen in einer größeren Zahl von Politikbereichen (Städtebau, Wohnungsbau, incl. Sanierung, Wohngeld, ambulante Altenhilfe, Sozialhilfe und Rentenpolitik u. a.) sind verstärkt durchzuführen. Dies gilt insbesondere für die neuen Bundesländer. (13)

Um die zur Sicherung des Verbleibs von Hochbetagten in angestammten Wohnungen erforderlichen Anpassungen der Wohnungen und Wohnausstattung vornehmen zu können, sind neue Akzente und Fördermaßnahmen notwendig, die schnellere und unbürokratische Hilfe auf breiter Basis ermöglichen. (13)

Aus familien- und altenpolitischer Sicht ist die Angleichung der Wohnungen in den neuen Bundesländern an den Standard von jenen der alten Bundesländer dringend erforderlich. (13)

Zur Kompensation funktioneller Einschränkungen im Alter müssen Stadt- und Verkehrsplaner, Architekten und Techniker zukünftig Bedarfe älterer Menschen konsequenter berücksichtigen. (7)

Öffentliche Verkehrsmittel sollten so beschaffen sein, daß sie allen Bürgern eine Nutzung ohne Schwierigkeiten gestatten. (14)

Die Erlaubnis zum Führen eines Fahrzeugs sollte altersmäßig nicht begrenzt werden, allerdings müssen Gesundheitszustand, insbesondere Seh- und Hörfähigkeit, dieses zulassen. Mögliche Auswirkungen von Medikamenten sind zu berücksichtigen. (14)

Für Fußgänger sind möglichst hindernisfreie Gehwege und Übergänge zu schaffen. Der Nahverkehr sollte insgesamt benutzerfreundlicher gestaltet werden. (14)

Bei der Planung von Verkehrsinformationen für Ältere sollten nicht nur sachliche Aspekte, sondern auch psychische Barrieren in ihren Auswirkungen berücksichtigt werden. (14)

Zur Selbstversorgung, Altenarbeit und Altenhilfe

Für ältere Menschen in Problemlagen sollte die zugehende Altenberatung entwickelt werden, welche alle Sachbereiche der Selbstversorgung umfassen muß. (18)

Ein umfassendes Finanzierungskonzept für die Sicherung unterschiedlichster Hilfen zur Aufrechterhaltung der Selbstversorgung ist erforderlich, wenn die häusliche Versorgung eine echte Alternative zur dauernden Heimversorgung sein soll. (18)

Wie in den europäischen Nachbarstaaten, so wird es auch in der Bundesrepublik Deutschland erforderlich sein, langfristig hauswirtschaftliche Leistungen für ältere Menschen zu einem Grundpfeiler der Altenhilfe auszugestalten. Gesetzliche Grundlagen für ihre Bereitstellung und Finanzierung sind zu erarbeiten. (18)

In allen Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe ist eine weitere Professionalisierung der Mitarbeiter erforderlich, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. (18)

Für Planung und Erfolgskontrolle ist die Entwicklung von Qualitätskriterien für alle Leistungsbereiche der Altenhilfe dringend. (18)

Die bisher existierende Trennung zwischen den Systemen des Gesundheitswesens und der sozialen Dienste incl. jener der Altenhilfe bedarf der Auflockerung und — wo immer möglich — der Aufhebung, um die Rahmenbedingungen für die institutionalisierte Altenhilfe zu verbessern. (18)

Um den Pflegenotstand nachhaltig zu beheben, sollten die besonderen psychischen und physischen Belastungen der Pflegeberufe abgebaut, ungenügende Personalschlüssel aufgestockt, eine unverändert bestehende Benachteiligung des Altenpflegeberufs im Vergleich zu dem der Krankenpflegeausbildung und -entlohnung beseitigt sowie möglicherweise integrierte Ausbildungsgänge für das Pflegepersonal angeboten werden. (18)

Damit der Grundsatz „ambulante Hilfe vor stationärer Versorgung" greifen kann, ohne die stationäre Pflege zu vernachlässigen, sind die erforderlichen finanziellen und personellen Voraussetzungen für die ambulanten Dienste zu schaffen bzw. zu verbessern. (18)

Die Weiterentwicklung und Förderung von Instrumenten der offenen Altenarbeit im Hinblick auf Selbsthilfeinitiativen Älterer, generationsübergreifende Aktivitäten u. ä. sollten erfolgen, um Lebensqualität zu erhalten. (18)

Um eine weitgehende Autonomie in der privaten Haushaltsführung im Alter zu erhalten, sind spezielle Entscheidungs- und Handlungskompetenzen erforderlich. Um diese rechtzeitig zu vermitteln, sind Haushalts — und Verbraucherinformation intensiv zu fördern. (15)

Angemessene Selbständigkeit im Alter darf nicht durch unzureichende materielle Ressourcen gefährdet werden. Einkommenschwachen älteren Menschen sind Informationen über einkommenssteigernde und aufwandsmindernde Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, z. B. in Form zugehender Altenberatung. (15)

Zu besonderen Lebenssituationen und Lebenslagen im Alter

Alle Maßnahmen, Initiativen und Empfehlungen im Bereich der Altenpolitik haben geschlechtsspezifische Auswirkungen, die berücksichtigt, überprüft und hinterfragt werden müssen. (19)

Die Politik der Bundesrepublik Deutschland ist darauf ausgerichtet, in der Bevölkerung insgesamt Erscheinungsformen von Armut zu vermeiden. Dies ist — vor allem für ältere Menschen — nicht in vollem Umfang gelungen. Deshalb ist die Politik aufgerufen, geeignete Maßnahmen zur Verhinderung sozialer Gefährdung bis hin zur Armut zu entwickeln, ganz besonders bezogen auf ältere Menschen und ihre spezifischen Lebensrisiken sowie die Gegebenheiten in den neuen Bundesländern. (19)

Gesonderte ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote können vereinzelt für ältere Menschen mit unterschiedlicher ethnischer Herkunft notwendig sein, um deren Bedürfnissen gerecht zu werden. (19)

Besondere Maßnahmen sind erforderlich, um Ausländerfamilien in schwieriger sozialer Lage die Versorgung alter Angehöriger zu ermöglichen, ohne die soziale Integration der nachfolgenden Generation zu gefährden. (19)

Auf kommunaler, landes- und bundespolitischer Ebene sind neue Modelle der Hilfe und Zusammenarbeit zur Lösung von Problemen älterer Menschen zu entwickeln, die seit früheren Lebensabschnitten oder von Geburt an körperlich, geistig oder psychisch behindert sind. (19)

Den Lebensqualitäten und Zukunftsperspektiven älterer Menschen in den neuen Bundesländern ist besondere Aufmerksamkeit seitens der Politik zuzuwenden. (19)

Zu Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Selbstversorgung erfordert Kenntnisse und Fertigkeiten in allen Sachbereichen der privaten Haushaltsführung. Der Ausbau entsprechender Angebote in Schul- und Erwachsenenbildung könnte im Alter zur Vermeidung von Abhängigkeiten beitragen. (15)

Konzepte fachspezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle in der Altenarbeit, Behandlung, Rehabilitation und Versorgung alter Menschen beteiligten Berufe, ergänzt um Modelle interdisziplinärer Zusam-

menarbeit (case-management), sind zu entwikkeln. (9)

Geriatrischer und gerontologischer Wissensstoff ist in medizinische Studienpläne und Prüfungsordnungen aufzunehmen. (9)

Einrichtung von Lehrstühlen für die verschiedenen Bereiche der Gerontologie an den wissensschaftlichen Hochschulen.

Intensive Fort- und Weiterbildung auf den Gebieten der Geriatrie und Gerontologie (für Ärzte, Psychologen, Erziehungswissenschaftler, Soziologen u. a.) sollte gewährleistet sein. (9)

Eine bundeseinheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung ist dringend erforderlich. (18)

Zur Alternsforschung

Psychologische, soziologische und wirtschaftswissenschaftliche Forschung stellen wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Altenpolitik dar. Interdisziplinäre Forschung ist bevorzugt zu unterstützen.

Forschungsvorhaben der experimentellen und klinischen Gerontologie zu den Mechanismen der Alternsprozesse, deren genetische Faktoren einerseits, Umweltbedigungen und medizinische Risikofaktoren andererseits sind dringend zu fördern. Derartige Projekte sollten unter der Leitung von in der Gerontologie ausgewiesenen Wissenschaftlern stehen. (4)

Es sind institutionelle und personelle Voraussetzungen zu schaffen, damit zukünftig statt der bisher vorherrschenden Querschnittsuntersuchungen auch Längsschnittstudien durchgeführt werden können. (4)

Als Voraussetzung für eine Weiterentwicklung von Prävention, Behandlung und Rehabiltation älterer Menschen muß die medizinisch-epidemiologische Forschung intensiviert werden. (5 und 6)

Die erhobenen epidemiologischen Daten sollten schneller zugänglich sein als bisher und müssen auch bei über 70jährigen gewonnene Erkenntnisse berücksichtigen. (5 und 6)

Ihre Datenerhebung muß auf einer einheitlichen Nomenklatur und wissenschaftlich abgesicherten Diagnosen aufbauen. Diese und eine weiterentwikkelte Gesundheitsberichterstattung sind Voraussetzung für eine professionelle Einschätzung der Konsequenzen für die Gesellschaft (Gesundheitskosten, Krankenhausbetreuung, Arztdichte). (5 und 6)

Besonderes Augenmerk ist den Ursachen für die Zunahme somatischer und psychischer Erkrankungen, darunter insbesondere mit chronischer Ausprägung, sowie dem gleichzeitigen Auftreten mehrerer chronischer Krankheiten (Multimorbidität) zu widmen. Insbesondere sind Daten aus ambulanter Behandlung und Versorgung in die Untersuchung miteinzubeziehen. (5 und 6)

Ursachen berufsspezifischer Morbidität und Mortalität sind durch Follow-up-Studien über den Ruhestand hinaus zu untersuchen. (5 und 6)

Medizinische, insbesondere geriatrische, psychogeriatrische und sozialökonomische Versorgungsforschung bezüglich Dienste und Einrichtungen und ihrer Rückwirkung auf Lebensqualität, Effektivität und Wirtschaftlichkeit sind zu intensivieren. (9)

Die klinisch-pharmakologische Forschung muß zukünftig Besonderheiten der Pharmakodynamik, Pharmakokinetik, Bioverfügbarkeit, Interaktion und Langzeitwirkung bei älteren Menschen, insbesondere bei Hochbetagten, aufdecken und berücksichtigen. (10)

Zur Öffentlichkeitsarbeit

Die Unterrichtung der Öffentlichkeit über gegenwärtige und zukünftige demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und die daraus ableitbaren Konsequenzen sollten durch Politik, Wissenschaft und Medien sachlich und im Bewußtsein einer gemeinsamen Verantwortung erfolgen. (1)

Die Altersstruktur der Bevölkerung sollte stärker als bisher die Orientierung in allen Politikbereichen bestimmen. Wertende Begriffe wie „Alterslast" oder „Überalterung" sind zu vermeiden, da es keine Norm für eine „richtige" Zusammensetzung der Bevölkerung gibt. Beim Nachweis statistischer Daten über die ältere Bevölkerung sollte eine differenzierende und weitgehend einheitliche Untergliederung nach dem Alter erfolgen. (1)

Das Wechselspiel zwischen der Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung durch Verlängerung der Lebenserwartung und der Rückgang der Geburtenzahlen muß klar herausgestellt werden; die unterschiedlichen demographischen Gegebenheiten in Ost und West und der Einfluß der Wanderungsprobleme auf alle gesellschaftlichen Bereiche sind zu verfolgen. (1)

Damit sich in der Gesellschaft ein differenziertes Altersbild durchsetzt, müssen in der öffentlichen Diskussion Stereotype durch wissenschaftlich fundierte Aussagen ersetzt werden. Das setzt voraus:

— ausführliche Berichte in den Medien über die verschiedenen Formen des Alterns,

— sachadäquate Weitergabe von Informationen über Gesundheitszustand und Hilfebedarf älterer Menschen,

— Information über die Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung von Kompetenz und Anpassungsfähigkeit auch bei Vorliegen chronischer Erkrankung und Behinderung,

— schnelle Vermittlung neuer gerontologischer Erkenntnisse in allgemeinverständlicher Form. (2)

Die Öffentlichkeit und insbesondere ältere Menschen sollten darüber aufgeklärt werden, daß eigene Aktivitäten, die Bereitschaft, Neues zu lernen, sowie die Anpassung an sich verändernde Anforderungen eine wichtige Voraussetzung für Selbständigkeit im Alter darstellen. (7)

Bericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung

Inhalt

		Seite
	Vorwort	73
1.	**Demographische Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland**	76
1.1	Die bisherige Entwicklung	76
1.2	Regionale Unterschiede des Anteils älterer Menschen	77
1.3	Wahrscheinliche weitere Entwicklungen	78
2.	**Das Altersbild der Gesellschaft**	81
2.1	Einleitung	81
2.2	Ergebnisse der Meinungsforschung über Altersbilder	81
2.3	Wie soll man Altersbilder beeinflussen?	82
3.	**Menschen zwischen Erwerbsleben und Ruhestand**	83
3.1	Vorbemerkungen	83
3.2	Älterwerden in der Berufs- und Arbeitswelt	83
3.2.1	Die Lage auf dem Arbeitsmarkt	84
3.2.2	Die betriebliche Situation	85
3.3	Teilzeitarbeit, Minderbeschäftigung und Arbeitslosigkeit	88
3.4	Technischer Wandel, Qualifizierungsstrategien und Weiterbildung im Alter	90
3.5	Übergänge zwischen Erwerbsleben und Ruhestand	92
3.5.1	Die Transformation des „Drei-Phasen-Modells"	92
3.5.2	Altersgrenzen	93
3.5.3	Gründe für den frühen Ruhestand	95
3.5.4	Für Chancenverbesserung und Zukunftsorientierung	96
4.	**Physiologische Alternsänderungen**	98
5.	**Epidemiologie somatischer Erkrankungen im Alter**	104
5.1	Der subjektive Gesundheitszustand	105
5.2	Objektiver Gesundheitszustand	106
5.3	Spezielle Epidemiologie der altersrelevanten Erkrankungen	109
5.4	Die Multimorbidität	115
5.5	Sexualdifferenzen	115
6.	**Epidemiologie psychischer Störungen im Alter**	116

Seite

7. Psychische Entwicklung im Alter ... 120

7.1 Kognitive Leistungsfähigkeit ... 120

7.2 Kompetenz ... 121

7.3 Persönlichkeit und Alter ... 122

8. Möglichkeiten der Prävention ... 124

8.1 Allgemeine Prävention ... 124

8.2 Spezielle Prävention ... 131

9. Gesundheitliche Versorgung — ärztliche Basisversorgung, Rehabilitation, Pflege — ... 133

9.1 Einleitung ... 133

9.2 Ärztliche Basisversorgung ... 134

9.3 Allgemeine Aspekte der Rehabilitation im Alter ... 135

9.4 Medizinische Aspekte der Rehabilitation ... 137

9.5 Das Rehabilitationsteam ... 139

9.6 Derzeitige Versorgungsstrukturen und daraus ableitbare Forderungen ... 141

10. Arzneimittelanwendung bei älteren Patienten ... 144

10.1 Einleitung ... 144

10.2 Forschung und Entwicklung ... 144

10.3 Klinische Prüfung und Zulassung ... 145

10.4 Verordnung und Selbstmedikation ... 145

10.5 Information, Beratung und Überwachung ... 145

10.6 Werbung für Arzneimittel ... 146

10.7 Anwendung von Arzneimitteln durch ältere Patienten ... 146

11. Probleme der Pflegebedürftigkeit ... 147

11.1 Einleitung ... 147

11.2 Unbestimmtheit des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in der Medizin und im Krankenversicherungsrecht ... 147

11.3 Begriff und Funktion der Pflegebedürftigkeit in der DDR ... 148

11.4 Unbestimmtheit der „inhaltlichen Ausformung" des Konzepts der Pflegebedürftigkeit in der Sozialgesetzgebung und in Heimen für ältere Menschen ... 148

11.5 Das Problem der Anzahl pflegebedürftiger alter Menschen ... 150

11.6 Überwindung des Konzepts der Pflegebedürftigkeit und seine Folgen ... 153

11.7 Exkurs zum unbestimmten Konzept der Pflegebedürftigkeit im Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990 ... 154

12. Das Alterssicherungssystem und die Absicherung des Pflegefalles in der Bundesrepublik Deutschland (unter Berücksichtigung europäischer Regelungen) ... 155

12.1 Das bestehende System der Alterssicherung ... 155

Seite

12.2 Die durch das bestehende System gewährleistete Versorgungslage 155
12.2.1 Objektive Einkommenssituation ... 155
12.2.2 Subjektive Einschätzung ... 155
12.3 Herausforderungen in der Zukunft ... 155
12.3.1 Die demographische Entwicklung ... 155
12.3.2 Integration der neuen Bundesländer ... 155
12.3.3 Europäische Dimension ... 156
12.3.4 Sicherung der Funktionsfähigkeit des Alterssicherungssystems ... 156
12.4 Einzelne Problembereiche ... 156
12.4.1 Mindestsicherung im Alter ... 156
12.4.2 Alterssicherung der Frauen ... 156
12.5 Pflegefallabsicherung und Alterssicherung ... 156
12.5.1 Pflegefallabsicherung im geltenden Sozialversicherungsrecht ... 156
12.5.2 Pflegefallabsicherung in sonstigen Sicherungssystemen ... 159
12.5.3 Auffangfunktion der Sozialhilfe ... 159
12.5.4 Pflegefallabsicherung in ausländischen Sozialsystemen ... 160
12.5.5 Die Pflegefallproblematik in supranationalem und internationalem Rahmen ... 160

13. Wohnen im Alter ... 161
13.1 Allgemeine Aspekte der Wohnsituation im Alter ... 161
13.2 Regionale Verteilung älterer Menschen ... 161
13.3 Wohnsituation im Alter ... 162
13.4 Wohngeld ... 164
13.5 Aspekte der Wohnungspolitik ... 166

14. Der ältere Mensch als Verkehrsteilnehmer ... 167
14.1 Verkehrsbeteiligung ... 167
14.2 Unfallbeteiligung ... 168
14.3 Alter, Gesundheit und Straßenverkehr ... 171
14.4 Einstellung und Risikobereitschaft ... 172
14.5 Situation nach der Wiedervereinigung ... 173
14.6 Vorschläge zur Verbesserung der Situation älterer Menschen im Straßenverkehr ... 173

15. Private Haushalte als Grundeinheit der gesundheitlichen und sozialen Versorgungssysteme für ältere Menschen ... 175
15.1 Haushaltsführung und Selbstversorgung älterer Menschen unter marktwirtschaftlichen Bedingungen ... 175
15.2 Soziale und personale Voraussetzungen der Selbstversorgung älterer Menschen im Privathaushalt ... 176
15.3 Materielle Bedingungen der Selbstversorgung ... 178
15.4 Grenzen der Selbstversorgung ... 187
15.5 Gesundheitliche und soziale Hilfen für ältere Menschen und Probleme des Versorgungsverbunds ... 188

Seite

16. Die Veränderung in den sozialen Netzwerken älterer Menschen . 193
16.1 Einleitung 193
16.2 Veränderungen der Haushaltsstruktur 193
16.3 Familiäre soziale Netzwerke 197
16.3.1 Familie als Wert 197
16.3.2 Familiäre Interaktionen 197
16.3.3 Außerfamiliäre soziale Netzwerke 199
16.3.4 Die Frage von Isolation und Einsamkeit im Alter 201

17. Zur Situation von pflegenden Angehörigen 202
17.1 Einleitung 202
17.2 Belastungen der betreuenden Angehörigen 202
17.3 Faktoren, die die psychische Situation der pflegenden Angehörigen beeinflussen 204
17.3.1 Die psychische Situation des Patienten 204
17.3.2 Art und Schwere der Krankheit des Patienten 205
17.3.3 Ausmaß der erfahrenen Unterstützung 205
17.3.4 Gesundheitszustand der Angehörigen, finanzielle Situation und Wohnungssituation 205
17.4 Wie kann die institutionelle Unterstützung pflegender Angehöriger gefördert werden? 206

18. Aspekte der Altenarbeit und Altenhilfe 207
18.1 Arbeitsteilung: Gesundheitswesen — Altenhilfe 207
18.2 Markt, Finanzierung, Kontrollen 209
18.3 Hauspflege (häusliche Pflege und Haushaltshilfe): Versorgungskonzepte in Europa 210
18.4 Verfügbarkeit von Personal 214
18.5 Erweiterte Perspektiven der Angehörigenarbeit 217
18.6 Zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenhilfe 218

19. Lebenslagen und Lebensformen im Alter 224
19.1 Einführung 224
19.2 Alte Menschen in den fünf neuen Bundesländern 225
19.3 Armut im Alter 227
19.4 Ältere Ausländer (und Aussiedler) 228
19.5 Altern und Behinderung 230
19.6 Geschlechtsspezifische Aspekte 232

20. Empfehlungen der Sachverständigenkommission 236
20.1 Allgemeine Grundsätze 236
20.2 Zur Politik für ältere Arbeitnehmer und zur sozialen Sicherung . . . 237
20.3 Zur Gesundheitspolitik 237
20.4 Zur Pflegebedürftigkeit im Alter 238
20.5 Zur Familienpolitik 238

Seite

20.6 Zur Wohnungs- und Verkehrspolitik 239

20.7 Zur Selbstversorgung, Altenarbeit und Altenhilfe 239

20.8 Zu besonderen Lebenssituationen und Lebenslagen im Alter 240

20.9 Zu Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung 240

20.10 Zur Alternsforschung 240

20.11 Zur Öffentlichkeitsarbeit 241

Literatur 242

Anhang 257

Tabellen

Kap. 1 Demographische Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland 76

Tab. 1 Familienstand der über 60jährigen in den alten und neuen Bundesländern in Prozent 77

Tab. 2 Bevölkerung von 60 und mehr Jahren in den Bundesländern am 1. Januar 1990 79

Tab. 3 Bevölkerung nach Alter und siedlungsstrukturellen Regionstypen 79

Tab. 4 Die Lebenserwartung in den alten Bundesländern für den Zeitraum 1986/88 und in den neuen Bundesländern für den Zeitraum 1988/89 in Jahren 80

Tab. 5 Weitere Bevölkerungsentwicklung 80

Kap. 4 Physiologische Alternsänderungen 98

Tab. 6 Organfunktionen im 75. Lebensjahr 99

Tab. 7 Altersabhängiges Verhalten wesentlicher Lungenfunktionsparameter 100

Tab. 8 Beeinflussung der Schilddrüsenparameter durch Medikamente 103

Kap. 6 Epidemiologie psychischer Störungen im Alter 116

Tab. 9 Altersspezifische Prävalenz hirnorganischer Psychosyndrome in einigen psychogeriatrischen Feldstudien 116

Kap. 8 Möglichkeiten der Prävention 124

Tab. 10 Empfehlungen zur täglichen Nährstoffzufuhr bei über 65jährigen Männern und Frauen 125

Tab. 11 Durchschnittlicher täglicher Verzehr von Nahrungsmitteln 125

Tab. 12 Indizien an koronarer Herzkrankheit (KHK) bei Männern in leitenden Positionen 133

Kap. 9 Gesundheitliche Versorgung — ärztliche Basisversorgung, Rehabilitation, Pflege — 133

Tab. 13 Erfolgsbeurteilung einer Behandlung in der Geriatrisch-Rehabilitativen Tagesklinik zu Lübeck 136

Seite

Kap. 11 Probleme der Pflegebedürftigkeit 147

Tab. 14 Unterscheidung der Gruppen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bei zu Hause lebenden älteren Menschen nach Socialdata 1980 151

Tab. 15 Prozentuale Anteile der in Privathaushalten lebenden pflegebedürftigen Personen nach derzeit vorliegenden Studien 152

Kap. 13 Wohnen im Alter 161

Tab. 16 Kurzcharakterisierung der Wohnbedingungen von Haushalten mit mindestens einem 60jährigen oder älteren Haushaltsmitglied in Westdeutschland (1989) und in Ostdeutschland (1990) 163

Tab. 17 Zahl der älteren Wohngeldempfänger und Anteil an der Gesamtzahl 165

Tab. 18 Entwicklung der Einkommenssituation und der Mietenbelastung von Ein-Personen-Rentnerhaushalten mit Wohngeldbezug 165

Tab. 19 Staffelung der für die Wohngeldberechnung relevanten Einkommen und der resultierenden Wohnkostenbelastung nach Haushaltsgrößen 1990 166

Kap. 14 Der ältere Mensch als Verkehrsteilnehmer 167

Tab. 20 Führerscheinbesitz nach Altersgruppen — in Prozent .. 168

Tab. 21 Hauptsächliche Verkehrsmittel nach Altersgruppen — in Prozent 168

Tab. 22 Tödliche Verkehrsunfallopfer in verschiedenen Ländern 170

Tab. 23 Fremdbild älterer Fahrer nach Altersgruppen 173

Kap. 15 Private Haushalte als Grundeinheit der gesundheitlichen und sozialen Versorgungssysteme für ältere Menschen 175

Tab. 24 Haushaltsnettoeinkommen der privaten Haushalte mit Bezugsperson im Alter von 65 bis 70 sowie von 70 und mehr Jahren 1988 und seine Verteilung 179

Tab. 25 Einkommens- und Ausgabenstruktur in Haushalten älterer Menschen in den alten und neuen Bundesländern in den Jahren 1988 bzw. 1990 und 1991 180

Tab. 26 Struktur des privaten Verbrauchs in Haushalten älterer Menschen in den alten und neuen Bundesländern in den Jahren 1988 bzw. 1990 und 1991 182

Tab. 27 Ausstattung von 100 Haushalten älterer Menschen mit ausgewählten langlebigen Gebrauchsgütern in den alten und neuen Bundesländern in den Jahren 1988 bzw. 1990 und 1991 183

Tab. 28 Haus- und Grundbesitz, deren laufende Kosten und Restschuld in Haushalten älterer Menschen nach ausgewählten Einkommensklassen im Vergleich zu allen privaten Haushalten am 31. Dezember 1988 185

Tab. 29 Monatliche Ersparnis, Nettogeldvermögen und Vermögensformen in Haushalten älterer Menschen nach ausgewählten Einkommensklassen im Vergleich zu allen privaten Haushalten am 31. Dezember 1988 186

Seite

Kap. 16 Die Veränderung in den sozialen Netzwerken älterer Menschen 193

Tab. 30 Die 65 und mehr Jahre alten Männer und Frauen nach Familienstand und Haushaltszugehörigkeit am 25. Mai 1987 in der Bundesrepublik Deutschand 195

Tab. 31 Die 65 und mehr Jahre alten Männer und Frauen in den (alten) Bundesländern nach Haushaltszugehörigkeit am 25. Mai 1987 197

Kap. 18 Aspekte der Altenarbeit und Altenhilfe 207

Tab. 32 Anteile älterer Menschen, die ambulante Dienste erhalten, in einer Auswahl von europäischen Ländern und in Israel 212

Tab. 33 Art und Zahl der Weiterbildungsangebote 222

Tab. 34 Zahl der Weiterbildungsangebote und deren Träger ... 222

Kap. 19 Lebenslagen und Lebensformen im Alter 224

Tab. 35 Ältere Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland nach Anwerbeländern und aus sonstigen Staaten 229

Abbildungen

Kap. 1 Demographische Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland 76

Abb. 1 Bevölkerungsanteil der noch nicht 20jährigen und der 60jährigen und Älteren 1900 bis 1990 in Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung 78

Kap. 2 Das Altersbild der Gesellschaft 81

Abb. 2 Deutscher Rentenzahler 2000 81

Kap. 5 Epidemiologie somatischer Erkrankungen im Alter 104

Abb. 3 Mortalität aufgrund von ischämischen Herzerkrankungen 110

Abb. 4 Mortalität aufgrund zerebrovaskuärer Erkrankungen .. 112

Abb. 5 Mortalität aufgrund von Diabetes 113

Abb. 6 Mortalität aufgrund von Neoplasmen 114

Kap. 6 Epidemiologie psychischer Störungen im Alter 116

Abb. 7 Prävalenz organischer Psychosyndrome in fünf Altersgruppen jenseits des 64. Lebensjahrs aus fünf Feldstudien 117

Kap. 8 Möglichkeiten der Prävention 124

Abb. 8 Körperliches Training und Myokardinfarkt 132

Kap. 11 Probleme der Pflegebedürftigkeit 147

Abb. 9 Stufen der Pflegebedürftigkeit gemäß den Pflegesatzvereinbarungen der einzelnen Bundesländer (Stand: 1987) 149

Seite

Kap. 14 Der ältere Mensch als Verkehrsteilnehmer 167

Abb. 10 und 11 Verunglückte nach Altersgruppen in der ehemaligen DDR und im ehemaligen Bundesgebiet 169

Abb. 12 Ursachen von Kfz-Unfällen unter Berücksichtigung des Lebensalters der Betroffenen 170

Abb. 13 Verkehrsunfälle in den USA 174

Kap. 15 Private Haushalte als Grundeinheit der gesundheitlichen und sozialen Versorgungssysteme für ältere Menschen 175

Abb. 14 Gefährdung der Selbstversorgung durch mögliche Problemlagen in Haushalten älterer Menschen und Leistungsangebot sozialer und gesundheitlicher Versorgungssysteme im Überblick 190

Tabellen und Abbildungen im Anhang

Tab. 1 Noch nicht 20jährige und 60jährige und Ältere in Deutschland 1900 bis 1. Januar 1990 257

Tab. 2 Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren in den Staaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und weiteren Staaten 1990, 2000, 2010 und 2025 258

Tab. 3 Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5062 259

Tab. 4 Rangfolge der Diagnosen, weiblich, DDR 1979 bis 1989 259

Tab. 5 Statements zum (Un-)Sicherheitsempfinden im Straßenverkehr .. 260

Tab. 6 Komponenten der Sozialhilfeschwellen 1988 261

Tab. 7 Komponenten der Sozialhilfeschwellen 1991 261

Tab. 8 Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe 262

Tab. 9 Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland 263

Tab. 10 Vergleich von Weiterbildungsangeboten 1990 und 1991 264

Tab. 11 Vergleich von Fortbildungsangeboten 1990 und 1991 265

Abb. 1 Krankenhausfälle, männlich, DDR, 1971 bis 1989 266

Mitglieder der Kommission

Prof. Dr. Anton Amann
Institut für Soziologie der Universität Wien

Prof. Dr. Manfred Bergener
Arzt für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie, Bergisch Gladbach

Prof. Dr. Lore Blosser-Reisen
Institut für Haushalts- und Konsumökonomik der Universität Hohenheim, Stuttgart (em.)

Dr. Margret Dieck
Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin

Dr. Insa Fooken
Fachbereich 2, Psychologie, Universität Gesamthochschule Siegen

Priv.-Doz. Dr. Andreas Kruse (stellvertretender Vorsitzender)
Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Prof. Dr. Erich Lang
Medizinische Klinik des Waldkrankenhauses St. Marien, Carl-Korth-Institut, Erlangen

Dr. Sigrid Lohmann
Kuratorium Deutsche Altershilfe, Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V., Köln (a. D.)

Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell
Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Sozialrecht, München

Prof. Dr. Dr. h.c. Elisabeth Noelle-Neumann
Institut für Demoskopie Allensbach, Institut für Publizistik der Universität Mainz

Prof. Dr. Erhard Olbrich
Institut für Psychologie der Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Dr. Werner Ries
Klinik für Innere Medizin und Gerontologie der Universität Leipzig (em.)

Prof. Dr. Rudolf-Maria Schütz (Vorsitzender ab 15. April 1991)

Klinik für Angiologie und Geriatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Jörg Schulz
Klinikum Berlin-Buch, Berlin

Prof. Dr. Karl Schwarz
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung Wiesbaden (a. D.)

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans Thomae (Vorsitzender bis 15. April 1991)
Institut für Psychologie der Universität Bonn (em.)

Geschäftsstelle der Kommission

Dipl.-Gerontol. Gabriele Maier
Dipl.-Psych. Frank Oswald
Dipl.-Gerontol. Antje Faroß

c/o Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Expertisen für die Kommission

M. Baltes, K.M. Neher, D. Sowarka und S. Kwon (1992)
Kognitive Intervention mit alten Menschen

B. Bauer-Söllner (1990)
Institutionen der offenen Altenhilfe — aktueller Stand und Entwicklungstendenzen

B. Bauer-Söllner (1991)
Hauswirtschaftliche Dienste in ambulanter und stationärer Altenhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Bildungsaspekten

M. Bergener und A. Kruse (1992)
Psychogeriatrische Beiträge zur Rehabilitation psychisch erkrankter älterer Menschen

M. Dietzel-Papakyriakou (1991)
Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland

H. Harsdorf (1990)
Arzneimittelanwendung bei älteren Patienten

Institut für Demoskopie Allensbach (1991)
Alte Menschen in Ost- und Westdeutschland. Eine sekundärstatistische Analyse aus Allensbacher Repräsentativumfragen für die Sachverständigenkommission zur Forsetzung des Altenberichts der Bundesregierung

O. Kaufmann, M. Kneusel-Herdliczka und J. Wolf (1992)
Übergangsbedingungen vom Erwerbsleben in den Ruhestand: In Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und Österreich

A. Koch und S. Kühnert (1992)
Das Fort- und Weiterbildungsangebot für professionelle Mitarbeitergruppen in der Altenarbeit in den alten Bundesländern

M. Kohnert, Ch. Hennig, K. Gulbin, H.P. Schwitzer, W. Ries und J. Schulz (1992)
Ergänzende Ergebnisse zum 1. Altenbericht der Bundesregierung aus den neuen Bundesländern

A. Kurz und H. Lauter (1992)
Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation bei psychischen Störungen im Alter

E. Lang (1992)
Bestandsaufnahme der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland

B. Mann (1992)
Alter und Behinderung

B. von Maydell (1992)
Die Pflegefallabsicherung im europäischen Vergleich

S. Müller-Daehn und I. Fooken (1992)
Besondere Belange der Situation von Frauen im Alter

K. Poeck (1992)
Neuropsychologische Rehabilitation im Alter

M. Reichenwallner, W. Glatzer und M. Bös (1990)
Die Einbindung älterer Menschen in familiale, nachbarschaftliche und andere soziale Netzwerke in bezug auf empfangene und geleistete materielle und immaterielle Unterstützungen und Hilfen

R. Rupprecht, E. Olbrich, Th. Gunzelmann und W.D. Oswald (1990)
Erhaltung und Förderung von Kompetenz in hohem Lebensalter

K. Sames (1990)
Mögliche Beiträge der Molekularbiologie zur Verhütung bzw. Beeinflussung der sog. „Alterskrankheiten" und zur Verlängerung der Lebensspanne

H. Stolarz, K. Friedrich und R. Winkel (1992)
Wohnen und Wohnumfeld im Alter

H. Vortmann und G. Wagner (1992)
Lebensverhältnisse älterer Menschen in der früheren DDR und im früheren Bundesgebiet

Vorwort

Mit Schreiben vom 22. Februar 1989 hat die Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit eine Sachverständigenkommission zur Vorbereitung eines ersten „Altenberichts" der Bundesregierung ernannt. Zu Mitgliedern wurden Vertreterinnen bzw. Vertreter der Demographie, Gerontologie, Haushaltsökonomie, Geriatrie (Innere Medizin), Psychogeriatrie (Psychiatrie), Psychologie, Publizistik, Rechtswissenschaft (bürgerliches Recht, Arbeits- und Sozialrecht) und der Sozialpolitik berufen.

Die konstituierende Sitzung fand am 17. März 1989 in Anwesenheit von Bundesministerin Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr und Staatssekretär Werner Chory statt. Diese Kommission sollte erstmalig einen Gesamtbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland erarbeiten und einen ersten Teilbericht bis Anfang 1990 erstellen. Ein zweiter Teilbericht sollte in der 12. Wahlperiode den Gesamtbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland abschließen.

Im ersten Teilbericht befaßte sich die Kommission auftragsgemäß im wesentlichen mit den Themen

— Erhaltung und Steigerung der Kompetenz im Alter,

— Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Die ursprüngliche Absicht, den ersten Teilbericht mit einer Stellungnahme der Bundesregierung zu veröffentlichen, wurde angesichts der bevorstehenden Vereinigung der beiden deutschen Staaten nicht weiter verfolgt. In der Kürze der Zeit wäre es nicht mehr möglich gewesen, auch die Situation in den neuen Bundesländern in den vorliegenden Bericht einzubeziehen.

Der erste Teilbericht wurde Bundesministerin Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr am 14. Mai 1990 übergeben.

Für ihre weitere Arbeit wurde die Kommission um Experten aus den neuen Bundesländern sowie um einen Soziologen und eine Psychologin erweitert. Sie hatte im zweiten Teil des Berichts thematisch den Schwerpunkt „Situation in den neuen Bundesländern". Darüber hinaus sollte sie — möglichst im europäischen Vergleich — Aussagen erarbeiten über

— Frauen und Alter,

— älterwerdende Behinderte,

— ältere Arbeitnehmer/Altersgrenzen im Recht,

— Mitarbeiter der Altenhilfe,

— Perspektiven der Altenarbeit,

— altersgerechte Technik, Medien, Verkehr, Rehabilitationsinstitutionen,

— Analyse der Rehabilitationseinrichtungen.

Die Vorgabe, in allen Bereichen die Situation der neuen Bundesländer zu berücksichtigen, erzwang eine intensive Überarbeitung der Aussagen des ersten Teilberichts. Diese wurde erschwert durch unvollständige, nicht verwertbare oder im Ansatz nicht vergleichbare Daten. Zudem ändern sich in der Folge der Wiedervereinigung und der hierdurch bedingten sozialen Umbrüche die Gegebenheiten in den neuen Ländern noch so schnell, daß relativ valide und vergleichbare Daten sowie Analysen wohl erst in den nächsten Jahren erwartet werden können.

Eine erschöpfende Diskussion der Probleme aller bearbeiteten Themenkreise hätte den Umfang des Altenberichts gesprengt. Die Kommission hat sich deshalb dazu entschlossen, in einer Überarbeitung des ersten Teilberichtes diesen erheblich zu straffen und dieses Prinzip auf den Gesamtbericht anzuwenden. Die Fassung des ersten Teilberichts der Kommission hat unverändert Bestand und kann ebenso wie auch die ergänzend verfaßten und veröffentlichten Expertisen zur Diskussion der einzelnen Themen verwendet werden.

Überarbeitung und Abfassung des Gesamtberichts erfolgten in zeitlich sehr beschränkten Grenzen. Deshalb konnten nicht alle Gesichtspunkte — beispielsweise die europäischen Aspekte — konsequent aufgegriffen und einbezogen werden, wobei nicht verschwiegen werden soll, daß zu einzelnen interessierenden Bereichen keine validen Daten verfügbar waren.

Wegen der allgemeinen Bedeutung der demographischen Veränderungen und der im nächsten Jahrhundert zu erwartenden Steigerung des Anteils der über 60jährigen auf etwa ein Drittel der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland erscheint eine kurze Sichtung der wesentlichen statistischen Daten aus Ost und West als Basis des Berichts unerläßlich. Die aufgrund der zu erwartenden demographischen Verschiebung oft aufgeworfene Frage einer zunehmenden Belastung der Gesellschaft durch die wachsenden Probleme der Alterssicherungssysteme löst Beunruhigung aus. Diese spiegelt sich in einem sehr widersprüchlichen Altersbild der Gesellschaft wider. Eine sachliche Information kann aber das uneinheitliche Altersbild in unserer Gesellschaft klären helfen.

Bei der Vermittlung von Wissen muß die sachliche Information bei den Erkenntnissen über die gesundheitliche Situation älterer Menschen einsetzen. Die Mitglieder der Kommission konnten sich einerseits nicht der Meinung von medizinischen Futurologen anschließen, daß die Zukunft der Älteren durch eine mehr oder minder kurze Krankheitsphase nur vor dem

Lebensende gekennzeichnet sein werde. Sie widersprachen andererseits eindeutig der Auffassung, daß eine Zunahme chronischer Erkrankungen unvermeidlich sei und daß solche Erkrankungen automatisch etwas mit beginnender Hilflosigkeit zu tun hätten. Sie sahen als vordringliche Aufgabe der Geriatrie die Sicherung einer dem Lebensalter angemessenen Diagnostik und Behandlung sowie den Ausbau von Rehabilitationsangeboten auch für die Zeit nach dem Eintritt in das Rentenalter an, schließlich die Befähigung von Angehörigen und Institutionen zu einer menschenwürdigen Pflege. In vielen Bereichen konnten die Grenzen der Behandlungsmöglichkeit durch die Erkenntnisse der gerontologischen Forschung ausgedehnt werden.

Neben der Gesundheit stellt die ökonomische Sicherung eine der wichtigsten Voraussetzungen für ein zufriedenstellendes und selbständiges Leben im Alter dar. Die Normalbiographie „Ausbildung — Erwerb — Ruhestand" hat seit den 70er Jahren eine kontinuierliche Änderung erfahren, die sich auf den Ruhestand auswirkt. Der Bericht diskutiert diese Zusammenhänge, gibt ferner einen Überblick über die in der Bundesrepublik Deutschland existierenden unterschiedlichen Sicherungssysteme und weist schließlich auch auf Lücken in der Sicherung hin, welche vor allem dann entstehen, wenn der typische Lebenslauf des langzeitbeschäftigten Arbeitnehmers nicht gegeben war. Dieser Hinweis auf eine latente Gefährdung durch Unterversorgung einer Minderheit — vor allem älterer Frauen — sollte bei der Diskussion über die Situation Älterer in der Bundesrepublik Deutschland ebenso berücksichtigt werden wie die im allgemeinen feststellbare hohe Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation (vor allem im Westen der Bundesrepublik Deutschland).

Der Bericht bezieht auch die vorliegenden Forschungsergebnisse zur geistigen und sozialen Kompetenz und zum psychischen Wohlbefinden im Bereich des normalen Alternsprozesses in eine Erörterung ein; ferner die Fähigkeiten älterer Menschen im Umgang mit Behinderung und chronischer Krankheit. Eine große Zahl älterer Menschen ist in der Lage — trotz eines chronischen Leidens und häufig ohne subjektive gesundheitliche Beeinträchtigungen —, ein selbständiges Leben bis ins hohe Alter zu führen. Wichtige Voraussetzung hierfür sind eine angemessene Wohnung sowie ein angemessenes Wohnumfeld. Eine große Bedeutung für Erleben und Verhalten älterer Menschen kommt dem sozialen Netzwerk zu. Erleben und Verhalten können nämlich nur im Kontext der sozialen Netzwerke verstanden werden.

Eine Analyse des sozialen Umfeldes älterer Menschen zeigt, daß dieses in vieler Hinsicht die Möglichkeiten zur selbständigen Lebensführung bzw. zu befriedigender Lebensgestaltung im Alter erweitern kann. Da auch Hilfeleistungen von Älteren für Familienangehörige und Freunde erbracht werden sowie Engagement im wirtschaftlichen, sozialen und politischen Bereich erkennbar ist, kann und darf man folgerichtig die Beziehungen zwischen alten Menschen und ihrer Umwelt keineswegs nur im Sinne einer dauernden Hilfsbedürftigkeit der Älteren sehen.

Besonders bedeutsame Faktoren für die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Kompetenz und Wohlbefinden sind Prävention und Rehabilitation. Deren positive Hervorhebung darf aber den Blick nicht verstellen für die massiven persönlichen Probleme, die mit dem gängig als „pflegebedürftig" bezeichneten Zustand im Alter verbunden sind. Mehr als bisher muß nach Lösungen gesucht werden, welche die — zum Teil unerträglichen — Belastungen für pflegende Familienangehörige mildern oder beseitigen helfen.

Pflegebedürftigkeit ist ein unbestimmtes Konzept, das historisch die Funktion hatte, eine Ausgliederung aus der Zuständigkeit des Gesundheitssystems zu bewirken. Die Grenzziehungen haben sich durch die Fortschritte der Altersmedizin gelockert — und doch wird vielfach an der „anderen Qualität von Pflegebedürftigkeit" im Vergleich zur chronischen Krankheit festgehalten —, so zuletzt der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990. Gerade dieser Bericht deckt auf, wie marginal die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konzept der Pflegebedürftigkeit in der Gesundheitsforschung bis heute geblieben ist.

Diese Unterlassung wird — betont durch deutliche regionale Unterschiede — in ihrer Auswirkung noch verstärkt durch ein quantitativ ungenügendes Angebot von zudem oft nicht hinreichend qualifizierten Mitarbeitern in der Altenarbeit. Die Suche nach Lösungen sollte — einschließlich der Pflegefallabsicherung — die Erfahrungen und zum Teil deutlich anderen gesetzlichen Regelungen des europäischen Auslandes kritisch prüfen und — so sie positiv sind — nutzen.

Als weiteren Aspekt der Kompetenz im Alter behandelt der Bericht Verkehrsteilnahme und selbständige Haushaltsführung, wobei letztere das hohe Potential an Fähigkeiten zur Selbsthilfe und -versorgung in der Bundesrepublik Deutschland deutlich aufzeigt. Zur Sicherung und Ergänzung der Fähigkeiten zur Selbsthilfe und Versorgung stellen Altenarbeit und Altenhilfe ihre Institutionen und Organisationen bereit, deren Probleme in ihren wesentlichen Elementen angesprochen werden.

Objektive Verhältnisse sowie subjektive Wahrnehmungen und Leistungen unterliegen deutlich erkennbaren gruppenspezifischen Einflüssen und weisen erhebliche interindividuelle Differenzen auf. Paradigmatisch werden Daten zur Situation in den neuen Bundesländern, zur sogenannten Armutsgrenze, zur Situation alternder Behinderter, älterer Ausländer sowie schließlich geschlechtsspezifische Aspekte beleuchtet.

Der Bericht in seiner Gesamtheit zeigt in vielen Bereichen vielversprechende Ansätze, andererseits aber auch große noch zu füllende Lücken auf. Hinweise auf besonders gravierende Bedarfe und Vorschläge zu ihrer Behebung durch Aktivitäten in allen Bereichen der Politik mit dem Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung eines aktiven Alterns enthalten die diesem Bericht beigefügten Empfehlungen sowie die Expertisen, die 1993 vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) veröffentlicht werden. Die Empfehlungen richten sich an politische Gremien auf allen Ebenen, an freie Verbände und Organisationen, an

die Wirtschaft sowie an Wissenschaft und Medien. Es kann kein Zweifel daran bestehen, daß die Lösung all dieser Probleme eine der größten Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte auf gesellschafts- und speziell altenpolitischem, familienpolitischem und sozialpolitischem Sektor darstellt.

Der erste Gesamtbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland wird der Bundesministerin für Familie und Senioren Hannelore Rönsch, im November 1992 übergeben und sodann zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung dem Parlament zugeleitet werden.

Prof. Dr. Rudolf-Maria Schütz

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans Thomae

1. Demographische Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland

1.1 Die bisherige Entwicklung

Sieht man als ältere Mitbürger die über 60jährigen an, so gab es im Jahre 1910 im Deutschen Reich mit einer der Zahl nach nur wenig kleineren Bevölkerung (65 Millionen) als 1990 im neuen Bundesgebiet (79 Millionen) nur 5,1 Millionen über 60jährige. Heute sind es dagegen im vereinten Deutschland 16 Millionen oder mehr als dreimal so viele. Der Bevölkerungsanteil der über 60jährigen von rund 8 % vor dem Ersten Weltkrieg und 15 % im Jahre 1950 stieg inzwischen auf über 20 %.

Unter den 16 Millionen über 60jährigen im neuen Bundesgebiet (davon 13 Millionen in den alten und 3 Millionen in den neuen Bundesländern) befanden sich am 1. Januar 1990 10,1 Millionen oder 63 % Frauen, aber nur 5,9 Millionen oder 37 % Männer. Vor dem Ersten Weltkrieg war der Frauenanteil unter der älteren Bevölkerung mit 55 % noch nicht so groß (vgl. Tabelle 1 im Anhang).

In den alten Bundesländern betrug 1990 der Bevölkerungsanteil der 60jährigen und Älteren 21 %, in den neuen Bundesländern nur 18 %. Der Unterschied ist auf die Abwanderung vieler Rentner nach 1961 nach Westdeutschland zurückzuführen. Dazu kommen im Gebiet der früheren DDR die Auswirkungen der geringeren Lebenserwartung der Älteren, aber auch die Abwanderung vieler jüngerer Menschen in den Westen bis 1961.

Die Ursachen der allmählichen Zunahme der älteren Bevölkerung in Deutschland sind vor allem:

— das Älterwerden der Personen aus den starken Jahrgängen der vor dem Ersten Weltkrieg Geborenen und

— der Anstieg der Lebenserwartung bzw. der Rückgang der Sterblichkeit.

Die Auswirkungen der gestiegenen Lebenserwartung sind beispielsweise daran zu erkennen, daß zu Beginn dieses Jahrhunderts nur 44 % der neugeborenen Knaben und 51 % der neugeborenen Mädchen 60 Jahre alt wurden. Nach den Sterblichkeitsverhältnissen 1986/88 im alten Bundesgebiet erreichen jedoch 84 % der Knaben und fast 92 % der Mädchen dieses Alter. Die Wahrscheinlichkeit der Neugeborenen, das Rentenalter zu erreichen, hat sich also fast verdoppelt.

Noch besser läßt sich die Bedeutung des Sterblichkeitsrückgangs für den Anteil der älteren Bevölkerung an der Zahl der Jahre ablesen, welche die 60jährigen noch vor sich haben. Sie stieg von 1901/10 bis 1986/88 im alten Bundesgebiet bei den Männern von 13,1 auf 17,5 und bei den Frauen von 14,2 auf 21,9 Jahre, liegt allerdings in den neuen Bundesländern zur Zeit nur bei 16,2 bzw. 19,8 Jahren (vgl. Tabelle 4).

Damit ist aber nur ein Teil der Zunahme des Anteils der über 60jährigen von 8 % 1910 auf 20 % im Jahr 1990 erklärt. Eine wesentliche Rolle spielt auch der Geburtenrückgang. Um 1900 hatten 100 Frauen im Durchschnitt 400 lebendgeborene Kinder, heute sind es dagegen im alten Bundesgebiet nur noch 140 und im neuen etwa 150. Das hat in der Altersgliederung der Bevölkerung eine bedeutende Verminderung des Anteils der Kinder und Jugendlichen und eine entsprechende Erhöhung des Anteils der Älteren zur Folge gehabt (vgl. Abbildung 1 und Tabelle 1 im Anhang). Zu beachten ist aber, daß auch bei einer Zunahme der Geburtenhäufigkeit auf einen Stand von 210 Lebendgeborenen je 100 Frauen oder ungefähr 240 je 100 verheiratete Frauen, was ohne Zu- und Abwanderung zur Erhaltung des Bevölkerungsstandes gerade ausreichend wäre, bei den heutigen Sterblichkeitsverhältnissen 23 % der Bevölkerung über 60 Jahre alt wären. Zur Zeit ist dieser Anteil nur deshalb nicht so hoch, weil viele Männer, die heute um 70 Jahre alt sein würden, im Zweiten Weltkrieg gefallen sind.

Die große Überzahl der Frauen unter der älteren und der ältesten Bevölkerung hängt noch zum Teil mit den Männerverlusten in den beiden Weltkriegen zusammen. Ohne diese Toten würde das Zahlenverhältnis Frauen zu Männer bei den über 60jährigen nicht 170, sondern nur ungefähr 130 Frauen je 100 Männer betragen. Aber auch dann wäre der Frauenüberschuß beträchtlich, zumal er mit zunehmendem Alter immer größer wird und beispielsweise bei den über 80jährigen 230 Frauen auf 100 Männer beträgt. Die entscheidende Ursache hierfür ist, daß die Frauen länger als die Männer leben. Unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen (Sterbetafel 1986/88 für das alte Bundesgebiet) beträgt der Unterschied der Lebenserwartung zugunsten der Frauen bei den Neugeborenen 6,5 und bei den 60jährigen 4,4 Jahre. Oder anders: Männer, die 60 Jahre alt geworden sind, werden im Durchschnitt 77,6 Jahre alt, 60jährige Frauen dagegen sterben im Durchschnitt erst mit 82 Jahren. Auf die Frage, warum die Frauen länger leben, gibt es noch keine endgültige Antwort. Möglicherweise spielen genetische Gründe eine Rolle.

Der Familienstand ist ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für die Situation im Alter.

Selbst von den über 75jährigen Männern sind noch zwei Drittel verheiratet, aber nur ein Fünftel der Frauen. Der Anteil verheirateter Frauen nimmt also mit zunehmendem Alter viel früher und auch rascher ab als bei den Männern. Wiederum spielt unter den Gründen die höhere Sterblichkeit der Männer, daneben aber auch der Altersunterschied der Ehegatten eine entscheidende Rolle. Es ist außerdem in Rechnung zu stellen, daß die Witwer häufiger als die Witwen wieder heiraten. So gehen z. B. 65jährige Witwer im Verlauf ihres weiteren Lebens zu 12 % eine

Tabelle 1

Familienstand der über 60jährigen in den alten und neuen Bundesländern in Prozent

Familienstand	Männer		Frauen	
	alte Länder 1988	neue Länder 1989	alte Länder 1988	neue Länder 1989
Ledig	4,0	1,6	9,0	7,3
Verheiratet	79,6	80,4	37,9	37,6
Verwitwet	13,5	15,1	49,0	47,9
Geschieden	2,9	2,9	4,1	7,2
Zusammen	100	100	100	100

Quelle: Mitteilung Statistisches Bundesamt, 1992, nicht veröffentlicht.

neue Ehe ein, Witwen aber nur zu 1 %. Die Männer haben auch weit bessere Heiratschancen, weil es schon ab dem 55. Lebensjahr mehr unverheiratete Frauen als Männer gibt. Unter den Älteren gibt es aber nicht nur weit mehr Witwen als Witwer, sondern auch mehr geschiedene Frauen als geschiedene Männer. Dabei spielt — neben dem schon genannten Frauenüberschuß — sicher eine Rolle, daß die Kinder nach einer Scheidung der Eltern in der Regel bei der Mutter aufwachsen, deren Chancen auf baldige Wiederverheiratung hierdurch geschmälert werden. Von den 40jährigen geschiedenen Männern heiraten rund 40 % wieder, von den gleichaltrigen geschiedenen Frauen aber nur 20 %. Der hohe Anteil ledig gebliebener älterer Frauen ist vor allem eine Folge der beiden Weltkriege mit ihren Männerverlusten.

Die Zahl der über 60jährigen Ausländer betrug 1990 in den alten Bundesländern rund 265 000, davon waren jeweils die Hälfte Männer und Frauen. Das waren 5 % aller Ausländer oder 2 % aller über 60jährigen im alten Bundesgebiet. In den neuen Bundesländern, mit schätzungsweise 2 000 Ausländern über 60, spielte diese Personengruppe bisher fast keine Rolle.

1.2 Regionale Unterschiede des Anteils älterer Menschen

Für das gesamte (neue) Bundesgebiet betrug am 1. Januar 1990 der Bevölkerungsanteil der 60jährigen und Älteren — wie eingangs gesagt — 16,1 Millionen oder 20,3 % der Gesamtbevölkerung von 79,1 Millionen. Die einzelnen Zahlen für die alten und neuen Bundesländer gehen aus Tabelle 2 hervor.

Danach ist der Bevölkerungsanteil der 60jährigen und Älteren in Hamburg und Bremen mit über 23 % am höchsten. Es folgen die Flächenländer der alten Bundesländer und Sachsen mit 19 % bis 21 % und schließlich die übrigen neuen Bundesländer mit 15 % bis 19 %. Im neuen Land Berlin leben 18,8 % über 60jährige, 21,1 % in West-Berlin und 14,9 % in Ost-Berlin. In allen diesen Prozentsätzen spiegelt sich — wenn man von Ost-Berlin absieht — der generell höhere Anteil älterer Menschen in den Stadtstaaten und der im Vergleich zur ehemaligen Bundesrepublik Deutschland generell niedrigere Anteil älterer Menschen in der früheren DDR wider.

Die genannte Reihenfolge bleibt erhalten, wenn man den Bevölkerungsanteil der 80jährigen und Älteren zum Maßstab nimmt, der von nur 2,5 % in Mecklenburg-Vorpommern auf 5,0 % in Hamburg und 5,4 % in West-Berlin ansteigt. Im Bundesdurchschnitt macht er 3,7 % aus.

Größere und regional bedeutsamere Besonderheiten werden sichtbar, wenn man nach Stadt und Land unterscheidet. Früher war das in der Weise üblich, daß man nach der Einwohnerzahl (Größe) der Gemeinden unterschied. Es können aber z. B. kleine Gemeinden sowohl in einem Ballungsgebiet als auch auf dem flachen Land abseits der großen Agglomerationen liegen. Die Gliederung der Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen ist außerdem nicht unabhängig von länderspezifischen Besonderheiten der Kommunalverfassung.

Es bot sich infolgedessen an, nach einem anderen, von der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung entworfenen Verfahren vorzugehen, das Eingang in die Raumordnungsberichte der Bundesregierung gefunden hat. Dabei werden Gebietstypen unterschieden, die sich aus den Stadt- und Landkreisen als Bausteine zusammensetzen. Im einzelnen handelt es sich um drei Typen:

Regionen mit großen Verdichtungsräumen: Beispiele sind die Räume um Hamburg, Hannover, Frankfurt/Main, Mannheim-Ludwigshafen, Stuttgart, Nürnberg und München.

Regionen mit Verdichtungsansätzen: Beispiele hierzu sind Kiel, Münster i.W., Göttingen, Würzburg, Freiburg i.B. mit ihrem Umland.

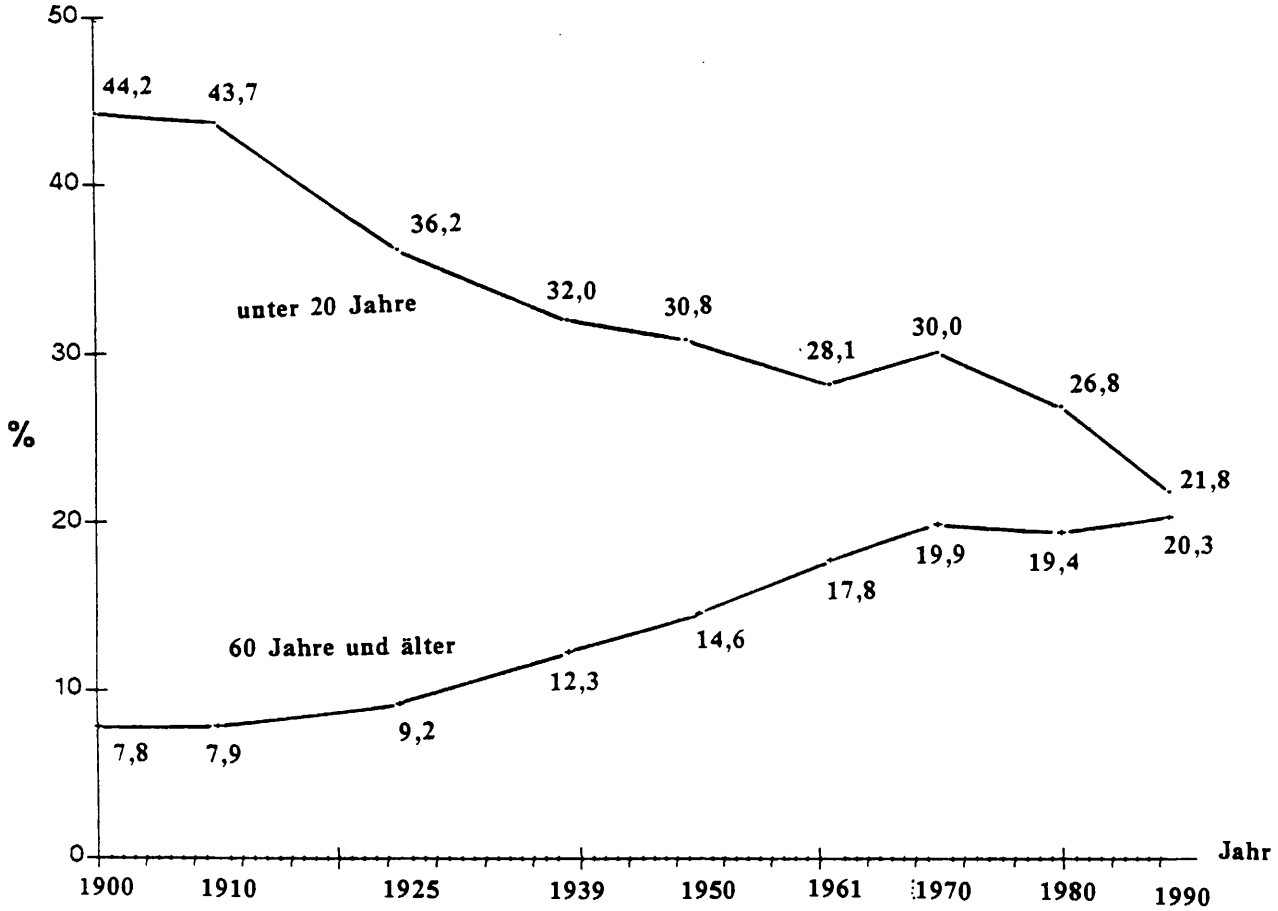
Ländlich geprägte Regionen: Dazu gehören beispielsweise Ostfriesland, die Eifel und Teile Ostbayerns sowie Mecklenburg.

Über den Anteil der 60jährigen und Älteren in den Gebiets- und Kreistypen unterrichtet Tabelle 3.

Danach ist der Bevölkerungsanteil der 60jährigen und Älteren in den Kernstädten der Ballungsgebiete der

Abbildung 1

Bevölkerungsanteil der noch nicht 20jährigen und der 60jährigen und älteren 1900 bis 1990 in Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung



Anmerkung: Bis 1939 deutsches Reich in den Grenzen vom 31. Dezember 1937, danach Bundesgebiet in den Grenzen vom 30. Oktober 1990 (vgl. Tabelle 1 im Anhang).

Quelle: Mitteilung Statistisches Bundesamt, 1992.

alten Bundesländer am größten und im hochverdichteten Umland dieser Städte dagegen deutlich kleiner. Das hängt damit zusammen, daß in den vergangenen Jahrzehnten viele junge Familien aus den Ballungskernen in das Umland oder aus ländlichen Gebieten gleich in das Umland der großen Städte mit billigeren Wohngrundstücken und niedrigeren Mieten abgewandert sind. Die Folge war eine Verjüngung der Bevölkerung in den suburbanen Räumen.

Das wird im Gebiet der alten Bundesländer so aber nicht bleiben, denn die früheren Abwanderer werden älter. Nach Modellrechnungen der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung ist damit zu rechnen, daß in den großen Städten im Kern der Verdichtungsräume beispielsweise die Zahl der über 75jährigen in den kommenden Jahrzehnten nicht zunehmen sondern abnehmen wird, während im Umland der Kernstädte der großen Verdichtungsräume bis zum Jahr 2010 Zunahmen von (im Durchschnitt) 15 % bis 20 % zu erwarten sind.

In den neuen Bundesländern ist die Situation anders. Hier leben zur Zeit in den Kernstädten der verdichteten Räume relativ wenige ältere Menschen.

1.3 Wahrscheinliche weitere Entwicklungen

Die wahrscheinliche weitere Entwicklung der Zahl älterer Menschen hängt von der Stärke der Geburtsjahrgänge der Männer und Frauen ab, die in den kommenden Jahren in ein höheres Alter aufrücken, ferner von Wanderungen und davon, wie die weitere Entwicklung der Sterblichkeit im Alter verlaufen wird. Die gegenwärtige Sterblichkeit ist nach Alter und Geschlecht bekannt, aber auch die Zahl der Personen, die in den nächsten Jahren zu den Alten gehören werden. Beschränkt man sich in den Aussagen auf die über 60jährigen bis zum Jahr 2030, so handelt es sich um die Jahrgänge der vor 1970 Geborenen. Die weitere Entwicklung der Zahl alter Menschen wird voraussichtlich durch Zuwanderungen von Ausländern wenig beeinflußt, da deren Mobilität besonders gering ist.

Zur weiteren Entwicklung der Sterblichkeit wurde angenommen, daß diese allmählich bis zum Jahr 2000 abnimmt und gleichzeitig eine Annäherung der Sterblichkeitsverhältnisse in den neuen Bundesländern an die Verhältnisse in den alten stattfindet.

Tabelle 2

Bevölkerung von 60 und mehr Jahren in den Bundesländern am 1. Januar 1990 (zum Gebietsstand am 3. Oktober 1990)

Land	Darunter im Alter von ... Jahren				
	Bevölkerung insgesamt	60 und mehr		80 und mehr	
	1 000		%	1 000	%
Baden-Württemberg	9 618,7	1 879,4	*19,5*	342,5	*3,6*
Bayern	11 220,7	2 299,5	*20,5*	402,6	*3,6*
Berlin	3 409,7	640,4	*18,8*	153,7	*4,5*
Brandenburg	2 641,2	439,1	*16,6*	79,9	*3,0*
Bremen	673,7	156,1	*23,2*	30,2	*4,5*
Hamburg	1 626,2	380,8	*23,4*	81,3	*5,0*
Hessen	5 660,6	1 195,9	*21,1*	220,6	*3,9*
Mecklenburg-Vorpommern	1 963,9	297,3	*15,1*	49,5	*2,5*
Niedersachsen	7 283,8	1 559,6	*21,4*	291,3	*3,9*
Nordrhein-Westfalen	17 103,6	3 565,3	*20,8*	621,4	*3,6*
Rheinland-Pfalz	3 701,7	807,5	*21,8*	141,1	*3,8*
Saarland	1 064,9	229,3	*21,5*	36,7	*3,4*
Sachsen	4 900,7	1 021,2	*20,8*	195,8	*4,0*
Sachsen-Anhalt	2 965,0	563,3	*19,0*	95,2	*3,2*
Schleswig-Holstein	2 594,6	551,2	*21,2*	109,1	*4,2*
Thüringen	2 683,9	496,5	*18,5*	82,7	*3,1*
Zusammen	79 112,8	16 082,5	*20,3*	2 933,4	*3,7*

Quelle: Mitteilung Statistisches Bundesamt, 1992, nicht veröffentlicht.

Tabelle 3

Bevölkerung nach Alter und siedlungsstrukturellen Regionstypen (1. Januar 1990)

	Alte Bundesländer				Neue Bundesländer			
	Bevölkerung insgesamt	60+ (in %)	Bevölkerung insgesamt	75+ (in %)	Bevölkerung insgesamt	60+ (in %)	Bevölkerung insgesamt	75+ (in %)
Regionen mit großen Verdichtungsräumen								
Kernstädte	3 746 227	*22,2*	1 404 711	*8,3*	573 673	*17,6*	217 392	*6,6*
Hochverdichtete Kreise	2 230 517	*19,3*	744 853	*6,4*	209 597	*23,2*	78 965	*8,7*
Verdichtete Kreise	953 819	*20,2*	333 635	*7,1*	341 298	*21,1*	122 426	*7,6*
Ländliche Kreise	350 308	*20,0*	124 709	*7,7*	293 295	*18,6*	104 320	*6,6*
Regionen mit Verdichtungsansätzen								
Kernstädte	751 389	*22,6*	279 823	*8,4*	193 021	*15,7*	67 039	*5,5*
Verdichtete Kreise	2 065 963	*20,0*	719 758	*7,0*	479 468	*19,3*	167 450	*6,7*
Ländliche Kreise	903 780	*21,2*	317 416	*7,5*	344 972	*18,3*	118 432	*6,3*
Ländlich geprägte Regionen								
Verdichtete Kreise	1 074 706	*20,6*	378 945	*7,3*	199 713	*15,1*	67 687	*5,2*
Ländliche Kreise	998 050	*21,4*	346 729	*7,4*	372 685	*17,3*	129 548	*6,0*
Zusammen	13 074 759	*20,9*	4 650 579	*7,4*	3 007 722	*18,3*	1 073 259	*6,5*

Quelle: Mitteilung Bundesforschunganstalt für Landeskunde und Raumordnung, 1992, nicht veröffentlicht.

Tabelle 4

Die Lebenserwartung in den alten Bundesländern für den Zeitraum 1986/1988 und in den neuen Bundesländern für den Zeitraum 1988/1989 in Jahren

	Männliche Personen		Weibliche Personen	
	alte	neue	alte	neue
	Bundesländer			
Neugeborene	72,21	70,03	78,68	76,23
60jährige	17,55	16,16	21,95	19,79

Quelle: Statistisches Jahrbuch für das vereinte Deutschland, 1991f.

Eine Sterbetafel für das vereinigte Deutschland war 1991 noch nicht vorhanden.

Unter den genannten Voraussetzungen ist folgende Bevölkerungsentwicklung zu erwarten (siehe Tabelle 5).

Bis zum Jahr 2010 wäre das für die über 60jährigen eine Zunahme um rund ein Viertel und bis zum Jahr 2030 um 50 %. Für die über 80jährigen ergeben sich etwas niedrigere Zuwachsraten von 24 % bis zum Jahr 2010 und mehr als 50 % bis 2020. In knapp 20 Jahren wären 26 % und in etwa 40 Jahren 35 % der Bevölkerung über 60 und 6 % über 80 Jahre alt. Hier sei angemerkt, daß sich die Zuwachsraten der Älteren durch das Hinzukommen der neuen Bundesländer vermindert haben. Die absoluten Zahlen sind natürlich größer geworden.

In bezug auf die über 60jährigen Ausländer ist durch das Älterwerden der im Bundesgebiet schon wohnenden jüngeren Ausländer und durch die zu erwartende weitere Zuwanderung mit beträchtlichen Zunahmen zu rechnen. Die heutige Zahl von rund 200 000 könnte sich allmählich vervielfachen. Eine Prognose für diesen Personenkreis ist vor allem deshalb schwierig, weil die Annahmen über einen weiteren Zustrom von Ausländern und ihre eventuelle Rückkehr in die Heimatländer im Alter zwangsläufig spekulativ sind.

Tabelle 2 im Anhang bringt Angaben über die wahrscheinliche Entwicklung der Zahl der über 60jährigen in den 12 Ländern der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und in einigen weiteren Ländern bis zum Jahr 2025 nach Berechnungen der Vereinten Nationen. Danach ist überall von einem starken Anstieg der Zahl der über 60jährigen auszugehen. Besonders hohe Zunahmen schon bis zum Jahr 2010 sind — außer in der Bundesrepublik Deutschland — z. B. in der Schweiz, in Finnland, Italien, Griechenland, Luxemburg und vor allem in Japan zu erwarten. Berücksichtigt man die durch Geburtenrückgang und verlängerte Lebenserwartung veränderte Bevölkerungsstruktur, wie sie in den Jahren 2000 bis 2025 zu erwarten ist, dann ergeben sich allein für sieben europäische Länder Bevölkerungsanteile von 30 und mehr Prozent. Die absoluten Zahlen der über 60jährigen steigen von 1990 bis 2025 in den 12 EG-Staaten um 70 %, in den Vereinigten Staaten, in Kanada oder in Japan sogar auf annähernd das Doppelte. Nicht nur in Deutschland, sondern fast überall in Europa und in den überseeischen Industrieländern hat man es schon jetzt und noch viel mehr in der Zukunft mit einer „ergrauten Gesellschaft" zu tun.

Tabelle 5

Weitere Bevölkerungsentwicklung

Jahr (31. 12.)	insgesamt			60 und älter				80 und älter			
	alte Länder	neue Länder	gesamt	alte Länder	neue Länder	gesamt	%	alte Länder	neue Länder	gesamt	%
	Millionen			Millionen				Millionen			
1990	63,8	16,0	79,8	13,3	3,0	16,3	*20,4*	2,5	0,5	3,0	*3,8*
2000	65,8	15,4	81,1	15,6	3,5	19,1	*23,6*	2,5	0,4	2,9	*3,6*
2010	63,8	15,0	78,9	16,7	3,6	20,4	*25,9*	3,2	0,5	3,7	*4,7*
2020	60,7	14,3	75,0	18,0	4,0	22,0	*29,3*	3,8	0,8	4,6	*6,1*
2030	56,6	13,3	69,9	20,0	4,4	24,4	*34,9*	3,6	0,8	4,4	*6,3*

Quelle: Statistisches Bundesamt: Entwicklung der Bevölkerung bis 2030 in: Wirtschaft und Statistik, 4, 1992a, S. 217f.

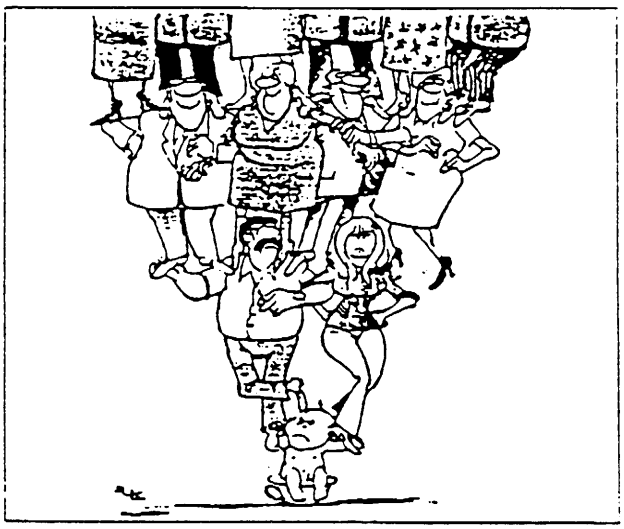
2. Das Altersbild der Gesellschaft

2.1 Einleitung

Bestimmte gesellschaftliche Konsequenzen der im ersten Abschnitt dieses Berichts aufgewiesenen demographischen Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland werden in den „Informationen zur Politischen Bildung" Nr. 220 (1988) in einer wohl humoristisch gemeinten Weise veranschaulicht. Am Fuß der zum Pilz gewordenen Bevölkerungspyramide des Jahres 2000 sieht man ein Baby, das auf seinen Schultern ein wohlgenährtes Elternpaar trägt. Auf dessen Schultern posieren die nun schon deutlich übergewichtigen Großeltern, und nur noch teilweise sind drei, sich auf den Schultern der Großeltern balancierende Urgroßelternpaare erkennbar.

Abbildung 2

Deutscher Rentenzahler 2000



Quelle: Informationen zur politischen Bildung, Nr. 220/1988, S. 8.

Diese Illustration bringt eine gesellschaftliche Einstellung gegenüber dem Alter zum Ausdruck, die oft genug mit dem Begriff „Alterslast" umschrieben wird. „Die Negativbewertungen" der „Überalterung" der Gesellschaft erfolgen gleichförmig, auch wenn bei Adenauer der Altersanteil 9 % an der Bevölkerung (nach eigenen Angaben) betrug und bei Kohl — 34 Jahre später — etwa 20 % über 60jährige den Hintergrund für die Anmerkung bilden. Die Diagnostizierung einer „Alterslast" oder einer „Überalterung", so kann man schlußfolgern, erfolgt weitgehend unabhängig von tatsächlichen Quantitäten und Zahlenrelationen (Dieck, 1987a, S. 196). Auch in der früheren DDR war das Altersbild der Gesellschaft eher negativ akzentuiert (Kohnert et al., 1992).

In die implizite Bedeutung des Begriffs „Altenlast" gehen aber nicht nur Daten über einen ständig zunehmenden Anteil der alten Menschen an der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ein. Verknüpft ist dieser Begriff auch mit den zu erwartenden Schwierigkeiten für die Sicherung der Altersrenten in den nächsten Jahrzehnten. Hinzu kommen fast täglich Äußerungen von Experten und Politikern über ein bedrohliches Ausmaß des gegenwärtigen und künftigen Bedarfs für die gesundheitliche Versorgung chronisch Kranker und für die Pflege nicht mehr zu selbständiger Lebensführung fähiger alter Menschen.

Eine Analyse des beim Kuratorium Deutsche Altershilfe/Köln vorhandenen Archivmaterials über die Berichterstattung der bundesdeutschen Presse zum Thema „Alter" zeigte, daß sich diese Berichte überwiegend auf die Altenhilfe beziehen. „Demgemäß gehören die Alten, die ins Blickfeld rücken, vornehmlich zur Klientel der Altenhilfe. Betreuungsbedürftige, Kranke, Arme, Hilfs- oder Pflegeabhängige eher als Aktive, Unabhängige, Gutsituierte, Gesunde" (Dierl, 1989, S. 109). Die Berichterstattung im redaktionellen Teil der Presse wird ergänzt durch die Inhalte von Werbeanzeigen, vor allem in illustrierten Zeitschriften. Soweit sich diese an ältere Menschen wende, sei sie fast identisch mit Pharmawerbung. Symptome der Lustlosigkeit, Abgespanntheit und Niedergeschlagenheit kennzeichnen nach dieser Analyse die werbenden bildlichen und sprachlichen Darstellungen älterer Menschen. Mit unpräzisen Aussagen von hohem Allgemeinheitsgrad werde der alte Mensch beschrieben als ein „von vielfältigen Verschleißerscheinungen geplagter, durch mannigfache Leistungsdefizite geprägter und unter ‚vorzeitigen' oder in diesem Sinne ‚rechtzeitigen' Altersbeschwerden leidender Greis" (Horn & Naegele, 1976).

In der Analyse von Dierl (1989) über das von der Presse vermittelte Altersbild erscheinen 16,1 % der archivierten Artikel als stark abweichend von diesem negativ akzentuierten Stereotyp. In ihnen stehen die „aktiven" Alten im Mittelpunkt, wie sie sich in Altenwohngemeinschaften, Seniorenbeiräten, Seniorenbünden — wie den Grauen Panthern — oder als Teilnehmer von Studiengängen oder -möglichkeiten für Senioren repräsentieren.

2.2 Ergebnisse der Meinungsforschung über Altersbilder

Entsprechend diesen und vielen anderen unterschiedlichen Äußerungen über „das" Alter gibt es über das Altersbild in der deutschen Bevölkerung sehr unterschiedliche Auffassungen. Nach der ersten Umfrage in Gesamtdeutschland, welche das Institut für Demoskopie Allensbach im August 1989 (alte Bundesländer) und Januar 1991 (neue Bundesländer) durch-

führte, hatten in den neuen Bundesländern 52 %, in den alten 65 % einen „überwiegend" günstigen Eindruck von den älteren Menschen, d. h. jenen, die 60 Jahre und älter waren. Der Anteil jener, die einen solchen Eindruck hatten, stieg in den neuen Bundesländern von 43 % bei den 16- bis 29jährigen, auf 62 % bei den 60jährigen und älteren. In den alten Bundesländern lag der Anteil in der jüngsten Befragtengruppe bei 49 %, bei den 60jährigen und Älteren bei 76 %. Einen ungünstigen Eindruck von den Älteren hatten in den neuen Ländern 19 %, in den alten 10 %. Die Anteile der Befragten mit einem derartigen Eindruck sanken von 23 % in der Gruppe der 16- bis 29jährigen auf 17 % in der Gruppe der 60 und mehr Jahre alten in den neuen Bundesländern und von 17 % auf 7 % in den alten Bundesländern (IfD Allensbach, 1992).

Die hier erkennbar werdenden Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern waren noch größer in bezug auf die Einstellung zur jüngeren Generation. Insgesamt hatten nur 36 % der Befragten in den neuen, doch 60 % in den alten Bundesländern einen günstigen Eindruck von der Jugend. Ungünstig war dieser bei 32 % in den neuen und 16 % in den alten Bundesländern. Besonders ausgeprägt war diese negative Einstellung bei der Gruppe der 60 und mehr Jahre alten in den neuen Bundesländern, von denen 43 % einen ungünstigen Eindruck von den 16- bis 29jährigen jungen Menschen äußerten. In den alten Bundesländern lag hingegen der Anteil bei 19 %. Die Autoren der Studie verweisen zur Erklärung dieser Unterschiede in den Einstellungen zu Alter und Jugend in den neuen und alten Bundesländern darauf, „daß es gerade im Westen einer gesellschaftlichen Norm entspricht, der Jugend gegenüber positiv eingestellt zu sein", während in den neuen Ländern eine solche Norm noch nicht gegeben sei.

Im allgemeinen sind Fragen nach speziellen Verhaltensweisen älterer Menschen geeigneter, den Einfluß sozialer Normen bei der Beantwortung von Meinungsumfragen zu reduzieren. Welche Bedeutung solche Normen haben, wurde beispielsweise in einer repräsentativen Befragung in den alten Bundesländern aus dem Jahre 1989 deutlich, in der zahlreiche vom Befrager angebotene negative Charakterisierungen als nicht zutreffend für ältere Menschen bezeichnet wurden (Arnold & Lang, 1989b). Dennoch sind nach Meinung von 44 % dieser repräsentativen Stichprobe ältere Menschen „träge, unbeweglich". 67 % schätzen sie als „langsam" ein, 61 % schreiben ihnen „Starrsinn" zu. Von den 14- bis 34jährigen erfolgten solche Zuschreibungen jeweils etwas häufiger als von den 35- bis 64jährigen. Eindeutig negative Charakterisierungen Älterer, wie „sie reden dummes Zeug", werden von 39 % der Befragten der Altersgruppe der 14- bis 34jährigen als zutreffend bezeichnet.

Die Erwartungen gegenüber dem eigenen künftigen Alter sind bei den 16- bis 59jährigen Frauen, welche im Januar 1992 vom Institut für Demoskopie Allensbach befragt wurden, deutlich negativer als bei den Männern. Diese Unterschiede waren in den alten Bundesländern besonders stark ausgeprägt. Fast die Hälfte der westdeutschen Frauen hatte derartige negative Erwartungen, während dies nur für etwas mehr als ein Drittel der westdeutschen Männer zutraf. Die Sorge, anderen zur Last zu fallen, und Furcht vor Einsamkeit trugen besonders zu diesen geschlechtsspezifischen Unterschieden bei. Hinsichtlich dieser negativen Erwartungen unterschieden sich auch die Frauen in den alten und neuen Bundesländern (IfD Allensbach, 1992).

Man kann somit solchen Umfragen weder entnehmen, das Altersbild der Deutschen sei günstig, noch daß es ungünstig sei. Es hat viele Facetten und drückt in mancher Hinsicht auch gewisse Generationsgegensätze aus. Dies ist vor allem dann anzunehmen, wenn nach den Resultaten der nur in den alten Bundesländern durchgeführten Allensbachumfrage von 1990 71 % der 16- bis 29jährigen der Meinung waren, ältere Menschen verstünden die Jugend nicht. Bei den 30- bis 44jährigen war dies bei 74 %, bei den 45- bis 59jährigen bei 66 % der Befragten der Fall. Derartige Meinungen spiegeln sicherlich manchen Alltagskonflikt wider und sind gerade in bezug auf die jüngsten Befragtengruppen auch für frühere Generationen vorherrschend gewesen. Darüber hinaus könnte es in diesem Fall auch sein, daß die Ergebnisse objektive Wahrnehmungen über ein geringes Verständnis gegenüber der Jugend widerspiegeln: Die eher positive Einstellung auch der älteren Befragten gegenüber der Jugend aus der gleichen Umfrage widerlegt dies jedoch.

In bezug auf die soziale Situation gibt es dagegen eindeutige Hinweise auf eine stereotype Verkennung der Lage Älterer. Dies wird etwa in der Umfrage von Arnold & Lang in den alten Bundesländern aus dem Jahre 1989 deutlich, der zufolge 52 % aller und 51 % der jüngsten Befragten der Meinung waren, ältere Menschen lebten meistens in Altersheimen. 70 % aller und 75 % der jüngsten Befragten dieses Panels meinten, alte Menschen seien sozial isoliert und depressiv. Ergebnisse des Instituts für Demoskopie Allensbach weisen in eine andere Richtung (vgl. Tabelle 3 im Anhang).

Insofern treten in den Ansichten dieser Befragten eher stereotype Vorstellungen über die soziale Situation älterer Menschen in den Vordergrund. Die Diskussion um die Notwendigkeit einer Pflegeversicherung scheint sich in diesen Umfrageergebnissen noch nicht niedergeschlagen zu haben.

2.3 Wie soll man Altersbilder beeinflussen?

Im Zusammenhang mit dieser Diskussion wurde von sozialwissenschaftlicher Seite aus geäußert, im Interesse der älteren Menschen sei es notwendig, sich bei der Korrektur negativer Stereotype zurückzuhalten oder diese Stereotype sogar zu unterstützen (Tews, 1991, S. 91ff.) Als Argument wird in diesem Zusammenhang der Erfolg von Kampagnen zur Besserung der Notlage der älteren Bevölkerung in den USA angeführt. Diese habe zu einer deutlichen Besserung der ökonomischen Situation Älterer geführt. Allerdings wird bei solchen Hinweisen vergessen, daß im Meinungsbild eines großen Teils der amerikanischen Öffentlichkeit die ältere Generation als Sündenbock für die außerordentlich schlechte wirtschaftliche Lage Jüngerer hingestellt wird (vgl. Sheppard, 1991). Dies

zeigt die Problematik eines Vorschlags, demzufolge Wissenschaftler tendenziell bestimmte Meinungen über das Alter verstärken sollen. Zu hoch angesetzte Einschätzungen des Anteils Pflegebedürftiger unter den Älteren erschweren eher die Regelung einer Vorsorge für dieses Problem, weil daraus zu hohe Belastungen für den einzelnen und die Wirtschaft abgeleitet werden können.

Aufgabe der Wissenschaft ist es, Aussagen über die gesundheitliche, soziale und geistige Situation auf der Grundlage möglichst repräsentativer Erhebungen und Beobachtungen zu treffen. Die erste Schlußfolgerung aus solchen Erkenntnissen ist die Einsicht, daß es „den" alten Menschen so wenig gibt, wie „den" Jugendlichen. Aufgabe der Gesellschaft wie der einzelnen ist es, den Blick auf die Individualität des Alterns, die oft durch Stereotypien und Schablonen verdeckt wird, offen zu halten und auf allen Ebenen politischer und sozialer Aktivität Angebote und Hilfe für eine Vielfalt von Bedürfnissen und Lebenslagen bereitzustellen.

3. Menschen zwischen Erwerbsleben und Ruhestand

3.1 Vorbemerkungen

Ältere, noch im Erwerbsleben stehende Personen können der Aufmerksamkeit von Sozialpolitikern schon länger sicher sein. Jene der Wissenschaft wird ihnen erst in jüngerer Zeit zuteil. Sie selbst sind sich des Status einer „besonderen" Gruppe, auf die sich die Blicke anderer richten, sehr wohl bewußt.

Diese Situation ist Ausdruck einer Entwicklung, die weit in die Geschichte der Erwerbsbeteiligung der erwachsenen Bevölkerung zurückreicht und vom Aus- und Umbau der sozialen Sicherungssysteme mitgestaltet wurde, die ihre heutige Charakteristik aber erst seit Beginn der zunehmenden Arbeitsmarktprobleme um die Mitte der 70er Jahre herausgebildet hat.

Die in ihrem gegenseitigen Zusammenwirken bedeutsamsten Momente, aus denen heraus die Gruppe der älteren Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen als eine sozial und politisch wahrgenommene Größe entstand, sind:

— die stark sinkende Erwerbsbeteiligung der über 50jährigen (die sich in einzelnen Ländern allerdings verschieden nach Ausmaß und Geschwindigkeit entwickelte) und die meist zu einem erheblichen Teil die Konsequenz darstellte aus:

  — der Neueinführung von und Erleichterungen in bestehenden Regelungen, die den Übergang in die Rente betreffen, die ihrerseits in Zusammenhang mit den wachsenden Problemen auf dem Arbeitsmarkt stehen und mit denen — innerhalb der Sozial- und Beschäftigungspolitik — spezifische, auf ältere Erwerbspersonen gerichtete Maßnahmen korrespondieren;

  — dem wachsenden Druck auf diese Personengruppe, die Beschäftigung zu beenden, und schließlich

  — der im Endeffekt hohen Bereitschaft, die „Alternativrolle" des Rentners bzw. Frühpensionisten zu akzeptieren und den Arbeitsmarkt definitiv zu verlassen.

Die gegenwärtige Situation der älteren Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt und in den in die Pension bzw. Rente überleitenden Teilbereichen der sozialen Sicherungssysteme, die Art und Weise, wie sie zum Ziel sozialpolitischer Maßnahmen wurden, und schließlich die Tatsache, daß an ihnen die Entstehung möglicher „neuer" Ungleichheiten sichtbar wird, sind die Gründe dafür, daß hier das Augenmerk auf die „Übergänge vom Erwerbsleben in den Ruhestand" sowie deren Ursachen und Folgen gerichtet wird. Sofern im folgenden von der Lebenssituation nach der Erwerbsphase die Rede sein wird, werden vornehmlich die Begriffe „Rente" bzw. „Pension" verwendet werden, wie sie den verschiedenen Sicherungssystemen entsprechen, die einander gegenübergestellt werden; sofern von Einkünften in dieser Phase gesprochen wird, sollen diese, wo immer dies sinnvoll ist, „Altersbezüge" oder „Altersruhegeld" heißen.

3.2 Älterwerden in der Berufs- und Arbeitswelt

Ein Urteil darüber, wann das Älterwerden in der Arbeitswelt beginnt, setzt die Bestimmbarkeit einer, wenn auch möglicherweise fließenden, Altersgrenze voraus; eine solche ist in einem chronologischen Sinn kaum benennbar (zu den „Regelaltersgrenzen" vgl. Kapitel 3.5.2). Es gibt allerdings durch soziale Zuschreibung wirksam werdende Stufenübergänge, die ihrerseits innerhalb des chronologischen Rahmens äußerst stark variieren. Gemäß mancher Studien stufen sich Menschen im Schnitt selbst ab ungefähr dem 52. Lebensjahr als „älter" ein; Personalchefs, Betriebsleitungen und Betriebsräte neigen dazu, diese „Grenze" bei den Beschäftigten um das 50. Lebensjahr anzusetzen (Naegele, 1983). Frühere Forschungen hatten aber bereits hervorgehoben, daß bei Fragestellungen, die für die Betriebe aus personalpolitischer Sicht von Bedeutung sind (Aufstiegschancen, Fluktuation, Weiterbildung), die „kritische Altersgrenze" schon zwischen dem 30. und dem 40. Lebensjahr anzusetzen ist (Hofbauer, 1982, S. 101). Multivariante empirische Analysen zu dieser Frage zeigen, daß diese Selbsteinstufung vom eigenen gegenwärtigen Alter, dem Geschlecht und dem Aktivitätsstatus (erwerbstätig oder pensioniert) abhängt und zwischen dem 46. und dem 52. Jahr variieren kann (Amann, Bohmann, Herrmann et al., 1992). Berater und Beraterinnen in Arbeitsämtern beurteilen allerdings in

manchen Fällen Frauen schon ab dem 36. und Männer ab dem 40. Lebensjahr als „vermittlungsbehindert"; in der Bürokratie gilt das 40. Lebensjahr als Grenze, ab der die Übernahme in ein definitives Dienstverhältnis schwierig wird.

Wie sich die Verwendung solcher informeller Altersgrenzen als willkürlich und an die Interessen der Beschäftiger gebunden darstellt, so ist auch die Zuschreibung typisierender Merkmale (die ihrerseits mit den Altersgrenzen zusammenhängen) arbiträr. In der betrieblichen Praxis und im Alltag werden ältere Arbeitnehmer durch spezifische Merkmale gekennzeichnet: Eine erhöhte Anfälligkeit für Krankheiten, verminderte Leistungsfähigkeit, gemindertes Anpassungs- und Lernvermögen, Widerstand gegen Fort- und Weiterbildung, erhöhte Humankapitalkosten im Vergleich zu jüngeren Arbeitskräften und mangelnde soziale Flexibilität. Andererseits wird aber auch hervorgehoben, daß ältere Erwerbspersonen über größere Fähigkeiten zur Sorgfalt verfügten, wertvolle Lebenserfahrung in den Arbeitsprozeß und in die sozialen Beziehungen einzubringen hätten (d. h. gerade in den sogenannten extrafunktionalen Fähigkeiten jüngeren Arbeitskräften mitunter überlegen seien), spezifische Arbeitsmotivation und bessere Disziplin besäßen. Bisherige Forschungsergebnisse legen nahe, daß solche Zuschreibungen mit großer Vorsicht zu betrachten sind und daß sie, gerade in ihren negativen Färbungen, bei qualifizierten Arbeitskräften weniger häufig auftauchen und sich eher bei jenen finden, deren Schul- und Berufsausbildung niedrig ist und die damit in ihren Chancen in die unteren Ebenen der sozialen Hierarchien verwiesen werden. Eine Präzisierung einzelner dieser Dimensionen anhand tatsächlicher empirischer Befunde läßt zur Zeit folgendes erkennen: Forschungsergebnisse über Leistungsfähigkeit und Produktivität älterer Arbeitnehmer (die Untersuchungen beziehen sich weit häufiger auf Männer als auf Frauen) sind nicht konsistent; einerseits schneiden in der Arbeitstätigkeit ganz allgemein ältere Personen im Vergleich zu jüngeren nicht schlechter ab — dieser Befund bestätigt sich immer wieder —, andererseits legen Analysen aber nahe, daß mit zunehmendem Alter die vergleichbare Leistung geringer wird, wenn Geschwindigkeit im Arbeitsvollzug und in den Bewegungen eine besondere Rolle spielt (Doering, Rhodes & Schuster, 1983). Dem wurde aber schon lange entgegengehalten, daß dies nur dann der Fall sei, wenn auf das isolierte Kriterium Geschwindigkeit durch die Beurteiler besonderer Wert gelegt werde (Schmidt, 1977, S. 83). Außerdem nimmt die intellektuelle Leistung, die auf der menschlichen Plastizität beruht (also Entwicklungsspielräume zeigt) und aus der ein Großteil der Arbeitsleistung ermöglicht wird, bis spät ins sechste Lebensjahrzehnt und bei vielen Menschen auch noch später nicht ab (Labouvie-Vief, 1985). Ältere Arbeitnehmer haben weniger häufig Krankenstände, aber offenbar längere Rekonvaleszenzen. Sie zeigen eine geringere Unfallhäufigkeit, was möglicherweise die Folge einer vorsichtigeren Haltung in risikoreichen Situationen ist; sie zeigen im allgemeinen eine stärkere Betriebsverbundenheit und eine größere Zufriedenheit mit Beruf und Arbeit (Doering, Rhodes & Schuster, 1983).

Daß sie zu alt sind, erfahren viele im Zuge von Maßnahmen zur Rationalisierung in Betrieben kurz vor dem Erreichen gesetzlich vorgesehener Altersgrenzen, mit denen ein erleichterter Übergang in die „Frührente" ermöglicht wird, oder erst bei der Arbeitssuche — hier aber drastisch. Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang immer die wechselseitige Beeinflussung von gesundheitlichen Veränderungen, spezifischer qualifikatorischer Benachteiligung, tätigkeitsbezogener Minderstellung und teilweiser Erschütterung des Selbstbildes das Kernproblem.

3.2.1 Die Lage auf dem Arbeitsmarkt

Zu den auffälligsten Veränderungen zählt die sinkende Erwerbsbeteiligung in den älteren Gruppen der Erwerbsbevölkerung während der vergangenen Jahre. Im Jahre 1989 standen von den 55- bis 59jährigen Männern in der Bundesrepublik Deutschland 72 % in Beschäftigung, in Österreich waren es 63 %, in Frankreich 57 % und in den Niederlanden 43 %; unter den 60- bis 64jährigen waren es in der Bundesrepublik Deutschland 34 %, in Österreich 15 %, in Frankreich 19 % und in den Niederlanden 21 % (Eurostat, 1990; für Österreich eigene Auswertung, arbeitslos Gemeldete in der Erwerbsquote inkludiert). Dieser Rückgang in der Erwerbsbeteiligung ist allerdings eine Erscheinung an der vorläufigen Spitze einer sehr langen Entwicklung. So sank z. B. die Rate der Erwerbsbeteiligung unter den 60- bis 64jährigen Männern in der Bundesrepublik Deutschland von 80 % bei den Männern und 32 % bei den Frauen im Jahr 1925 bis auf 44 % bei den Männern und 13 % bei den Frauen im Jahr 1980 und schließlich auf 34 % resp. 11 % im Jahr 1987 (Schwarz, 1988, S. 277). Damit zeichnet sich eine Paradoxie ab (Alber, Guillemard & Walker, 1991): Auf der einen Seite ist es gelungen, die Sicherung der finanziellen Grundlagen für ältere Menschen, insbesondere für die jüngeren Gruppen unter ihnen, ständig zu verbessern oder zumindest zu stabilisieren, auf der anderen Seite wurde eine ganze Altersgruppe, die vor noch nicht allzu langer Zeit zum aktiven, Wirtschaft und Gesellschaft gestaltenden Kern gehört hätte, an die Peripherie der Gefährdeten, der Ausgegrenzten oder zumindest der Früh-Versorgten geschoben. (Die älteren Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen von heute sind jenen von vor fünfzehn Jahren kaum mehr vergleichbar.) Zumindest teilweise ist diese Gruppe in verschiedenen Ländern, möglicherweise als Ergebnis nicht kalkulierter oder nicht kalkulierbarer Nebenfolgen politischen Krisenmanagements, zu Leidtragenden mangelhaft koordinierter Maßnahmen geworden.

Im Laufe einer langen Zeit hatte sich eine Auffassung eingestellt, die in der sozialen Wahrnehmung das Erreichen des 65. Lebensjahres mit dem Eintritt der Pensionierung und damit mit der Erreichung des inaktiven Lebensabschnitts gleichsetzte; als die bewußt gewordene „Normalbiographie: Ausbildung-Erwerb-Ruhestand" ihren Kulminationspunkt erreichte, begann sie zugleich zu erodieren. Das heißt: Was als der „normale" Übergang ins Alter (auf der Grundlage einer sozialen Definition der Pensions-Alters-Grenze = „Regelaltersgrenze") erscheinen

mag, ist sowohl von den Systembedingungen der sozialen Sicherung als auch von der sozialen Wahrnehmung her das Produkt einer Entwicklung, die jetzt abzubrechen scheint.

Der beträchtliche Rückgang in der Erwerbsbeteiligung nach dem 55. Lebensjahr wird häufig durch die Erweiterung und Verbesserung der Rentenversicherungssysteme erklärt. Allein scheint dieser Faktor allerdings für ein vollständiges Verständnis des Phänomens nicht auszureichend. Weitere Gründe wurden bereits oben angeführt (siehe 3.1). Sie finden sich einerseits in einem zunehmenden Druck, der auf ältere Personen in den Betrieben und auf dem Arbeitsmarkt ausgeübt wird, ablesbar am Phänomen der Arbeitslosigkeit (Amann, 1989), dann in einer ganz offensichtlichen Altersdiskriminierung auf dem Arbeitsmarkt und in den Betrieben, die sukzessive in den letzten Jahren in den meisten Ländern im Kontext krisengeschüttelter Ökonomien Platz gegriffen hat, und schließlich in der zunehmenden Bereitschaft der Betroffenen, Übergangsmöglichkeiten „nachzufragen". Die älteren Gruppen der Erwerbsbevölkerung, vor allem die 55- bis 59jährigen, weisen in einigen Ländern die höchsten Anteile an Arbeitslosen auf und die längste Verweildauer in der Arbeitslosigkeit. Bei älteren Arbeitnehmern ist die Chance der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt am geringsten.

Was die Situation auf dem Arbeitsmarkt anbelangt, so ist davon auszugehen, daß im Zusammenhang mit älteren Erwerbspersonen vier Bereiche als problematisch angesehen werden müssen. In den meisten industrialisierten Ländern, in denen die Herabsetzung der Altersgrenzen als beschäftigungspolitisches Mittel eingesetzt wurde, zeichnet sich in den letzten Jahren ab, daß die davon erhoffte „Arbeitsmarktentlastung" nicht im erwarteten Maße eingetreten ist. Dieser Effekt verweist auf den zweiten Problembereich: Es gibt keine einhelligen Erkenntnisse darüber, wie viele der freigemachten Arbeitsplätze tatsächlich wiederbesetzt werden und wie viele der „Rationalisierung" und der erhofften Produktivitätssteigerung zum Opfer fallen. Die in der Diskussion immer wieder geltend gemachten Argumente über die sogenannten „Produktivitätseffekte" je freiwerdendem Arbeitsplatz (abhängig von dessen Art) sind in gewisser Hinsicht schon relativ früh bestätigt worden (Gürtler & Spitznagel, 1983), scheinen aber doch gegenwärtig immer wieder einer neuen Überprüfung bedürftig zu sein. Im dritten Bereich zeichnen sich „Strukturprobleme" ab, die insbesondere folgende Punkte betreffen: Vorzeitig ausgeschiedene Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sind nicht ohne Schwierigkeiten durch bislang Arbeitslose oder Neuankömmlinge auf dem Arbeitsmarkt zu ersetzen; Strukturdiskrepanzen in Arbeitskräftenachfrage und Arbeitskräfteangebot gibt es hinsichtlich der Ausbildung, des Qualifikationsniveaus, der regionalen und geschlechtsspezifischen Verteilung. Neuerdings scheint der kollektive Verlust des Wissens und der Erfahrung älterer Erwerbspersonen in manchen Unternehmen als Problem gesehen zu werden, weil dieser Verlust im Zuge der üblichen Neueinstellung von Arbeitskräften kurzfristig einfach nicht zu ersetzen ist (Gaullier, 1990). Eine vom Institut für Demoskopie Allensbach in 359 Unternehmen durchgeführte Panel-Studie (1989 und 1991) zeigte immerhin eine steigende Tendenz zur Wiedereinstellung bereits verrenteter Arbeitnehmer bei besonderem Arbeitsdruck und bei Mangel an geeigneten Arbeitskräften. Es gibt allerdings keine verläßliche Forschungsevidenz darüber, wieweit die Strukturdiskrepanz im Qualifikationsbereich sich an allgemeinen Fähigkeiten und Fertigkeiten festmacht, oder an branchen- bzw. betriebsspezifischen Kenntnissen. Die Entscheidung darüber, ob das massenweise Entlassen von älteren Arbeitskräften in den vorzeitigen Ruhestand sich als rechenbarer Verlust niederschlägt oder in der Zukunft niederschlagen wird, bedürfte vor allem der Klärung dieser Vorbedingungen und dann der intensiven Erforschung.

Im Einklang mit der für ältere Erwerbspersonen nachgewiesenermaßen kritischen Situation auf dem Arbeitsmarkt und angesichts der Schwierigkeiten, mit denen sie in den Betrieben zu kämpfen haben (vgl. 3.2 und 3.3 sowie 3.4), sind die Präferenzen älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, aus dem Beruf auszutreten, sehr hoch (Naegele, 1985a; Kohli, 1990). In allen Studien zu diesem Thema hat sich diese generell hohe Präferenz für den Berufsaustritt bestätigt. Allerdings konnte die Forschung bisher keineswegs ein einheitliches Bild über Motive und Strategien nachzeichnen. Dies gilt vor allem dann, wenn es um Wahlmöglichkeiten zwischen folgenden Determinanten geht: Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz, mögliche Verkürzung der Arbeitszeit in verschiedenen Formen mit und ohne Lohnausgleich, Umsetzung auf geeignetere Arbeitsplätze und Pensionierung mit geringem und erheblichem Einkommensverlust (Dieck, 1985, S. 105; Schmidt, 1983). Zur favorisierten Strategie so gut wie aller älteren Personen gehört jedenfalls der vorzeitige Berufsaustritt mit geringem Einkommensverlust. Manche Autoren argumentieren im Zusammenhang mit der auffällig hohen Präferenz des vorzeitigen Berufsaustritts, daß es insgesamt in der Bevölkerung eine hohe Wertschätzung der Freizeit bzw. der Nicht-Arbeit gäbe. Nach Studien, die in der Stahlindustrie Österreichs durchgeführt wurden (Amann, 1989), ist aber jedenfalls deutlich, daß dort die Schwerarbeiter eine eindeutig höhere Präferenz für eine vorzeitige Pensionierung haben als Angestellte (sogar in denselben Betrieben), daß aber allemal eine manifest beeinträchtigte Gesundheit den massivsten Grund darstellt, die Erwerbstätigkeit zu beenden.

3.2.2 Die betriebliche Situation

Ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen geraten im Betrieb bzw. im Büro unter verschiedene Formen des Drucks, die ihrerseits in unterschiedliche Handlungsstrategien der Betroffenen münden. In groben Kategorien lassen sich diese den Druck erzeugenden Kontexte folgendermaßen umschreiben: Gesundheitliche Veränderungen, physische und psychische Leistungsminderung, berufspositionelle Schlechterstellung, tätigkeitsbezogene Minderqualifizierung und Altersdiskriminierung. Zahlreiche der bisher durchgeführten Untersuchungen bezeugen die Tatsache, daß es in vielen Fällen nicht darauf ankommt, ob die Gesundheit tatsächlich beeinträchtigt ist, die Lei-

stungsfähigkeit tatsächlich abfällt etc. — oft reicht schon die Vermutung, daß es so sei. Weiter hat sich erwiesen — wie bereits erwähnt —, daß ältere Personen im Erwerbsleben, entgegen einer weitverbreiteten Annahme, sich nicht häufiger im Krankenstand befinden als jüngere und im Vergleich zu diesen auch nicht generell niedrigere Leistungen aufweisen; wenn sie sich allerdings im Krankenstand befinden, verweilen sie länger in diesem als jüngere. Aus solchen Befunden sind verschiedene Konsequenzen abzuleiten. Wenn ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch im Betrieb als leistungsgemindert eingestuft werden, kann das in direkter Weise berufliche Diskriminierung und Karriereabstieg nach sich ziehen. Benachteiligungen wurden für ältere Erwerbspersonen im Rahmen des innerbetrieblichen Aufstiegs, beim Zugang zu Schulung und Weiterbildung und bei der (branchenspezifischen) Verbleibdauer in Betrieben nachgewiesen. Vielfach hängen solche manifesten Diskriminierungen, zumindest aber benachteiligenden Effekte, ihrerseits mit innerbetrieblichen Veränderungen, mit Produktionsumstellungen, Auftragseinbrüchen und Schließungen von Betrieben zusammen. Aus psychologischer Sicht ist bedeutsam, daß solcherart negativ gefärbte Einstellungen maßgeblich das Selbstbild der Betroffenen bestimmen. Sie zweifeln tatsächlich an ihren Fähigkeiten, sich umstellen zu können, sie erwarten von Schulungsmaßnahmen nur geringe Effekte, sie zeigen bei der Arbeitssuche vermehrt Unsicherheit und Resignation (Amann, Bohmann, Herrmann et al., 1992). Damit werden ältere Arbeitnehmer einem zumindest doppelten Anpassungsdruck unterworfen: Erstens erleiden sie die Zuschreibung negativer Merkmale als soziale Stigmatisierung, zweitens verinnerlichen sie diese, senken dadurch ihr eigenes Anspruchsniveau und vermindern damit ihr Potential, sich aus dieser Situation zu befreien, noch einmal erheblich.

Zum Begriff der Altersdiskriminierung ist hier noch ein Gedanke festzuhalten, der von besonderer Bedeutung ist. Zwar wird in allen Situationen und bei allen Altersgruppen in den Institutionen des Arbeitsmarktes und in den Betrieben das Risiko des Arbeitsplatzverlustes bzw. die eingetretene Arbeitslosigkeit hinsichtlich der Ursachen, die zu diesen geführt haben, auch individualisiert; statt mit einem allgemeinen Arbeitskräfteüberangebot in einer bestimmten Region und einer durch das Bildungssystem produzierten, den Bedarfen des Arbeitsmarktes aber unangemessenen Qualifikationsstruktur, wird mit individualisierenden Zuschreibungen argumentiert. Einzelne Personen sind dann z. B. zu wenig qualifiziert, drücken sich um Arbeiten herum, flüchten in die Krankheit, wollen die härteren Zeiten nicht zur Kenntnis nehmen, sind undankbar, wollen nicht einmal Gelegenheitsarbeiten annehmen etc. Qualitative empirische Untersuchungen (z. B. Frassine & König, 1988) weisen aber nach, daß solche Individualisierungsstrategien besonders im Falle älterer Erwerbspersonen angewandt werden. Während einer jüngeren, arbeitslosen Person zum Beispiel der Weg zur Höherqualifizierung prinzipiell immer noch offensteht, ist einer älteren dieser Weg nahezu völlig verstellt. Besonders sichtbar wird dies im Fall der Arbeitsplatzsuche, bei der jemand mit 50 oder 55 Jahren auf Nachfragen durch Betriebe trifft, in denen höchstens 30jährige mit einschlägiger Berufserfahrung, sozialer Unabhängigkeit (ein besonderes Problem für Frauen) und Einpassungsfähigkeit in ein „junges Team" gefordert werden. In diesem Zusammenhang läßt sich übrigens etwas überspitzt formulieren, daß Frauen immer das falsche Alter haben. Wenn sie noch keine Kinder haben, besteht die Befürchtung, daß sie schwanger werden könnten, wenn sie Kinder haben, könnten sie durch familiäre Gründe dem Arbeitseinsatz entzogen werden („entweder sie kommen morgen, oder sie fliegen"); wenn die Kinder herangewachsen sind, sind sie inzwischen zu alt. Die für ältere Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt charakteristischen geringeren Wiedereingliederungschancen bzw. ihre längere Dauer der Arbeitslosigkeit, stellen sich u. a. deshalb bei Frauen verschärft heraus. Im Vergleich mit Männern werden ältere Arbeitnehmerinnen — so die Ergebnisse ausgewählter Betriebsstudien — eher, leichter und in bezug auf potentielle Widerstände seitens der Betriebsräte auch konfliktfreier ausgegliedert. Hierfür werden häufig qualifikatorische Defizite, aber auch gesundheitliche Einschränkungen geltend gemacht. Damit trifft bei Frauen das Konstrukt der sogenannten „Alternativrolle" gleich zweifach zu: Einerseits, so wird behauptet, stehe ihnen ja die Rolle der „Rentnerin" offen, andererseits eröffne sich ihnen zudem jene der durch den Mann materiell versorgten „Hausfrau" (Naegele, 1985b, S. 127).

Das Auftauchen eines Kündigungsrisikos bzw. die Eigenkündigung, die Einleitung des Pensionierungsverfahrens und der tatsächliche Übergang in den Ruhestand stellen einen sehr komplexen Gesamtprozeß dar, für den überblicksmäßig folgende empirisch nachgewiesenen Kausalzusammenhänge typisch sind. Die Geschlechterrollendifferenz beeinflußt das lebenslang erzielte Erwerbseinkommen, die Einstellungen zum Ruhestand und das individuell geplante Renteneintrittsalter. Frauen haben nach wie vor im Durchschnitt ein deutlich niedrigeres Monatseinkommen, was indirekt notwendigerweise zu einem geringeren Lebenseinkommen und folglich zu einer schlechteren materiellen Ausstattung in der Rente oder Pension führen muß. Sie freuen sich weit weniger als die Männer auf die Pensionierung. Hier spielt eine wesentliche Rolle das Ausmaß der antizipierten oder schon geleisteten Betreuungs- und Pflegeaufgaben in der Familie. Frauen verbinden die Pensionierung häufiger als Männer mit „Reduktion" und sehen in ihr weit weniger den Aspekt der „Muße"; auch dies steht in engem Zusammenhang mit der antizipierten Einschränkung auf die Hausfrauenrolle. Das jeweilige gegenwärtige Alter hat deutliche Effekte auf das geplante Renteneintrittsalter und auf die Vorstellung des Alters als Reduktion. Je näher das gesetzliche Rentenalter rückt, desto später gedenkt man in Pension zu gehen und desto mehr vertritt man die Ansicht, daß der Ruhestand mit einer Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten durch Krankheit, geringeres Einkommen und Verlust sozialer Kontakte verbunden ist. Der Faktor Bildung verbessert zwar die materielle Lage, führt aber gleichzeitig zu einer verstärkten Wahrnehmung von Leistungsproblemen

älterer Arbeitnehmer — höher Gebildete glauben eher, daß ältere Erwerbspersonen Leistungsprobleme haben als niedrig Gebildete. Mit zunehmender Bildung steigt ebenfalls das geplante Renteneintrittsalter. Interessant ist, daß mit steigendem Berufsstatus, mit dem auch das Erwerbseinkommen steigt, Personen in Führungs- und Machtpositionen in ihrem Betrieb weniger Probleme und Konflikte bei älteren Arbeitnehmern im Vergleich zu jüngeren wahrnehmen. Gleichzeitig kommt es aber gerade bei Personen in diesen hohen Positionen zu einer insgesamt negativeren Bewertung der Pensionierung und des Ruhestandes.

Nach den bisher dargestellten Ergebnissen ergibt sich die Frage nach den Voraussetzungen, unter denen betriebliche Reaktionen auf offenkundige Leistungsbeeinträchtigungen und Einsatzprobleme der älteren Personen betrachtet werden müssen.

Von einer generell nachlassenden Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen kann — wie bereits erwähnt — keineswegs gesprochen werden. Veränderungen im physisch-psychischen Leistungsvermögen repräsentieren einen Wandel in der Struktur einer Vielzahl von Einzelkomponenten biologischer, psychischer und geistiger Qualität samt deren Bewertung durch das Individuum selbst und seine unmittelbare Umwelt. Dies ist am deutlichsten daran zu sehen, daß sich Muskelmasse, Herz- und Lungenfunktionen etc. vermindern, daß Beweglichkeit, Geschwindigkeit der Informationsaufnahme und die Reaktionsfähigkeit nach kurzfristigen Extremanstrengungen Einbußen erfahren, daß dagegen aber — dies hat die gerontologische Forschung immer wieder nachgewiesen — prozeßübergreifende Fähigkeiten mit fortschreitendem Lebensalter zunehmen (können). Zu diesen zählen Geübtheit in geistigen und physischen Handlungsabläufen, Präzision des Urteilsvermögens, Zuverlässigkeit etc. Damit ergeben sich konkrete betriebliche Beschäftigungsrisiken, vor allen Dingen für Personen im industriellen Arbeitsbereich, sofern starke körperliche und nervliche Belastungen auftreten, hohes Arbeitstempo und ungünstige Arbeitszeitregelungen vorliegen, belastende Einflüsse der Arbeitsumgebung eine Rolle spielen (Arbeitsgruppe Fachbericht über Probleme des Alterns, 1982), oder schließlich aufgrund technischer Umstellung (vor allem Mikroelektronik) Anpassungen erheblichen Ausmaßes notwendig werden. In diesem Kontext ist jeweils kritisch zu beurteilen, was als abnehmende Flexibilität bei älteren Arbeitnehmern bezeichnet wird. Die wichtigste ursächliche, für die Verschlechterung des Leistungsvermögens verantwortliche Komponente ist im Zusammenhang betrieblicher Einsatzmöglichkeiten der krankheitsbedingte vorzeitige Verschleiß der Arbeitskraft. Diese Verschleißerscheinungen werden in der Regel erst spät sichtbar, grundgelegt werden sie relativ früh. Weiter ergeben sich Beschäftigungsschwierigkeiten durch die Entwertung der beruflichen Qualifikation und aus den Folgen betriebsspezifischer Qualifizierungsprozesse. Ältere Beschäftigte sind im Vergleich zu jüngeren im Schnitt formal geringer qualifiziert, wobei sich die mit zunehmendem Alter sinkende Beteiligung an Höherqualifizierungsmaßnahmen noch verschärfend auswirkt und die Qualifikationsdiskrepanzen vergrößert (Hofbauer, 1992, S. 100ff.); dazu zählt außerdem, daß die Ausbildung bei älteren Arbeitnehmern schon sehr weit zurückliegt und möglicherweise die Ausbildung der jüngeren qualitativ besser ist, weil sie den neueren Entwicklungen näher steht (Amann, 1985).

Die bisher genannten Beschäftigungsrisiken und ihre Ursachen treffen natürlich nicht auf alle älteren Personen im Erwerbsleben gleichermaßen zu. Sie kumulieren vor allem bei bestimmten Risikogruppen, z. B. bei gewerblichen Arbeitnehmern in belastungsintensiven Branchen, bei Frauen und generell bei formal niedrig Qualifizierten.

Entlastungsmaßnahmen müßten deshalb vor allem präventiv ansetzen und sich auf die Humanisierung des Arbeitslebens, auf langfristigen Gesundheitsschutz und auf Belastungsabbau für alle Altersgruppen konzentrieren. Der Gesundheitsschutzpolitik wird nach der Erfahrung der letzten Jahre vor allem im Bereich des Abbaus von psychischen Belastungsfaktoren eine erhebliche Aufgabe zuwachsen (Klauder, 1986, S. 53). Weiter zählen zu präventiven Maßnahmen unter den leitenden Gesichtspunkten einer aktiven Beschäftigungspolitik vor allem Qualifikationsanpassung und Qualifikationserhaltung. Defizite, die in diesem Bereich entstehen, lassen notwendige gezielte Maßnahmen zwingend erkennen. Zu ihnen zählen die Problemgruppenansprache als Vorfeldarbeit zur Verbesserung der Teilnahmebereitschaft an tatsächlich vorhandenen Qualifizierungsangeboten; dringend notwendig ist eine „altersgerechte" Ausgestaltung der Inhalte und Didaktik in den Qualifizierungsangeboten; zudem müßte die öffentliche Förderung und Qualitätskontrolle der betrieblichen Qualifizierungsmaßnahmen forciert werden. Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen insbesondere auf Büro- und Verwaltungsmitarbeiter in Hinsicht auf den Umgang mit neuen Kommunikations- und Informationstechnologien ausgedehnt werden (Plett, 1990). Ein Prinzip, das ebenfalls verstärkt berücksichtigt werden müßte, ist das lebenslange Lernen, das im Zusammenhang mit Arbeitszeitverkürzungsvorschlägen gesehen werden muß; berufsbezogene Lerneinheiten, Dienstfreistellung für Weiterbildung und begleitende beschäftigungssichernde Maßnahmen sind hier wichtig. Längerfristig ist von den zuständigen Behörden die Auseinandersetzung mit einer Frage zu fordern, auf die die Unternehmen selbst wegen des langen Zeithorizontes kaum adäquat reagieren werden: Trotz des demographisch sich abzeichnenden Rückgangs der Zahl Jugendlicher und junger Erwachsener, die nach einer entsprechenden Ausbildung ins Berufsleben eintreten werden, wird die Abdrängung der Älteren weiterhin betrieben. Zusammen mit der bekannt hohen Bereitschaft der Betroffenen, vorzeitig in die Rente zu gehen, könnte aus dieser Entwicklung eine Situation erwachsen, in der der vorzeitige Ruhestand für ebenso selbstverständlich, ja, als ein „Recht" („Besitzstandkämpfe") angesehen werden wird, wie ehemals die Pensionierung mit 65 bzw. 60 Jahren. Dies stünde dann einem wie immer motivierten Versuch, die Richtung wieder umzudrehen, mit Sicherheit widerständig gegenüber. Eine mögliche Strategie wäre, generell Menschen im mittleren Lebensalter mit mehr Lernherausforderungen zu konfrontieren —

schon um auf eine Zeit hinzuarbeiten, in der ältere Arbeitnehmer auf manchen Arbeitsmärkten dringend benötigt werden könnten. Voraussetzung wäre hier allerdings, Aus- und Weiterbildungskonzepte kritisch zu überdenken und Zielsetzungen und Funktionen neu zu bestimmen. Innerbetrieblich müssen arbeitsmedizinische Kontrolluntersuchungen (unter Vermeidung negativer Konsequenzen für die möglicherweise von Erkrankung Betroffenen) intensiviert und langfristige Personalplanungsmaßnahmen dringend ausgeweitet werden.

Mit solchen konzertierten Aktionen könnte einer ganzen Reihe von gegenwärtig hinderlichen Usancen entgegengewirkt werden: Beispielsweise dem Belassen von Erwerbspersonen am angestammten Arbeitsplatz, auch wenn Schwierigkeiten bereits sichtbar werden, dem Mangel an Eigenanstrengungen der Betroffenen selbst, dem Mangel an innerbetrieblichen funktionierenden informellen Hilfs- und Stützsystemen, dem Defizit an rechtzeitig einsetzenden Anpassungen in Hinsicht auf Arbeitsplatzanforderungen bei sichtbar werdenden Veränderungen des Leistungsvermögens. Untersuchungen zeigen, daß vor allen Dingen ergonomische Maßnahmen wie die Umstrukturierung von Tätigkeiten eher selten vorkommen; Vorschläge dazu finden sich bei Naegele (1987), Schmachtenberg & Ruthenberg (1983). Ein eigenes Problem stellt die häufig versteinerte Form von Leistungsnormen dar, indem Bandgeschwindigkeiten, Sollvorgaben für den Verkauf, oder die Einbindung eines Arbeitsplatzes in Leistungslohnsysteme nicht kritisch reflektiert werden.

Der Vollständigkeit halber sei noch darauf hingewiesen, daß ältere Arbeitnehmer in Modellen der Arbeitszeitverkürzung eine besondere Rolle spielen sollten, indem kürzere Tages- oder Wochenarbeitszeiten, längere Freischichten für besonders belastete Gruppen, sogenannte „Altersfreizeiten" in Form von verlängertem Urlaub sowie Möglichkeiten der Altersteilzeitbeschäftigung berücksichtigt werden. Was im Rahmen bisheriger Regelungen offensichtlich zu wenig berücksichtigt wurde, betrifft das Ausmaß der Einkommenseinbußen und deren Konsequenzen, die Arbeitsintensivierung im Falle von Arbeitszeitverkürzung und damit einhergehendem Arbeitsausfall, die Ausdehnung des gleitenden Übergangs über bisher privilegierte Gruppen hinaus, die Gefahr von Dequalifizierungsprozessen und die Freiwilligkeit der Teilnahme an Maßnahmen (Naegele, 1987).

3.3 Teilzeitarbeit, Minderbeschäftigung und Arbeitslosigkeit

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß durch die beobachtbaren Veränderungen und das Entstehen neuer Lebenskontexte im Übergang zur Pensionierung es zur Erosion der üblichen Altersdefinitionen gekommen ist. Hier ist nun hinzuzufügen, daß eine eindeutige und klare Trennung zwischen Erwerbsarbeit und Nichterwerbsarbeit immer schwieriger wird. Die Erwerbsquote sinkt mit steigendem Alter deutlich ab, die Betroffenheitsrate an Arbeitslosigkeit steigt bei älteren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen an (auch wenn die Zugangsrate zur Arbeitslosigkeit meist niedriger ist als jene der Jugendlichen), die Verweildauer ist die längste in allen Altersgruppen, wodurch der Anteil der Älteren am Gesamtvolumen der Arbeitslosigkeit weit überproportional wird, die steigende Erwerbsbeteiligung unter den Frauen ist in manchen Ländern in der Gruppe der über 50jährigen zumindest teilweise auf erhöhte Anteile an Teilzeitarbeit zurückzuführen (z. T. ist sie auch ein Kohorteneffekt), die „Pfade" des Übergangs in den Ruhestand sind in den verschiedenen europäischen Ländern sehr zahlreich geworden (Behrend, 1983; Guillemard, 1989). In diesem Prozeß, in dem Arbeitsmarktsystem und soziales Sicherungssystem ineinandergreifen, sind „Push-" und „Pull-Effekte" zu unterscheiden. Zu den Push-Effekten zählen der genannte Druck in den Betrieben, Arbeitslosigkeit, Altersstigmatisierung, der Sackgassencharakter der Berufslaufbahn und die Unzufriedenheit mit Arbeit und Beruf; als Pull-Effekte sind die verschiedenen, entweder neuen oder aber länger bestehenden, und nun stärker forcierten Wege des Übergangs in den Ruhestand anzusehen sowie die positiven Erwartungen an die Zeit nach der Erwerbstätigkeit, die häufig mit Erleichterungshoffnungen gekoppelt sind und dem Wunsch nach „ein paar schönen Jahren" (Amann & Bohmann, 1991).

Obwohl die Erwerbsquote in den höheren Altersgruppen der Erwerbsbevölkerung generell rückläufig ist, hat die Erwerbsbeteiligung der Frauen in diesen Gruppen z. B. in der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich in den letzten Jahren zugenommen. Im wesentlichen ist dies auf Kohorteneffekte sowie auf eine geringere Bereitschaft zur Aufgabe der Berufstätigkeit bei Höherqualifizierten und häufigeren Wiedereintritt bei älteren Frauen (Engelbrech, 1987, S. 194), auf Teilzeitarbeit, auf die Notwendigkeit des Erwerbs zur Verbesserung des Familieneinkommens und auf die wegen einer unterbrochenen Erwerbsbiographie noch nicht erfüllten Anspruchsvoraussetzungen für die Rente zurückzuführen.

Teilzeitarbeit als freiwillig gewählte (im Gegensatz zur Kurzarbeit) und regelmäßig ausgeübte Tätigkeit, deren Dauer unterhalb der Standardwochenarbeitszeit liegt, ist in einigen Ländern in den letzten Jahren beträchtlich angestiegen — vor allem für Frauen. So hat Teilzeitarbeit unter verheirateten Frauen, deren Männer nicht als Selbständige tätig sind, in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1977 und 1986 in allen Altersgruppen zugenommen, am stärksten jedoch unter den 35- bis 55jährigen und älteren (Engelbrech, 1987, S. 183). Am deutlichsten scheint die Nachfrage nach Teilzeitarbeit allerdings unter Arbeitslosen gestiegen zu sein. Hilfsarbeiter, die auf ihr 50. Lebensjahr zugehen, und die früher nie auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit angewiesen waren, im Sommer z. B. auf dem Bau, im Winter bei Gartenarbeit oder in Speditionen Beschäftigung fanden und nun gesundheitlich beeinträchtigt sind, können nicht mehr alle Arbeiten annehmen. In der Folge sind sie auf Gelegenheitsarbeiten verwiesen und damit in ihrer sozialen Situation gefährdet, weil sie nur mehr instabile Beschäftigungsverhältnisse vorweisen können. Frauen, die vormals in stabilen Beschäftigungsverhältnissen standen, haben diese aus familiären Rücksichten aufgegeben und müssen nunmehr Sai-

son- und Gelegenheitsarbeiten nachgehen. Häufig sind solche Frauen im Gastgewerbe zu finden. Manche von ihnen absolvieren von der Arbeitsmarktverwaltung finanzierte Kurse, die dann bei der Arbeitssuche nichts nützen, da die Frauen keine Arbeitsstelle finden, z. B. weil sie Kinder haben. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Verknappung stabiler Beschäftigungsverhältnisse Teilzeitarbeit, vor allem aber Gelegenheitsarbeiten aufwertet. In dem Ausmaß, in dem bisher stabil beschäftigt gewesene Personen Gelegenheitsarbeitsplätze nachfragen, entsteht — dies das Ergebnis einer österreichischen Studie — gewissermaßen ein Warteschlangeneffekt zu Ungunsten jener, die immer schon instabil beschäftigt waren (Frassine & König, 1988, S. 38).

Bedeutsam ist auch die Tatsache, daß Teilzeitarbeit als eine Option zur Wiederbeschäftigung älterer leistungsgeminderter Erwerbspersonen gesehen wird, denen eine Vollzeitarbeit nicht mehr zugemutet werden kann. Im Produktionsbereich ist in den letzten Jahren eine Stufenleiter des sukzessiven Abstiegs für leistungsgeminderte Erwerbspersonen entstanden. Sie beginnt damit, daß wegen Leistungsminderung und gesundheitlicher Beeinträchtigung die Betroffenen aus den einkommensträchtigen Überstunden- und Schichtbeschäftigungen genommen werden, angesichts einer drohenden Kündigung dann mit Teilzeitbeschäftigung vorlieb nehmen müssen und unter diesem Druck schließlich in Arbeitslosigkeit oder Gelegenheitsbeschäftigung landen oder „freiwillig" die Pension oder Rente anstreben. Als brennendstes Problem gilt in manchen Ländern im Falle der Teilzeitarbeit die Gefahr eines Unterlaufens von kollektivvertraglichen Vereinbarungen, da Teilzeitarbeit meist auf individueller und betrieblicher Ebene vereinbart wird (Behrend, 1983; Amann, Bohmann, Herrmann et al., 1992). Die quantitativ zum Teil erheblichen Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse für ältere Erwerbspersonen müssen aus politischer und rechtlicher Sicht unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden: An vorderster Stelle stehen ein schlechter Gesundheitszustand und geminderte Leistungsfähigkeit (Schmähl, 1991), dann spielen zu erwartende Einkommenseinbußen und deren Effekte für die Rentenhöhe eine wesentliche Rolle. Eine Untersuchung von 1983 hat ergeben, daß in der Bundesrepublik Deutschland 60 % der Männer einen früheren Ruhestand einer Arbeitszeitverkürzung vorziehen würden (Blaschke, Hofbauer & Hoffmann, 1983).

Arbeitslosigkeit unter älteren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen ist wieder einmal ein brennend aktuelles und europaweites Thema geworden. Sie berührt die Arbeitsmarktpolitik, die Systeme der sozialen Sicherung, die Situation der betroffenen Familien und nicht zuletzt die individuelle Lebensplanung der Betroffenen. Diese vielfältigen und komplexen Wirkungszusammenhänge wurden inzwischen von einer ganzen Reihe von Autoren für verschiedene Länder konzeptuell und empirisch untermauert (Friedmann & Weimer, 1980; Kühlewind, 1986; Herrmann, 1987; Frassine & König, 1988; Kneusel-Herdliczka, 1990; Amann, Bohmann, Herrmann et al., 1992). Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

— Die Gruppe der über 50jährigen weist die deutlichsten Zuwächse in den Arbeitslosenraten auf,

— die Verweildauer in der Arbeitslosigkeit steigt mit zunehmendem Alter,

— Ältere sind überproportional häufig von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen,

— die Langzeitarbeitslosigkeit ist unter Frauen stärker gestiegen als unter Männern,

— die Langzeitarbeitslosigkeit zeigt starke regionale Streuungen,

— die formale Qualifikationshöhe ist bei älteren Arbeitslosen am geringsten.

(Alle genannten Tendenzen sind statistisch belegt, wenn auch mit leichten Variationen im Vergleich zwischen verschiedenen Ländern.)

Vielfach wird im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit das „Alter" allerdings allzu generell als die wichtigste Ursache betrachtet und dadurch auch die Gefahr der Fehleinschätzungen in Kauf genommen. Analysen haben in der Bundesrepublik Deutschland (Cramer & Karr, 1991) und Österreich (Amann, Bohmann, Herrmann et al., 1992) dargelegt, daß es eine Vielzahl von Faktoren gibt, die in direktem oder losem Zusammenhang mit dem Alter wirksam werden: Einmal ist es die geographische Region mit selektiven Faktoren wie z. B. die Unterscheidung in Großstadt, Kleinstadt und Dorf, in Arbeitsämter mit und ohne computerunterstützte Stellenvermittlung etc.; sodann sind es soziodemographische Merkmale wie die Stellung im Beruf vor der Arbeitslosigkeit (vorher Hilfsarbeiter gewesen zu sein, bedeutet im Durchschnitt die längste Verweildauer in der Arbeitslosigkeit zu haben), die formale Höhe der Ausbildung (jede formal abgeschlossene Ausbildung verkürzt die Arbeitslosigkeit), aber auch die Form der Beschäftigung (Voll- oder Teilzeitarbeit) und nicht zuletzt die Form der Kündigung (ob durch den Arbeitgeber, durch den Arbeitnehmer oder im gegenseitigen Einvernehmen); schließlich spielen direkt personenbezogene Merkmale eine wichtige Rolle wie Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Gesundheitszustand, und nicht zuletzt eben das Alter. Generell lassen bisherige Befunde aus der Forschung eindeutig erkennen, daß von der Gruppe der 15- bis 19jährigen an gerechnet die Dauer der Arbeitslosigkeit mit jedem zusätzlichen Lebensjahr steigt (obwohl dieser Zusammenhang nicht linear ist, wie vielfach angenommen wird: Cramer & Karr, 1991).

Es wurde bereits erwähnt, daß ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen besonders bei der Arbeitssuche drastisch erfahren, daß sie zu alt seien. Ausgesprochen wird dieses Urteil so endgültig, daß auch mitgebrachte vorteilhafte Zeugnisse nicht mehr berücksichtigt werden, ja, daß am Telephon bereits auf ein Vorstellungsgespräch verzichtet wird. Auch hier sind Frauen wiederum weit stärker benachteiligt im Vergleich zu den Männern. Sind die Erlebnisse bei der Arbeitssuche für den männlichen Arbeitslosen schon erniedrigend genug, so werden sie bei den Frauen offen diskriminierend. Zu alt, nicht mehr genügend attraktiv zu sein, Kinder zu haben, unverheiratet zu sein, zu hohe, zu niedrige, oder einfach falsche Qua-

lifikationen zu haben: Das alles wird häufig in offener und beleidigender Form Frauen als Handicap vorgeworfen — „Arbeit suchende Frauen fühlen sich als Freiwild auf dem Arbeitsmarkt" (interne Arbeitsunterlage der Arbeitsmarktverwaltung Wien).

3.4 Technischer Wandel, Qualifizierungsstrategien und Weiterbildung im Alter

Die Veränderung der Produktionsweise geht einher mit einer nachdrücklichen Umstrukturierung der Arbeitsanforderungen. Die Beanspruchungsschwerpunkte wandern vom manuell-physischen Bereich zum psycho-physischen und kognitiv-psychischen. Es entwickelt sich eine Form der Sonderbeanspruchung durch die Notwendigkeit der Daueraufmerksamkeit und der häufig verstärkten sensorischen Leistungsanforderungen (Schmidt, 1977, S. 79). Allerdings sind ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nicht weniger gut als jüngere in der Lage, mit solchen Anforderungen erfolgreich umzugehen. Die Annahme, daß im höheren Erwachsenenalter eine prinzipielle Unfähigkeit bestehe, sich in neue und hochtechnisierte Aufgabenbereiche einzuarbeiten, ist falsch. In einem Vergleich zwischen 30- bis 40jährigen und 45- bis 55jährigen zeigten letztere keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Einarbeitungszeit im Bereich sogenannter qualifizierter Arbeitsplätze (Schmidt, 1977, S. 81).

Im vorliegenden Zusammenhang soll der recht allgemeine Begriff des technischen Wandels auf das Element der „neuen Technologien" konzentriert werden. Es wurde bereits angemerkt, daß altersbedingte Veränderungen der Leistungsfähigkeit dazu führen, daß zwischen den Möglichkeiten des älteren Menschen, kurzzeitig maximale Leistungen zu erbringen, und den Anforderungen am Arbeitsplatz sich eine zunehmende Diskrepanz entwickeln kann. Nun sind für den technischen Wandel vor allem Veränderungen der Anforderungsprofile industrieller Arbeit in der Weise charakteristisch, daß es zu einem Rückgang der körperlichen Belastung und zu einer Zunahme psychischer Belastungen kommt. Die Ursachen für die psychischen Belastungen sind vielfältig, sie können in kurzen Zyklen der Arbeitstätigkeit, in hohen Konzentrationsanforderungen, in Anpassungsbarrieren aufgrund mangelnder Kenntnisse, in der Komplexität technischer Probleme und Softwareprogrammen etc. gefunden werden. Mit dieser Situation sind zwei wichtige Fragen verbunden: Welche Konsequenzen hat diese Situation für die Beschäftigungsmöglichkeit älterer Erwerbspersonen und wie verändert sich die kritische Größe zwischen Anforderung und Leistungsfähigkeit im Sinne einer Erschwernis oder Erleichterung der Tätigkeit für die Älteren? Da grundlegende Studien über den Zusammenhang zwischen neuen Technologien und der Arbeitssituation älterer Arbeitnehmer kaum vorhanden sind, muß es an dieser Stelle genügen, bisher vorhandene Befunde allgemein in thesenhafter Form zusammenzufassen.

Häufig werden neue Technologien in Betrieben im Sinne einer tayloristischen Arbeitsgestaltung eingesetzt; d. h. Vorbereitung, Planung und Kontrolle bleiben von der faktischen Ausführung der Tätigkeit getrennt. Als Konsequenz ergibt sich eine weitgehend detaillierte Festlegung der Arbeitsabläufe, die den Arbeitenden wenig Spielraum für eigene Entscheidungen beläßt. Minutiös geplante Arbeitsabläufe, die unter Zeitdruck eingehalten werden müssen, erzeugen Streß, Mangel an Autonomie und sind häufig durch erhöhte Fehleranfälligkeit gekennzeichnet. In solchen Situationen wird der Arbeitsdruck von älteren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen als besonders belastend erlebt, während z. B. Arbeitsumgebungseinflüsse in ihrer Bedeutung zurücktreten. Demgegenüber reduzieren neue Technologien, verbunden mit vorteilhaften Gestaltungsrichtlinien, die verschiedensten Formen körperlicher Belastung derart, daß von dieser Seite aus betrachtet ältere Erwerbspersonen kaum Schwierigkeiten haben sollten, im Arbeitsprozeß integriert zu bleiben. Somit stünden dann die psychischen Belastungen im Vordergrund und damit Fragen der Arbeitsorganisation, nicht aber die technischen Aspekte der Anpassung der Arbeit an den Menschen, die ja den Kern der Ergonomie im engeren Sinn ausmachen. Mit Blick auf die Arbeitsorganisation haben Untersuchungen und Experimente gezeigt, daß trotz Bestehens tayloristischer Arbeitsstrukturen informelle Formen der Gruppenarbeit und gegenseitige Unterstützung eine große Rolle spielen; dies interessanterweise nicht nur im Dienstleistungsbereich, sondern auch in Produktionsbetrieben wie z. B. Großbäckereien oder Autoherstellungsfirmen (Amann, Bohmann, Herrmann et al., 1992, S. 103f.). Allgemein ist festzuhalten, daß sich bei älteren Personen im Erwerbsleben gegenüber technischen Innovationen keineswegs vermehrt technikfeindliche Einstellungen finden. Auch für ältere Arbeitnehmer ist im Arbeitsvollzug die soziale Teilhabe wichtig, auch sie wollen über ihre Umgebung Kontrolle ausüben anstatt ausgeliefert zu sein, sie haben beachtliche Reservekapazitäten für das Neulernen und zeigen Motivation, mit technischen Anforderungen kompetent umzugehen (Rott, 1988); auch hier zeigt sich wieder einmal die Notwendigkeit der richtigen Vermittlung und Weiterbildung.

Angesichts der bisherigen Überlegungen müssen zwei differenzierende Gesichtspunkte eingeführt werden: Einerseits die recht unterschiedlichen Wirkungen der neuen Technologien und deren allgemeine Bewertungen und andererseits die typischen, geschlechtsspezifischen Unterschiede, die im Zusammenhang mit diesen neuen Technologien wirksam werden. Es ist zwar nicht zu verkennen, daß neue Maschinen und neue Arbeitstechniken zu Humanisierung und Erleichterung von Arbeitsbedingungen beitragen können — z. B. im Produktfinishing oder bei gesundheitsschädlichen Arbeiten oder bei der Arbeitszusammenlegung wie im Fall von Textverarbeitungssystemen und Computerkassen. Es ist jedoch auch sichtbar, daß standardisierte und automatisierte Arbeitsabläufe im Produktionsbereich und im Dienstleistungsbereich Felder betreffen, in denen sich Frauenarbeitsplätze konzentrieren. An die neu entstehenden Arbeitsplätze, an die weniger zahlreichen, aber mit höheren Qualifikationen verbundenen sogenannten High-tech-Berufe der Zukunft kommen durch-

schnittliche erwerbstätige Frauen nicht so leicht heran. Gensior (1985, S. 149) geht sogar davon aus, daß ein bisher hohes technisches Niveau der Produktions- und Arbeitsprozesse im Zuge der Implementierung neuer Technologien eine Schranke zwischen männlicher und weiblicher Arbeit errichtet hat; anders formuliert: Ein hohes technisches Niveau und Frauenarbeit schlössen sich tendenziell gegenseitig aus.

Vermehrte Aufmerksamkeit wird in Zukunft ein möglicherweise sich rasch ausbreitender Anwendungsfall dieser Entwicklung erheischen: „Informationstechnische Heimarbeitsplätze" (Computer-Heimarbeit). Gegenwärtig ist das Urteil uneindeutig, ob man an der Schwelle zur massenhaften Telearbeit steht oder nicht. Schwierig abzuschätzen ist auch die Geschwindigkeit, mit der sich informationstechnisch gestützte Heimarbeitsplätze etablieren werden. Noch wird davon ausgegangen, daß sie im Verhältnis zur Zahl der Beschäftigten eine minore Größe bleiben werden. Andererseits ist völlig klar, daß ihre Einrichtung in Bereichen mit Knappheit an Arbeitskräften am wahrscheinlichsten sein wird. Zugleich stellt der Heimarbeitsplatz den extremen Endpunkt in einem Prozeß der zunehmenden Dezentralisierung von Unternehmen und Organisationen dar, der ursprünglich mit dem „Idealmodell" der vollständigen Konzentration der Arbeit in einem einzigen Betrieb begann. An eine solche Entwicklung sind arbeits- und sozialrechtliche Probleme geknüpft; so müssen etwa geläufige Arbeitszeitregelungen, Kollektivvertragsbedingungen etc. unter Umständen völlig neu überdacht und entwickelt werden (Batelle-Institut, 1982). Zugleich muß gesehen werden, daß Heimarbeit nicht die einzige Form dezentraler Arbeitsorganisation ist, die durch Informations- und Kommunikationstechnik ermöglicht wird. Auch der Aktionsradius der Tätigkeit von Freiberuflern und Selbständigen wird durch die neuen Techniken erheblich erweitert. Gerade an diesen Beispielen läßt sich aber zeigen, daß die technischen Voraussetzungen, die zur Dezentralisierung vieler Tätigkeiten führen können, bereits vorhanden sind; anstatt im Betrieb kann in kleinen Satelliten- oder Nachbarschaftsbüros gearbeitet werden, die Verbindung zwischen Einzelarbeiter und koordinierendem Betrieb ist überall möglich und in nicht geringem Maße verbreitet.

Die gegenwärtige Situation ist, soweit technischer Wandel, neue Anforderungen an die älteren Arbeitnehmer und Weiterbildung bzw. Qualifikationsanpassung zur Diskussion stehen, durch zwei gegenläufige Trends gekennzeichnet. Auf der einen Seite herrscht nach wie vor die Überzeugung, daß ältere Erwerbspersonen jüngeren „Platz machen" sollen, auf der anderen Seite gibt es in einigen Bereichen des Arbeitsmarktes Arbeitskräfteknappheit, die durch das Beschäftigen älterer Personen verringert werden könnte. Angesichts des realen Bedarfes an erfahrenen und qualifizierten Arbeitskräften beginnen fortschrittliche Unternehmer, von den Stereotypen des lernunwilligen und lernunfähigen Älteren abzugehen (Plett, 1990, S. 88). Überdies zeigen Untersuchungen immer wieder, daß die Gruppe der über 40jährigen Erwerbstätigen nicht weniger produktiv oder weniger effizient ist als die Gruppe der 20- bis 40jährigen; zusammen mit der wohlbekannten Tatsache, daß die Erwerbsbevölkerung in den Industrieländern in der Zukunft auf jeden Fall altern wird, sollte dies zu einem fundamentalen Umdenken über die Funktion und die Rolle der älteren Erwerbspersonen führen. Bisher sind Weiterbildungskurse und Schulungen in Betrieben weitgehend auf die Jüngeren konzentriert worden, angemessene Angebote für ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen waren eher selten. Angesichts eines raschen Wandels in Richtung einer „ageing society" wird es wohl nötig werden, daß auch Unternehmen das Altern ihrer Arbeitskräfte nicht mehr nur als Last und Nachteil zur Kenntnis nehmen und entsprechend handeln. Eine der wichtigsten Tatsachen, die häufig übersehen wird, ist die befristete Zeit, innerhalb derer auch die Schulung Jüngerer „sich auszahlt"; wenn 20- bis 40jährige sich der Weiterbildung unterziehen, so „trägt" diese Maßnahme ca. 5 bis 7 Jahre, dann ist auch bei ihnen weitere Schulung nötig. Doch Weiterbildung älterer Erwerbspersonen sollte nicht nur im Zusammenhang mit dieser Tatsache gesehen werden. Sie hat Vorteile auch aus anderer Sicht: Statt den aufwendigen Prozeß des Suchens nach jungen, gut ausgebildeten Arbeitskräften auf sich zu nehmen, die dann möglicherweise gar nicht verfügbar sind, könnten Unternehmen ihre älteren Arbeitskräfte schulen, deren Verhaltensweisen, Loyalität und andere Qualifikationen sie schon kennen; anstatt irgend eine qualifizierte Arbeitskraft anzustellen, die wahrscheinlich trotzdem noch einen Anpassungsprozeß an die Bedürfnisse der Firma durchmachen muß, ist es mit hoher Wahrscheinlichkeit billiger, jemanden „on-the-job" zu schulen, der sich im Betrieb bereits auskennt. Die Möglichkeit zu haben, eine erfolgreiche Schulung zu absolvieren, ist häufig für ältere Arbeitskräfte befriedigender und lohnender als für jüngere; die eigenen älteren Arbeitskräfte zu schulen und in Beschäftigung zu halten, wirkt sich positiv auf die anderen (sich schon dem Alter nähernden) Teile der Belegschaft aus (Plett, 1990, S. 90).

Daß das Lebensalter kein prinzipielles Lernhindernis ist, wurde bereits betont; häufig sind die Unterschiede in den Leistungen und Lernerfolgen zwischen den Personen einer Altersgruppe größer als jene zwischen den Altersgruppen. Jedenfalls zeigen aber Untersuchungen, daß es durchaus wichtig ist, an der Situation und an den Erfahrungen älterer Erwerbspersonen, insbesondere an ihren Berufserfahrungen anzusetzen, wenn es um Schulung geht (Fluck, 1985; Otten, 1985). Sie wollen als Erwachsene ernst genommen werden (die Irritation, wieder „auf der Schulbank" sitzen zu müssen, ist ohnehin belastend); sie haben eine lange Lebenserfahrung, auf welche man anders zurückgreifen kann, als dies bei Jüngeren meist der Fall ist; sie haben eine klare Vorstellung über den praktischen Charakter ihrer Tätigkeiten, auf die die Schulung Bezug nehmen sollte; sie sind aber auch in vielen Fällen nicht mehr vertraut mit Lernen und Lerntechniken; sie haben eigene Vorstellungen über Zeit, lehnen das „Verplempern" von Zeit ab, so daß der Sinn dessen, was sie lernen müssen, sehr klar gemacht werden muß; ältere Arbeitnehmer glauben häufig, was ihnen jahrelang beigebracht wurde: daß sie geringere Fähigkeiten und Fertigkeiten hätten als die jüngeren und daß sie weniger gefragt seien.

Wenn ein Schulungsprogramm für ältere Erwerbspersonen entworfen wird, so sollten diese sechs Punkte in jedem Fall in einer altersgruppenspezifischen Weise berücksichtigt werden, gerade wenn das Programm darüber hinaus keine altersbezogenen Inhalte und didaktischen Mittel aufweist. Weiterbildung für ältere Arbeitnehmer trifft in vielen Fällen auf widersprüchliche Einstellungen. Auf der einen Seite haben sie Widerstände oder Reservationen gegenüber einem frühzeitigen, verordneten Ruhestand. Zumindest jene, die arbeitslos sind, haben die Hoffnung noch nicht aufgegeben, wieder Arbeit zu finden. Auf der anderen Seite haben sie das Vorurteil internalisiert, daß in ihrem Alter sich noch einmal auf die Schulbank zu setzen nutzlos sei und daß ältere Menschen ohnehin nicht mehr lernen könnten und sich nichts merken würden. Gerade Weiterbildung für Arbeitslose, die ja fast zur Gänze im Wege über die Arbeitsmarktverwaltung angeboten wird, sollte nie außer Acht lassen, daß diese sich weiterhin an der Gruppe der Erwerbstätigen im mittleren Lebensalter orientiert. Niemand unter ihnen will den Pensionisten zugerechnet werden, das „Rentnerimage" würde ihrem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung oder Integration widersprechen (Fluck, 1985, S. 411).

Im vorigen Unterkapitel wurde bereits von der Gefahr der Dequalifizierung älterer Personen im Erwerbsleben gesprochen. Angesichts des raschen und tiefgreifenden Wandels veralten die vorhandenen Qualifikationen relativ schnell. Auch die besonderen betriebsspezifischen Qualifikationen können zu einem eigenen Risikofaktor werden. Eine jahrzehntelang praktizierte, beschnittene Zurichtung der Qualifikationen auf wenige, häufig sogar nur einzelne Tätigkeitsanforderungen führt zwar zu einem hohen Spezialisierungsgrad mit einem nahezu unersetzbaren Wert für den Betrieb, verringert andererseits aber tendenziell die Einsetzbarkeit auf anderen Arbeitsplätzen und damit insbesondere im Falle neuer technischer Anforderungen — bisherige Qualifikationsinhalte und Qualifikationslogiken können dadurch sehr schnell in ein Beschäftigungsrisiko umschlagen (Naegele, 1987, S. 10).

Wenn auf den Zusammenhang von technischem Wandel und Weiterbildung älterer Erwerbspersonen nochmals zurückgeblickt wird, so können vier wesentliche Punkte genannt werden, zwischen denen sich die Matrix möglicher Probleme aufspannt:

— die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die durch Schulung ergänzt, erweitert und verbessert werden sollen,

— die sozialen Zuschreibungen, in deren Licht Schulung als möglich oder unmöglich, nutzvoll oder nutzlos betrachtet wird,

— Art und Inhalt der Anforderungen, die als neue entstehen und dadurch Handlungsdruck erzeugen,

— die widersprüchlichen Theorien und Vorstellungen, die verantwortliche Unternehmer, Interessenvertreter (vor allem Gewerkschafter) und Politiker darüber haben, welche Rolle ältere Erwerbspersonen in der Gesellschaft überhaupt, aber auch auf dem Arbeitsmarkt und im Betrieb haben, und die folgerichtig unterschiedlichen Entscheidungen, die davon abhängig gefällt werden.

Die älteren Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sind gegenwärtig jene Gruppe, an der sich in bisheriger historischer Einmaligkeit exemplarisch zeigt, daß lebenslanges Lernen unabdingbar ist und daß dies nicht nur die Individuen betrifft, die lernen sollen, sondern auch die Wirtschaft, die Politik und die Wissenschaft, die geeignete und angemessene Angebote für ein erfolgreiches lebenslanges Lernen schaffen müssen. An diesen Gedanken anknüpfend könnte durchaus davon gesprochen werden, daß sie nicht nur aufgrund des gesellschaftlichen Wandels sich aufdrängende Nachholbedarfe erfüllen müssen, sondern auch in einer Vorreiterrolle die Richtung jener Praktiken sichtbar machen sollen, die nötig sind, um den so entstandenen Bedarfen zu begegnen.

3.5 Übergänge zwischen Erwerbsleben und Ruhestand

3.5.1 Die Transformation des „Drei-Phasen-Modells"

Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand ist ein Thema, das in seinen systematischen Bezügen die soziale Sicherung (inkl. Alterssicherung), das Arbeitsrecht und die Arbeitsmarktpolitik berührt. Der Angelpunkt der Überlegungen ist, wie Bedarfe abgedeckt werden, die als Folge von Änderungen der Lebenslage bei einzelnen Gruppen eintreten. Typische Bedarfe sind — unter dem Gesichtspunkt der Sicherung — Einkommenssicherung, Sicherung für die Fälle des Unfalls, der Krankheit, der Invalidität und der Pflege, des Todes, der Arbeitslosigkeit. Wird dabei, als leitende Erkenntnisabsicht, die gesamte Lebenslage der Menschen im Auge behalten, so zählt nicht nur ein bestimmter Ausschnitt aus der sozialen Sicherung — z. B. Rentenversicherung oder Beamtenversorgung —, sondern die gesamte Palette sozialer Leistungssysteme bis hin zur betrieblichen Alterssicherung, zur Eigenvorsorge, zu Leistungen der Familie, der caritativen Verbände etc. (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992).

Werden unter der allgemeinen Idee der Bedarfsdekkung die sozialen Ziele betrachtet, denen bei der Deckung materiell entsprochen werden soll, so sind diese im wesentlichen anerkannte Elemente aus dem sozialstaatlichen Zielkatalog. Diese Perspektive legt die folgenden Überlegungen, selbst im Angesicht der eben genannten Palette von Leistungssystemen, letztlich doch auf einen Kern zentraler und performativer Bedingungen fest: die der Übergangslogik in der Pensionierung innewohnende Trennung von Erwerbsphase und inaktiver Phase mit ihren organisatorischen, finanziellen und politischen Konsequenzen konzentriert die kollektiven Lösungen primär auf den Staat.

Unter Gesichtspunkten eines individuell und rechtlich regulierten Lebenslaufs, der seine „Normal"-Form in

Ausbildung-Erwerbstätigkeit-Ruhestand fand (siehe Kapitel 3.2.1), erscheint die Lage der älteren Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen heute vor allem als ein Problem der Transformation des Aktivitäts- und Altersstatus. Während vieler Jahre galt in industrialisierten Ländern als Modell eines gelungenen Lebenslaufs eben diese Abfolge von Ausbildung, Berufsleben und Pensionierung, wobei das Durchlaufen einer Phase jeweils als die notwendige und legitimierende Voraussetzung für den Eintritt in die nächste angesehen werden konnte. Dieser Ablauf war institutionell reguliert durch den Eintritt ins Erwerbsleben nach Beendigung der entsprechenden Ausbildung und durch den Eintritt in die nachberufliche Phase bei Erreichen des allgemeinen gesetzlichen Rentenalters. Die Phasen waren im individuellen Handeln und Planen charakterisiert durch die Verläßlichkeit und Geregeltheit der Bedingungen, an denen der Lebenslauf ausgerichtet werden konnte. Mit einer bestimmten Ausbildung eine bestimmte Beschäftigung mit hoher Wahrscheinlichkeit erreichen zu können, schaffte ebenso Erwartungssicherheit, wie nach einem mehr oder weniger ununterbrochenen Erwerbsleben bei Erreichung des Pensionsalters in den „wohlverdienten Ruhestand" gehen zu können. Diese Erwartungssicherheit grub sich tief ins Bewußtsein der Menschen ein und äußerte sich bei vielen so, daß sie schon mit 45 oder 50 Jahren begannen, ihre Orientierungen, Pläne, Arbeitssituationen usw. an der künftigen „Pensionierung" festzumachen. An die Erreichung des 60. oder des 65. Lebensjahres war zugleich die soziale Definition des Alters geknüpft, sie fundierte den sozial anerkannten Altersstatus. Diese Situation hat sich entscheidend verändert. Ökonomische, soziale und kulturelle Entwicklungen haben in den letzten 15 Jahren zu einem Aufbrechen dieses Drei-Phasen-Modells des Lebenslaufs geführt, zu seiner De-Institutionalisierung und zu seiner De-Rhythmisierung. Dieser Gedanke bedarf einer kurzen Erläuterung. Der in den letzten Jahren immer deutlicher sichtbare Rückzug aus dem Erwerbsleben zu immer früheren Zeitpunkten im Lebenslauf wird meist in der Weise interpretiert, daß die zeitlichen Schwellen, die die Lebenslaufphasen voneinander trennen, nach wie vor ihre Gültigkeit hätten, daß die berufliche Phase nur komprimiert werde (längere Ausbildung und frühere Pensionierung) und daß sich damit auch die Bedeutung vom Arbeitsleben und seinem Gegenstück, Ruhestand, nicht verändert hätte. Dazu wird hier eine andere Interpretation vorgeschlagen (vgl. auch Kneusel-Herdliczka, 1990, S. 51).

Die beobachtbaren Entwicklungen deuten darauf hin, daß es zu einer deutlichen Veränderung des Drei-Phasen-Modells des Lebenslaufs kommt, indem Grenzen zwischen ökonomischer Aktivität und „Inaktivität" zunehmend verschwimmen. An die Stelle eines eindeutigen Übergangsmechanismus (Alterspensionierung) vom Erwerbsleben in den Ruhestand tritt eine Phase der Ungesichertheit und Unplanbarkeit, in der Wohlfahrts-Subsysteme wie Arbeitslosenversicherung, Sicherung bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Sondermaßnahmen usw. in Kompensation zum versagenden Arbeitsmarkt die Menschen „auffangen" und die Zeit bis zur Erreichung des gesetzlichen Pensionsalters ganz oder teilweise überbrücken.

3.5.2 Altersgrenzen

Für alle Alterssicherungssysteme gilt als ein gemeinsames Tatbestandsmerkmal das Erreichen eines bestimmten Lebensalters. Diese Altersgrenzen stellen jene Zäsuren im Lebenslauf dar, an denen die aktive Phase (mit unterschiedlichen Konsequenzen) beendet werden kann oder muß.

In vielen Ländern hat die „Regelaltersgrenze" ihre faktische Bedeutung teilweise oder weitgehend verloren. In der Bundesrepublik Deutschland liegt sie bei 65 Jahren für Männer und Frauen, in Frankreich einheitlich bei 60, in den Niederlanden einheitlich bei 65 und in Österreich bei 65 resp. 60. Die genannte Einschränkung der faktischen Bedeutung der Regelaltersgrenze wird zum einen daran sichtbar, daß es gruppenspezifische Unterschiede im Wirksamwerden dieser Zäsur gibt. Die Inanspruchnahme des Altersruhegeldes bei Erreichen des 65. Lebensjahres ist in der Bundesrepublik Deutschland insbesondere bei Frauen hoch, die zum Beispiel wegen Hausfrauentätigkeit nur eine kurze Erwerbsphase aufweisen: Unter den Rentenzugängen der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 1990 waren bei den Frauen 49,7 % aller neu gewährten Renten Altersruhegelder bei Erreichen des 65. Lebensjahres, bei den Männern lag der Anteil dieser Rentenart bei 19,7 % (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992). Zum andern ist neben den gruppenspezifischen Unterschieden ein ganz generelles „Unterlaufen" der Regelaltersgrenze zu beobachten. In Österreich ist zum Beispiel das (durchschnittliche) faktische Pensionsantrittsalter seit Anfang der 70er Jahre von 62 Jahren auf knapp 58 Jahre gesunken. Dieses Absinken erfolgte, ohne daß das gesetzliche Pensionsalter geändert worden ist.

Diese Differenz ist vor allem darauf zurückzuführen, daß in den meisten Ländern aus sozialpolitischen Überlegungen eine Absenkung des Pensionsalters unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht wurde (Klauder, 1989, S. 85 ff.) Der Übergang in den Ruhestand unterhalb der Altersregelgrenze ist meistens (Ausnahmen sind zum Beispiel Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten, Arbeitslosigkeits- und Invaliditätspensionen in Österreich) an einen dauerhaften Erwerbsverlauf gebunden. Hier sind allerdings im Detail die Eigenarten der einzelnen Sicherungssysteme zu beachten. So stellt das System der Niederlande eine universalistische Form dar, in der die Grundsicherung eine allgemeine und für alle Einwohner einheitliche Altersleistung ab dem 65. Lebensjahr gewähren soll; die Bundesrepublik Deutschland, Frankreich und Österreich haben selektionistische Systeme, in denen die Grundsicherung durch gruppenspezifische Versorgungssysteme wahrgenommen wird (Mager, 1991). In den einzelnen Ländern herrschen die im folgenden skizzierten Formen:

Bundesrepublik Deutschland

— Vorgezogenes Altersruhegeld mit Erreichen des 63. Lebensjahres („flexible Altersgrenze").

— Vorgezogenes Altersruhegeld wegen Schwerbehinderung oder Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit (60 Jahre).

— Vorzeitiges Altersruhegeld (60 Jahre) aufgrund der „Frauenaltersgrenze" (15 Jahre Wartezeit und mindestens 10 Pflichtbeitragsjahre nach dem 40. Lebensjahr).

— Vorzeitiges Altesruhegeld in Form der „Arbeitslosenrente" (innerhalb der letzten 1,5 Jahre vor dem 60. Lebensjahr mindestens ein Jahr arbeitslos, Wartezeit von 15 Jahren und in den letzten 10 Jahren 8 Jahre Pflichtbeitragszeiten).

— Gruppenspezifische Altersgrenzen, zum Beispiel in der knappschaftlichen Rentenversicherung (60 Jahre und 25 Jahre Wartezeit; unter Sonderbedingungen Regelverrentung auch bei 55 bzw. 50 Jahren), weiter für Offiziere, Piloten, Fluglotsen, Polizisten, Beschäftigte im Strafvollzug etc. (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992).

Frankreich

Neben dem allgemeinen und den speziellen Sicherungssystemen (letztere für spezielle Gruppen wie: Bedienstete der staatlichen Eisenbahnen, der Bank von Frankreich etc.), alles gesetzliche Pflichtsysteme, existieren zusätzliche, auf freiwilliger Basis erworbene Zusatzversicherungen; seit 1972 muß jeder nach dem allgemeinen System Altersversicherte auch einem auf Kollektivvertrag begründeten Zusatzsystem zugeordnet werden (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992). Das heißt, daß es neben dem allgemeinen System eine große Anzahl von Regelalterssicherungssystemen und Zusatzversorgungssystemen gibt. Andererseits sind, wie in den meisten anderen Ländern, eine Reihe von sozial- und arbeitsrechtlichen Regelungen für den Übergang in den Ruhestand erlassen worden, die den demographischen und wirtschaftlichen Entwicklungen Rechnung tragen.

Folgende Programme tangieren ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nur indirekt und quantitativ geringfügig:

Sonderhilfe für gekündigte oder freiwillig vorzeitig ausgeschiedene Arbeitskräfte (nach Festsetzung der Regelaltersgrenze zum vollen Satz auf 60 Jahre im Jahr 1983; nur noch wirksam für jene, die vorher bereits einen Anspruch erworben hatten).

Sicherung bei vorzeitigem — vorübergehenden oder endgültigen — Ausscheiden aus dem Arbeitsleben:

1. Bei Verlust der Arbeit

a) Basisarbeitslosengeld und Abgangsarbeitslosengeld oder Sonderbasisarbeitslosengeld (letzteres bei kurzer Anwartschaftszeit; Bezugsdauer in beiden Fällen abhängig von Lebensalter und Versicherungsdauer).

b) Geldleistungen aus einem Solidarsystem für Langzeitarbeitslose (für jene, die keinen Anspruch auf Arbeitslosenversicherungsleistungen mehr haben).

c) Umschulungsübereinkommen (Geldleistung während der Dauer von 6 Monaten bei wirtschaftlicher Kündigung).

d) „Unterstes Netz" — Anspruch auf Minimumeinkommen (für alle Personen über 25 Jahre im Sinn eines wirtschaftlichen und sozialen Eingliederungsversuches; eine Neueinführung, die in Zukunft für jene Bedeutung erhalten könnte, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben, aber schon als „ältere Menschen" gelten).

Folgende Programme sind auf ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen speziell zugeschnitten:

2. Vorgezogene Altersleistungen

a) Vollständige vorgezogene Altersrente — Sonderbeihilfe (bei kollektiven Kündigungen ohne Möglichkeit einer anderweitigen Beschäftigung, wenn die Person 56 Jahre und zwei Monate — in Ausnahmefällen 55 Jahre — alt ist, dem Betrieb eine bestimmte Zeit angehörte und keine Alterspension wegen Arbeitsunfähigkeit bezieht).

b) Vorruhestandsregelung auf Halbzeitbasis, Frührentenleistung für ältere Personen, die Gefahr laufen, gekündigt zu werden und bereit sind, eine Vollarbeitsstelle zugunsten einer Halbzeitarbeit abzugeben und den individuellen Arbeitsvertrag zu modifizieren; (Voraussetzung ist außerdem ein Mindestalter von 56 Jahren und zwei Monaten — in Ausnahmefällen von 55 Jahren bzw. nach dem 60. Lebensjahr bei weniger als 150 Trimestern Versicherungszeit — mindestens 10 Versicherungsjahre sowie volle Berufstätigkeit während der letzten 12 Monate).

c) Progressive Vorruhestandsleistung (Maßnahme zur Arbeitsplatzbeschaffung: Personen zwischen 55 und 60 Jahren können freiwillig Teilzeitbeschäftigung eingehen, Unternehmen müssen während dieser Zeit quantitative Arbeitsverhältnisse beibehalten, also den Personalstand vergrößern; Voraussetzungen wie unter b), Mindestleistungsdauer ist 12 Monate).

Die unter 2a) genannte Sonderbeihilfe hat gegenüber allen anderen Vorruhestandsleistungen quantitativ eine überragende Bedeutung (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992).

Niederlande

Im Unterschied zu den anderen Ländern gilt hier die allgemeine Volksversicherung, die ab dem 65. Lebensjahr einsetzt und die nicht an eine vorausgegangene Erwerbstätigkeit, sondern nur an Beitragszahlungen gebunden ist. Außerdem sind vier Fünftel aller Beschäftigten in Holland in eine betriebliche Altersversicherung eingebunden. Mit Bezug auf diese allgemeine Altersversicherung sind alle Möglichkeiten vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben als „Übergangslösungen" zu sehen.

1. Staatliche Regelungen

Aus der Krankheits-/Berufsunfähigkeitsversicherung gebühren Leistungen

a) im Fall von Krankheit/Gebrechlichkeit bei Personen unter 65 Jahren,

b) im Fall von mindestens 25 % Behinderung und unter der Voraussetzung, daß die Person jünger als 65 Jahre ist, ein bestimmtes Mindesteinkommen hat und 52 Wochen Leistungen unter a) bezog,

c) im Fall, daß 52 Wochen Leistungsbezug unter a) vorliegt und mindestens 50 % Beeinträchtigung bei Berufsausübung gegeben ist; für Personen unter 65 Jahren nach der Höhe des letzten Einkommens und dem Grad der Behinderung.

Aus der Arbeitslosigkeitsversicherung gebühren Leistungen

a) wenn jemand nach 57,5 Lebensjahren arbeitslos wird (bis zum 65. Lebensjahr),

b) wenn jemand ab dem 50. Lebensjahr arbeitslos wird (Bedürftigkeitsermittlungsverfahren).

2. Nichtstaatliche Regelungen

Vorzeitige Austrittsregelungen beruhen außerhalb des gesetzlichen Rahmens meist auf Tarifverträgen und dienen als Brücke zwischen dem Einkommen während des aktiven Lebens und der Rente nach dem 65. Lebensjahr; die Inanspruchnahme ist meist Sache der freien Entscheidung, die Altersbreite schwankt zwischen 59 und 64 Lebensjahren, die Mehrzahl der Fälle liegt bei knapp unter 62 Jahren (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992).

Österreich

Im Rahmen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (Pensionsversicherung):

— Vorzeitige Alterspension aufgrund langer Versicherungsdauer (35 Versicherungsjahre; Männer ab dem 60., Frauen ab dem 55. Lebensjahr),

— Invaliditätspension (Zugangserleichterungen ab dem 55. Lebensjahr),

— Vorzeitige Alterspension aufgrund von Arbeitslosigkeit (Männer ab dem 60., Frauen ab dem 55. Lebensjahr; mindestens ein Jahr eine Leistung aus Arbeitslosen- oder Krankenversicherung und mindestens 15 Versicherungsjahre).

Im Rahmen der Arbeitslosenversicherung:

— Allgemeine Sonderunterstützung (pensionsähnliche Leistung; Männer ab dem 59., Frauen ab dem 54. Lebensjahr in Krisenregionen oder Krisenbetrieben),

— Sonderruhegeld für männliche Schwerarbeiter (57. Lebensjahr),

— Sonderruhegeld für weibliche Schwerarbeiter (52. Lebensjahr),

— Sonderunterstützung für Arbeitnehmerinnen im Bergbau (50. Lebensjahr),

— Sonderunterstützung aus Altersgründen (Männer 55., Frauen 50. Lebensjahr).

Gruppenspezifische Regelungen gelten für Beamte (Regelaltersgrenze 60 Jahre), innerhalb derer wiederum Sonderbestimmungen, wie zum Beispiel für pragmatisierte Eisenbahner (Altersgrenze 53 Jahre bei 35 Versicherungsjahren) (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992).

3.5.3 Gründe für den frühen Ruhestand

Die Akteure, die zu den tatsächlichen Formen vorgezogener Pensionierung bzw. Verrentung in ihrer Entstehung und Durchsetzung beitragen, sind die Betriebe, die Interessenvertretungen, der Staat und die Beschäftigten selbst. Zwischen ihren, wenn auch unterschiedlich begründeten, zentralen Interessen besteht eine Konvergenz, die in die möglichst frühe Aufgabe der Erwerbsarbeit mündet. Dies gilt für alle vier hier betrachteten Länder. Die Betriebe lösen Personalstruktur- und Produktivitätsprobleme im Wege von Personalexternalisierung, Betriebsräte und Gewerkschaften favorisieren jüngere Arbeitnehmer und erfüllen ihr Mandat dennoch in akzeptierter Weise, weil für die Älteren die „Alternativrolle" des Rentners offensteht. Die staatliche Sozialpolitik hat Auffangkanäle im Bereich der Alterssicherung geschaffen, die Betroffenen selbst zeigen eine überaus hohe Akzeptanz für Frühpensionierungsmaßnahmen. Außerdem hat der Staat auf diese Weise zugelassen, daß Betriebe und Gewerkschaften auf der Ebene der Rentenzugangsregelungen die Arbeitslosigkeits- und die Erwerbsunfähigkeitsversicherungen in reguläre Pfade des frühen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben umgewandelt haben (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992). Als Konsequenz aus diesen unterschiedlichen Frühausgliederungspfaden sind für viele Menschen zunehmend Zwischenphasen zwischen Erwerbsleben und Ruhestand hervorgewachsen. Innerhalb dieser Zwischenphasen ist es zu teilweise eklatanten Ungleichbehandlungen einzelner Gruppen gekommen. Dies soll anhand der folgenden Zahlenhinweise verdeutlicht werden.

Der Prozeß der Regularisierung von Pfaden abseits der „Normalverrentung" ist auf verschiedene Weise vor sich gegangen; einige Beispiele mögen dies verdeutlichen. In der Bundesrepublik Deutschland stieg z. B. Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre die Frühverrentung wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit auf rund 50 % aller Neuzugänge an — seit 1984 wurden die Anspruchsvoraussetzungen allerdings verschärft. Der Rentenzugang wegen Schwerbehinderung stieg von 3,7 % im Jahre 1978 auf 10,8 % im Jahre 1990. Eine besondere Situation findet sich in den neuen Bundesländern. Der Primat des (Arbeits-) Marktes hat zu bisher nicht dagewesenen Ausmaßen an Arbeitslosigkeit geführt und der frühe Ruhestand wird in maximaler Weise dazu benützt, um einen Teil dieses Problems zu bewältigen. Mit den Vorruhestandsregelungen, die aus den 80er Jahren stammen und mit der seit dem Einigungsvertrag gültigen Alters-Übergangsregelung wurden bis 1992 mehr als 800 000 Arbeitnehmer im Alter von 55 bis 59 Jahren freigesetzt. Zusätzlich kommen noch ca. 280 000 Altersrentner hinzu, die Ende 1989 noch weiterbeschäftigt waren und ihren Arbeitsplatz als

erste verloren haben — arbeitsmarktpolitisch ist der Vorruhestand in den neuen Bundesländern ein durchschlagender Erfolg: Arbeitnehmer über 55 Jahren sind dort nicht mehr zu finden (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992).

In Frankreich wird, wie erwähnt, die Sonderbeihilfe bei Kündigung aus wirtschaftlichen Gründen als Vorruhestandsregelung am häufigsten in Anspruch genommen. 1990 waren es 171 186 Personen (121 160 Männer und 50 026 Frauen); dabei entfielen in dieser Vorruhestandsregelung fast 50 % der Bezieher und Bezieherinnen auf die Altersgruppe der 58- und 59jährigen. Insgesamt ist die Zahl der Personen, die Leistungen aus Vorruhestandsregelungen bezogen, von 74 454 im Jahre 1982 auf 185 151 im Jahre 1990 angestiegen (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992).

Auch in den Niederlanden ist die Zahl der Fälle in der Kranken- und Berufsunfähigkeitsversicherung bedeutend gestiegen — weit mehr als jene in der Arbeitslosenversicherung; von mindestens gleicher Bedeutung ist jedoch der Anstieg der Zahl der Leistungsbezieher aus den verschiedenen Vorruhestandsregelungen. 1977 nahmen 3 000 der 55- bis 64jährigen eine Vorruhestandsregelung in Anspruch, 1985 waren es 75 000 und 1987 bereits 93 500. Die Einführung dieser Regelungen als rein privat organisiertes System der Alterssicherung, dessen Inanspruchnahme als Weg aus dem Erwerbsleben in der Gesellschaft eine positive Bewertung erfuhr und nicht zu jener Stigmatisierung führte, die den Regelungen bei Arbeitslosigkeit oder Berufsunfähigkeit anhaftete, bewirkte u. a., daß keinerlei Veranlassung entstand, Maßnahmen zur Integration älterer Personen auf dem Arbeitsmarkt zu entwickeln.

In Österreich ist die enorme Absenkung des faktischen Renteneintrittsalters vor allem auf die Zunahme der Invaliditätspensionen zurückzuführen; in der zweiten Hälfte der 80er Jahre ging die Hälfte der männlichen Arbeiter vor Erreichen des 60. Lebensjahres wegen Invalidität in Rente. Doch auch die Rentenzuwächse aufgrund von Arbeitslosigkeit sind enorm gestiegen. Für beide Arten machte der Zuwachs von 1977 bis 1989 in Summe fast 100 000 Fälle aus. Die Akzeptanz dieser Pfade ist in der Bevölkerung sehr groß, was sich allein daran ablesen läßt, daß jährlich viele tausend gestellte Anträge (auf Invaliditätspension) abgewiesen werden. Allerdings dürfte sie auch dadurch gestärkt werden, daß nahezu keine Programme bestehen, die ältere Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt integrieren.

Als allgemeine Tendenz gilt, daß diese Übergänge in den Ruhestand dabei sind, zu einem normal erwartbaren und sozial hoch legitimierten Teil dieser Phase des Lebenslaufs zu werden. An dieser Stelle ist mit der Vorstellung der „Alternativrolle" des Rentners nochmals einzuhaken; die Ausgliederung älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ist natürlich vor allem deshalb eine „sozialverträgliche" Maßnahme der Personalanpassung, weil die Älteren in einen rechtlich legitimierten, finanziell garantierten und sozial akzeptierten Status entlassen werden können. Hauptsächlich deshalb können Angebote zum frühen Übergang in den Ruhestand als Möglichkeiten der betrieblichen Sozialintegration und des staatlich gesteuerten Mengenausgleichs von Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt benützt werden.

3.5.4 Für Chancenverbesserung und Zukunftsorientierung

In allen hier zu Vergleichszwecken betrachteten Ländern überwiegen Maßnahmen (die älteren Personen auf dem Arbeitsmarkt betreffend), deren Effekte auf die Ausgliederung aus dem Erwerbsleben und die Übernahme ins Alterssicherungssystem zielen. Beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen sind demgegenüber in weit geringerem Umfang realisiert worden. Der konzentrierte Blick auf Arbeitsmarktentlastung durch Ausgliederung hat solchen Maßnahmen eine geringere Wirkung aus purer Halbherzigkeit beschert.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde versucht, die Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer im Wege über das Arbeitsförderungsgesetz zu verbessern. Wiedereingliederungshilfen — allerdings wenig genutzt — gibt es durch Zuschüsse an den Arbeitgeber (bis 70 % des Entgelts) im Falle der Einstellung älterer Arbeitnehmer ab dem 55. Lebensjahr. Auch eine „Eingliederungshilfe" für ältere Arbeitnehmer ab dem 50. Lebensjahr ist zu erwähnen. Die entsprechenden Regelungen sind jedoch teilweise wirkungslos geblieben, ebenso wie Bemühungen, die betriebliche Fort- und Weiterbildung auf die älteren Arbeitnehmer auszudehnen. Dies entspricht übrigens auch der Situation in den Niederlanden, wo innerbetriebliche Höherqualifizierung fast ausschließlich von jüngeren Arbeitskräften in Anspruch genommen wird. In der Bundesrepublik Deutschland dürfte das Mißlingen dieser Strategie einerseits darauf zurückzuführen sein, daß die tarifvertraglichen Qualifizierungsvereinbarungen ein Selektionsrecht des Arbeitgebers hinsichtlich der Auswahl der Teilnehmer vorsehen, daß andererseits aber auch die älteren Arbeitskräfte selbst vielfach kein Interesse zeigen, an Qualifizierungsmaßnahmen teilzunehmen. Als positiv sind schließlich informelle Senioritätsrechte hervorzuheben, die gerade in Großbetrieben einen Bestandteil der innerbetrieblichen Arbeitsmärkte ausmachen und so einen indirekten Kündigungsschutz darstellen, indem sie tarifvertragliche Regelungen des Kündigungs- und Rationalisierungsschutzes ergänzen (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992).

In Frankreich dient solchen integrativen Bemühungen vor allem die „progressive Vorruhestandsregelung".

In Österreich wurden zum Beispiel Schutzregelungen im Rahmen des Leistungsrechts der Arbeitslosenversicherung eingeführt: Vor allem die Erhaltung der Bemessungsgrundlage für Männer ab dem 50. und für Frauen ab dem 45. Lebensjahr bei Aufnahme einer niedriger entlohnten Beschäftigung, dann die Anhebung des Arbeitslosengeldes in den mittleren Einkommensbereichen, um eine einheitliche Nettoersatzquote zu gewährleisten, schließlich Verbesserungen beim Pensionsvorschuß des Arbeitsamtes.

Allgemeine Orientierungen zur Chancenverbesserung müßten aber vermehrt darauf gerichtet sein, Problemlagen neu zu überdenken und sozial, ökonomisch und politisch zu bewerten. Sie könnten mit folgenden Stichworten angedeutet werden: Die niedrigen Erwerbsquoten bei älteren Arbeitskräften stellen das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels dar, in dem die Reifungsprozesse der Frühpensionierungssysteme, das weitgehende Fehlen altersadäquater Arbeitsplätze, die Verlagerung der Arbeitslosigkeit auf ältere Arbeitnehmer etc. wesentliche Elemente darstellen. Wie bereits erwähnt, entstehen relevante Ungleichheiten zwischen den einzelnen Gruppen durch die Gleichbehandlung ungleicher Bedingungen im Rahmen der Sicherungssysteme; Geldleistungen für ältere Arbeitskräfte sind auch bei ähnlichen Ausgangsbedingungen unterschiedlich; sie können sogar von der Wohnregion, der Branche und der Dauer der Arbeitslosigkeit abhängen. Betriebs- und arbeitsmarktspezifische Problemlagen werden häufig mit individuellen Merkmalen wie dem gesundheitlichen Verschleißprozeß gekoppelt. Oberste Maxime beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitischer Initiativen zugunsten älterer Arbeitskräfte muß die Verbesserung ihrer Beschäftigungschancen sein.

Zu diesem Zweck ist es sinnvoll, zwischen verschiedenen Maßnahmenbündeln zu unterscheiden: a) integrative Maßnahmen für noch beschäftigte ältere Arbeitskräfte, b) reintegrative Maßnahmen für ältere Arbeitslose und c) kompensatorische Maßnahmen, die den Übergang in den Ruhestand bezwecken und erleichtern. Da die bisherige Politik sich wesentlich auf den dritten Maßnahmetypus konzentriert hat, gälte es, die ersten beiden zu forcieren. Ohne hier eine Systematik zu entwickeln, weisen doch Diskussionen und bisherige Schritte in den einzelnen betrachteten Ländern darauf hin, daß folgenden Zielsetzungen erhebliche Bedeutung zukommen könnte: Beihilfen zur Arbeitsplatzerhaltung, Förderung der betrieblichen und außerbetrieblichen Qualifikationsanpassung älterer Arbeitskräfte, Verbesserung des Kündigungsschutzes, Erschwerung der Substitution älterer Arbeitskräfte durch minderqualifizierte jüngere oder billigere, die ihrerseits wieder benachteiligt werden (z. B. Ausländer); weiter ist an Frühwarnsysteme bei geplanten Kündigungen mit erhöhter Informationspflicht und ausgedehnter Anzeigefrist zu denken. Maßnahmen, die reintegrativen Charakter haben, müßten auf folgende Ziele ausgerichtet sein: Gezielte gruppen- und bedarfsspezifische Serviceleistungen der Arbeitsmarktförderung und Arbeitsmarktverwaltung, gruppen- und personenbezogene gezielte Umschulung und Weiterbildung (im Zusammenhang mit der Schaffung eines Rechtsanspruches auf Schulung), Einrichtung von Arbeitsstiftungen unter Beteiligung von Unternehmen und Arbeitsmarktförderung, Zuschüsse an Unternehmen in Höhe der lohnbezogenen Arbeitgeberbeiträge im Falle von Einstellungen älterer Langzeitarbeitsloser, Kombination von Teilpension und Teilzeitarbeit für ältere Langzeitarbeitslose, Sonderregelungen für nicht mehr vermittelbare ältere Langzeitarbeitslose. Die letztgenannten Zielsetzungen sind besonders unter dem Gesichtspunkt zu sehen, daß selbst die älteren Arbeitslosen keine homogene Gruppe sind. So bestehen bei älteren Arbeitslosen die höchsten Wiedereingliederungschancen bei Facharbeitern ohne gesundheitliche Beeinträchtigung, die niedrigsten bei Hilfs- und angelernten Arbeitern mit gesundheitlichen Einschränkungen (Hofbauer, 1982, S. 107). Die allerorts thematisierte Hinaufsetzung der Regelaltersgrenze als Globalmaßnahme kann angesichts der referierten Tatsachen keine fruchtbare Lösung darstellen.

Zum Schluß soll noch kurz auf die Rentenreform in der Bundesrepublik Deutschland 1992 eingegangen werden. Seit dem 1. Januar 1992 ist das „Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung" in Kraft. Mit diesem Gesetz sollen rechtzeitig die Weichen gestellt werden, um die Alterssicherung auch zukünftig leistungsfähig zu erhalten. Damit wird auf ähnliche, tatsächliche und antizipierte Problemlagen wie in anderen Ländern reagiert: Steigende Lebenserwartung, sinkende Geburtenziffern und Finanzierungsprobleme. In Zukunft ist mit einem starken Anstieg der Belastungsquotienten zu rechnen, zusätzlich verschärft durch das sinkende Ruhestandsalter. Wesentliche Punkte der Rentenreform betreffen eine Anpassung der Rentenerhöhung an die Entwicklung der Netto- statt der Bruttoeinkommen, um dadurch steigende Steuer- und Beitragsbelastungen der aktiven Bevölkerung zu kompensieren: Eine stufenweise Abschaffung der vorgezogenen und der flexiblen Altersgrenze zugunsten der Regelaltersgrenze von 65 Jahren; eine Einführung von Rentenabschlägen bei früherem Rentenbeginn; Einführung einer Teilrente in gestaffelten Teilbeträgen der zustehenden Altersrente bei Fortbestand der Erwerbstätigkeit. Eine Leistungsverschlechterung wird durch die stufenweise Verringerung der Bewertung von Zeiten mit Lohnersatzbezügen eintreten (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992).

Dieses Rentenreformgesetz ist nicht vorrangig arbeitsmarktpolitisch, sondern demographisch begründet. Bereits jetzt läßt sich allerdings absehen, daß der allgemeine Trend zum frühen Ruhestand sich nicht durch Beseitigung einzelner Maßnahmen stoppen oder gar umkehren läßt, wenn er bisher — was offensichtlich ist — primär durch die Arbeitsmarktentwicklung bedingt war. Voraussetzung dafür wäre vielmehr eine deutliche Verbesserung der Arbeitsmarktlage und eine erhebliche Veränderung der Interessenlagen der am Geschehen beteiligten Akteure. Für beides sind keine wie immer gearteten Anzeichen sichtbar; im übrigen mutet dieser schnelle Schwenk in der staatlichen Präferenzordnung älteren Arbeitskräften eine erhebliche Umstellung zu, denn bisher war der frühe Ruhestand Anerkennung der Lebensarbeitsleistung, nun wird der hinausgezögerte Ruhestand zur moralischen Verpflichtung (Kaufmann, Kneusel-Herdliczka & Wolf, 1992). So stellt sich die „Prognose" für die zukünftige Situation der älteren Arbeitskräfte eher ungünstig dar. Ihre strategische Position hinsichtlich der Kontrolle über den Prozeß des Ausscheidens aus der Erwerbsarbeit hat sich geschwächt, die Rentenreform bringt einen Abbau an Flexibilität, die Betriebe drängen auf für sie vorteilhafte Lösungen bei der Kontrolle über das Austrittsgeschehen, die Kosten des frühen Austritts dürften weiterhin steigen.

4. Physiologische Alternsänderungen

Die Ursachen des Alterns sind bis heute nicht geklärt. Es handelt sich hier um einen komplexen Prozeß, der durch keine der bestehenden Alternstheorien in seiner Ganzheit erfaßt und verstanden werden kann.

Entgegen früherer Ansicht ist Altern nicht mit Krankheit gleichzusetzen. Unter biologischen Aspekten kann Altern als ein Prozeß aufgefaßt werden — eine, wie Bürger (1960) es nannte, als Funktion in der Zeit entstehende Veränderung der lebenden Substanz —, bei dem in der zweiten Lebenshälfte Involution und Atrophie eine Vielzahl von Organen und Geweben irreversibel betreffen. Diese bedingen eine fortschreitend sich verringernde Anpassungsfähigkeit der homöostatischen Regelsysteme (d. h. der funktionellen Balance verschiedener Körperfunktionen durch physiologische Regelprozesse) an sich verändernde Umweltbedingungen und lassen dadurch Risiken entstehen, welche die Erwartungswahrscheinlichkeit für Krankheiten erhöhen. So kommt es mit zunehmendem Alter zu einer Abnahme der Widerstandskraft — Steinmann spricht von einer „inneren Krankheitsdisposition" (Steinmann, 1980) und meint damit, daß der alte Mensch anfälliger werde für Krankheiten und ganz speziell für Infekte —. Der Verlauf dieser Änderungen weist allerdings eine hohe Variabilität auf, d. h. mit zunehmendem Alter tritt eine Abnahme an Homogenität in bezug auf viele biologische und physiologische Funktionen sowohl beim einzelnen Individuum als auch interindividuell auf.

Ergebnisse der experimentellen Gerontologie sprechen dafür, daß Alterungsprozesse sich wesentlich an der DNS (Desoxiribonukleinsäure) und an der Interzellularsubstanz abspielen. Selbst multiple Funktionsminderungen können ein ganzes Altern lang klinisch stumm bleiben, sofern nicht eine additive krankhafte/krank machende Störung hinzutritt. Das bedeutet: Wenn sich Krankheiten auf den physiologischen Alternsprozeß und die altersgängigen Funktionsabnahmen aufpfropfen, können diese ebenfalls Krankheitswert erreichen. Klingt die akut auslösende Ursache wieder ab, können sich diese Dekompensationen auch wieder zurückbilden.

Aus den genannten Gründen kann die Abgrenzung zwischen Gesundheit — d. h. einer Verbindung von körperlicher Integrität, ungestörter Adaptationsfähigkeit des Organismus und Wohlbefinden — und Krankheit — als einer sich nicht selbst begrenzenden Störung dieser Homöostase — im Alter besonders erschwert sein. Man hat deshalb nach Methoden zur Bestimmung des biologischen oder funktionellen Alters — verstanden als die Funktionsfähigkeit eines Individuums zu einem bestimmten Zeitpunkt seines kalendarischen Alters — gesucht. Dabei verwendet man Testbatterien, welche eine große Zahl von physischen, psychischen und sozialen Parametern erfassen. Unabhängig davon, ob die erhobenen Befunde als durch Altern per se oder als durch krankhafte Veränderungen bedingt zu betrachten sind, gehen alle erhobenen Werte in die Berechnung ein. Solche Messungen haben sich z. B. beim Erfassen von Umweltschäden sowie bei frühzeitigem Erkennen von medizinischen oder sozialen Risikofaktoren sowie bei der Erfassung der individuellen Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer bewährt.

Es erscheint aber hilfreich, die sich nach heutigem Wissensstand bekannten, altersgängigen Änderungen physiologischer Funktionen summarisch darzustellen. Hier muß dann aber gleich einschränkend angemerkt werden, daß die nachfolgenden Aussagen im wesentlichen auf Querschnittsanalysen zurückgehen. Deren Schwäche liegt — im Vergleich zu Längsschnittstudien — darin, daß sie intraindividuelle Veränderungen und kohortenspezifische Unterschiede kaum oder zu wenig berücksichtigen. Das kann besonders im höheren Lebensalter Ursache erheblicher Fehlinterpretationen sein. Einzelne Längsschnittstudien belegen inzwischen deren enorme Bedeutung auch für die Medizin, sind aber bisher wegen des sehr hohen personellen und apparativen Aufwandes noch zu selten durchgeführt worden (z. B. Baltimore, Durham, Paris, Basel, Leipzig).

Welches Wissen hält man heute für gesichert?

Organe altern asynchron. Tabelle 6 gibt eine Übersicht über wichtige Substanz- bzw. Funktionsverluste im 75. Lebensjahr, bezogen auf das 30. Lebensjahr als Normalwert, das hier willkürlich als 100 % gesetzt worden ist. Die ausgeführten Funktionsabnahmen sind allein Folge und Ausdruck normalen Alterns. Morphologische Rückbildungen und funktionelle Einschränkungen können einander parallel verlaufen, müssen es aber nicht. Hinsichtlich der kausalen Zusammenhänge besteht noch große Unsicherheit.

Die altersbedingten Rückbildungsvorgänge des Herz-Kreislauf-Systems besitzen herausragende Bedeutung. Das eigentliche Problem des älterwerdenden Herzens ist seine allgemein nachlassende Anpassungsfähigkeit. So sinken Schlag- und Minutenvolumen beider Ventrikel schon ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich ab. Körperliches Training kann zwar das Schlagvolumen länger konstant erhalten oder in höherem Alter sein Absinken weniger schnell zum Tragen kommen lassen. Mit zunehmenden Jahren muß aber bei Belastung die erforderliche Minutenvolumensteigerung oft zusätzlich über eine Frequenzanhebung erfolgen. Diese wird von untrainierten Senioren zunehmend weniger gut erbracht werden können, und sie läßt zudem den myokardialen Sauerstoffverbrauch unökonomisch (d. h. unangemessen und bald nicht mehr erfüllbar) ansteigen, d. h. das Herz wird auf die Dauer überfordert.

Als Zeichen einer verschlechterten myokardialen Kontraktilität verlängert sich besonders die frequenzbezogene Austreibungszeit, obwohl das kardiale Aus-

Tabelle 6

Organfunktionen im 75. Lebensjahr (30. Lebensjahr = 100 %, grobe Schätzwerte)

Gehirngewicht	Abnahme
Gedächtnisleistung	herabgesetzt
Reaktionsgeschwindigkeit	verlangsamt
Zerebrale Zirkulation	80 %
Regulationsgeschwindigkeit des Blut-pH	17 %
Herzschlagvolumen in Ruhe	70 %
Anzahl der Nierenglomerula	56 %
Glomeruläre Filtration	69 %
Nieren-Plasmafluß	50 %
Anzahl der Nervenfasern	63 %
Nervenleitungsgeschwindigkeit	90 %
Anzahl der Geschmacksknospen	35 %
Maximale O_2-Aufnahme im Blut	40 %
Maximale Ventilationsrate	deutlich reduziert
Maximaler Exspirationsstoß	deutlich reduziert
Vitalkapazität	56 %
Nebennierenfunktion	Abnahme
Gonadenfunktion	Abnahme
Handmuskelkraft	55 %
Maximale Dauerleistung	70 %
Maximale kurzfristige Spitzenleistung	40 %
Grundstoffwechsel	84 %
Gesamtkörperwasser	82 %
Körpergewicht (Mann)	88 %

Quelle: Schildberg & Kiffner in Schütz, 1987, S. 156.

wurfvolumen abnimmt. Der enddiastolische Ventrikeldruck steigt unter Belastung an. Das totale Blutvolumen — und damit entsprechend das Gesamthämoglobin — nimmt um 10 % ab, die maximale Sauerstoffaufnahme ist herabgesetzt. Kompensatorisch hierzu vergrößert sich zwischen dem 30. und 70. Lebensjahr die arterio-venöse Sauerstoffdifferenz um etwa 70 %.

Als weitere Adaptationsschwäche des Kreislaufs machen sich im Alter Änderungen der Blutdruckregulation bemerkbar. Zwar sind beim gesunden alten Menschen die Kreislaufreflexe erhalten, sie laufen aber deutlich verzögert ab und weisen zudem häufig ausgeprägtere zirkadiane Schwankungen (biologische Rhythmen von etwa 24 Stunden Dauer) auf, so daß auch bei gesunden Betagten Neueinstellungen des Soll-Blutdrucks nur sehr schwer möglich sind. Daß im Alter dennoch nicht regelhaft orthostatische Störungen beim Aufrichten und Aufstehen auftreten, beruht vermutlich darauf, daß das Herzzeitvolumen nach Aufrichten weniger stark abfällt als bei Jüngeren und daß die zunehmende Sklerosierung der Gefäße sowie die Zunahme des thoracalen Blutvolumens sich gegenregulatorisch auswirken. Dennoch ist darauf hinzuweisen: Die schon normalerweise verlangsamte Bereitstellung eines ausreichenden Herzzeitvolumens bzw. die Aufrechterhaltung eines hinreichenden Blutdrucks bei veränderten Anforderungen im Alter sind „grenzwertige Orthostasesituationen"; sie können, sofern sich eine zusätzliche Störung einstellt, schneller zu pathologischen Situationen führen.

Die durchschnittliche Leistungsabnahme des Herz-Kreislauf-Systems beträgt — setzt man die Leistung im Alter von 30 Jahren als 100 % — jährlich rund 1 %. Ein 80jähriger verfügt demnach nur noch über die Hälfte der Leistungsbreite, die er als 30jähriger hatte. Die Trainierbarkeit des menschlichen Herzens bleibt zwar bis ins höhere Alter bestehen, hat aber mit zunehmenden Jahren einen immer geringeren ökonomisierenden Effekt.

Als normale alternsabhängige morphologische Veränderungen können — oft schon in vergleichsweise jugendlichem Alter — auftreten:

— Eine Elastizitätsabnahme des Perikards.

— Degenerative Änderungen am Klappenapparat.

— Verfestigung — aber nicht Vermehrung — des myokardialen Bindegewebes.

— Ein zunehmender Lipofuszingehalt.

— Amyolideinlagerungen in Herzohr- und Vorhofmuskulatur.

— Eine basophile Degeneration der Herzmuskelzellen.

— Eine Verdickung der Intima (Bindegewebe) und Media (Grundsubstanz) sowie

— Abnahme der elastischen Elemente zugunsten von kollagenen Bindegewebsfasern in der Gefäßmedia (in den elastischen Gefäßen stärker als in den muskulären zu erkennen).

Die aerobe Kapazität bzw. die maximale Sauerstoffaufnahme in der Lunge wird erst mit zunehmendem Alter derart eingeschränkt, daß jetzt Störungen, die bis dahin mühelos kompensiert werden konnten, zur Dekompensation führen.

Von den alternsbedingten Änderungen der Lunge kennt man nur die für den Gasaustausch relevanten Faktoren sicher. Das zentrale funktionelle Problem ist die Verminderung der Lungenelastizität. Die Compliance, d. h. der Quotient aus der Änderung des Lungenvolumens und des intrapulmonalen Druckes, wird größer. Dieser zunächst vorteilhaft erscheinende Effekt, der ja eine Abnahme der Kraft signalisiert, die notwendig ist, um ein bestimmtes Volumen in die Lunge einzubringen, wird mehr als gegenkompensiert durch die altersabhängig zunehmende Thoraxstarre mit resultierender Abnahme der Dehnbarkeit sowie durch die verminderte Atemmuskulatur. Vitalkapazität, Atemgrenzwert, Diffusionskapazität und Sauerstoffpartialdruck sinken ab und wirken sich negativ auf den Gasaustausch aus. Diese altersbedingten Veränderungen der Funktionsparameter sind in Tabelle 7 zusammengefaßt.

Tabelle 7

Altersabhängiges Verhalten wesentlicher Lungenfunktionsparameter, modifiziert nach E. Kaukel

(↔ = unverändert, ↑ = ansteigend, ↓ = abnehmend)

totale Lungenkapazität	(TLC)	↔	
Residualvolumen	(RV)	↑	
Funktionelle Residualkapazität	(FRC)	↑	
Vitalkapazität	(VC)	↓	um 25 ml/Jahr
Atemgrenzwert	(AGW)	↓	
1-Sekundenkapazität	(FEV_1)	↓	um 30 ml/Jahr
Diffusionskapazität	(DLCO)	↓	
Sauerstoffpartialdruck	(PaO_2)	↓	um 109 mm Hg – 0,43 × Alter
alveolo-artielle Druckdifferenz	($AaDO_2$)	↑	
Kohlensäurepartialdruck	($PaCO_2$)	↔	

Quelle: Kaukel in Schütz, 1983, S. 14.

Der fehlende Altersgang der totalen Lungenkapazität (TLC) erlaubt eine klare differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen reinen Altersveränderungen und einem Lungenemphysem: bei letzterem tritt nämlich stets eine Zunahme der TLC ein.

Die in jedem Alter bis zu 25 mal pro Nacht auftretenden Apnoephasen führen in der Regel zu einer Verminderung der Sauerstoffsättigung von wenigstens 4 %. Sie können sich im Alter bei grenzwertigen Funktionsbereichen sehr negativ auswirken.

Eine abnehmende Erregbarkeit des Hustenreflexes kann dem Entstehen von pulmonalen Infekten Vorschub leisten. Konsequentes körperliches Training kann insbesondere die maximale Sauerstoffaufnahmefähigkeit selbst bei 65- bis 70jährigen aber noch verbessern.

Die heute bekannte metabolische Funktion der Lunge — z. B. bei der Prostaglandin- und Leukotriënsynthese, beim Phospholipid-, Noradrenalin-, Adrenalin- und Dopaminstoffwechsel sowie bei immunologisch-allergologischen Funktionsabläufen — ist in ihrem Altersgang noch weitgehend unerforscht.

Normale alternsabhängige morphologische Veränderungen führen zu einer verminderten Thoraxbeweglichkeit infolge

— Verkalkung der Rippenknorpel,

— degenerativer Veränderungen der Costovertebralgelenke,

— Höhenabnahme der Zwischenwirbelscheiben und der Wirbelkörper,

— Muskelatrophie an Zwerchfell, Intercostalmuskeln, aber auch an Rücken- und Bauchmuskulatur. Letztere sind Ursachen des Rundrückens, der zu einem vermehrten Tiefendurchmesser, d. h. zum Altersthorax führt.

An Trachea und Bronchialbaum lassen sich erkennen:

— Kalkeinlagerungen und Faservermehrung,

— eine Atrophie der Bronchialmuskulatur,

— vermehrte Plattenepithelmetaplasien statt Regeneration des Flimmerepithels.

Im Lungenparenchym findet man schließlich altersgängig eine

— erhebliche Größenzunahme der Alveolen,

— Verdünnung der Alveolarwände,

— Abnahme elastischer Fasern und Kapillaren in der Alveolarwand,

— verminderte Dehnbarkeit der Lungengefäße durch eine zunehmende Intimafibrose.

Veränderungen der Nierenstrombahn führen zusammen mit der Abnahme des Herzzeitvolumens zu einer mit dem Alter zunehmenden Reduktion der Nierendurchblutung und damit des renalen Plasmaflusses. Hieraus resultiert eine Abnahme der glomerulären Filtrationsrate (der Bildung des sogenannten Primärharnes), die bei einem gesunden 80jährigen, verglichen mit einem 20jährigen, schließlich auf etwa 50 % reduziert ist. Diese Abnahme der renalen Filtration verlangt, daß vorwiegend renal eliminierte Medikamente im Alter selbst bei altersentsprechend normal scheinender Nierenfunktion sehr zurückhaltend und nur in Kenntnis der glomerulären Filtrationsleistung eingesetzt sowie entsprechend dosiert werden.

Das Serumkreatinin ist im Alter in der Regel normal. Es eignet sich aber nur bedingt zur Orientierung über die glomeruläre Filtrationsrate: Denn es kann bei gesunden alten Menschen normal sein, selbst wenn die Kreatininclearance zu mehr als 50 % reduziert ist. Dieses Faktum erklärt sich folgendermaßen: Der Serumkreatininspiegel ist eine Resultante von Produktion und Elimination dieser Substanz. Infolge abnehmender Muskelmasse im Alter sinkt die Produktion und damit die renale Elimination. Sofern sich nun die glomeruläre Filtrationsleistung und die Krea-

tininexkretion etwa proportional verringern, kann der Serumspiegel des Kreatinins dennoch unverändert sein.

Unter Berücksichtigung von Alter und Körpergewicht vermag das Serumkreatinin für Verlaufsbeobachtungen aber sowohl bei normaler als auch bei stark eingeschränkter Nierenfunktion als hinreichend zuverlässiger Parameter zu dienen.

Clearance-Untersuchungen sind meist in ihrer Aussagefähigkeit zusätzlich dadurch eingeschränkt, daß sie den alten Menschen wegen der notwendigen exakten Urinsammlung überfordern. Beschrieben wurden altersgängige Abnahmen der Inulinclearance um 13 ml/min, der PAH-Clearance um 70 ml/min und der Phenolrot-Probe um 2 %, bezogen jeweils auf eine Lebensdekade.

Der Untergang von Nephronen mit Minderung der Nierendurchblutung und resultierenden Funktionseinschränkungen hat auch auf den Flüssigkeits- und Salzhaushalt des alten Menschen Auswirkungen. Die mit dem Alter einsetzende Abnahme des Gesamtkörperwassers ist Folge einer Abnahme der Muskelmasse (relativ wasserreich) zugunsten des Fettgewebes (relativ wasserarm), d. h. einer Verminderung der intrazellulären Flüssigkeit. Die Verschiebung zwischen Fettgewebsanteil und Muskulatur führt gleichzeitig zu einer Abnahme des Gesamtkörperkaliums, welche die Ursache einer vermehrten Neigung zu Hypokaliämien unter sogenannten „Schleifendiuretika" ist und sich besonders nachhaltig bei gleichzeitiger Gabe von Digitalis negativ auswirken kann.

Infolge der im Alter vermehrten osmotischen Belastung des Einzelnephrons tritt bei älteren Menschen nach plötzlicher Flüssigkeitsbelastung die Diurese (Harnausscheidung) im Vergleich zu Jüngeren verzögert und weniger effektiv ein. Die Natriumausscheidung unter diätetischer Restriktion ist im Alter höher (latenter Hypoaldosteronismus). Diese Tendenz zum renalen Natriumverlust bei unverändertem Gesamtkörpernatrium führt bei Wasserverlust, z. B. infolge Schwitzens, Durchfalls oder Erbrechens, schnell zum Salzverlustsyndrom mit seinen gefährlichen Auswirkungen auf die Nierenfunktion, aber auch auf den Zellstoffwechsel und das Herz-Kreislauf-System.

Einer im Alter zu beobachtenden Abnahme des Gesamtnierengewichtes liegen ursächlich zugrunde:

— eine Parenchymschrumpfung, die stärker in der Rinde als im Mark ausgeprägt und sonographisch an einer Abnahme der Parenchymdicke zu erkennen ist,

— daraus resultierend eine Verringerung der Anzahl funktionsfähiger Nephrone,

— eine Obliteration der Vasa afferentia in den corticalen Glomeruli,

— die Bildung von Arterioli rectae im marknahen Bereich zwischen den afferenten und efferenten Arteriolen (Kurzschlüsse über kleine Blutgefäße),

— eine Elastose, Lipoidose und Sklerosierung der Nierengefäße.

In Skelett- und Bindegewebsapparat gleichermaßen wie in der Muskulatur stellen sich mit dem Alter leistungsmindernde Umwandlungen ein.

Die Muskelzelle wird — ganz gleich wie die Neurone, aber im Gegensatz zu vielen anderen Körperzellen — im Laufe des Lebens nicht wieder ersetzt. Muskuläre Aktivität kann den physiologischen Alterungsprozeß aber verlangsamen. Eine gute Muskelfunktion hat — und das besonders über die neuromotorische Gesamtregulation — einen wesentlichen Einfluß sowohl auf die individuelle Befindlichkeit als auch auf die Funktion des Zentralnervensystems: Denn der Muskel ist nicht nur ein aktiver Anteil des Bewegungsapparates, sondern auch ein wertvolles peripheres Steuerungsorgan, das über afferente Rückmeldungen zerebrale Funktionen sinnvoll regulieren kann, die sich dem willkürlichen Zugriff entziehen. Von dieser Tatsache macht man z. B. Gebrauch bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten.

Ohne angemessene körperliche Belastung nimmt die Muskelmasse des menschlichen Körpers bis zum 60. Lebensjahr um etwa 20 %, bis zum 75. Lebensjahr um etwa 30 % ab: Die Voraussetzungen für Trainierbarkeit und körperliche Leistungsfähigkeit werden mit zunehmendem Alter ungünstiger.

Von den motorischen Fähigkeiten Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Koordination und Beweglichkeit nimmt mit zunehmendem Alter die Schnelligkeit der Bewegungsabläufe am stärksten ab. Ursache scheinen gleichermaßen im Vergleich zu den roten Muskelfasern (Typ I) eine Abnahme der rein weißen Muskelfasern (Typ II b) sowie ein Nachlassen von deren stimulierender Innervation zu sein.

Die Ausdauer verändert sich altersgängig weniger deutlich und bleibt einem Training gut zugänglich, sofern keine kardiozirkulatorischen Funktionseinschränkungen vorliegen. Ein angemessenes Ausdauertraining gar fördert die periphere Kapillarisierung und entlastet damit den Herzmuskel, d. h. hilft, eine funktionell wenig sinnvolle Hypertrophie des Herzmuskels zu vermeiden/verringern.

Kraft- und bewegungsspezifische Koordinationsabläufe — z. B. in der Grob- und Feinmotorik — verhalten sich wie die Ausdauer. Dagegen kann infolge nachlassender Kontraktilität der Muskel länger für neue Reize refraktär bleiben.

Eine Verbesserung der Koordination bei rationalem und mentalem Bewegungsentwurf kann aber dazu führen, daß biomechanisch korrekte Bewegungsausführungen wieder möglich werden und zudem den Bewegungsablauf ökonomisieren.

Im Skelettsystem, aber auch im Bindegewebsapparat führt die mit dem Alter veränderte Proteinsynthese zu zahlreichen leistungsmindernden Veränderungen — wie Osteoporose und Verlust der Elastizität und Anpassung des Bindegewebes — in Gelenkkapseln, Bändern und Sehnen.

Wegen der sehr geringen Stoffwechselaktivität des Bindegewebes kann bei einer abnehmenden Durchblutung eine Reduktion der Substratversorgung und gleichzeitig Verlangsamung des Abtransportes von

Stoffwechselendprodukten eintreten, wodurch die Funktionsfähigkeit des Bindegewebes dann eingeschränkt werden kann. Als altersgängig bekannte Veränderungen der Gelenke wie Arthrosen, aber auch Elastizitätsverluste von Bändern und Sehnen beeinträchtigen die Beweglichkeit und die Koordinationsfähigkeit. Hier sollte man daran denken, daß ein gut funktionierendes Muskelsystem den Bindegewebsapparat entlastet und damit der Entwicklung von Schädigungen entgegenwirken oder bei Vorhandensein von solchen diese einschränken kann.

Die physiologischen Alterserscheinungen am Magen-Darm-Kanal sind wenig ausgeprägt und bedürfen in der Regel keiner Therapie. Sie sollen dennoch kurz aufgezeigt werden.

Wesentlich für eine regelrechte Verdauungsfunktion ist eine hinreichende Kaufähigkeit des Gebisses, wobei eine prothetische Versorgung per se nichts über die Güte der Kau-funktion aussagen muß: Ein Großteil alter Menschen trägt nämlich seine Prothese aus den verschiedensten Gründen nicht, zumindest nicht regelmäßig.

An der Speiseröhre sind mit zunehmendem Alter Motilitätsstörungen zu erwarten. Außerdem finden sich axiale Hiatushernien bei rund 70 % der Menschen jenseits des 70. Lebensjahres. Man sieht sie als Folgen eines erstarrten Bandapparates sowie einer verstärkten Bauchpresse bei Obstipation an.

Als Folge einer Schleimhautatrophie nimmt die Produktion von Magensäure ab. Eine totale Achylie liegt normalerweise aber ebensowenig vor wie es eine Diarrhoe als Säuremangelfolge gibt.

Im Dünndarm nehmen mit dem Alter die sezernierenden Zellen ab. Trotz einer deshalb nachlassenden Resorptionskapazität nutzt der ältere Mensch eine übliche Mischkost im Prinzip völlig normal aus. Verminderte Resorptionsquoten wurden nachgewiesen für die Vitamine A, B_1, B_{12}, Karotin, Folsäure und Eisen. Echte Mangelzustände kommen aber extrem selten vor. Normal resorbiert werden Thiamin (B_2), Riboflavin, Niazin, Cholekalziferol und Vitamin C.

Eine früher oft vermutete Atrophie des Dickdarms, insbesondere der muskulären Schicht, hat sich nicht bestätigt. So sind altersabhängige Motilitätsänderungen des Dickdarms bisher nicht bekannt geworden. Als wesentliche Ursache einer Kolondivertikulose wird ein Mangel an faserreicher, d. h. ballaststoffhaltiger Nahrung diskutiert. Für eine Obstipation sind im wesentlichen verantwortlich eine unzureichende Flüssigkeitszufuhr, ein abgeschwächter Defäkationsreflex und eine verminderte Propulsion des Darminhaltes. Das Zuführen von Ballaststoffen, körperliche Bewegung, Vermeiden eines Abführmittelabusus, von aluminiumhaltigen Antazida, von Opiaten, Schmerzmitteln und Anticholinergika können dafür sorgen, daß diese von älteren Menschen häufig beklagte Störung möglichst erst gar nicht auftritt.

Mit dem Alter verliert die Leber etwa ein Drittel ihres Gewichtes; dabei nehmen das Bindegewebe und die Kollagenfasern relativ zu, die Periportalfelder verbreitern sich, die glatte Muskulatur von Gallenblase und Gallenwegen wird teilweise durch kollagenes Bindegewebe ersetzt.

Die Leberdurchblutung sinkt auf etwa 50 % des Wertes bei jüngeren Menschen ab. Biochemisch lassen sich eine Protein- und Kaliumabnahme, ein Glykogenschwund bei langsamer Zunahme des Fettgehaltes sowie eine Eisenablagerung nachweisen. Die Toleranz gegenüber Toxinen wie z. B. Alkohol sinkt, die Regenerationsfähigkeit läßt nach. Und eine Verminderung, ggf. auch Änderung der hepatischen Proteinsynthese wird als Ursache der Abnahme der Plasmaalbumine diskutiert.

Diese funktionellen Umstellungen laufen intra- und interindividuell aber so verschieden ausgeprägt ab, daß nicht jeder alte Mensch nachweisbare signifikante Veränderungen seiner Funktionswerte aufweisen muß. Lediglich die zur Leberfunktionsdiagnostik herangezogenen Farbstofftests mit Bromsulfthalein und Indozyaningrün lassen eine alterskorreliert lineare Abnahme der Aufnahmefähigkeit der Leberzellen erkennen, feststellbar an einem erhöhten Blutspiegel.

Im Pankreas kann man altersgängig eine Atrophie vornehmlich der Azini, eine Fibrose und Lipomatose, eine Abnahme des Blutkapillarnetzes, eine Verbreiterung des Pankreasganges um etwa 8 % pro Dezennium, schließlich eine Verschiebung der Relation A- zu B-Zellen zugunsten der A-Zellen beobachten.

Angaben über eine exokrine Funktionsminderung mit dem Alter stehen solchen einer persistierenden Funktionskapazität nach Sekretin-Pankreozymin-Test gegenüber. Nach wiederholten Stimulationen in kurzen Zeitabständen allerdings läßt die Sekretionskapazität doch wohl nach.

Endokrin-funktionell sinkt mit dem Alter die Glukosetoleranz nicht nur für den Diabetiker ab, sie verringert sich auch für den Nicht-Diabetiker. Auch er weist deshalb nach einer Zuckerbelastung höhere Serumglukose- und niedrigere Insulinspiegel auf. Die Insulinrezeptoren sind normal. Wegen einer im Alter erhöhten Nierenschwelle sind Hyperglykämien ohne Glukosurien häufiger.

Im Endokrinum ist nur in wenigen Teilbereichen ein gewisses Defizit nachzuweisen. Bei endokrinologisch unauffälligen Patienten ist die Hypothalamusfunktion vollständig erhalten. Ein gleiches gilt für die Funktion der Adenohypophyse, wenngleich diskutiert wird, daß die oft beobachtete Größenzunahme der Akren, besonders der Ohren, Ausdruck einer Störung des STH-Stoffwechsels sein könnte. Die alternde Nebenniere kann im Normalfall allen Anforderungen des Organismus entsprechen.

Bei den Schilddrüsenhormonen findet man in der Regel keine ins Gewicht fallenden Veränderungen. Allerdings muß man bei unklaren Krankheitsbildern — vor allen Dingen im Herz-Kreislauf-Bereich — an eine oft symptomarm verlaufende Schilddrüsendysfunktion denken, die therapiebedürftig sein kann. Und wichtig ist, daß die Schilddrüsenparameter von vielen extrathyreoidalen Faktoren (außerhalb des Organs liegenden) wie z. B. von Medikamenten beeinflußt werden können (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8

Beeinflussung der Schilddrüsenparameter durch Medikamente

Medikament	T_4	fT_4	T_3	rT_3	TBG	TSH und TRH
Propranolol, jodhaltige Kontrastmittel			↓			0
Diphenylhydantoin, Carbamazepin, Phenobarbital	↓					
Östrogene		↑			↑	
Androgene		↓			↓	
Opiate, Clofibrat, 5-Fluorouracil	↑		↑		↑	
Heparin, Diazepam, Phenylbutazon, Sulfonylharnstoffe	↑					
Thiazide			↑	↑		
Phenothiazine (Langzeitmedikation)	↓					
Metoclopramid, Sulpirid						↑ (auch TSH basal)
Chlorpromazin, Biperidin, Haloperidol						↑
Glukokortikoide						↓

Erläuterungen:
T_4 = Gesamtthyroxin T_3 = Trijodthyronin TBG = thyroxinbindendes Globulin
fT_4 = freies T_4 rT_3 = reverses T_3 = inaktives T_3-Analogon TSH/TRH = TSH-Spiegel nach TRH-Stimulation
Quelle: Schütz, 1987, S. 11.

Wegen der oft geübten therapeutischen Polypragmasie bei multimorbiden Greisen muß deshalb immer mit der Möglichkeit einer zusätzlichen Schilddrüsenfunktionsstörung gerechnet werden.

Ein mit dem Alter erkennbarer Anstieg des Parathormonspiegels ist vermutlich auf eine verminderte renale Elimination und/oder einen sekundären Hyperparathyreoidismus (Überfunktion der Nebenschilddrüse) zurückzuführen. Vitamin D und seine aktiven Metaboliten sowie Calcitonin zeigen eine altersgängige Abnahme. Ob hierin eine Ursache der im Alter häufigen Mineralsalzverluste der Knochen zu sehen ist, wird aber noch uneinheitlich diskutiert.

Die gonodale Funktion des alten Mannes wird offensichtlich über ein verstärktes feedback aufrechterhalten, während die Frau postmenopausal ein dauerndes Östrogen-Defizit erleidet. Die genauen Steuermechanismen sind noch nicht geklärt: Man weiß allerdings, daß beim Mann der Testosteron-Spiegel bis ins hohe Alter unverändert bleibt, bei der Frau die Testosteron-Produktion postmenopausal aber deutlich abnimmt.

Ab dem 40. Lebensjahr tritt bei Frauen eine leichte Abnahme von Östradiol, Östriol, Östron und Progesteron ein und verstärkt sich etwa 3 Jahre nach Einsetzen der Menopause signifikant. Bei Männern läßt sich bis ins hohe Alter keine entsprechende Änderung erfassen.

Die Hirnsubstanz verändert sich mit dem Alter hinsichtlich ihres Ganglienzellgehaltes nur unwesentlich. Deren Abnahme geschieht während des ganzen Lebens und läuft jenseits des 50. Lebensjahres wohl auch beschleunigt ab: Aber auch nach 80 Jahren sind insgesamt nur 3 % der Gesamtsubstanz betroffen. Außerdem finden sich Verschmälerungen der Hirnwindungen, eine mäßige fibrotische Verdickung der Hirnhäute sowie eine leichte Abnahme der Astrozyten.

Eine von vielen Autoren beschriebene Tendenz zur Abnahme der Hirndurchblutung läßt sich heute nicht mehr vertreten. Kritische Studien haben nämlich gezeigt, daß es eine solche sichere Abnahme mit dem Alter nicht gibt, sofern schädigende Einflüsse wie Bluthochdruck, Rauchen, Diabetes sowie Hyperlipidämie auszuschließen sind. Allerdings zeigten sich in Langzeit-Kontrolluntersuchungen erhebliche Variationsbreiten. War eine signifikante Durchblutungsabnahme nachzuweisen, lag meist auch ein Defizit der geistigen Leistungsfähigkeit vor.

Die funktionelle Interpretation der Minderung des Ganglienzellbestandes mit unterschiedlicher Prävalenz in einzelnen Arealen ist noch sehr unsicher, ihre Relevanz wohl aber generell nicht allzu bedeutend. Auch der Sauerstoffverbrauch zeigt im Alter keine signifikante Abnahme. Dagegen trifft dieses eindeutig zu für den globalen und zerebralen Glukosestoffwechsel. Jüngere Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, daß das Gehirn neben Glukose auch Ketokörper zur Energiegewinnung verwerten kann. Da für diesen Prozeß weniger Sauerstoff erforderlich ist, bleibt die Stoffwechselbilanz für Sauerstoff und Glukose normalerweise auch im Alter ausgeglichen. Diese Aussage gilt sowohl für die globale als auch für die regionale Glukoseverwertung.

Es ist wohl eher davon auszugehen, daß die Funktion des Zentralnervensystems außerordentlich stark vom Trainingszustand des Organs sowie der kardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit abhängt. Treten keine pathologischen Störungen auf, dann bleibt die Leistung — von einem erhöhten Zeitbedarf abgesehen — weitgehend altersunabhängig konstant, dies nicht zuletzt als Folge der besonderen Reservekapazität und Plastizität aller Hirnfunktionen (Baltes et al., 1992; Poeck, 1992).

Die Immunabwehr ändert sich im höheren Alter, sie zeigt altersgängige Aktivitätseinbußen. Diese betreffen gleichermaßen die humorale wie die zelluläre

Immunkompetenz. Als Ursache dieses Rückgangs werden Fehler in der DNS-Synthese, eine verminderte Kalorienzufuhr sowie ein Mangel an Eiweiß, Vitaminen und bestimmten Spurenelementen diskutiert. Deswegen verarmt das klinische Bild bei Infektionen: Temperaturen treten weniger deutlich auf oder können sogar in 30 % der Fälle fehlen. Ein Leukozytenanstieg kann vermindert bzw. verzögert erfolgen: Daraus können sich differentialdiagnostische Schwierigkeiten ergeben.

Wie sich die zelluläre Immunität — als Ausdruck der Funktion der T-Lymphozyten — im Alter ändert, ist im einzelnen noch unklar. Die sogenannten Immundefektkrankheiten des Menschen lassen vermuten, daß neben der Thymusdrüse auch Lymphfollikel, Payrsche Plaques und Tonsillen Bildungsorte zellulärer Immunkompetenz sind. Anatomisch findet man die Involution des Thymus sowie eine Verkleinerung der Keimzentren in den lymphatischen Geweben. So können die T-Zellen wohl nur ungenügend ausreifen, die T-Zell-Funktion läßt nach, eine Abschwächung der Immunreaktion vom verzögerten Typ ist die Folge.

Die B-Lymphozyten als Träger der humoralen Immunität weisen eine Aktivitätsminderung auf, die gleichermaßen bedingt sein kann durch eine primäre Störung dieser Zellen, durch ihre verminderte Stimulation durch T-Lymphozyten und Makrophagen sowie schließlich durch eine altersabhängige Zunahme der physiologisch existenten Suppression durch T-Suppressorzellen. Die Folge ist eine verminderte Bildung von spezifischen Antikörpern als Immunantwort auf Infekte.

Eine spezielle Abnahme des Schleimhaut-IgA z. B. wird als Ursache für eine erhöhte Gefährdung älterer Menschen durch respiratorische Infekte diskutiert.

Autoantikörper können im Alter auch bei klinisch offensichtlich Gesunden nachgewiesen werden, wobei die paradoxe Situation vorliegen kann, daß die Antikörperbildung gegen Fremdantigene ab-, gegen körpereigene Antigene dagegen zunimmt: Eine jenseits des 60. Lebensjahres nachweisbare ANA oder ein positiver Rheumafaktor können dann differentialdiagnostisch irreleiten.

Monoklonale Gammopathien nehmen ebenfalls mit dem Alter zu. Es kann schwierig werden, deren gutartigen Formen differentialdiagnostisch von bösartigen abzugrenzen. Hier ist dann eine Immunelektrophorese erforderlich sowie stets die Klinik mitzuberücksichtigen: Für eine gutartige Gammopathie sprechen normale Werte der Blutsenkung, Immunglobuline und Albumine, das Fehlen einer Anämie sowie im Knochenmark ein Plasmazellanteil von weniger als 10 %.

Altersgängig tritt die sogenannte Presbyakusis auf, die sich zunächst durch erschwerte Perzeption von hohen Zischlauten, besonders bei zusätzlich störender Geräuschkulisse, bemerkbar macht, später dann in eine chronische Gehörstörung übergehen kann. Eine Presbyakusis darf aber nur diagnostiziert werden, wenn andere Hörstörungsfaktoren wie chronische Lärmschädigung oder gestörte Luftleitung im Innenohr ausgeschlossen worden sind. Man sollte spätestens bei mittelgradigen Störungen den Patienten zum Tragen eines Hörgerätes ermutigen, weil dadurch seine Sicherheit im täglichen Leben verbessert wird.

Die Alterssichtigkeit oder Presbyopsie ist Folge einer alternsgängigen verminderten Linsenakkommodationsfähigkeit sowie einer verschlechterten Muskeladaptation. Ihre ordnungsgemäße Korrektur durch optische Instrumente ist dringend einzuhalten.

Und die Haut des älteren Menschen zeichnet sich dadurch aus, daß sie dünner, trockener und fettarmer wird, wodurch sie leichter verletzlich und infektanfällig wird. Das gilt besonders im Bereiche starker Hautfalten sowie in den Interdigitalräumen. Und diese Veränderungen sind Ursache des schnellen Durchliegens bei ungenügender Krankenpflege selbst in akuten Erkrankungsfällen.

Involution und Funktionsrückschritte lassen also den älteren Menschen zunehmend anfälliger für Funktionsstörungen und Krankheiten werden. Ein angemessenes Verhalten kann diese Rückbildungsvorgänge verzögern und die Funktionsverluste zum Teil gegenläufig ausgleichen.

5. Epidemiologie somatischer Erkrankungen im Alter

Die Verbreitung somatischer Erkrankungen im Alter ist eng mit der Altersstruktur der Bevölkerung verbunden. Die Tatsache, daß in den letzten Jahrzehnten vor allem die Hochbetagten in ihrer relativen und absoluten Häufigkeit erheblich zugenommen haben, ist mitverantwortlich für die Zunahme der alternden Krankheiten, der Alterskrankheiten und der Krankheiten im Alter.

Dabei werden als alternde Krankheiten jene bezeichnet, die den Menschen bereits in früheren Lebensabschnitten treffen und ihn bis ins hohe Alter als chronische Erkrankungen kontinuierlich begleiten. Chronische Krankheiten werden dabei ganz allgemein verstanden als Krankheiten, die sich langsam entwikkeln, einen schleichenden Verlauf nehmen und lange andauern.

Als primäre Alterskrankheiten werden die Krankheiten bezeichnet, die im Alter erstmals auftreten und in ihrer Häufigkeitsverteilung eng an das höhere Lebensalter geknüpft sind. Sie haben mit der absoluten Zunahme von Menschen in den höheren Altersklassen eine proportionale Häufigkeitssteigerung erfahren.

Einer besonderen Beachtung bedürfen die Krankheiten im Alter, die in der Häufigkeitsverteilung zwar ihren Altersgipfel nicht im höchsten Lebensalter haben, sondern in allen Lebensabschnitten auftreten können, die aber unter den besonderen Bedingungen und unter der besonderen biologischen und psychosozialen Situation des alternden Menschen gesehen werden müssen.

Eine auffallende Besonderheit der Epidemiologie somatischer Erkrankungen im Alter ist die Tatsache, daß alternde Krankheiten, primäre Alterskrankheiten und die Krankheiten im Alter voneinander unabhängig, aber zeitlich synchron auftreten können.

Es ist leicht einsehbar, daß diese in Art und Verlauf vielfältigen Erkrankungen, die die sogenannte Multimorbidität verursachen, in der Krankheitserkennung, der Beurteilung der klinischen Relevanz und schließlich in der Behandlung einer großen Sorgfalt bedürfen.

Letztendlich bedeutet die Zunahme der alten Alten eine Zunahme der Wahrscheinlichkeit, daß häufige Erkrankungen des Alters noch häufiger werden, daß bisher im Alter seltene Krankheiten eine Zunahme ihrer Häufigkeit erfahren und daß vor allem aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung, die mit einer Zunahme der Dauer chronischer Verläufe verbunden sein kann, bisher kaum beobachtete Erkrankungskonstellationen gefunden werden.

Eine Verlängerung der Lebenserwartung impliziert nicht notwendigerweise eine Verbesserung der Lebensqualität in den dadurch gewonnenen Jahren, sondern läßt eher das Gegenteil befürchten. Allzuleicht möchte man daher der Vorhersage Fries' (Fries, 1980) glauben, daß das Zeitalter akuter Krankheiten überwunden sei, man sich jetzt im Zeitalter chronischer Krankheiten befindet und auf der Schwelle zu einem dritten Zeitalter steht, wo Gesundheit primär vom fundamentalen Alternsprozeß beeinflußt wird. Längere Lebenserwartung erscheint nur dann erstrebenswert, wenn der Vitalitätsverlust erst kurz vor dem Ende des Lebens eintritt, das heißt, wenn es gelingt, die Zeit zwischen der klinischen Manifestation einer Krankheit und dem Tod zu verkürzen und damit ein längeres Leben in Gesundheit und Wohlbefinden zu ermöglichen (compression of morbidity).

Da dieser theoretisch fundierten Vorhersage bisher die empirische Basis fehlt (vgl. Kane et al., 1990), sind weitere epidemiologische Untersuchungen notwendig zur Klärung der Frage, ob die Morbiditätsphase der Alten von morgen wirklich kürzer sein wird als die der heutigen Alten. Vorerst erscheint es besser, auf eine große Zahl kranker alter Menschen in den nächsten Jahrzehnten vorbereitet zu sein, als einer optimistischen Utopie vorschnell Glauben zu schenken.

Die geriatrische Sicht des Alterns wäre durchaus geeignet, das Bild von Abbau und Defizit, das lange Zeit die gerontologische Forschung beherrschte, zu bestätigen, wenn nicht die Veränderungen, denen der Alternsprozeß unterliegt, gleichzeitig Ansätze zu deren Bewältigung aufweisen würden (siehe Kapitel 9).

5.1 Der subjektive Gesundheitszustand

Vor die Aufgabe gestellt, den Gesundheitszustand der älteren Menschen in der Bundesrepublik Deutschland zu beschreiben, empfiehlt es sich, zwischen dem „objektiven" und dem „subjektiven" Gesundheitszustand zu unterscheiden.

Während man unter dem „objektiven" Gesundheitszustand die Einschätzung der Gesundheit durch einen kompetenten Experten, das heißt einem Arzt, nach anerkannten Richtlinien versteht, beschreibt der „subjektive" Gesundheitszustand die Einschätzung der Gesundheit bzw. Behinderung durch die Betroffenen selbst. Diese subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes durch den älteren Menschen selbst beschreibt seine gesundheitliche Befindlichkeit sowie sein Leidensausmaß genauer als die objektiven Daten seiner Morbidität und spielt daher für die wahrgenommene Lebensqualität des älteren Menschen eine entscheidende Rolle. Dies haben vor allem die Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen gezeigt (Palmore et al., 1985; Lehr & Thomae, 1987). In Längsschnittstudien wie in verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen erwies sich der subjektive Gesundheitszustand als signifikantes Vorhersagekriterium für Langlebigkeit (Palmore, 1985; Lehr, Schmitz-Scherzer et al., 1987; Idler & Kasl, 1991). Unter diesem Aspekt gewinnen sogenannte subjektive Gesundheitsindikatoren Bedeutung für die Einschätzung der Gesundheit, zumal mit der Steigerung der allgemeinen Lebenserwartung sich das Interesse an der Betrachtung der Lebensqualität und deren Beeinträchtigung durch Krankheit verstärkt. Bei der subjektiven Gesundheitseinschätzung wird befindensstörenden Krankheiten dabei ein größeres Gewicht beigemessen als unmittelbar vitalitätsbedrohenden, das heißt Erkrankungen des Bewegungsapparates wiegen schwerer als beispielsweise eine mittelschwere Koronarinsuffizienz (Dan, 1983).

Bei der Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes ist der Alters- und Kohorteneinfluß nicht zu verkennen. So waren in den alten Bundesländern 1984 und 1985 nur 7 % der 18- bis 39jährigen Männer sowie 8 % der 18- bis 39jährigen Frauen mit ihrer Gesundheit „eher unzufrieden", während bei den 60jährigen und älteren Männern 31 bzw. 29 % und bei den Frauen der gleichen Altersgruppe 31 bzw. 30 % ihren Gesundheitszustand „eher unzufrieden" beurteilten (Möhlmann & Zollmann, 1989). Trotz dieser abnehmenden Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bei den über 60jährigen ist erstaunlich, daß immerhin noch fast jeder zweite (48 bzw. 52 % der Männer und 46 bzw. 48 % der Frauen) „eher zufrieden" mit seiner Gesundheit war.

Ein anderes Bild ergibt eine Studie, die im Januar 1990 bei rund 750 Bürgern der ehemaligen DDR vom Institut für Soziologie und Sozialpolitik durchgeführt wurde. Obgleich sich die Befragten über 60jährigen weniger gesund und leistungsfähig fühlten (Tabelle 3 im Anhang), konnte eine relativ hohe Lebenszufriedenheit beobachtet werden.

Eine neuere Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach (1990) ergab, daß es eine Reihe von

Beschwerden gibt, die bei den Senioren in den neuen Bundesländern ganz offensichtlich verbreiteter erscheinen als in den alten Bundesländern. So beeinflussen insbesondere Schlafstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden sowie Herzkreislaufstörungen in hohem Maße den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand der Bewohner der neuen Bundesländer negativ.

Die Frage, ob langfristige oder chronische Krankheiten (und Beschwerden) seit mindestens einem Jahr vorlagen, wird verständlicherweise von älteren Menschen häufiger bejaht als von jüngeren. Exakte Daten liegen hierzu allerdings nur aus den alten Bundesländern vor. So gaben in der alten Bundesrepublik Deutschland 1984 57 %, 1985 55 % der 60- und über 60jährigen Männer sowie 59 %, bzw. 55 % der Frauen gleichen Alters langfristige oder chronische Krankheiten an. Dagegen waren es bei den 16- bis 39jährigen Männern 1984 nur 16 %, 1985 17 %, bei den Frauen gleichen Alters in beiden Jahren 19 %, die die Frage nach chronischen Krankheiten mit „ja" beantworteten. Der Anteil derer, die sich erheblich oder stark behindert einschätzten, war bei den älteren Männern und Frauen (60 Jahre und älter) etwa zehnmal so hoch wie bei den 16- bis 39jährigen (Möhlmann & Zollmann, 1989). Auch dieser Befund wirft ein Licht auf die in Mitleidenschaft gezogene Gesundheit des älteren Menschen, zumal sich die entsprechenden Fragen auf die Erfüllung alltäglicher Aufgaben z. B. im Haushalt oder im Beruf bezogen. Die Forderung nach Erhaltung und Wiederherstellung der Kompetenz im höheren Lebensalter läßt auch aus diesen Befunden ihre Berechtigung ableiten. Allerdings darf nicht übersehen werden, daß auf der anderen Seite 1985 45 % der 60jährigen und älteren Frauen und Männer sich nicht von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen einschätzten.

Liegen chronische Krankheiten und Schwerbehinderungen vor, so hat dies eine vergleichsweise negative Einschätzung der Gesundheit zur Folge, da die Möglichkeit von Personen eingeschränkt wird, ihre „alltäglichen Aufgaben in Haushalt, Beruf oder Ausbildung" wahrzunehmen. So waren 37 % der in den alten Bundesländern befragten Personen mit chronischen Krankheiten eher unzufrieden mit ihrer Gesundheit, bzw. fühlten sich 36 % in der Erfüllung alltäglicher Aufgaben stark beeinträchtigt gegenüber 6 %, bzw. 2 % derjenigen, die keine chronischen Krankheiten aufwiesen. Beachtet werden muß daneben, daß sich trotz objektiv schlechter gesundheitlicher Bedingungen (chronische Krankheiten oder Beschwerden) noch 39 % der Befragten zufrieden fühlten. Diese Befunde zur Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes konnten in einer repräsentativen Befragung bei 3 110 Bundesbürgern aus den alten Bundesländern weitgehend bestätigt werden (Arnold & Lang, 1989a). In dieser Untersuchung gaben 10 % der 60- bis 69jährigen und 24 % der über 70jährigen ihren derzeitigen Gesundheitszustand mit „ziemlich schlecht" und „sehr schlecht" an, während in der Gruppe der 20- bis 29jährigen diese Gesundheitsbeschreibung nur mit 2 % angegeben wurde. Andererseits bezeichneten 40 % der 60- bis 69jährigen und 22 % der über 70jährigen ihren Gesundheitszustand mit „sehr gut" und „ziemlich gut".

5.2 Objektiver Gesundheitszustand

Da sich aus dem objektiven Gesundheitszustand im Sinne einer professionellen Einschätzung vornehmlich die Konsequenzen für die Gesellschaft (z. B. Gesundheitskosten, Bedarf an Krankenhausbetten, Arztdichte usw.) ableiten lassen, gewinnen exakte statistische Erhebungen an Bedeutung. Allerdings gibt es im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland derzeit kein durchgängiges Konzept, nach dem Gesundheitsdaten bei vergleichbarer Definition exakt und repräsentativ gewonnen werden könnten. Auch dann, wenn es für die in Klinik und Praxis beschriebenen Erkrankungen eine einheitliche Nomenklatur und Klassifikation gäbe, müßte die Voraussetzung erfüllt sein, daß die Krankheitsdefinition mit der Nomenklatur übereinstimmt und die Festlegung der Diagnose mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zutrifft. Diese Forderungen sind aber gerade beim älteren Patienten mit Rücksicht auf die Morbidität schwer zu erfüllen. Man wird also weiterhin mit nichtexakten Krankheitsdaten leben und auch für die Einschätzung des objektiven Gesundheitszustandes neben statistischen Erhebungen auf repräsentative Befragungen zurückgreifen müssen.

Rangfolge der Erkrankungen und Leiden aufgrund repräsentativer Befragungen und statistischer Erhebungen

In der bereits erwähnten repräsentativen Befragung bei Bürgern der alten Bundesrepublik Deutschland (Arnold & Lang, 1989a) geben auf die Frage, an welcher von den angegebenen Krankheiten sie leiden, 35 % der 60- bis 69jährigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 31 % rheumatische Beschwerden und 25 % Erkrankungen des Bewegungsapparates an. In der Rangfolge schließen sich an die Stoffwechselerkrankung (20 %), die Erkrankung der Verdauungs- und Ausscheidungsorgane (17 %) sowie die Atemwegserkrankungen (13 %) an. Bei den 70jährigen und älteren nehmen die genannten Erkrankungsgruppen die gleiche Rangfolge ein. Herz-Kreislauf-Erkrankungen erreichen in dieser Altersgruppe mit einem Anteil von 46 % den ersten Platz, gefolgt von rheumatischen Erkrankungen und Erkrankungen am Bewegungsapparat. Trotz der Zunahme der Erkrankungen im Alter geben von den 60- bis 69jährigen noch 16 %, von den über 70jährigen noch 11 % an, an keiner länger dauernden Krankheit zu leiden.

Auch nach Ergebnissen des Mikrozensus (Kern, 1984) stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den über 65jährigen an erster Stelle in der Bundesrepublik Deutschland vor der Vereinigung. Es handelt sich auch hierbei um eine Befragung. Sie wurde im April 1982 durchgeführt und bezog sich auf die vom Befragungstag aus zurückgerechneten vier Wochen. Demnach haben 1 141 über 65jährige — bezogen auf je 10 000 Einwohner — unter einer Krankheit des Kreislaufsystems zu leiden. Wesentliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestanden nicht. An zweiter Stelle standen die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Diese Krankhei-

ten wurden von 706 Befragten von je 10 000 Einwohnern angegeben. Den dritten Platz mit 519 von je 10 000 Einwohnern nahmen Krankheiten der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ein. Krankheiten der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane sowie geistige und seelische Störungen folgten im Hinblick auf ihre Häufigkeit in der Rangfolge.

Diese in verschiedenen repräsentativen Befragungen festgestellten Erkrankungshäufigkeiten im höheren Lebensalter sowie deren Rangfolge werden im wesentlichen auch durch statistische Untersuchungsergebnisse im Krankenhausbereich bestätigt. Ein direkter Vergleich dieser Daten mit den Ergebnissen von Befragungen ist jedoch vor allem deswegen nicht möglich, weil es sich zum einen um eine Selektion „krankenhausbedürftiger" Patienten handelt, in der höheres Lebensalter überwiegt, zum anderen aber, weil im allgemeinen die vorwiegend objektiv erfaßten Diagnosen nicht direkt mit den Krankheitsgruppen — wie sie in Befragungen gebildet werden — vergleichbar sind.

Aus der Krankenhausstatistik des Landes Schleswig-Holstein (Schütz, 1990) geht hervor, daß im Jahre 1986 bei den in ein Akut-Krankenhaus aufgenommenen über 65jährigen Patienten die Herz-Kreislauf-Erkrankungen dominieren (32,1 %), gefolgt von den Neubildungen (15,4 %), den Verletzungen, Vergiftungen und Unfällen (10 %), den Erkrankungen der Verdauungsorgane (10 %), des Urogenitalsystems (5,4 %) sowie der Atemwege (5,2 %). In Untersuchungen an einem allgemeininternistischen Krankengut in Bayern (Lang & Diepgen, 1988) konnte ebenfalls nachgewiesen werden, daß bei den im Jahre 1980 stationär aufgenommenen über 60jährigen Patienten Herz-Kreislauf-Erkrankungen dominierten (bei 41,4 % wurde koronare Herzkrankheit, bei 35,1 % kompensierte Herzinsuffizienz und bei 31,9 % dekompensierte Herzinsuffizienz diagnostiziert). Im Vergleich zu den unter 60jährigen fiel insbesondere auf, daß die koronare Herzkrankheit ab der sechsten Lebensdekade etwa viermal so häufig (11,4 % versus 41,4 %) gefunden wurde.

Über die Verhältnisse in der ehemaligen DDR gibt die amtliche Statistik aus den Jahren 1979 bis 1989 Auskunft. So wurden auch hier bei den über 70jährigen Frauen und Männern Herz-Kreislauf-Erkrankungen als häufigste stationäre Behandlungsursache registriert. Den zweiten Platz nahmen Neubildungen (70- bis 84jährige Männer, 70- bis 79jährige Frauen) bzw. Erkrankungen der Atemwege (über 85jährige Männer) und Unfälle (Frauen über 80 Jahre) ein (Abbildung 1 im Anhang). Aus den amtlichen statistischen Angaben der ehemaligen DDR läßt sich darüber hinaus ableiten, daß im letzten Jahrzehnt sowohl bei Frauen als auch bei Männern die stationäre Behandlungshäufigkeit für Kreislauferkrankungen besonders deutlich angestiegen ist. Dagegen hatten Neubildungen, Verdauungskrankheiten und bei den Frauen auch Unfälle nur eine geringe Erhöhung der stationären Behandlungshäufigkeit bedingt. Atemwegserkrankungen zeigten erwartungsgemäß die größten Schwankungen der Behandlungshäufigkeit im beobachteten Zeitraum jeweils in Abhängigkeit von speziellen Einflüssen (vgl. Abbildung 1 im Anhang).

Die Daten aus der amtlichen DDR-Statistik lassen auch über die Verweildauersumme auf die Bedeutung verschiedener Erkrankungen bei stationären Patienten schließen. In die Verweildauersumme geht sowohl die Häufigkeit als auch die Dauer stationärer Behandlungen wegen einer bestimmten Diagnose ein. Dabei wird die Summe der Verweildauertage auf den einzelnen Kalendertag (Division durch 365 bzw. 366) bezogen, so daß ein Maß dafür entsteht, in welchem Umfang durch die Behandlung einer bestimmten „Diagnose" täglich Betten belegt sind. Auch unter diesem Gesichtspunkt dominieren bei 80- bis 84jährigen Männern — diese Gruppe sei beispielhaft hervorgehoben — erwartungsgemäß Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Unter dieser Diagnosegruppe steht die Behandlung der zerebrovaskulären Erkrankung an erster Stelle. 2 000 Männer diesen Alters verweilen jährlich im Durchschnitt 30 Tage wegen dieser Behandlungsursache im Krankenhaus. Das sind knapp 8 % aller für sie registrierten Behandlungsfälle. Über 1 000 von ihnen versterben während der stationären Behandlung. Die chronisch-ischämische Herzkrankheit steht nach diesem Ansatz in der Rangfolge an zweiter Stelle. Auch bei den gleichaltrigen Frauen sind es die zerebrovaskulären Erkrankungen, die den ersten Rangplatz einnehmen. Sie machen knapp 10 % aller für diese Frauen registrierten Behandlungsfälle aus. Den zweiten Platz nimmt bei den 80- bis 84jährigen Frauen im Gegensatz zu den Männern die Diagnose Schenkelhalsfraktur ein. Über 2 600 Frauen mit dieser Diagnose verweilen im Durchschnitt mehr als 50 Tage im Krankenhaus. Knapp die Hälfte von ihnen wird operiert. Ungefähr 500 Frauen, die wegen Schenkelhalsbruch stationär betreut werden, versterben jährlich im Krankenhaus.

Während eine ganze Reihe von Beobachtungen aus stationären Einrichtungen in Ost und West vorliegen, die die oben aufgezeigte Rangfolge bestätigen oder nur geringfügig von ihr abweichen, stehen Untersuchungsergebnisse aus der ambulanten Betreuung von Patienten nur recht spärlich zur Verfügung oder sie sind nicht vergleichbar, da sie im allgemeinen nicht nach der ICD-Klassifikation erfaßt werden. Eine Ausnahme bildet die Krankheitsartenstatistik der Ortskrankenkasse. Sie wird nach der dreistelligen Fassung der ICD-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation erhoben. Leider zählt diese Statistik nur die Schlußdiagnose jedes mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfalles. Dies bedeutet, daß sie für unsere Betrachtungen aufgrund des Einschlußkriteriums „Arbeitsunfähigkeit" nicht in Frage kommt.

Einen Überblick über das Krankheitsspektrum älterer Patienten der Allgemeinpraxis bietet Fischer (1987) auf der Basis des Datenbestands der EVAS-Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung Köln (alte Bundesländer). Danach stehen auch in der Allgemeinpraxis bei den über 65jährigen Patienten unter den körperlichen Erkrankungen die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 36,5 % aller Diagnosen eindeutig an erster Stelle. Es folgen mit 14,2 % die Krankheiten des Bewegungsapparates, mit 10,6 % die Endokrinopathien, insbesondere Diabetes mellitus, und die Erkrankungen der Atmungsorgane mit 9,9 %.

Alter und Mortalität

Der sozialmedizinische Ansatz einer Mortalitätsanalyse untersucht die Häufigkeit vorzeitigen Todeseintritts im Hinblick auf Gesundheitsrisiken. Das gehäufte Auftreten von Todesfällen in der Bevölkerung aufgrund einer bestimmten Erkrankung verweist auf ein erhöhtes Gesundheitsrisiko. Dieses Gesundheitsrisiko ist von immenser sozialmedizinischer und auch sozialökonomischer Bedeutung selbst dann, wenn Todesfälle wegen der geringen Letalität einer Gesundheitsstörung an sich selten sind.

Trotz der eingeschränkten Aussagekraft der krankheitsbezogenen Sterbestatistik ist sie wohl die einzige Möglichkeit, Mortalität und damit Gesundheitsrisiko international zu vergleichen, zumal die Erfassung der Todesursachenstatistik in allen Ländern der Erde nach der gleichen Systematik (ICD) vorgenommen wird.

Vor allem aufgrund der deutlichen Verminderung der Säuglings- und Kindersterblichkeit nimmt die Sterblichkeit in höheren Altersstufen zu. So sterben mehr als drei Viertel der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland jenseits des 65. Lebensjahres. Aus der amtlichen Statistik der ehemaligen DDR geht hervor, daß dort 67 % der Männer und 86 % der Frauen im Alter von 65 Jahren und älter starben.

Die Sterbefällestatistiken (StBA, 1988; Statistisches Jahrbuch der DDR, 1989) geben Auskunft über die Häufigkeit von akuten und chronischen Erkrankungen, die zum Tode geführt haben. In die Todesursachenstatistik geht allerdings nur das sogenannte „Grundleiden" ein, das heißt jene Krankheiten oder Verletzungen, die den Ablauf der zum Tode führenden Ereignisse ausgelöst haben, so daß auch daraus nur ein Teilaspekt des Gesundheitszustandes im höheren Lebensalter erkennbar wird. Die mit Abstand führenden Todesursachen bei Männern und Frauen über 65 Jahre sind die Krankheiten des Kreislaufsystems (einschließlich der zerebrovaskulären Erkrankungen). In der Bundesrepublik Deutschland entfielen 1986 bei den 65- bis 75jährigen 47,5 %, bei den über 75jährigen 58,9 % aller Sterbefälle auf diese Krankheiten; in der DDR 1988 dagegen 66 % aller Sterbefälle über 65jähriger. An zweiter Stelle folgen in der alten Bundesrepublik Deutschland und in der ehemaligen DDR die bösartigen Neubildungen. In der Bundesrepublik Deutschland lag der Anteil der im Alter von 65 Jahren und darüber verstorbenen Patienten mit bösartigen Neubildungen bei 14 %. Den nächsten Platz der Rangfolge nehmen sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch in der DDR Erkrankungen der Atmungsorgane ein, gefolgt von Stoffwechselerkrankungen und Endokrinopathien (Tabelle 4 im Anhang).

Diese aufgezeigte Rangfolge beherrscht die Mortalitätsstatistiken sämtlicher Industrienationen und Wohlstandsgesellschaften (Epstein, 1983, Putz & Schwarz, 1984, WHO Report 1989). So läßt sich aus einer Statistik des National Center for Health Statistics USA entnehmen, daß an der Spitze der 10 führenden Todesursachen ab dem 65. Lebensjahr die Erkrankungen des Herzens, bösartige Neubildungen sowie zerebrovaskuläre Erkrankungen stehen. Ihr Prozentsatz — bezogen auf alle über 65jährigen — beträgt pro Jahr 2,33 % für Erkrankungen des Herzens, 1 % für die bösartigen Neubildungen und 0,62 % für die zerebrovaskulären Erkrankungen. Verständlicherweise liegt der Prozentanteil in den höchsten Altersstufen um ein Vielfaches höher. So beträgt die jährliche Mortalitätsrate bei den über 85jährigen 7,08 % für die Herzkrankheiten, 1,45 % für die bösartigen Neubildungen und 2,28 % für die zerebrovaskulären Erkrankungen. In deutlichem Abstand folgen statistisch die Todesursachen Influenza und Pneumonie, Arteriosklerose, Diabetes mellitus, Unfälle, bronchitisches Syndrom, Leberzirrhose, Nephritis und Nephrosis.

In der epidemiologischen Forschung hat das Interesse an Mortalitätsdaten zweifellos an Bedeutung verloren, seitdem die gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung immer mehr in den Vordergrund rückt. Dabei wird allerdings übersehen, daß nicht allein die bessere Überlebenschance mit Krankheiten, an denen die Menschen in früheren Zeiten starben, zu dieser hohen Lebenserwartung beiträgt, sondern zudem ganz entscheidend die verminderte Säuglingssterblichkeit und die epidemiologisch geringeren Ausfälle durch Kriegseinflüsse (vgl. Borgers, 1989).

Zu berücksichtigen sind auch spezielle arbeitsmedizinische Aspekte. Während beispielsweise in England seit ca. 100 Jahren die berufsspezifische Mortalität systematisch untersucht wird (Occupational Mortality, OCPS, 1978), existieren derzeit in der Bundesrepublik Deutschland nur nichtrepräsentative Einzelstudien, die die Mortalität nach sozialer Schicht und berufsspezifischer Sterblichkeit analysieren. Fast alle statistischen Angaben leiden hierzulande darunter, daß sie sich vornehmlich auf das Sterberisiko der Berufstätigen beschränken, während aussagekräftige und sozialmedizinisch wertvolle Follow-up-Untersuchungen über den Eintritt in den Ruhestand hinaus nur seltene Ausnahmen sind. Eine allgemein gültige Bewertung ist daher nicht möglich; die Situation unterstreicht jedoch einen dringlichen Nachholbedarf in der Bundesrepublik Deutschland.

Alter und Arztkontakt

Während Mortalitätsstatistiken vorwiegend auf das Risiko von Erkrankungen hinweisen, läßt sich aus Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten auf die sozialmedizinische Bedeutung einer Krankheit schließen. Die über 55jährigen stellen einen Anteil von 26 % der Bevölkerung, 48 % aller Krankenhausfälle beziehen sich auf diese Altersgruppe. Dabei steigen die Krankenhaustage pro Fall kontinuierlich von 10,4 bei den unter 20jährigen auf 22,1 bei den 65- bis 75jährigen, bzw. 22,4 bei der Altersgruppe der über 75jährigen an (Auf dem Weg zum Krankenhaus 2000, 1989). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Analyse des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, die über Krankenhausfälle und -tage bei den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Aufschluß gibt. Sie zeigt, daß bei den 15- bis 20jährigen je 9,47 Fälle pro 100 Mitglieder diese Altersgruppe treffen. Wenn der Krankenhausaufenthalt bei

diesen Mitgliedern 94,67 Tage beträgt, so bedeutet dies eine mittlere Krankenhausverweildauer von 10 Tagen. Bei den 60- bis 65jährigen beträgt — wiederum bezogen auf je 100 Mitglieder der Altersgruppe — die Krankenhausfallzahl 20,2, die Krankenhaustage 385,24. Dies bedeutet eine doppelt so hohe durchschnittliche Verweildauer, nämlich 19,07 Tage. Bei den 75- bis 80jährigen liegt sie nach dieser Untersuchung bei 22,04 Tagen (BMA, 1989).

Aus Untersuchungen von Möhlmann & Zollmann (1989), die sich auf die alte Bundesrepublik Deutschland beziehen, geht hervor, daß — wie zu vermuten — erhebliche alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bestehen. So liegt der Anteil von Frauen, die einen Arzt aufsuchen, in fast allen Altersgruppen über dem gleichaltriger Männer. Ebenso deutlich ist der Alterseinfluß: Die Häufigkeit der Arztbesuche nimmt mit dem Alter zu. Mit steigendem Alter bevorzugen Männer wie Frauen entweder Allgemeinärzte oder aber beide Arzttypen der ambulanten Versorgung (Praktiker, Fachärzte) in gleicher Weise. Eine ausschließliche Bevorzugung von Fachärzten ist eher die Ausnahme (vgl. BMFuS, 1992, S. 42, Abb. 4 und 5).

Eine deutlich höhere Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung durch Frauen zeigt sich in der stationären Versorgung nur in der jüngsten Altersgruppe (16 bis 39 Jahre), wobei sowohl bei der Untersuchung im Jahre 1983 als auch im Jahre 1984 die durchschnittliche Verweildauer in dieser Altersgruppe bei den Frauen deutlich niedriger lag als bei den Männern. Dieser Unterschied ist wahrscheinlich auf die relativ kurzen Krankenhausaufenthalte wegen Entbindung zurückzuführen. Die Vermutung — gestützt auf eine Reihe statistischer Erhebungen —, daß mit zunehmendem Alter die Häufigkeit stationärer Aufnahmen sowie die durchschnittliche Verweildauer zunehmen, wird auch in der Befragung, die den Untersuchungen von Möhlmann & Zollmann zugrunde liegen, bestätigt; signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede konnten in der Gruppe der 60jährigen und Älteren nicht festgestellt werden (vgl. BMFuS, 1992, S. 43, Abb. 6 und 7).

5.3 Spezielle Epidemiologie der altersrelevanten Erkrankungen

Die koronare Herzkrankheit

Die Krankheiten des Kreislaufsystems stehen an erster Stelle der führenden Todesursachen. Eine Aufstellung über die Veränderung der Mortalitätsraten aufgrund aller Krankheiten des Kreislaufsystems ist nicht möglich, da in den Listen der statistischen Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland bis 1986 stets nur eine unterschiedliche Auswahl aus den möglichen Todesursachen veröffentlicht ist und der Rest unter „alle sonstigen Todesursachen" (restliche Nummern) subsumiert wird. Die Summe aller aufgeführten Krankheiten des Kreislaufsystems entspricht demnach nicht der realen Summe der Krankheiten des Kreislaufsystems.

Die koronare Herzkrankheit beruht auf einer Arteriosklerose der Herzkranzarterien. Ihre wesentlichen klinischen Erscheinungsweisen sind die Angina pectoris als Ausdruck eines reversiblen Mißverhältnisses zwischen Sauerstoffangebot an den Herzmuskel und dessen Bedarf, der Herzinfarkt der mit einem Absterben von Herzmuskelgewebe aufgrund der Sauerstoffnot verbunden ist, aber auch die Herzinsuffizienz, die aufgrund eines Pumpversagens des Herzmuskels (Ausfall kontraktiler Elemente) die koronare Herzkrankheit kompliziert und schließlich Herzrhythmusstörungen, die auf dem Boden einer akuten oder chronischen Sauerstoffnot des Herzmuskels entstehen können und bei entsprechender Konstellation auch Ursache des plötzlichen Herztodes (sudden death) sind. Die Häufigkeit der koronaren Herzkrankheit nimmt eindeutig mit dem Alter zu (Lang & Diepgen, 1988). Dabei fällt auf, daß die Erkrankung bei den Männern deutlich früher als bei den Frauen beginnt. Während bei den Männern bereits zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr erste Fälle auftreten, sind sie bei Frauen in diesem Alter eher ungewöhnlich. Eine statistisch relevante Häufigkeit beginnt bei ihnen erst nach dem 40. Lebensjahr, wobei jedoch dann die Häufigkeit bis zum 8. Lebensdezennium steiler als bei den Männern ansteigt und sich damit die prozentuale Häufigkeit der koronaren Herzkrankheit bei Männern und Frauen mehr und mehr angleicht.

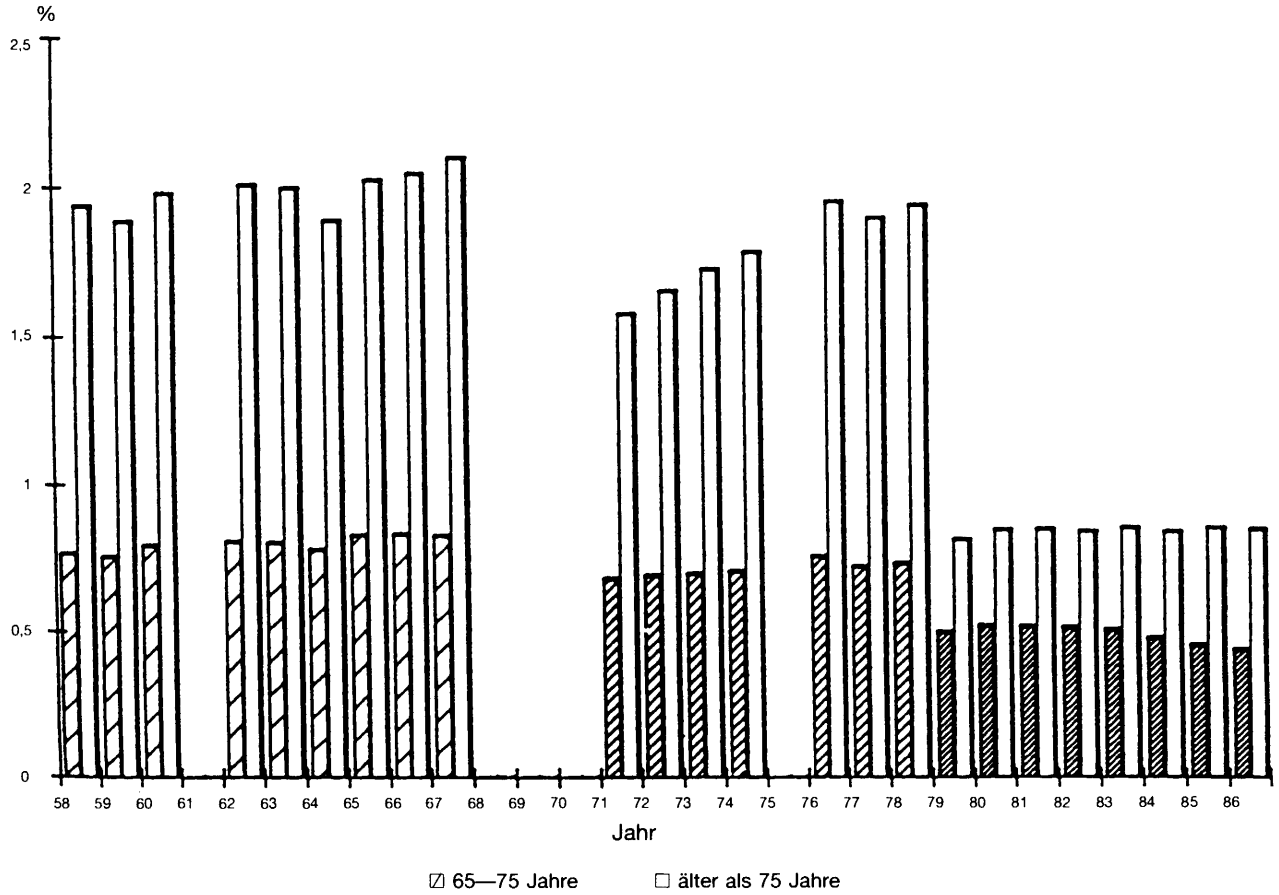
Epidemiologische Aussagen zur Entwicklung der Mortalität aufgrund von ischämischen Herzerkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland gestalten sich schwierig, da das Klassifizierungssystem sich in den letzten Jahrzehnten sowohl in der alten Bundesrepublik Deutschland als auch in der ehemaligen DDR geändert hat.

Der plötzliche Abfall des Niveaus der Mortalität (statistische Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland) aufgrund ischämischer Herzerkrankungen zwischen 1967 und 1970 scheint bedingt in der Änderung des Klassifizierungssystems (von der Internationalen Liste B zum ICD 8, wo degenerative Herzerkrankungen nicht miterfaßt werden), da nach 1970 die Mortalität ischämischer Herzkrankheiten weiterhin kontinuierlich angestiegen ist. Das insgesamt deutlich niedrigere Niveau der Mortalität in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland aufgrund ischämischer Herzerkrankungen seit 1979 erklärt sich damit, daß seit diesem Zeitpunkt nur Zahlen für den akuten Myokardinfarkt vorliegen, das heißt, die sonstigen klinischen Erscheinungsweisen der ischämischen Herzkrankheit nicht mitgezählt wurden. Seit 1979 hat die Mortalität aufgrund akuten Myokardinfarktes in der Gruppe der 65- bis 75jährigen leicht abgenommen, während die Mortalität bei den über 75jährigen nahezu gleich geblieben ist.

Im Hinblick auf die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate der koronaren Herzkrankheit bei über 60jährigen nimmt die Bundesrepublik Deutschland einen mittleren Platz ein. Dagegen haben Nordirland und Schottland eine besonders hohe Todesrate zu verzeichnen, während Japan — zumindest für die 60jährigen und darüber — die niedrigste Todesrate aufweist (Uemura, 1988).

Abbildung 3

Mortalität aufgrund von ischämischen Herzerkrankungen



Quelle: BMFuS, 1992, S. 45.

Aus der von der WHO erstellten internationalen Sterbestatistik geht hervor, daß auch bei den über 60jährigen die Sterberate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den meisten Industrienationen abnimmt. Dies trifft auch für die koronare Herzkrankheit zu. In der Zeit von 1974 bis 1984 hat die Sterblichkeit der koronaren Herzkrankheit in der Bundesrepublik Deutschland bei den Männern um 4,1 %, bei den Frauen um 12,0 % abgenommen.

Die Abnahme der prozentualen Sterblichkeit muß auch im Zusammenhang mit einer verbesserten Prävention, Diagnostik und Therapie gesehen werden (siehe Kapitel 8 und 9). Während invasive Untersuchungsmethoden (z. B. Koronarangiographie) in den 70er Jahren bei älteren Menschen nur zögernd eingesetzt wurden, ist sie inzwischen auch für Patienten in höherem und höchstem Lebensalter zu einer zumutbaren Untersuchung geworden, sofern sich daraus therapeutische Konsequenzen für den Patienten ergeben.

Die Epidemiologie der koronaren Herzkrankheit ist eng mit sogenannten Risikofaktoren verbunden, die das Auftreten einer arteriosklerotischen Komplikation, vor allem also der koronaren Herzkrankheit, begünstigen. Zu ihnen gehören die Hyperlipidämie, die Hypertonie, der Nikotinabusus, Diabetes mellitus, aber auch körperliche Inaktivität und psychosozialer Streß. Insbesondere die Framingham-Studie konnte zeigen, daß eine Reihe von Risikofaktoren und -konstellationen (Risikobündel) auch im höheren Lebensalter eng mit Inzidenz und Mortalität der koronaren Herzkrankheit korrelieren.

Die Hochdruckkrankheit

Die Hypertonie spielt eine Schlüsselrolle als prädisponierender Faktor für die Entstehung der koronaren Herzkrankheit und der zerebrovaskulären Insuffizienz (vgl. Kapitel 6). Aufgrund der Tatsache, daß in der Sterbestatistik des Statistischen Bundesamtes, aber auch in den internationalen Sterbestatistiken jeweils nur die unmittelbar zum Tode führende Erkrankung als Todesursache eingeht, wird sie nur selten als deren Ursache registriert. Diese rein statistische Sichtweise mag durchaus für jüngere Altersgruppen zutreffen. Mit zunehmendem Alter gewinnt die Hochdruckkrankheit jedoch eine andere Dimension. Sie ist nicht nur Risikofaktor, sondern eine Erkrankung, die aufgrund ihrer morphologischen und physiologischen Voraussetzungen ihre altersspezifischen Probleme insbesondere in der Therapie hat.

Die Hypertonie zählt zu den häufigsten Erkrankungen der älteren Menschen. Während in der Normalbevölkerung 25 % einen Blutdruck syst./diast. über 160/95 mmHg (WHO) aufweisen, steigt dieser Anteil auf 55 % bei den über 70jährigen Männern und 69 % bei den gleichaltrigen Frauen (Bühler et al., 1976).

Mit dem Alter kommt es zu einer durchschnittlichen Zunahme des systolischen wie des diastolischen Blutdruckes. In verschiedenen Statistiken — vor allem auch der Lebensversicherungsgesellschaften — läßt sich erkennen, daß mit zunehmendem Alter insbesondere der systolische Blutdruck deutlicher zunimmt als der diastolische. Dabei muß zum einen davon ausgegangen werden, daß es sich bei der Darstellung des Blutdruckes in Abhängigkeit vom Lebensalter um Summationskurven handelt, das heißt, daß sich die alternsbezogenen Blutdruckstatistiken aus zwei verschiedenen Kollektiven zusammensetzen; nämlich aus dem Kollektiv des Bevölkerungsanteiles mit normalem Blutdruck, das lediglich eine geringe altersabhängige Blutdrucksteigerung erkennen läßt, und dem Kollektiv der Hochdruckkranken, das aber vor allem im höheren Lebensalter durch die Zunahme der Häufigkeit der Hypertonie seinen Häufigkeitsgipfel aufweist.

Ein hoher Blutdruck bedeutet — und dies gilt auch für die isolierte systolische Blutdruckerhöhung — einen wesentlichen Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit und die zerebrovaskuläre Insuffizienz. In einer neueren Untersuchung (Rajala et al., 1983) konnte jedoch der Nachweis erbracht werden, daß vor allem bei über 85jährigen sehr niedrige Blutdruckwerte mit einem erhöhten Schlaganfallrisiko verbunden sind, während höhere Blutdruckwerte zu einer Verminderung des Risikos führen. Diese besonderen Gesetzmäßigkeiten des hohen Blutdruckes im Alter haben entscheidende Konsequenzen für die Therapie (vgl. Kapitel 8 und 9).

Atemwegserkrankungen

Auch die (chronisch obstruktiv unspezifischen) Atemwegserkrankungen nehmen mit dem Alter zu (Blumberger & Lang, 1963; Runge, 1967). Dabei sind Männer wesentlich häufiger als Frauen betroffen. In der alten Bundesrepublik Deutschland lag die Mortalitätsrate 1986 für alle Krankheiten der Atmungsorgane bei 0,17 % für die 65- bis 75jährigen bzw. bei 0,69 % bei den über 75jährigen. Diese Prozentzahlen stimmen weitgehend mit den im Jahr 1988 in der ehemaligen DDR ermittelten überein. Bei den 65- bis 75jährigen betrug dort die Mortalitätsrate 0,21 %, bei den über 75jährigen 0,68 % (Kohnert et al., 1992).

In einer repräsentativen Untersuchung innerhalb der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland über Anlässe und Diagnosen bei ambulanten Arztkontakten (Erhebung zur medizinischen Versorgung im ambulanten Sektor, 1981/82) wurde bei den über 65jährigen Männern in 7,7 % der Fälle und bei den Frauen in 3,9 % eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung festgestellt (BMJFFG, 1989, S. 672).

Die Herzinsuffizienz

Die epidemiologischen Kenntnisse über die Herzinsuffizienz im Alter leiden ebenfalls unter dem uneinheitlichen statistischen Material, der uneinheitlichen Definition des Begriffes Herzinsuffizienz, vor allem aber darunter, daß auch die Mortalitätsstatistiken die Herzinsuffizienz meist unter der Gruppenbezeichnung Herz-Kreislauf-Erkrankungen subsumieren. Der häufig verwendete Begriff „Herz-Kreislaufversagen" als Angabe für die Todesursache auf dem Totenschein verdeckt mehr, als daß er zu epidemiologischen Erkenntnissen beitragen könnte. Dabei ist Herzinsuffizienz im Gegensatz zur Hypertonie kein prädisponierender Faktor für andere Kreislaufkrankheiten im Alter, sondern fast immer als Folge von Erkrankungen zu sehen, die das Herz direkt oder indirekt belasten.

Nach den Angaben des Statistischen Jahrbuches für die Bundesrepublik Deutschland 1986 liegt die Mortalität für die Gruppe der 65- bis 75jährigen aufgrund von „Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichneten Krankheiten des Herzens" bei 0,15 % und steigt bei den über 75jährigen auf 1,08 % (StBA, 1986).

Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Zerebrovaskuläre Insulte, das heißt alle plötzlich einsetzenden fokalen Ausfälle, die länger als 24 Stunden anhalten bzw. zum Tode führen und die auf lokale Störungen der Hirndurchblutung zurückzuführen sind, zählen zu den führenden Todesursachen, vor allem im höheren Lebensalter.

So ist die Mortalität aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen in der alten Bundesrepublik Deutschland für über 75jährige fünfmal so hoch wie für 65- bis 75jährige, das heißt, von 1 000 Altersgenossen sterben pro Jahr ungefähr drei in der jüngeren und 15 in der älteren Gruppe.

Aus den statistischen Angaben der ehemaligen DDR lassen sich diese Berechnungen nicht nachvollziehen, da zerebrovaskuläre Erkrankungen in den Krankheiten des Kreislaufsystems enthalten sind.

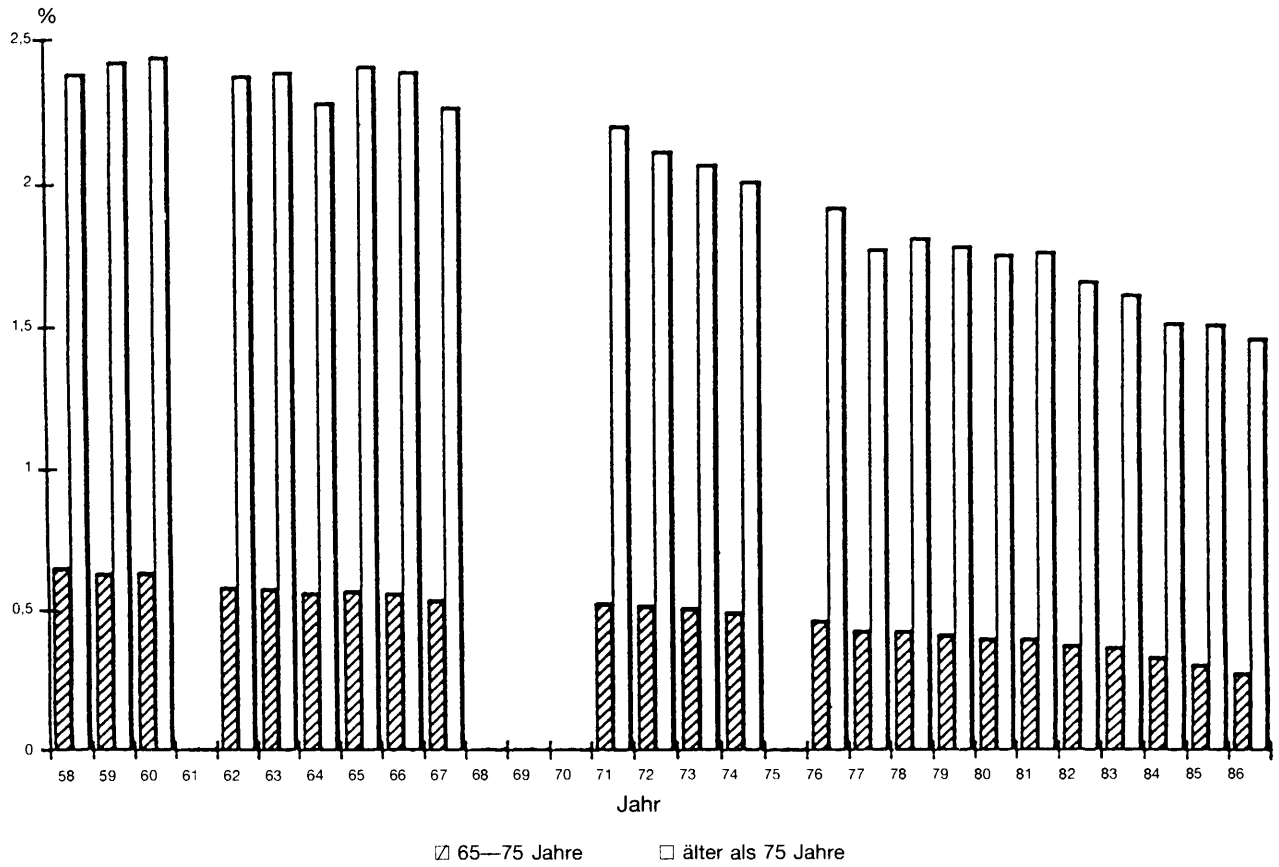
Im Laufe der letzten 30 Jahre zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Mortalität aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen. Besonders deutlich wird dieser Trend bei den über 75jährigen, bei denen die Mortalität von fast 2,5 % auf 1,5 % zurückgegangen ist (vgl. ausführlich Kapitel 6)

Der Bewegungsapparat

Die große Bedeutung degenerativer Erkrankungen des Bewegungsapparates läßt sich zum einen aus dem hohen Anteil erkennen, der diese Erkrankung im geriatrischen Krankengut ausmacht. So wurde unter 300 Patienten bei 22,7 % „chronische Erkrankung des Bewegungsapparates" als Hauptdiagnose, bei weiteren 66 % als eine Nebendiagnose gestellt (Mäckelburg et al., 1989). Im einzelnen litten 46,7 % der geriatrischen Patienten an einer Osteoarthrose der

Abbildung 4

Mortalität aufgrund zerebrovaskuärer Erkrankungen



Quelle: BMFuS, 1992, S. 51

Wirbelsäule, 11% an den akuten oder chronischen Folgen einer Schenkelhalsfraktur, 10,7% an einer Osteoporose der Wirbelsäule und 10% an einer Coxarthrose. Aus der Mortalitätsstatistik lassen sich keine Hinweise auf die Bedeutung degenerativer Erkrankungen des Bewegungsapparates im höheren Lebensalter ableiten. So gut wie nie ist diese häufige Erkrankung auch Todesursache. In der Sterbefallstatistik aus dem Jahre 1988 sind diese Erkrankungen daher nicht einmal erwähnt (BMJFFG, 1989).

Es sind vor allem zwei Grundbedingungen, die Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates für die Morbiditätsstatistik des älteren Menschen so bedeutsam machen. Zum einen ist es die mit dem Alter abnehmende Elastizität und Leistungsfähigkeit der in den aktiven Bewegungsvorgang einbezogenen Organe (Gelenk, Muskulatur, Bänder und Sehnen), zum anderen die Osteoporose, das heißt die Entmineralisierung der nur passiv in den Bewegungsvorgang einbezogenen Organe, vor allem der Knochen, der Extremitäten sowie der Wirbelsäule. Diese beiden Grundbedingungen sind vor allem dafür verantwortlich, daß eine relative Überbeanspruchung mit zunehmendem Alter immer häufiger zu Verletzungen des Bewegungsapparates (Zerrungen, Frakturen usw.) führen und damit die Mobilität des älteren Menschen plötzlich und unvorbereitet drastisch beeinflussen. Immobilität wiederum führt nicht nur zu sekundären Störungen der Gesundheit, sondern auch zu psychosozialen Problemen, mit denen der Kranke wie auch seine Angehörigen unvermittelt konfrontiert werden.

Chronische — vorwiegend degenerative — Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Arthrose) führen dagegen nur zur allmählichen Behinderung der Mobilität. D. h., der ältere Patient steht den aus einer degenerativen Erkrankung erwachsenden Problemen nicht unvorbereitet gegenüber. Das bedeutet aber auch, daß die Ansatzpunkte für präventive Intervention genutzt werden müssen (siehe Kapitel 8).

Diabetes mellitus

Der nichtinsulinpflichtige Diabetes mellitus (auch als Altersdiabetes bezeichnet) zeigt eine Zunahme der Häufigkeit mit dem Alter, wobei der Altersgipfel bei den Frauen etwa zehn Jahre später einsetzt als bei den Männern. Dabei ist mit zunehmendem Alter die Inzidenz bei den Frauen doppelt so hoch wie bei den Männern. Nach dem 60. Lebensjahr ist die Häufigkeit des Diabetes mellitus bei den Männern zweimal, bei

den Frauen dreimal so häufig wie in jüngeren Altersgruppen. Der Anteil der Diabetiker in den verschiedenen Altersgruppen liegt im internationalen Vergleich bei ungefähr 5 % der 60- bis 69jährigen und etwa 6 % der 70- bis 79jährigen. Ab dem 80. Lebensjahr nimmt der Anteil der Diabetiker wieder ab; offenbar durch die überproportionale Sterblichkeit der Diabetiker aufgrund ihrer Komplikationen (Diabetische Angiopathie, erhöhtes Risiko für Schlaganfall).

Eine repräsentative Befragung von 1986/87 in der alten Bundesrepublik Deutschland ergab bei den in Privathaushalten lebenden Personen über 65 Jahre eine Verbreitung des Diabetes von 6,9 % bei Männern und 11,9 % bei Frauen (BMJFFG 1989b, S. 621). Die Mortalität aufgrund von Diabetes sank zwar in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten 15 Jahren von fast 0,3 % auf ungefähr 0,15 % bei den über 75jährigen, doch ist sie mehr als doppelt so hoch wie bei den 65- bis 75jährigen.

Als bedeutendster manifestationsfördernder Faktor des Diabetes mellitus gilt die Adipositas. So sind bis zu 50 % der Diabetiker zum Zeitpunkt der Diagnosestellung übergewichtig. Beim sogenannten Altersdiabetiker beträgt der Anteil der Übergewichtigen sogar 80 %. Die Kombination von Diabetes mellitus und Adipositas läßt sich durch das gemeinsame pathogenetische Prinzip erklären. Durch die erhöhte Lipolyserate der Übergewichtigen kommt es zu einer verstärkten Oxidation von Fettsäuren bei eingeschränktem Glucoseverbrauch. Die Folge ist eine verminderte Glucosetoleranz mit einem Hyperinsulinismus, der zu einer Erschöpfung der Funktion des Inselzellorgans — zu einem Diabetes mellitus — führen kann. Andererseits wird beim adipösen Diabetiker durch einen Blutzuckerreiz mehr Insulin sezerniert, was eine Adipositas begünstigt.

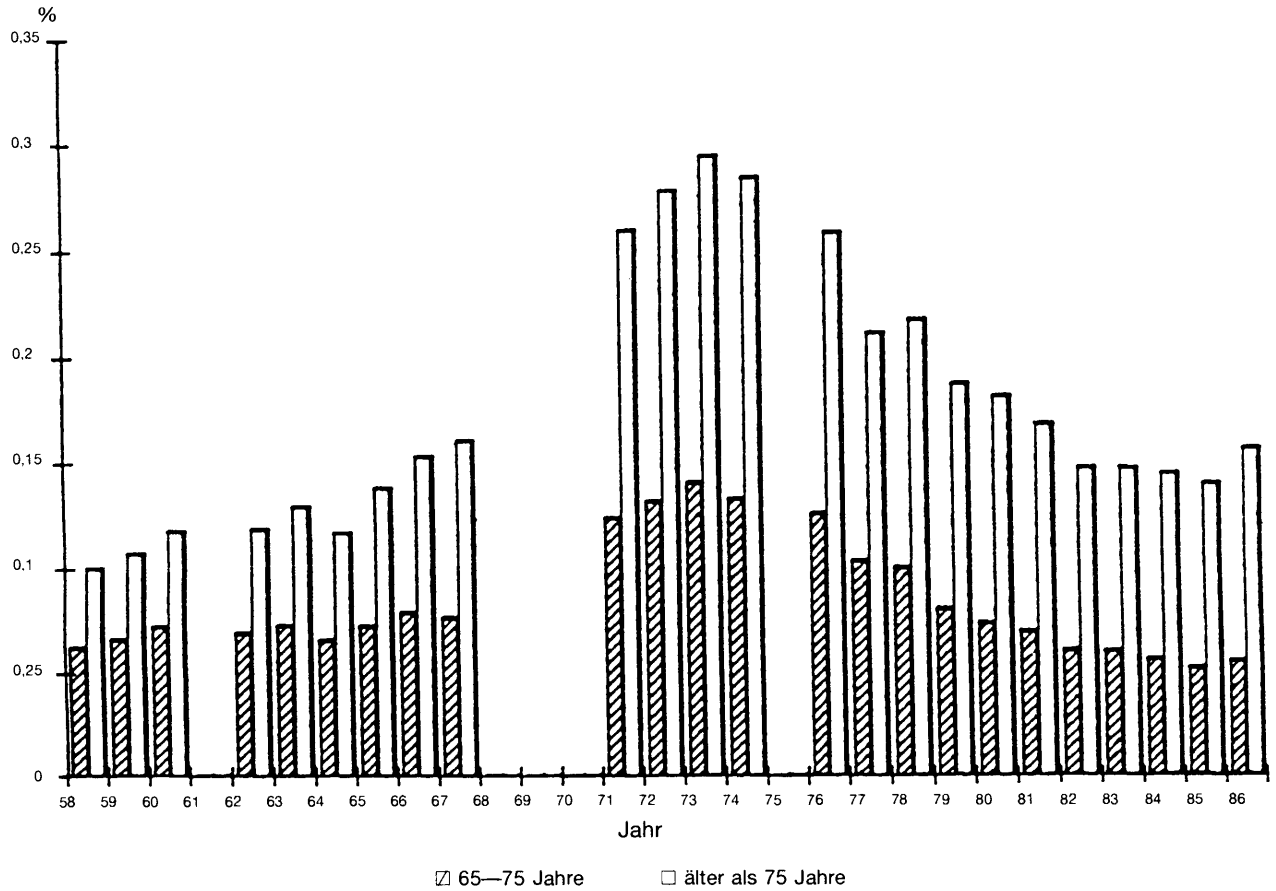
Die Prävention und Therapie des Diabetes mellitus ist vor allem deswegen so bedeutsam, weil im Durchschnitt bereits zehn Jahre nach Krankheitsbeginn die Entstehung einer diabetischen Mikro- und Makroangipathie nachzuweisen ist.

Erkrankungen der harnableitenden Wege

Für den älteren Menschen und damit für die Altersheilkunde bedeutsam ist die Inkontinenz (Ouslander et al., 1982; Vetter et al., 1981; WHO Report, 1989). Etwa 10 % der älteren Menschen haben Inkontinenzprobleme. Die akute Inkontinenz wird vor allem beobachtet bei Erkrankungen, die mit einer unge-

Abbildung 5

Mortalität aufgrund von Diabetes



Quelle: BMFuS, 1992, S. 53

wohnten Immobilisation einhergehen, aber auch bei Zuständen der akuten Verwirrtheit oder Infektionen der Harnwege. Sie sistiert im allgemeinen mit der Beendigung der akuten Krankheit, die zu Inkontinenz geführt hat. Die persistierende Harninkontinenz ist wesentlich problematischer.

Erkrankungen des Seh- und Hörorgans

Blindheit (Amaurosis), die senile Makuladegeneration, das Glaukom sowie die Katarakt sind die wichtigsten Erkrankungen der Augen im höheren Lebensalter. Genaue Zahlen liegen nicht vor, aber es wird geschätzt, daß 5 % der über 60jährigen und 10 % der über 70jährigen vom Glaukom betroffen sind (BMJFFG, 1989b, S. 646). Diese Erkrankungen bedürfen einer speziellen Therapie, die bei einem großen Teil der Patienten zumindest eine Verbesserung des Sehvermögens mit sich bringt.

Als weitere typische Störung des Sehvermögens gilt die sogenannte Alterssichtigkeit. Sie ist im allgemeinen unproblematisch und durch die Verwendung einer Brille zu korrigieren.

Die mit dem Alter zunehmende Schwerhörigkeit (Altersschwerhörigkeit = Presbyakusis) beeinträchtigt die Möglichkeit der sozialen Kommunikation und bedarf daher der besonderen Aufmerksamkeit. Die repräsentative Studie „Hörtest 1985" ergab, daß 41 % der 60- bis 69jährigen und 46 % der 70- bis 75jährigen über Hörprobleme klagen (Der BMJFFG, 1989b, S. 651f.). Im allgemeinen ist eine Verbesserung des Hörvermögens durch entsprechende Hörhilfen möglich. Doch tragen von den 60- bis 69jährigen nur 4 % und von den 70- bis 75jährigen nur 9 % eine Hörhilfe.

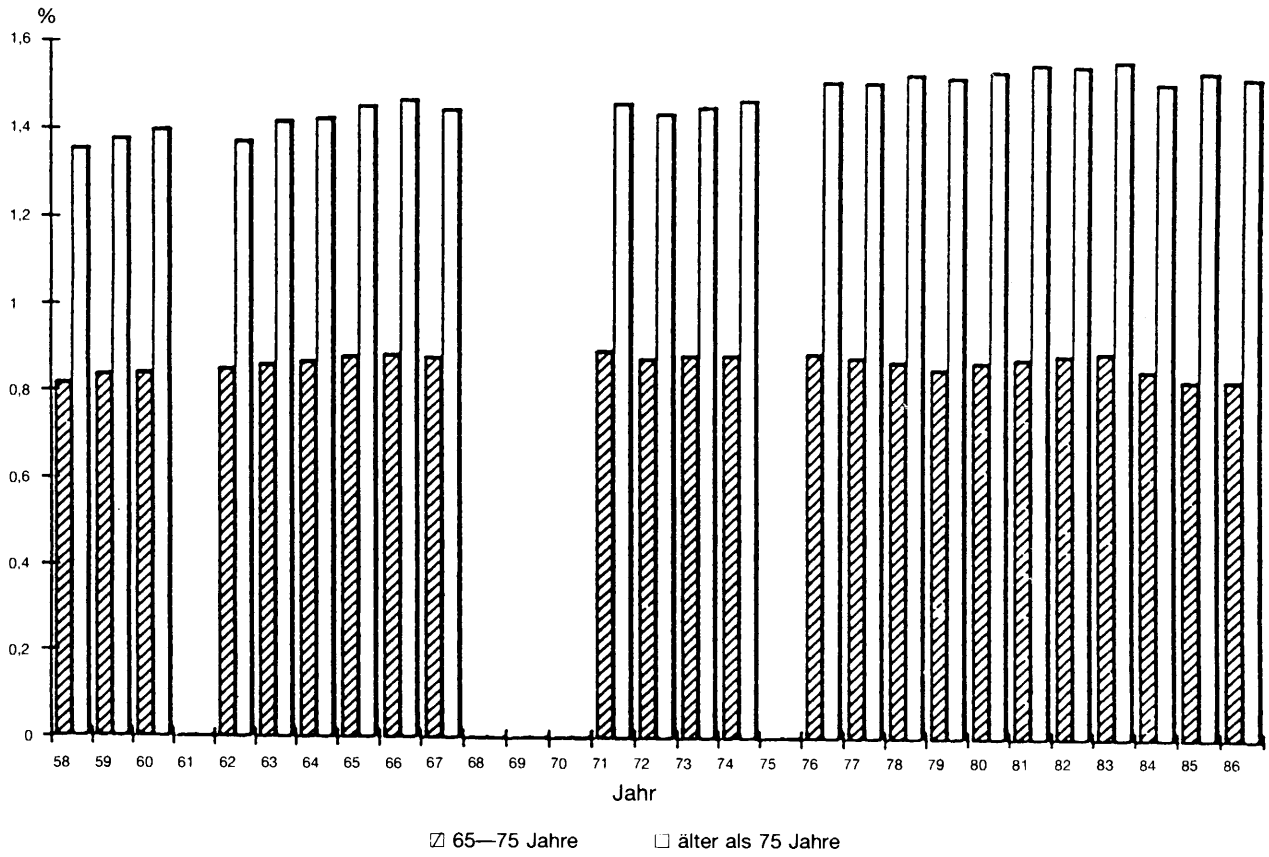
Bösartige Neubildungen

Bösartige Neubildungen können grundsätzlich an allen Organen entstehen und nehmen mit dem Alter deutlich zu. Nach Daten des saarländischen Krebsregisters steht bei Männern über 65 Jahre Lungenkrebs mit 23,8 % aller Neuerkrankungen an erster Stelle, gefolgt von Prostatakrebs (13,6 %), nichtmelanotischem Hautkrebs, Dickdarmkrebs (8,5 %) und Magenkrebs (6,7 %). Bei den Frauen dieser Altersgruppe steht an erster Stelle Brustkrebs mit 16,5 %, gefolgt von nichtmelanotischem Hautkrebs, Dickdarmkrebs (10,7 %) und Magenkrebs (7,9 %) (BMJFFG, 1989b, S. 583ff.).

Während die Mortalität bei den 65- bis 75jährigen in der Bundesrepublik Deutschland unter 0,9 % liegt, steigt sie bei den über 75jährigen auf über 1,5 %.

Abbildung 6

Mortalität aufgrund von Neoplasmen



Quelle: BMFuS, 1992, S. 55

Aufgrund der Annahme, daß bei vielen Krebserkrankungen eine exogene Noxe als Ursache gilt oder zumindest diskutiert wird, muß davon ausgegangen werden, daß mit Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung aufgrund der länger andauernden Exposition bösartige Neubildungen häufiger werden. So zeigt sich besonders in der Gruppe der über 75jährigen in den letzten 30 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Mortalität, während sie in der Gruppe der 65- bis 75jährigen nahezu gleichgeblieben ist. Es ist also keinesfalls nur so, daß die Krebskrankheit insgesamt an Häufigkeit zugenommen hat, sondern daß vielmehr Menschen ein Alter erreichen, das der Krebskrankheit die Chance gibt, klinisch manifest zu werden.

Ein großer Anteil der bösartigen Neubildungen weist Ansatzpunkte für eine Prävention auf. Im höheren Lebensalter besteht diese allerdings vorwiegend in der Früherkennung einer bösartigen Neubildung.

5.4 Die Multimorbidität

Mit zunehmendem Alter nimmt nicht nur die Häufigkeit der meisten Krankheiten zu, sondern immer häufiger bestehen verschiedene Krankheiten zeitlich synchron nebeneinander. Diese Beobachtung wird als Multimorbidität bezeichnet. Sie stellt ein charakteristisches Phänomen des Alterns aus medizinischer Sicht dar (Lang & Kohlschütter, 1980; Schramm et al., 1982; Schramm, 1988).

Als Multimorbiditätsindex wird die durchschnittliche Anzahl der Erkrankungen pro Patient in einer bestimmten Altersgruppe bezeichnet. Im Untersuchungsgut eines Krankenhauses (Lang & Diepgen, 1988) liegt dieser im zweiten und dritten Dezennium bei ca. 2, zwischen dem 30. und 59. Lebensjahr bei etwa 4 und im siebten bis neunten Lebensjahrzehnt bei etwa 5. Nach dem 90. Lebensjahr nimmt der Multimorbiditätsindex wieder ab. Dies dürfte mehrere Ursachen haben. Zum einen erreichen Patienten mit einem hohen Multimorbiditätsindex das höchste Lebensalter. Zum anderen wird in den Krankenhäusern oft darauf verzichtet, eine umfassende Diagnostik zu erzwingen. D.h. diagnostiziert werden im allgemeinen nur solche Erkrankungen, die aufgrund der Klinik und einiger wichtiger zusätzlicher Untersuchungsmethoden (Labor, EKG, Röntgen) unmittelbar auf die Diagnose hinweisen. Latente Erkrankungen, die mit in den Multimorbiditätsindex eingehen, werden also nur selten entdeckt (vgl. BMFuS, 1992, S. 57, Abb. 13).

Eine Aufstellung Frankes (1983) zeigt, daß im zweiten und dritten Dezennium meist nur ein bis zwei Diagnosen gestellt werden, diese Zahl mit fortschreitendem Lebensalter kontinuierlich ansteigt und bei den über 70jährigen bis zu neun Diagnosen gestellt werden. Je älter ein Patient ist, desto häufiger wird er von mehreren Erkrankungen gleichzeitig befallen, von denen ein großer Teil chronisch ist (vgl. BMFuS, 1992, S. 57, Abb. 14).

5.5 Sexualdifferenzen

Männer und Frauen sind nicht nur durch ihre äußere Gestalt und die spezifischen Geschlechtsmerkmale gekennzeichnet, sondern unterscheiden sich auch durch organische und strukturelle Besonderheiten. Viele Alternsveränderungen und die sich daraus ergebenden Reaktionen des Organismus werden vom Geschlecht beeinflußt.

Als Maß für Geschlechtsunterschiede gilt ein Sexualquotient (q):

$$q = \frac{\text{Morbidität w}}{\text{Morbidität m}}$$

Dieser Quotient zeigt für verschiedene Krankheiten eine besondere Belastung der Frauen an, wie zum Beispiel für Schilddrüsendysfunktion 7,0, Gallensteinleiden 5,0 und entzündlichen Gelenkrheumatismus 3,0. Bei anderen Störungen dominiert das männliche Geschlecht, wie Analysen über die chronische Bronchitis (0,6), das Bronchialkarzinom (0,2) und das Magengeschwür (0,25) belegen.

Derartige Sexualdifferenzen lassen sich auch im Laufe des Lebens beobachten. So ist zum Beispiel der durchschnittliche Blutdruck bei den Frauen im jüngeren Alter niedriger als bei den Männern, während sich das Verhältnis nach dem Klimakterium umkehrt. Diese Tatsache wird mit einem Schutz der Gefäße geschlechtsreifer Frauen durch weibliche Sexualhormone (Östrogene) erklärt, der sich auch tierexperimentell beweisen läßt. Die Einnahme von Kontrazeptiva hebt den Schutzmechanismus gegen emotionale Blutdrucksteigerungen auf (v. Eiff, 1984). Frauen erkranken in den mittleren Lebensjahren durchschnittlich fünf Jahre später an arteriosklerotischen Störungen als Männer. In dieser Differenz wird unter anderem eine Ursache für die höhere Lebenserwartung des weiblichen Geschlechts gesehen. Nach der Menopause läßt die Östrogenproduktion der Eierstöcke erheblich nach, so daß sich die Morbiditätsverhältnisse der beiden Geschlechter in bezug auf die Arteriosklerose in späteren Jahren allmählich angleichen.

Die Gründe für Sexualdifferenzen von Krankheiten sind auch in den bekannten Risikofaktoren des Alterns zu suchen. So besteht kein Zweifel, daß die bei Männern hohen Anteile an Bronchitiden und Bronchialkarzinomen ihre Ursache im Rauchen haben. Zum anderen läßt sich der Sexualquotient 1,4 beim Diabetes mellitus mit dem durchschnittlich höheren Körpergewicht der Frauen im Vergleich zum männlichen Geschlecht erklären: Der Anteil übergewichtiger Frauen liegt im Alter von 50—60 Jahren eindeutig über dem der Männer (Ries, 1980).

Befunde über eine sexualdifferente Multimorbidität im höheren Lebensalter liegen aus pathologischer Sicht vor (Haupt, 1980). Danach ist die Anzahl der im Mosaik enthaltenen Krankheiten bei beiden Geschlechtern etwa gleich groß, allerdings mit Unterschieden in bezug auf ihre Häufigkeit. So beträgt zum Beispiel der Anteil der chronischen Bronchitiden mit Lungenemphysem bei den Männern etwa 50 %, bei den Frauen dagegen nur 30 %.

Bei den malignen Tumoren ergeben sich danach, abgesehen von den geschlechtsspezifischen Geschwülsten wie Prostata-, Uterus- und Mammakarzi-

nom, deutliche Sexualdifferenzen. Bei den Männern steht das Bronchialkarzinom an erster Stelle, gefolgt vom Magenkarzinom, bei den Frauen dominieren dagegen Geschwülste des Magen-Darm-Kanals, besonders im höheren Lebensalter.

Deutliche Sexualunterschiede finden sich bei den Todesursachen, worunter die Folge eines Grundleidens verstanden wird, das am Ende einer Kausalkette für den Todeseintritt verantwortlich sind. An der Spitze lagen zwar bei beiden Geschlechtern bakterielle Infektionen, allerdings bei den Männern mit 50 % höher als bei den Frauen mit 30 %. Die zum Tode führenden Infektionen betrafen bei den Männern vor allem Lungenentzündungen, bei den Frauen häufiger Infektionen der Nieren- und Harnwege.

6. Epidemiologie psychischer Störungen im Alter

Die „Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik", die 1975 vorgelegt wurde (Drucksache 7/4200, 1975), enthält ein umfangreiches Kapitel über psychische Störungen im Alter, in dem nicht nur die epidemiologische Situation, soweit sie sich für die Bundesrepublik Deutschland darstellen läßt, niedergelegt ist, sondern auch nach mehrjähriger Diskussion Vorschläge für Ansatzpunkte möglicher Verbesserungen und neuartiger Versorgungssysteme unterbreitet werden.

Die einander zum Teil sehr widersprechenden Angaben über die Häufigkeit psychischer Störungen im Alter sind u. a. durch eine gewisse Uneinheitlichkeit in ihrer Klassifikation und hinsichtlich der Diagnostik bedingt.

Vor allem muß man berücksichtigen, daß Krankenhausstatistiken für psychogeriatrische epidemiologische Aussagen überhaupt nicht relevant sind. Was besagt es in diesem Zusammenhang, wenn man zu der Feststellung kommt, daß sich etwa die Häufigkeit von Demenzen in der Verteilung der unterschiedlichen Diagnosegruppen einer psychiatrischen Klinik von etwa 20 % auf über 30 % entwickelt hat? Über die Häufigkeit von Demenzen, etwa in der Gruppe der über 75jährigen in der Gesamtbevölkerung, besagt das wenig.

Insofern hat man zur Frage der Epidemiologie etwa im Zusammenhang mit der Entwicklung von Versorgungssystemen nach wie vor von der Situation auszugehen, der sich die Enquete in den Jahren 1971 bis 1975 gegenüber sah. Es gibt lediglich eine Studie, die über die in der Enquete bereits erwähnte Untersuchung von Dilling hinausgeht (Dilling et al., 1974), und zwar die Mannheimstudie von Cooper und seiner Arbeitsgruppe (vgl. Abbildung 7 und Tabelle 9).

Tabelle 9

Altersspezifische Prävalenz hirnorganischer Psychosyndrome in einigen psychogeriatrischen Feldstudien

Autoren	Land	Altersgruppe	Anzahl der Probanden	Prävalenz % mit organischen Psychosyndromen	
				schwere oder mittelschwere	leichte
Sheidon (1948)	Großbritannien	65 —	369	3,9	11,7
Essen-Möller et al. (1956)	Schweden	60 —	443	5,0	10,8
N.Y. State Departement of Mental Hygiene (1961)	USA	65 —	1 805 [1])	6,8 [2])	—
Nielsen (1962)	Dänemark	65 —	978 [1])	5,9	15,4
Primrose (1962)	Großbritannien	65 —	222 [1])	4,5	—
Kav et al. (1964)	Großbritannien	65 —	443 [1])	5,6	5,7
Williamson et al. (1964)	Großbritannien	65 —	200	8,0	15,5
Parsons (1965)	Großbritannien	65 —	228	14,0	21,9
Kaneko (1969)	Japan	65 —	531	7,2	52,7
Helgason (1973)	Island	74 — 76	2 642 [1])	5,0	6,9
Hasegawa (1974)	Japan	65 —	4 716	3,0	1,5
Sternberg & Gawrilowa (1978)	UdSSR	60 —	1 020	3,6	21,0
Cooper & Sosna (1983)	BRD	65 —	519 [1])	6,0	5,4
Weissman et al. (1985)	USA	65 —	2 588	3,4	12,7

Quelle: Bergmann & Cooper, 1986.

[1]) Institutionelle Fälle einbezogen.

[2]) Schließt auch funktionelle Psychosen ein.

Das Besondere an dieser Studie ist, daß sie sich auf einen Untersuchungszeitraum von einer Woche bezieht. Innerhalb einer Woche wurden durch Nervenärzte in einem Stadtteil von Mannheim alle über 65jährigen auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand — insbesondere auf das Vorliegen psychischer Störungen — untersucht, und dabei wurden neben standardisierten Interviews auch standardisierte Klassifikationssysteme herangezogen, so daß diese Untersuchung als einigermaßen verläßlich gelten kann. Als Ergebnis ist festzustellen, daß in dieser Gruppe ein Anteil von 24 % der über 65jährigen an psychischen Störungen leidet und daß innerhalb dieser Gruppe auf Demenzen ein Anteil von etwa 3 % entfällt. Dabei ist eine Verdoppelung dieser letztgenannten Prozentzahl je fünf Lebensjahre bis auf etwa 30 % bei den über 85jährigen festzustellen (vgl. Abbildung 7).

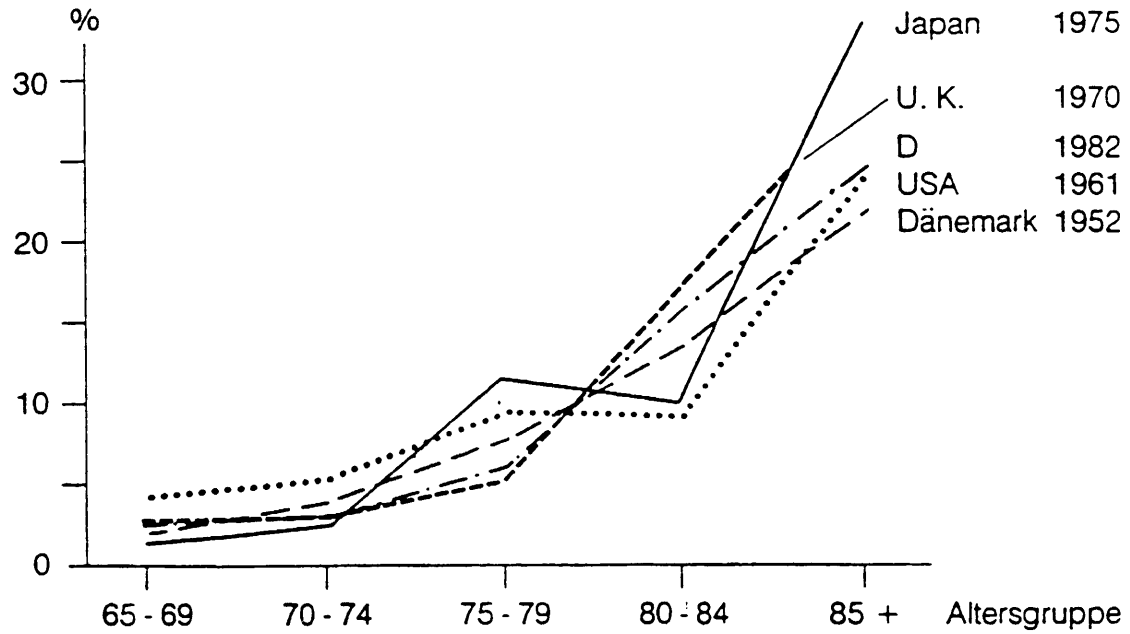
Es ist innerhalb unterschiedlich schwerer Demenzformen aber keine Unterscheidung nach den Ursachen der diagnostizierten Demenzen getroffen worden. Diese Untersuchungen beziehen sich im wesentlichen auf die Erscheinungsformen und den Schweregrad des dementiellen Zustands, nicht aber auf die Ursachen.

Es muß davon ausgegangen werden, daß der Anteil der Demenzen, die auf degenerative Prozesse zu beziehen sind, über die Hälfte der Gesamtgruppe ausmacht. Hierzu gehört alles das, was unter dem Stichwort „Alzheimersche Erkrankung" bekannt ist. Etwa 25 % der dementiellen Störungen sind auf vaskuläre Ursachen zurückzuführen.

Von diesem Verhältnis ist in dieser Form bisher nicht ausgegangen worden. Man hat bisher immer die Auffassung vertreten, daß die vaskulären Prozesse eigentlich sehr viel häufiger Ursache dementieller Prozesse sein würden als etwa die degenerativen Formen im Sinne der Alzheimerschen Krankheit. Dies ist aus zwei Gründen bedeutsam. Es gibt Untersuchungen, die darauf hinweisen, daß durch präventive Maßnahmen, etwa durch eine kontrollierte Prävention bei Bluthochdruckleiden — neben Übergewicht häufigster Risikofaktor in diesem Zusammenhang — sowie bessere allgemeine ärztliche Behandlung und Prävention die Häufigkeit der Schlaganfälle zurückgeht, so daß als Folge davon auch der Anteil der vaskulären Demenzen eher eine rückläufige Tendenz haben könnte. Es sind heute schon Möglichkeiten

Abbildung 7

Prävalenz organischer Psychosyndrome in fünf Altergruppen jenseits des 64. Lebensjahrs aus fünf Feldstudien



Prävalenz organischer Psychosyndrome[1]) in 5 Altersgruppen jenseits des 64. Lebensjahres aus 5 Feldstudien[2]) (Punktprävalenz per 100 Einwohner in jeder Altersgruppe).

[1]) Alle schweren und mittelschweren Fälle von Demenz, Verwirrtheitszuständen und vergleichbaren exogenen Psychosen. Die N. Y.-State-Studie schließt einige Fälle funktioneller Psychosen ein.

[2]) Die Daten sind den folgenden Studien entnommen: New York State Dept. of Mental Hygiene, 1961 (USA); Nielsen, 1962 (Dänemark); Kay et al., 1970 (UK); Kaneko, 1975 (Japan); Cooper & Sosna, 1983 (Bundesrepublik Deutschland).

Quelle: Bergmann K., Cooper B. (1986): Epidemiological and public health aspects of senile dementia. In: Sørensen AB, Weinert FE, Sherrod LR (Hrsg.) Human development: Multidisciplinary perspectives. Social Science Research. Council: New York, 1986.

Quelle: Bergener & Lang, 1990, S. 888.

gegeben, durch Aufklärung und kontrollierte ärztliche Maßnahmen im vorstationären Bereich auf diese Entwicklung einen ganz entscheidenden Einfluß zu nehmen.

Ein anderer wichtiger Gesichtspunkt im Zusammenhang mit der Frage der Genese dementieller Prozesse — auch da, wo man heute von entscheidenden genetischen Faktoren wie beispielsweise bei der Alzheimerschen Erkrankung ausgeht — ist im entscheidenden Einfluß von Umweltfaktoren im Hinblick auf den Manifestationszeitpunkt und die Schwere des dementiellen Prozesses zu sehen. Selbst da, wo genetische Prozesse als ursächliche Faktoren unterstellt werden können und von diesen ausgegangen wird — wie bei der Alzheimerschen Krankheit —, behält der Einfluß von Umweltfaktoren im Zusammenhang mit einer multifaktoriellen Genese derartiger Prozesse ein ganz entscheidendes Gewicht. Damit sind von einer Verbesserung bestehender Versorgungssysteme Auswirkungen positiver Art auf die Prävalenz dieser Erkrankung zu erwarten. Dies geht etwa aus der Studie von Cohen (1988) aus Chicago über Alzheimer-Kranke hervor, die zeigt, wie stark man im positiven wie im negativen Sinne auf Manifestation und Verlauf dieser Krankheit Einfluß nehmen kann.

Auch Studien des schottischen Psychogeriaters Evans (1988) zeigen dieses Zusammenwirken von Genetik und Umwelt bis hin zu den sozioökonomischen Konsequenzen. Solche Erkenntnisse sind wichtig, denn sie tragen dazu bei, das Mißverständnis auszuräumen, Genetik bedeute schicksalhaft und damit weitgehend unbeeinflußbar. Ebenso falsch wäre es, die Hospitalisierung als die einzig ärztlich und auch ökonomisch vertretbare Lösung anzusehen. Viele Arbeitsgruppen, so auch die von Cooper, haben unabhängig voneinander auf die Bedeutung von Umweltfaktoren hingewiesen. Sie konnten zeigen, daß nicht nur die Auswirkungen dementieller Prozesse, sondern auch anderer psychischer Störungen im höheren Lebensalter in Unter-Mittelschichts-Populationen häufiger in Erscheinung treten als in sozioökonomisch bessergestellten Schichten.

Eine andere große Gruppe psychischer Störungen des höheren Lebensalters stellen die depressiven Erkrankungen dar. Mit keinem Begriff wird so global und unvorsichtig umgegangen wie mit dem Begriff der Depression. Das zeigt sich, wenn man sich darum bemüht nachzuweisen, worauf man sich bei einer solchen Diagnose bezieht. Bezieht man sich auf eine einheitliche diagnostische Klassifikation oder lediglich auf ein bestimmtes Symptomspektrum, wenn man von einer Depression spricht? Die verschiedenen Studien, die darüber vorliegen, weisen auf diese Problematik und Besonderheiten hin (Bergener, 1989; Murphy, 1989). Eine Möglichkeit der Klassifikation depressiver Syndrome ist die nach dem Schweregrad des jeweiligen Krankheitsbildes, und das scheint bei allen Unsicherheiten über ursächliche Aussagen zu Depressionen wirklich das einzige verläßliche Bezugssystem zu sein, das man heute benutzen und einsetzen kann, um eine Häufigkeitsverteilung von Depressionen vorzunehmen.

Eine große Gruppe der besonders schweren Depressionsformen, die im amerikanischen Klassifikationssystem, dem DSM III R, als „major-depression" zusammengefaßt wird, ist im deutschen Sprachgebrauch die endogene Depression bzw. die Zyklothymie, auch wenn beide Klassifikationen nicht direkt vergleichbar sind. Was bedeutet das aber im eigentlichen Sinne? Man ist über Vermutungen und Hypothesen, ob dieser „major-depression" nun ein genetischer oder ein metabolischer Vorgang zugrunde liegt, nicht hinausgekommen, so daß die medizinische Zuordnung einer depressiven Symptomatologie zu einer Krankheitsform wie dieser einem klinisch-pragmatischem Konsens entspricht. Wenn man das in dieser Form zugrunde legt, dann kann man davon ausgehen, daß etwa 5 % der über 65jährigen der Krankheitsgruppe der „major-depression" oder der endogenen Depressionen zuzuordnen sind, wobei widersprüchliche Aussagen darüber vorliegen, ob mit zunehmendem Lebensalter diese Depressionsform zunimmt oder nicht (vgl. Gertz & Kanowski, 1989).

Die einzige Aussage, die man als zuverlässig und verbindlich ansehen kann, ist die, daß in der Gruppe der schweren Depressionen Frauen, Verwitwete und Alleinlebende gegenüber den Verheirateten und gegenüber Männern überwiegen.

Generell ist in diesem Zusammenhang festzustellen, daß man von der Hypothese einer Zunahme psychischer Störungen, und zwar sowohl dementieller Prozesse wie von Depressionen und anderen Krankheitsformen, mit zunehmendem Alter ausgeht, ohne daß das wirklich durchgehend und überzeugend belegt wäre.

Wenn man an die Gruppe der affektiven Psychosen im weitesten Sinne denkt, dann ist eindeutig festzustellen, daß etwa die Erkrankungshäufigkeit an Paraphrenien und schizophrenen Psychosen mit zunehmendem Alter abnimmt. Der Häufigkeitsgipfel liegt etwa zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr. Man weiß, daß das Auftreten von depressiven Syndromen oder Symptomen etwa um das 50. Lebensjahr einen Häufigkeitsgipfel aufweist und einen zweiten dann etwa mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben zwischen dem 60. und dem 65. Lebensjahr. Man weiß aber nicht, ob die Häufigkeit von Demenzen mit zunehmendem Alter zunimmt. Sie sind häufiger, weil es viel mehr ältere Menschen gibt, aber es ist nicht klar erwiesen, daß die Inzidenzrate, die Zahl der Neuerkrankungen, tatsächlich zugenommen hat.

Man kann dennoch davon ausgehen, daß auch psychische Störungen, ebenso wie Herzerkrankungen und andere körperliche Erkrankungen, mit zunehmendem Lebensalter häufiger in Erscheinung treten, weil die Zahl der Menschen zugenommen hat, die ein Alter erreichen, in dem sich derartige Erkrankungen manifestieren — wirklich verläßliche Angaben darüber stehen jedoch aus. Insbesondere tragen dazu aber auch die engen Wechselwirkungen zwischen der körperlichen Verfassung oder Gebrechlichkeit eines Menschen und seiner psychischen Befindlichkeit bei (Post, 1972; Roth & Kay, 1962; Häfner, 1986; Lauter & Kurz, 1989). Es gibt nach diesen Autoren aber kein Lebensalter, in dem die Wechselwirkungen zwischen körperlicher Verfassung und psychischer Befindlichkeit so eng sind wie im Alter, so daß neben sozialen Faktoren wie Vereinsamung, Isolation, schlechte

Wohnsituation und anderem, insbesondere die körperliche Verfassung und Gebrechlichkeit, den entscheidenden Risikofaktor psychischer Störungen des höheren Lebensalters darstellt.

Bezüglich der Häufigkeit der anderen Gruppen psychischer Erkrankungen im Alter wurde schon erwähnt, daß die endogenen Psychosen im weitesten Sinne — wie Paraphrenien, Schizophrenien — eher rückläufig, Erstmanifestationen eher selten sind (vgl. Gertz & Kanowski, 1989). Die Inzidenzrate von 24 %, zu welcher die Mannheimer Studie kommt, schließt außer den Demenzen und den endogenen Depressionen eine große Zahl von unterschiedlichsten psychischen Reaktionen und Störungen im weitesten Sinne ein, die unter verschiedenen Begriffen wie reaktive neurotische Depression, Versagenszustände, Angstzustände im Alter, Konfliktreaktionen im Spektrum der psychiatrischen Diagnosen auftauchen.

Hinsichtlich ihrer Entstehung gibt es die unterschiedlichsten Konzepte: Vor allem werden Einflüsse etwa der Verlustsituation, der Veränderung der Wohnsituation und der Veränderung der sozioökonomischen Bedingungen diskutiert. Alle diese Zusammenhänge ergeben ein völlig uneinheitliches und in weiten Bereichen widersprüchliches Bild. Der einzige wirkliche Zusammenhang bezieht sich auf die körperliche Gebrechlichkeit. Von hier aus gewinnen die allgemeinärztliche Versorgung und präventive Maßnahmen, aber auch ökologische Faktoren wie die Wohnsituation eine große Bedeutung. Unter den Konstellationen, die eine Interventionsnotwendigkeit schließlich auslösen, ist immer wieder die besonders ungünstige Wohnsituation anzutreffen (Bergener et al., 1979).

Über eine allgemeinkörperliche Dekompensation können auch Agressivität, delirante Zustände und Psychosen ausgelöst werden, die man aber nicht dadurch bewältigt, daß man den Betreffenden isoliert und dadurch erst im Sinne einer self-fulfilling-prophecy Bedingungen entstehen läßt, die schließlich die ursprüngliche Annahme der Gebrechlichkeit und Unterbringungsnotwendigkeit rechtfertigen.

Außer den 3 % Demenzen und den 5 % endogenen Depressiven findet sich in der Alterspsychiatrie eine Grauzone eines variablen, sehr unterschiedlichen, breiten Spektrums von Diagnosen. Es kann ein und dasselbe Symptomenspektrum dabei unter sehr unterschiedlichen diagnostischen Klassifikationen auftauchen, was natürlich bedeutet, daß man über Schätzungen oder ungefähre Aussagen bisher nicht hinauskommt. Epidemiologische Forschung ist aus diesem Grund besonders vordringlich. Dort, wo Autopsie der einzige Weg zur Identifikation der zugrundeliegenden Krankheit ist, sollte ihre Durchführung erleichtert werden.

Suizide und Suizidversuche im Alter

Die Bedeutung des Suizids wird nach wie vor hartnäkkig unterschätzt. Suizid rangiert in den meisten europäischen Ländern und in den USA unter den zehn häufigsten Todesursachen: In einigen Altersgruppen liegt die Suizidrate über 1 von 50 Todesfällen (Schmitz-Scherzer, 1992).

Die Suizidraten der Bundesrepublik Deutschland sind höher als die entsprechenden Raten anderer westeuropäischer Länder. Trotz dieser Abweichungen bestätigt sich die allgemeine Tendenz, mit dem Alter ansteigender und bei den Männern konstant höher als bei Frauen liegender Suizidraten (Kreibman, 1986; Haenel & Pöldinger, 1986; Reimer, 1986; Finkel, 1990; Shimizu, 1992; Schmitz-Scherzer, 1992).

Deutliche Auswirkungen auf die Suizidraten hat der Personenstand, was sich auch anhand altersstandardisierter Daten aufzeigen läßt. Üblicherweise wurden die höchsten Suizidraten bei Geschiedenen gefunden, insbesondere bei Männern. Die Erklärungsansätze hierfür blieben umstritten. Doch lassen sich psychische Krankheiten als die alleinige Ursache ausschließen. Die Trennung von normativen Standards scheint eine Rolle zu spielen, ebenso wie enge Korrelationen zwischen Suizid und unterschiedlichen Arten sozialer Isolation vermutet werden. Gleichzeitig bedarf die Definition des Suizids weiterer Klärung. Noch immer wird in den entsprechenden Statistiken zwischen den amtlichen und den in psychiatrischen Berichten definierten Suizidraten unterschieden.

Suizidversuche haben in allen Ländern — auch in der Bundesrepublik Deutschland — von Jahr zu Jahr zugenommen, insbesondere unter den jüngeren Bevölkerungsschichten. Aber auch ältere Menschen unternehmen häufiger Suizidversuche. Das ist besonders beachtenswert, da die Suizid„versuche" Älterer in der Regel sehr viel ernster zu beurteilen sind. Die Selbstmordprophylaxe bleibt daher ein dringendes ärztliches Anliegen. Um sie wirksam betreiben zu können, müssen Gefährdete früh genug erkannt werden, was noch längst nicht der Fall ist.

Unter den Motiven älterer Personen, sich selbst zu töten, werden im allgemeinen Sorgen wegen körperlicher Krankheit, Vereinsamung, soziale Isolation und erzwungene Untätigkeit besonders hervorgehoben, während zwischenmenschliche Probleme eine eher untergeordnete Rolle spielen sollen.

Die besondere Suizidgefährdung bei Altersdepression ist nachdrücklich zu unterstreichen. Gehen Altersdepressionen mit körperlichen Erkrankungen einher oder sind sie von wechselnder hirnorganischer Symptomatik überlagert, werden sie noch immer viel zu häufig nicht oder erst viel zu spät erkannt.

Der weitere Ausbau von Beratungsstellen und ambulanten Diensten könnte wesentlich zur Verbesserung der Suizidprophylaxe beitragen. Ihr Ausbau ist daher im Zusammenhang mit einer umfassenden psychosozialen geriatrischen Versorgung dringend zu fördern.

7. Psychische Entwicklung im Alter

Unter den Erkenntnissen psychologischer Forschung zur Entwicklung der Leistungsfähigkeit und der Persönlichkeit im höheren Lebensalter stehen drei Forschungsbereiche im Vordergrund: (1.) Kognitive Leistungsfähigkeit, das heißt Intelligenz und Gedächtnis; (2.) Selbständigkeit im Alltag, die in der Psychologie auch unter dem Begriff der Kompetenz diskutiert wird; (3.) Entwicklung der Persönlichkeit (Ergebnisse aus der Sozialpsychologie und der Klinischen Psychologie werden in anderen Kapiteln behandelt, vgl. Kapitel 16).

Der Darstellung einzelner Forschungsergebnisse sei eine generelle Anmerkung vorangestellt.

Die psychologischen Alternstheorien waren über einen langen Zeitraum von „Defizit-Modellen" bestimmt. Es wurden fast ausschließlich Querschnittuntersuchungen durchgeführt, in denen Angehörige verschiedener Altersgruppen hinsichtlich ihrer psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit sowie ihrer Persönlichkeitsentwicklung miteinander verglichen wurden und in denen die ältere Generation im Durchschnitt schlechtere Werte erzielte als die jüngere. Die Ergebnisse dieser Querschnittuntersuchungen interpretierte man dahin gehend, daß das Alter allein für den Rückgang der Leistungsfähigkeit und der Flexibilität der Persönlichkeit verantwortlich sei. Gleichzeitig wurde gefolgert, daß aufgrund des postulierten „Alterseffekts" die Entwicklung von Interventionsansätzen mit dem Ziel einer Förderung der Intelligenz und Kompetenz im Alter erfolglos bleiben müsse.

Beide Annahmen wurden durch die neuere psychologische Forschung widerlegt (vgl. Arbeiten in Baltes & Mittelstraß, 1992; Birren & Schaie, 1990; Staatsministerium Baden-Württemberg, 1988; Lehr, 1979, 1991b; Kruse, 1991): Die in Querschnittuntersuchungen gefundenen Altersunterschiede sind primär vielmehr auf die unterschiedlichen Entwicklungsbedingungen der einzelnen Altersgruppen in früheren Lebensabschnitten sowie in der Gegenwart zurückzuführen. Vor allen Faktoren ist den Unterschieden im Bildungsstand (sowohl in der Schulbildung als auch in der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung) große Bedeutung für Altersunterschiede im Bereich der Intelligenz beizumessen (vgl. Rott, 1990; Rudinger, 1987; Schaie, 1989). In Längsschnittuntersuchungen wurde aber gezeigt, daß die Defizit-Modelle des Alters empirisch nicht haltbar sind, bei vielen Menschen während ihres Lebens in den meisten psychischen und kognitiven Funktionen eine hohe Konstanz zu beobachten ist und Veränderungen der Leistungsfähigkeit sowie der Persönlichkeit keinesfalls in negative Richtung weisen müssen.

Auch die zweite Annahme, wonach Interventionsansätze für ältere Menschen nicht fruchtbringend seien, da im höheren Alter nur ein geringes Veränderungspotential bestehe, wurde durch Ergebnisse anwendungsbezogener Forschung ebenfalls widerlegt (vgl. Baltes, Dittmann-Kohli & Dixon, 1986a; Kruse, 1991; Lehr, 1979, 1991b; Radebold, 1989b).

7.1 Kognitive Leistungsfähigkeit

Die Psychologie differenziert zwischen kristallisierter (erfahrungs-, wissensgebundener) und fluider (flüssiger, die Fähigkeit zur Lösung neuartiger Probleme beschreibender) Intelligenz (Horn & Cattell, 1966). Trotz der großen inter- und intraindividuellen Unterschiede in der Intelligenzentwicklung lassen sich folgende allgemeine Aussagen treffen:

Die Leistungen in der erfahrungsgebundenen Intelligenz (Fähigkeit zur Lösung vertrauter kognitiver Probleme) bleiben im Alter erhalten. Bei einem Teil der älteren Menschen nehmen sie sogar zu. Dies ist vor allem in jenen Bereichen der Fall, in denen in früheren Lebensabschnitten zahlreiche Erfahrungen gewonnen sowie effektive Problemlösestrategien entwickelt wurden und in denen auch im Alter ein hohes Maß an Aktivität besteht (Baltes, 1990; Rudinger, 1987; Schaie, 1989; Sternberg, 1990).

Die Leistungen in der flüssigen Intelligenz dagegen (Fähigkeit zur Lösung neuartiger kognitiver Probleme) gehen im Alter eher zurück. In Interventionsstudien, in denen Älteren die Möglichkeit gegeben wurde, neue kognitive Strategien unter Anleitung zu erwerben (Baltes, Dittmann-Kohli & Dixon, 1986a) oder die — ohne Anleitung — vorhandenen kognitiven Strategien einzusetzen und zu trainieren (Baltes, Sowarka & Kliegl, 1991), war aber eine Leistungsverbesserung in einzelnen Bereichen der fluiden Intelligenz erkennbar.

Die großen interindividuellen Unterschiede in der Intelligenzentwicklung sind auf den Bildungsstand, den Gesundheitszustand sowie auf das Ausmaß der Aktivität (vor allem der kognitiven, aber auch der physischen und sozialen Aktivität) zurückzuführen (Lehr, 1982). In einzelnen Untersuchungen werden geschlechtsspezifische Unterschiede in der Intelligenz berichtet (Frauen schneiden — im Durchschnitt — bei Aufgaben aus dem Bereich der flüssigen Intelligenz etwas schlechter ab als Männer; vgl. Schaie & Willis, 1986), doch sind diese Aussagen nicht gesichert. Und bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, daß sich die Autoren bei der Konstruktion von Intelligenztests meist an jenen Berufs- und Arbeitswelten orientiert haben, in denen vorwiegend oder ausschließlich Männer tätig (gewesen) sind. Kognitive Fähigkeiten, die für hauptsäch-

lich von Frauen ausgeübte Berufe charakteristisch sind, werden hingegen durch viele — vor allem ältere — Intelligenztests nicht ausreichend erfaßt. Von daher verwundert es nicht, daß sich in einzelnen Testbereichen geschlechtsspezifische Unterschiede finden. In dem Maße, in dem die früher häufigen Geschlechtsunterschiede in der Schul- und Berufsausbildung sowie in der Berufsausübung zurückgehen und Testverfahren ein breiteres Spektrum von kognitiven Fähigkeiten erfassen, findet man ähnliche Intelligenzverläufe bei Frauen und Männern.

In der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie schnitten interessanterweise Frauen bei den ersten Meßzeitpunkten (Lehr & Thomae, 1987; Rott, 1990; Schmitz-Scherzer & Thomae, 1983) in einzelnen Testaufgaben schlechter ab als Männer, verbesserten aber ihre Ergebnisse zu den späteren Meßzeitpunkten, so daß die geschlechtsspezifischen Unterschiede weitgehend schwanden. Dies zeigt, daß sich durch Training und Erfahrung Leistungsunterschiede, die man früher als „naturgegeben" oder „angeboren" ansah, minimieren können — ein für das Verständnis der Intelligenzentwicklung wichtiges Ergebnis. Wenn geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar sind, so erklären sich diese also aus den in früheren und heutigen älteren Generationen bestehenden Unterschieden im Bildungsstand sowie in der Berufstätigkeit.

Für die Enwicklung des Gedächtnisses gelten folgende Aussagen: Die Kapazität des Kurzzeitspeichers (auch „Arbeitsgedächtnis" genannt, weil in ihm die Verschlüsselung des Lernmaterials stattfindet, bevor dieses in den Langzeitspeicher übertragen wird) sowie des Langzeitspeichers nimmt im Alter nicht ab (sofern nicht Erkrankungen auftreten, die sich leistungsmindernd auf Gehirnfunktionen auswirken; dies gilt dann selbstverständlich auch für den Bereich der Intelligenz). Die in Querschnittuntersuchungen gefundenen Altersunterschiede im Bereich des Gedächtnisses sind hauptsächlich darauf zurückzuführen, daß Angehörige jüngerer Generationen — aufgrund besserer Schulbildung — über effektivere Strategien zur Speicherung (Enkodierung) des Materials im Langzeitspeicher sowie zur Abrufung (Rekodierung) des Materials aus dem Langzeitspeicher verfügen als Angehörige älterer Generationen (vgl. Alder et al., 1990; Craik, 1977).

Die engen Zusammenhänge zwischen Gedächtnisleistungen und Effektivität der Strategien gehen aus Untersuchungen hervor, in denen älteren Menschen die Möglichkeit gegeben wurde, neue Gedächtnisstrategien (sowohl zur Speicherung als auch zur Abrufung) zu erwerben. Die meisten älteren Untersuchungsteilnehmer zeigten eine deutliche Leistungsverbesserung (vgl. Baltes, Dittmann-Kohli & Dixon, 1986a; Knopf, 1987; Schaie & Willis, 1986; Weinert & Knopf, 1990). Bei jenen Älteren konnte sogar von „Gedächtnis-experten" gesprochen werden, die in früheren Lebensabschnitten effektive Gedächtnisstrategien erworben haben und diese auch im höheren Lebensalter einzusetzen sowie weiterzuentwikkeln wußten.

7.2 Kompetenz

Der Begriff der Kompetenz geht innerhalb der Psychologie vor allem auf R. White (1959) zurück. Der Mensch strebe danach, sich in der Auseinandersetzung mit Umwelt- und Situationsanforderungen als kompetent zu erleben. Die Suche nach Kompetenzerfahrungen sei ein zentrales menschliches Bedürfnis, welches gleichermaßen in früheren wie in späteren Lebensabschnitten bestehe.

Die subjektiv erlebte Kompetenz, die ein bedeutendes Merkmal des Selbstbildes ist, übt großen Einfluß auf die tatsächlich gezeigte Leistungsfähigkeit (objektiv gegebene Kompetenz) aus. Die Überzeugung, Umwelt- und Situationsanforderungen bewältigen zu können, wirkt sich positiv auf die Leistungsfähigkeit aus, die Überzeugung, diese Fähigkeiten nicht zu besitzen, schmälert hingegen das Leistungsvermögen (Lawton, 1989; Lehr, 1989). Ähnliche Zusammenhänge bestehen zwischen den subjektiven Kontrollüberzeugungen und der Leistungsfähigkeit im Alter (vgl. Baltes & Baltes, 1986; Rodin, Timko & Harris, 1985).

Kuypers und Bengtson (1973) heben den Einfluß der sozialen Umwelt auf das subjektive Kompetenzerleben und auf die objektiv gegebene Kompetenz hervor. Eine Umwelt, die älteren Menschen die selbständige Ausübung von Tätigkeiten nicht mehr zutraue und ihnen aus diesem Grunde viele Handlungen abnehme, trage zur Unsicherheit sowie zu wachsender Abhängigkeit bei.

Der objektive Kompetenzbegriff beschreibt im Gegensatz zum subjektiven Kompetenzbegriff die Fähigkeit, ein selbständiges und subjektiv zufriedenstellendes Leben aufrechtzuerhalten (Abler & Fretz, 1988; Kruse, 1992; Thomae, 1983). Die objektiv gegebene Kompetenz ist abhängig von der eigenen physischen, psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit, aber auch von den Anforderungen und Hilfen der räumlichen und sozialen Umwelt. Die Interaktion zwischen persönlichen Ressourcen und den Situations- sowie Umweltanforderungen und -hilfen bildet den Kern transaktionaler Kompetenztheorien (Kruse, 1992; Lawton, 1989; Lehr, 1989; Olbrich, 1987).

Der Begriff Kompetenz wird in der Psychologie differentiell, dynamisch und transaktional verwendet. Diesen drei Begriffsmerkmalen kommt nicht nur für die Theorie, sondern auch für die Praxis große Bedeutung zu.

Differentiell: Die objektiv gegebene Kompetenz umfaßt zahlreiche physische, psychische und kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten. Jede Person verfügt über ihr eigene im Lebenslauf entwickelte Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen, so daß sich interindividuell sehr verschiedene Kompetenzformen beobachten lassen. Diese sind auch in ihrer Geschlechtsspezifität zu sehen. Bezogen auf die Selbständigkeit im Alltag (vgl. Fooken, 1984; Lehr, 1987a; Thomae, 1983) sowie die Initiative bei der Gestaltung von sozialen Beziehungen (Krause, 1989) verfügen in den heute älteren Generationen Frauen im Durchschnitt über eine höhere Kompetenz als Männer. Möglicherweise gehen diese Unterschiede in Zukunft aber

zurück, wenn sich die geschlechtsspezifischen Sozialisationsbedingungen in einigen für die Gestaltung des Alltags wichtigen Bereichen annähern.

Zur Einschätzung und Beschreibung der individuellen Kompetenz ist ein differenzierter Ansatz notwendig, der nach der Ausprägung der einzelnen physischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten fragt. Globale Begriffe, wie zum Beispiel jene der Hilfs- oder der Pflegebedürftigkeit, werden diesem differenzierten Ansatz nicht gerecht. Die therapeutische Intervention (zum Beispiel beim kognitiven Training oder bei der Förderung selbständigkeitsorientierten Verhaltens) wie die Rehabilitation setzen aber eine möglichst differenzierte Bestimmung und Beschreibung der Leistungsfähigkeit in den verschiedenen Funktionen voraus (vgl. Beiträge in Baltes & Gutzmann, 1990; Brody & Ruff, 1986; Lehr, 1979; Mühlum & Oppl, 1992; Williams, 1985).

Dynamisch: Auch bei älteren Menschen kann sich die Leistungsfähigkeit in den verschiedenen Funktionen verbessern, wie Beiträge aus der Interventionsgerontologie zeigen. Hier ist zum Beispiel die positive Beeinflussung selbständigkeitsorientierten Verhaltens sowie der Aktivität und Initiative im Alltag durch das Verhaltenstraining in einer anregenden Umwelt zu nennen (Baltes & Wahl, 1988). Die günstigen Auswirkungen des kognitiven Trainings auf die kognitive Leistungsfähigkeit wurden bereits genannt. Dieses Veränderungspotential, welches in der (Neuro-)Psychologie auch mit dem Begriff der Plastizität umschrieben wird (Baltes, 1984; Lerner, 1984; Poeck, 1991), findet sich auch im physischen Bereich, wie Untersuchungen zur Rehabilitation (Meier-Baumgartner, 1991) sowie zum Sport (Brehm, 1990; Rieder, 1990) deutlich machen.

Transaktional: Kompetenz ist nicht nur als personologischer, sondern auch als transaktionaler, die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt umfassender Begriff zu verstehen. Die Aufrechterhaltung eines selbständigen und zufriedenstellenden Lebens ist auch an eine räumliche und soziale Umwelt gebunden, die von ihren Anforderungen und Hilfen her den spezifischen Fähigkeiten und Bedürfnissen des Menschen entspricht (Lawton, 1989). Durch entsprechende Anpassungen innerhalb der Wohnung (zum Beispiel Beseitigung von Barrieren, Verbesserung der sanitären Ausstattung sowie der Wohnungseinrichtung, technische Hilfen in der Wohnung) sowie im Wohnumfeld (zum Beispiel altengerechte Verkehrsgestaltung, Erweiterung kultureller, sozialer und ambulanter Angebote) könnte bei vielen Menschen eine Aufrechterhaltung oder Steigerung der Kompetenz erzielt werden.

Wachsendes Interesse finden die Beiträge der Technik zur Aufrechterhaltung der Kompetenz im Alter (vgl. Birren & Livingston, 1985; Blosser-Reisen, 1990; Lesnoff-Caravaglia, 1988). Die gerade in den letzten Jahren entwickelten technischen Hilfen für die Bereiche Wohnung, Haushalt und Kommunikation liefern einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit selbst bei sensorischen und motorischen Einschränkungen (vgl. Blosser-Reisen, 1990). Vermehrt wird ferner auf die Möglichkeit computergestützten Lernens zurückgegriffen (Ansley & Erber, 1988; Rott, 1988). Durch diese Lernmethode lassen sich nicht nur neue kognitive Strategien vermitteln, sondern sie wirkt sich auch positiv auf das Selbstbild älterer Menschen aus. Die Erfahrungen, die aus diesen Bildungsveranstaltungen berichtet werden, sind sehr ermutigend und widerlegen die Annahme, daß ältere Menschen nicht mehr zum Erlernen der Computersprache fähig seien.

Das Themengebiet Technik und Alter ist nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Kompensation sensorischer und motorischer Einschränkungen zu diskutieren, sondern auch unter dem Gesichtspunkt der Erweiterung von Fertigkeiten. Schwierigkeiten bei der Bedienung technischer Produkte sind in der Regel nicht durch mangelnde Verhaltensflexibilität verursacht, sondern durch Unsicherheit und mangelndes Vertrauen, vor allem durch eine geringe Benutzerfreundlichkeit in der Bedienungsanleitung. Nicht selten werden Informationen in abstrakter und komprimierter Weise dargeboten, wodurch Unsicherheiten im Umgang mit technischen Erzeugnissen gefördert werden. Bei nachlassendem Sehvermögen können die schriftlichen Informationen schließlich nur noch schwer identifiziert werden, da in der Regel kleine Schrifttypen verwendet werden. Auch bei den technischen Erzeugnissen im Verkehr wird auf mögliche sensorische und motorische Einschränkungen im Alter wenig Rücksicht genommen (vgl. Bayerische Architektenkammer, 1989).

7.3 Persönlichkeit und Alter

Eine zentrale Frage der Psychologie betrifft die Konstanz und Veränderung der Persönlichkeit im Alter. Die empirischen Aussagen zu diesem Themengebiet sind mit von den jeweils zugrundeliegenden Persönlichkeitstheorien abhängig. Ein wichtiges unterscheidendes Merkmal dieser Theorien besteht darin, daß einige eigenschaftsorientiert, andere hingegen prozeß- und situationsorientiert sind. Eigenschaftsorientierte Theorien gehen von umfassenden, stabilen Persönlichkeitseigenschaften (traits) aus, die sich — auch unter genetischem Einfluß — in frühen Lebensabschnitten ausbilden (vgl. Digman & Inouye, 1986; Eysenck & Eysenck, 1987) und sich auch im höheren Alter nicht mehr verändern, somit von einer hohen Konstanz sind (vgl. Costa & McCrae, 1989). Prozeß- und situationsorientierte Theorien dagegen postulieren die Möglichkeit einer lebenslangen Entwicklung der Persönlichkeit, wobei neue situative Anforderungen im Lebenslauf jeweils auch Veränderungsprozesse in der Persönlichkeit anstoßen (vgl. Magnusson, 1988; Munnichs & Olbrich, 1985; Thomae, 1988).

Untersuchungen weisen darauf hin, daß sich die Flexbilität der Persönlichkeit (die zum Beispiel in der Flexibilität der Einstellung sowie des Verhaltens zum Ausdruck kommt) im Alter in der Regel nur geringfügig verändert (vgl. Schaie & Willis, 1991; siehe auch Schmitz-Scherzer & Thomae, 1983). Die Annahme, wonach das Alter selbst zu erhöhter Rigidität führe, wurde durch die Untersuchungen übereinstimmend widerlegt (vgl. Lehr & Thomae, 1987).

Allerdings scheinen sich Kohorteneinflüsse auf die Persönlichkeitsentwicklung auszuwirken. Wie in Untersuchungen von Schaie und Willis (1991) gezeigt wird, zeichnen sich die Mitglieder jüngerer Kohorten (Geburtsjahrgänge) gegenüber den Mitgliedern älterer Kohorten durch ein höheres Maß an Flexibilität in Einstellung und Verhalten aus.

In den stärker prozeß- und situationsorientierten Beiträgen zur Persönlichkeitsforschung steht vor allem die Auseinandersetzung mit Anforderungen, Aufgaben und Belastungen im Vordergrund (vgl. Munnichs, Olbrich, Mussen & Coleman, 1985; Thomae, 1988). Es besteht Einigkeit darüber, daß biographische Ereignisse und Erfahrungen gleichermaßen wie die im Lebenslauf entwickelte Art der Auseinandersetzung Einfluß darauf ausüben, wie sich Menschen im Alter mit neuen Anforderungen, Aufgaben und Belastungen auseinandersetzen (vgl. Lehr, 1980). Umfragen zeigen, daß das Lebensgefühl und die Stimmungslage älterer Menschen deutlich von dem Ausmaß abhängen, in dem sie Anforderungen unterschiedlichster Art gerecht wurden. So stimmen beispielsweise 81 % der 60jährigen und älteren in den alten und 88 % der Frauen und Männer gleichen Alters aus den neuen Bundesländern der Feststellung zu, sich in letzter Zeit deshalb „froh" gefühlt zu haben, weil man etwas „fertiggebracht habe" (IfD Allensbach, 1992, S. 14). Mehrere Autoren heben hervor, daß die Aufrechterhaltung der Kontinuität ein zentrales Bedürfnis sei (vgl. Atchley, 1989; Caspi, 1987). Dieses drücke sich sowohl in den individuellen Auseinandersetzungsformen als auch in den Lebensstilen aus.

Mehrere Längsschnittstudien gingen der Frage nach, inwieweit sich in Beobachtungen über viele Jahre oder sogar mehrere Jahrzehnte in der Art der Auseinandersetzung mit Anforderungen, Aufgaben und Belastungen sowie in Lebensstilen Kontinuität oder Veränderung nachweisen ließen (vgl. Costa & McCrae, 1989; Lehr & Thomae, 1987; Maas & Kuypers, 1974; Shanan, 1991). Sie kamen zu folgenden Ergebnissen:

(1) Auch wenn sich im Alter neue Aufgaben stellen und damit Veränderungen in der Lebenssituation einhergehen (siehe zum Beispiel das Ausscheiden aus dem Beruf), bleibt bei den meisten Menschen dennoch eine relativ hohe Kontinuität in der Art der Auseinandersetzung sowie im Lebensstil erhalten. Zwar können sich einzelne Verhaltensweisen oder einzelne Aspekte des Lebensstils verändern, selten aber die grundlegende Erlebens- und Verhaltensstruktur. Es ist also nicht gerechtfertigt, von einer grundsätzlich abnehmenden Aktivität und Anpassungsfähigkeit im höheren Lebensalter auszugehen (vgl. Field, 1991).

(2) Allerdings unterscheiden sich Menschen im Grad ihrer Kontinuität. Objektive Lebensumstände (welche neuen Ereignisse sind eingetreten?) sowie subjektive Momente (welche Einstellung gegenüber der eigenen Lebenssituation herrscht vor?) sind für diese interindividuellen Unterschiede verantwortlich, ebenso geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Auseinandersetzungsformen und der Lebensstile (Fooken, 1985a; Maas & Kuypers, 1974; Mussen, 1985). In der Berkeley-Studie, in der die Entwicklung vom 4. bis zum 8. Lebensjahrzehnt verfolgt wurde (Maas & Kuypers, 1974; Mussen, 1985), fand sich bei Männern ein höheres Maß an Kontinuität als bei Frauen. Die Autoren weisen darauf hin, daß nur wenige Frauen dieser Stichprobe (über einen längeren Zeitraum) berufstätig waren, hingegen viele Frauen eine hohe Identifikation mit familiären Aufgaben zeigten. Veränderungen innerhalb der Familie (wie zum Beispiel Auszug der Kinder aus dem Elternhaus, Ausscheiden des Mannes aus dem Beruf, Übernahme der Großelternrolle) waren für sie mit gravierenden Anforderungen, aber auch neuen Perspektiven verbunden. Diese trugen erheblich zu Veränderungen in den Lebensstilen bei.

(3) Bei einer Kumulation von Belastungen nimmt die Gefahr der Niedergeschlagenheit zu (vgl. Filipp, 1990; Fooken, 1991; Katschnig, 1986). „Diskontinuität" in der Art der Auseinandersetzung und im Lebensstil ist dann durch eine Überforderung der psychischen Ressourcen bedingt. Bei Auseinandersetzung mit chronischer Erkrankung (vgl. Kruse, 1989b) oder mit dem Verlust des Ehepartners (vgl. Niederfranke, 1991; Stappen, 1988) unterscheiden sich Menschen in ihrer langfristigen psychischen Entwicklung. Ein Teil kann diese Ereignisse allmählich verarbeiten; ein anderer verharrt hingegen in Niedergeschlagenheit und Resignation. Diese interindividuellen Unterschiede sind nicht nur auf Personen-, sondern auch auf Situations- und Umweltfaktoren zurückzuführen. Zusätzlich erschweren objektiv wie subjektiv stark eingeschränkte Lebensbedingungen (vor allem bei fehlenden sozialen Beziehungen; vgl. Cooper & Markides, 1989; Veiel, 1986) die Auseinandersetzung mit Belastungen deutlich, fördernde Lebensbedingungen können sie erleichtern.

(4) Therapeutische Intervention (zum Beispiel Krisenintervention oder eine länger andauernde psychotherapeutische Behandlung) stellt eine wichtige Hilfe bei der Auseinandersetzung mit aktuellen oder biographischen Krisen und Konflikten dar (vgl. Hirsch, 1990; Radebold, 1989b). Auch hier ging man lange Zeit von einer nur geringen Einstellungs- und Verhaltensflexibilität im Alter und aus diesem Grunde von einer geringen Therapiechance aus. Beide Annahmen wurden durch die Forschung und Praxis im Bereich der Psychotherapie und der Psychosomatik widerlegt. Eine wichtige zukünftige Aufgabe liegt deshalb sicher im Ausbau des (heute noch sehr geringen) psychotherapeutischen Angebots für ältere Menschen (Radebold, 1989b).

8. Möglichkeiten der Prävention

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Langlebigkeit (Franke, 1985; Lehr, 1991) belegen, daß hohes Alter sehr davon abhängt, ob auch die Eltern ein hohes Alter erreicht haben. Darüber hinaus hat die Langlebigkeitsforschung zahlreiche psychische und soziale Faktoren ermittelt, die zum Erreichen eines hohen Lebensalters beitragen. Prävention kann indes nicht darin bestehen, mit der Zufälligkeit hohen Alters der Vorfahren zu spekulieren, sondern muß dort ansetzen, wo exogene Einflüsse den natürlichen Alternsprozeß belasten und bedrohen und wo sich Ansatzpunkte dafür finden, endogene Einflüsse in ihren negativen Auswirkungen zu mildern. Möglichkeiten der Prävention können deshalb nicht nur aus präventiven Empfehlungen und Maßnahmen bestehen, die grundsätzlich bei jedem Menschen Geltung besitzen, sondern beinhalten auch Aspekte der speziellen Prävention, bei der es darum geht, krankmachende und damit den Alternsprozeß belastende Faktoren zu erkennen und zu beseitigen.

Im Sinne der Prävention kommt weniger dem klinisch tätigen als vielmehr dem niedergelassenen Arzt, insbesondere dem Allgemeinmediziner, eine besondere Bedeutung zu. Da er auch von Gesunden in Anspruch genommen wird (z. B. zu freiwilligen Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen) und die Lebensumstände lange betreuter Patienten gut kennt, kann er beratend eingreifen. So kommt ihm die wesentliche Aufgabe zu, seine Patienten darüber zu informieren, wie sie am besten ihre Lebensweise gestalten, um möglichst gesund zu altern.

8.1 Allgemeine Prävention

Empfehlungen und Maßnahmen zur allgemeinen Prävention beziehen sich auf Körperhygiene, Ernährung, körperliche Aktivität und psychisch-geistige Aktivität, aber auch auf Vorsorge und vorsorgliche Untersuchungen in der Absicht, drohende Komplikationen rechtzeitig zu erkennen.

Körperhygiene

Die Körperhygiene des älteren Menschen unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der jüngerer Menschen. Sie gewinnt aber deshalb an Bedeutung, weil mangelhafte Hygiene beim alten Menschen fatale Auswirkungen haben kann. Als Beispiel sei hier die bakterielle Infektion der harnableitenden Wege bei äußerer Keimbesiedlung genannt.

Besonderer Aufmerksamkeit bedarf die Haut- und Zahnpflege. Die Haut des älteren Menschen ist athrophiert. Verletzungen heilen langsamer, weil die Regeneration der Deckzellen langsamer verläuft. Hierzu kommen eine Abnahme der Sekretionsleistung von Talg- und Schweißdrüsen, der Elastizität — Ursache der Faltenbildung — sowie der intra- und extrazellulären Speicherfähigkeit für Wasser. Eine bei älteren Menschen relativ häufige Exikkose kann diese Situation ebenso wie eine fehlerhafte Pflege dramatisch verschlechtern. Die Haut wird dann anfälliger für Hauterkrankungen, ist leichter verletzlich und kann zudem schneller zur Eintrittspforte einer unter Umständen lebensbedrohlichen Infektion werden. Um ihre normale Schutzfunktion so lange wie möglich zu erhalten, müssen bei der Pflege daher diese Voraussetzungen berücksichtigt werden.

Auch im Alter sollte die Haut gründlich aber schonend gereinigt werden: Tägliches Baden oder Duschen — selbst ohne Verwendung eines Reinigungsmittels — fördern das Austrocknen der Haut: Schuppung oder ein subjektiv unter Umständen erheblich belästigender Juckreiz können die Folgen sein.

Zur Reinigung eignen sich herkömmliche Seifen, alkalifreie waschaktive Substanzen oder Reinigungsemulsionen. Bäder mit rückfettenden Zusätzen sind erlaubt, zu vermeiden dagegen sind fettlösende Seifen, Detergenzien oder Schaumbäder (Kienlein-Kletschka, 1988). Nach der Reinigung sollte ein dem jeweiligen Hauttyp angepaßtes fettendes Pflegepräparat Verwendung finden, von denen eine „Wasser-in-Öl-Emulsion" einem Austrocknen besonders sicher entgegenwirkt.

Ebenso wichtig wie Körperpflege ist die Pflege der Zähne. Kranke Zähne sind oft Ausgangspunkt für regionale Entzündungen und allgemeine Infektionen. Darüber hinaus hat ein kaufähiges Gebiß für den vorbereitenden Verdauungsvorgang gerade beim älteren Menschen große Bedeutung.

Ernährung

Der Energiebedarf eines Menschen ist entscheidend abhängig von seiner körperlichen Aktivität. Im Durchschnitt liegt der Kalorienbedarf unter Ruhebedingungen etwa bei 1 500 kcal täglich. Bereits unter geringer körperlicher Belastung steigt der Bedarf jedoch deutlich an. Bei leichter Arbeit liegt er beispielsweise bei 2 200 bis 2 400 kcal pro Tag. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt jedoch der Kalorienbedarf aufgrund sich vermindernder Anforderungen des täglichen Lebens ab. Es bedarf einer einfachen Bilanzüberlegung, um zu verstehen, daß bei Abnahme des Energiebedarfs auch bei gleichbleibender Kalorienzufuhr das Körpergewicht des alternden Menschen zunehmen muß. Übergewicht ist jedoch in jedem Alter, vornehmlich aber in höheren Lebensabschnitten, eine Belastung für Herz und Kreislauf, die die Lebensaussicht deutlich herabsetzt.

Die derzeit empfohlene Nährstoffzufuhr bei über 65jährigen orientiert sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung aus dem Jahr 1991. Demnach liegt die durchschnittlich empfohlene Energiemenge bei 1 900 kcal (Männer) bzw. 1 700 kcal (Frauen). Die Eiweißzufuhr sollte 0,8 g/kg Körpergewicht betragen. Der Fettanteil am Gesamtkalorienverbrauch sollte bei 25 bis 30 % liegen (Tabelle 10).

Tabelle 10

Empfehlungen zur täglichen Nährstoffzufuhr bei über 65jährigen Männern und Frauen

	Männer	Frauen
Energie (kcal)	1 900	1 700
Protein (g/kg KG)	0,8	0,8
Fett (% kcal)	25—30	25—30
Wasser (ml)	1 800	1 800
Natrium (mg)	550	550
Chlorid (mg)	830	830
Kalium (mg)	2 000	2 000
Calcium (mg)	800	800
Phosphor (mg)	1 200	1 200
Magnesium (mg)	350	300
Eisen (mg)	10	10
Jod (µg)	180	180
Zink (mg)	15	12
Vitamin A (mg-Äquivalent)	1,0	0,8
Vitamin B_1 (mg)	1,3	1,1
Vitamin B_2 (mg)	1,7	1,5
Niacin (mg-Äquivalent)	18	15
Vitamin B_8 (mg)	1,8	1,6
Vitamin B_{12} (mg)	3,0	3,0
Vitamin C (mg)	75	75
Vitamin D (µg)	5	5
Vitamin E (mg-Äquivalent)	12	12
Vitamin K (µg)	80	65

Quelle: Modifiziert nach Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1991)

Solche Empfehlungen stellen nicht den Mindestbedarf dar, sondern sind Angaben, bei denen mit keinen Ernährungsschäden zu rechnen ist. Im Gegensatz zu den Empfehlungen liegt aber der durchschnittliche tägliche Verzehr von Nährstoffen nach den Erhebungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung wesentlich höher (Tabelle 11). Derzeit besitzen die Angaben des durchschnittlichen zusätzlichen Verzehrs von Nahrungsmitteln (DGE, 1984) noch Gültigkeit, da die nach Alter getrennten Berechnungen für den Ernährungsbereich 1988 noch nicht vorlagen. Sie werden im Ernährungsbericht 1992 veröffentlicht.

Es fallen insbesondere die hohe Kalorienaufnahme und die hohe Fettzufuhr auf. Es verwundert deshalb nicht, daß die Übergewichtigkeit im Alter relativ häufig ist. 28 % der Männer und 47 % der Frauen über

Tabelle 11

Durchschnittlicher täglicher Verzehr von Nahrungsmitteln

	45 Jahre		>65 Jahre	
	M	F	M	F
Energie (kcal)	4 129	3 080	3 645	2 791
Protein (kg)	113	88	108	84
Fett (g)	152	124	144	116
Kohlenhydrate (g)	403	310	351	298
Polysaccharide (g)	242	170	220	169
Mono-Disaccharide (g)	168	143	135	131
Calcium (g)	74,1	85	50,1	91

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), 1984

65 Jahre weisen ein Übergewicht von mehr als 10 % auf. Normalgewicht findet man bei 65 % der Männer und 50 % der Frauen, wohingegen Untergewicht mit 7 % bei den Männern und 3 % bei den Frauen relativ selten ist (Sailer, 1986).

Trotz der kalorischen Überversorgung im Alter werden immer wieder bei entsprechenden Ernährungserhebungen in verschiedenen Gruppen älterer Menschen Nährstoffdefizite gefunden. Dies betrifft insbesondere das Vitamin A, einige Vitamine der B-Gruppe, gelegentlich Vitamin C sowie Kalzium und die Eisenversorgung (Sailer, 1986). Alleinstehende Männer, Bewohner von Altenheimen und Personen mit niedrigem Einkommen werden in derartigen Studien als Risikogruppen ausgewiesen (DGE, 1988).

Als mögliche Ursachen einer Mangelernährung bei Älteren sind neben den veränderten Essensgewohnheiten die Erkrankungen des Magen-Darm-Kanals sowie Alkoholkonsum und Medikamenteneinnahme zu nennen, dagegen wahrscheinlich weniger ein mit dem Alter zunehmender Bedarf an bestimmten Nährsubstanzen. In diesem Zusammenhang sei auf den teilweise erschreckend hohen Alkoholgenuß bei Älteren verwiesen. Neben der kalorischen Belastung kann Alkohol auch Mangelzustände begünstigen. Als weitere Ursache für eine Mangelernährung wird in zunehmendem Maße das Einnehmen von Abführmitteln genannt. Etwa ein Drittel der weiblichen und ca. 15 % aller männlichen älteren Menschen nehmen regelmäßig Abführmittel (Sailer, 1986).

Als Grundprinzip einer ausgewogenen Ernährung für den älteren Menschen kann eine kalorien- und fettarme, protein-, mineral- und vitaminreiche Ernährung bei ausreichender Flüssigkeitszufuhr gelten.

Der Eiweißbedarf Älterer (65 Jahre und älter) beträgt 0,8 g/kg Körpergewicht und Tag (vgl. Tabelle 10; DGE, 1991). Ein erhöhter Bedarf an essentiellen Aminosäuren wurde bislang nur für Methionin und Lysin nachgewiesen. Als ideale Eiweißträger bieten sich magere Fleischsorten, Fisch, Milch, Buttermilch und magere Milchprodukte sowie magere Käsesorten an (Sailer, 1986).

Der Fettbedarf beträgt entsprechend der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung 1,0 g/kg Körpergewicht und Tag. Dies entspricht in etwa 25 % der gesamten Energiezufuhr beim älteren Menschen. Essentielle Fettsäuren, das sind solche, die im menschlichen Organismus nicht aufgebaut werden können, sollten beim über 65jährigen Menschen 3,5 % der täglichen Gesamtenergiezufuhr ausmachen (DGE, 1991). Eine restriktive Fettzufuhr stellt gleichsam die wirksamste Art der Energiereduktion dar. Unbestritten ist das hohe Arterioskleroserisiko bei Verwendung gesättigter Fettsäuren. Aus diesem Grunde sollten Fette mit mehrfach ungesättigten Bindungen bevorzugt werden.

Der Kohlenhydratbedarf beträgt 4 g/kg Körpergewicht und Tag, d. h. er macht etwa 50 bis 60 % des Gesamtkalorienbedarfs aus. Mono- und Disacharide sollten wegen der verminderten Glucosetoleranz im höheren Lebensalter vermieden werden. Polysacharide sind dagegen auch wegen der damit verbundenen Zufuhr von Ballaststoffen zu empfehlen (DGE, 1991).

Der Vitaminbedarf scheint im Alter nicht erhöht zu sein. Durch die Art der Auswahl und der Zubereitung der Nahrungsmittel wird jedoch häufig eine Mangelsituation induziert. Auf reichliche Zufuhr von frischem Obst und Gemüse ist deshalb zu achten (DGE, 1988).

Besonders gravierende Defizite sind beim Mineralstoffhaushalt nachweisbar. In aller Regel wird der Kalzium-, Eisen-, Magnesium- und in einigen Fällen auch der Kaliumbedarf nicht gedeckt. Die wünschenswerte Kalziumzufuhr beträgt 800 mg, von Eisen 10 mg und von Magnesium 350 mg täglich (DGE, 1991).

Besondere Beachtung verdient der Wasserhaushalt älterer Menschen. Ab dem 50. Lebensjahr ist mit einer Abnahme des Gesamtkörperwassers bis auf 40 % durch Verringerung des intrazellulären Wassergehaltes zu rechnen. Zudem wird durch Einschränkung der Nierenfunktion, insbesondere der Konzentrationsfähigkeit, eine höhere Wasserzufuhr erforderlich, um die anfallenden harnpflichtigen Substanzen zu eliminieren. Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung gilt daher eine tägliche Gesamtwasseraufnahme von 1 800 ml beim älteren Menschen (65 Jahre und älter) — normale Energiezufuhr und durchschnittliche Lebensbedingungen vorausgesetzt — als Richtwert (DGE, 1991).

Die Empfehlungen zur Kalorien- und Nährstoffzufuhr müssen jedoch auf der Basis einer altersspezifischen Beeinflussung der Nahrungsaufnahme gesehen werden. Die Eßgewohnheiten älterer Menschen werden durch eine Reihe körperlich bedingter sowie exogener Faktoren wesentlich beeinflußt. So werden sich die im Laufe des Lebens erworbenen Ernährungsgewohnheiten bezüglich der Nahrungszubereitung und -aufnahme im höheren Lebensalter nur schwerlich beeinflussen lassen. Darüber hinaus ist die Wahl der Nahrungsmittel abhängig von der Kaufähigkeit des Gebisses, von der körperlichen und geistigen Aktivität, vom veränderten Hunger- und Durstgefühl, von der Möglichkeit der Mahlzeitenzubereitung sowie von sozioökonomischen Faktoren wie Lebensform und Einkommen.

Aufgrund der verschiedenartigen Involutionsvorgänge des Verdauungstraktes im Alter ist eine gute Vorbereitung des Verdauungsvorganges von Bedeutung. An erster Stelle steht hier die optimale Kaufunktion, die bei vielen älteren Menschen zu wünschen übrig läßt. Bei ca. 15 % der über 65jährigen ist die Kaufähigkeit vermindert. Dagegen ist eine spezielle Altersdiät allein aufgrund der Involutionsvorgänge der Verdauungsorgane nicht indiziert. Aufgrund der reduzierten Verdauungsfunktion sind die Organe des Verdauungstraktes zwar nicht mehr in der Lage, Überforderungen durch Fehlernährung und Überlastung (üppige Mahlzeiten) zu tolerieren, sie sind aber durchaus noch fähig, für eine physiologisch angemessene Ernährung entsprechende Reserven (Enzyme) zu mobilisieren. Unter diesem Gesichtspunkt ist jedoch die Verteilung der Nahrungszufuhr über den Tag in mindestens fünf kleineren Mahlzeiten zu empfehlen.

Wenngleich eine am Alter orientierte spezielle Diät nicht erforderlich erscheint, ist der ältere Mensch wesentlich häufiger als der jüngere gezwungen, aufgrund von Erkrankungen, die den natürlichen Alternsprozeß begleiten können (Erkrankungen der Verdauungsorgane, Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw.), eine spezifische Diätform, die sich an der Erkrankung (und nicht am Alter) orientiert, einzuhalten.

Aus dem Dargelegten ergibt sich für die Ernährung des älteren Menschen folgendes Konzept (vgl. Sailer, 1986):

1. Anpassung der Energiezufuhr an den verminderten Bedarf (Meiden von „leeren" Kalorien).
2. Vielseitige Lebensmittelauswahl (angepaßt an die bisherigen Lebensgewohnheiten).
3. Geschmackvolle Zubereitung (kräftig würzen, sparsam salzen).
4. Eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Nahrungszusammensetzung.
5. Ausreichende Flüssigkeitszufuhr (Vorsicht mit Alkoholika).
6. Überprüfung und gegebenenfalls Sanierung des Gebisses (Verbesserung der Kaufunktion).
7. Verteilung der Nahrungszufuhr auf kleine Einzelmahlzeiten.
8. Ausreichende körperliche Bewegung.

Körperliche Aktivität

Mobilität und Vitalität gehören zu den wesentlichen Grundlagen der physischen Kompetenz des alternden Menschen. Im Hinblick auf die Zielvorgaben Mobilität und Vitalität sind Maßnahmen der körperlichen Aktivierung sowie sportliche Betätigung entscheidende Instrumente der Prävention. Die Beurteilung körperlicher Aktivität und sportlicher Betätigung muß sich mit zunehmendem Lebensalter an den physiolo-

gischen und pathophysiologischen Besonderheiten des alternden Organismus orientieren. Die allgemeine Abnahme der Anpassungsfähigkeit bildet ein gemeinsames Merkmal der Alternsvorgänge von Organen des menschlichen Körpers und ihren Funktionen. Das bedeutet nicht, daß die verschiedenen Organe und Organsysteme mit zunehmendem Alter aufhören zu funktionieren, sondern daß ihre Kapazität bereits bei niedrigeren absoluten Belastungsintensitäten erschöpft ist und damit Leistungsreserven nur noch in beschränktem Umfang zur Verfügung stehen (Lang, 1983).

Trainingsrelevante Funktionsänderungen beziehen sich vor allem auf den Bewegungsapparat, die Atmungsorgane, die arterielle Strombahn und schließlich auf das Herz. Andere Funktionsänderungen sind zwar wichtig, im Hinblick auf unsere Zielvorgaben aber weniger relevant.

Die alternsbedingten bewegungs- und belastungsrelevanten Funktionsänderungen betreffen sowohl den aktiven als auch den passiven Teil des Bewegungsapparates. Die auffallendste Änderung der aktiven Teile des Bewegungsapparates ist die mit dem Alter fortschreitende Abnahme der Muskelkraft. Sie hängt eng mit der Reduzierung der Muskelmasse zusammen, die vom 20. bis zum 70. Lebensjahr etwa um ein Drittel abnimmt. Die Tatsache, daß bei Männern die Muskelkraft relativ deutlicher abnimmt als bei Frauen, hängt mit großer Wahrscheinlichkeit damit zusammen, daß die Abnahme bei den Männern von einem durch die körperliche Tätigkeit während des Berufs bedingten höheren Niveau ausgeht. Diese Auffassung wird durch die Tatsache gestützt, daß die deutlichste Verminderung der Muskelkraft ab etwa dem 55. Lebensjahr zu beobachten ist. Mit der Verminderung der Muskelkraft mit zunehmendem Alter ist die schlechtere Trainierbarkeit der Muskulatur verbunden (Hettinger, 1968). Verantwortlich dafür ist in erster Linie die Tatsache, daß nicht nur die Zahl der Muskelzellen abnimmt, sondern daß sich auch eine Änderung in der Zusammensetzung einstellt. So kommt es zu einer Reduktion der für den Kontraktionsvorgang der Muskelfaser notwendigen Fibrillen bei gleichzeitiger Vermehrung der Zellkerne (Drahota & Gutmann, 1962). Die zusätzliche Verringerung der elastischen Fasern führt zu einer Abnahme der Dehnbarkeit und damit zu einer zunehmenden Disposition für Zerrungen und Muskelrisse bei sportlicher Betätigung im höheren Lebensalter.

Am passiven Teil des Bewegungsapparates, vor allem am Knochen- und Knorpelgewebe, sind die Alternsveränderungen noch deutlicher als an der Muskulatur. Sie sind vor allem an die osteoporotische Demineralisierung gebunden, die durch den Verlust von Kalzium und Phosphorsäure mit zunehmendem Alter hervorgerufen wird. Die Ursachen für diese alternsabhängige Osteoporose sind im einzelnen noch ungeklärt. Die mit zunehmendem Alter geringere Beanspruchung des Bewegungsapparates, insbesondere der passiven Teile, aber auch die hormonelle Umstellung der Frau mit dem Klimakterium tragen jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit zur Entstehung der Altersosteoporose bei.

Veränderungen innerhalb wie außerhalb der Lunge sind für die Abnahme der Lungenfunktion mit dem Alter verantwortlich. Aufgrund der zunehmenden Verknöcherung der Rippenknorpel wird die Beweglichkeit des Brustkorbes allmählich geringer. Zudem werden die Bronchialknorpel unelastischer, und die elastischen Fasern der Lunge verlieren an Dehnbarkeit sowie an Retraktionsvermögen. Damit reduziert sich auch die Compliance, die Dehnbarkeit und Anpassungsfähigkeit der Lunge an den Thorax (Prokop & Bachel, 1984). Mit der Erweiterung der Lungenbläschen (Alveolen) und der Verringerung ihrer Zahl im Sinne einer Lungenüberblähung (Lungenemphysem) nimmt die sogenannte Vitalkapazität mit dem Alter nahezu linear ab. Im 7. Lebensjahrzehnt beträgt sie nur noch die Hälfte ihres Höchstwertes um das 25. Lebensjahr. Diese Veränderungen der Atemorgane führen zu einer Abnahme der Sauerstoffspannung sowie der Sauerstoffsättigung im arteriellen Blut.

Der Elastizitätsverlust der großen Gefäße, der den Alternsprozeß nahezu obligatorisch begleitet, ist mitverantwortlich für eine zunehmende Belastung des Herzens. Je starrer die Gefäße im Alter werden, desto mehr muß der Druck im Arteriensystem des großen Kreislaufs gesteigert werden, wenn die gleiche Organversorgung gewährleistet werden soll (Shepard et al., 1966). Dieser Systemdruck wird durch das Herz erzeugt. Es kann also kein Zweifel daran bestehen, daß die Arterienveränderungen einen großen Teil dazu beitragen, daß auch das alternde Herz in seiner Funktionskapazität begrenzt wird.

Aufgrund der physiologischen Zunahme des Druckes im Lungenkreislauf durch die alternsbedingte Störung der Atemfunktion sowie der Zunahme des Druckes im arteriellen System mit dem Alter nehmen Schlag- und Minutenvolumen ab. Die Blutzirkulation wird langsamer, d. h. der alternde Kreislauf ist durch eine relative Hypozirkulation geprägt.

Für die Beurteilung von körperlicher Aktivität und Sport ist darüber hinaus zu beachten, daß neben diesen physiologischen Alternsveränderungen Veränderungen durch Krankheiten entstehen können, die jedoch klinisch latent verlaufen und sich damit zunächst nicht durch entsprechende Symptome bemerkbar machen. Warnsignale können also fehlen (Lang & Hubmann, 1977; Lang & Stegmann, 1987).

Diese besonderen Bedingungen des alternden Organismus müssen beachtet werden, wenn das Für und Wider einer körperlichen Aktivierung sowie einer sportlichen Betätigung eines älteren Menschen beurteilt werden soll.

Andererseits weist das physiologische Leistungsverhalten im Laufe des Lebens darauf hin, daß die Höchstleistungsfähigkeit jenseits des 30. Lebensjahres abnimmt, während sporttreibende Männer ihr Leistungsvermögen bis zum 50. Lebensjahr und noch länger konstant halten können (Hollmann et al., 1983). Diese Erkenntnis fordert dazu auf, unter Berücksichtigung möglicher Risiken durch körperliche Aktivierung und Sport das Leistungsniveau möglichst lange zu erhalten und damit physische Kompetenz zu garantieren.

Die Art sportlicher Betätigung unterliegt beim gesunden älteren Menschen grundsätzlich keinen Einschränkungen. Es muß jedoch auf sportartspezifische gesundheitliche Risiken geachtet werden, durch die die verminderte Anpassungsfähigkeit des älteren Menschen eine höhere Bedeutung erlangt. Diese Risiken können durch sorgfältiges, methodisch durchdachtes Üben verringert werden. Eine Hilfe sind im Verlauf von langjähriger sportlicher Tätigkeit gewonnene sensomotorische Fertigkeiten, die situationsgerecht abgerufen werden. Dabei ist eine intakte Perzeption der Stellungs-, Spannungs- und Lagewahrnehmung des Organismus Voraussetzung (Hollmann et al., 1983; Stegmann & Lang, 1988). Sofern beim älteren Menschen keine Einschränkungen seitens der Perzeption, der Motorik, der Kraft, der Ausdauer sowie der Schnelligkeit bestehen, Herz-Kreislauf und Lungenfunktion altersentsprechend normal sind und keine Störungen des Stoffwechsels auftreten, sind sogenannte azyklische Bewegungsabläufe wie Spielsportarten (Handball, Tennis u. ä.) durchaus noch möglich und zu empfehlen. Sportarten, die mit zyklischen Bewegungsabläufen verbunden sind (Gehen, Wandern, Laufen, Radfahren und Schwimmen), haben das besondere Interesse der Sportmedizin gefunden, weil dem meßbaren physikalischen Einsatz (Leistung in Watt) ganz bestimmte biomedizinische Meßgrößen, wie z. B. die Sauerstoffaufnahme, zugeordnet werden konnten. Diese Sportarten haben den Vorteil der genauen Dosierbarkeit der Belastungsintensität. Nach vorheriger Untersuchung ist es möglich, genau die Wattleistung bzw. die Laufgeschwindigkeit anzugeben, ab der auch bei latenten Herz-Kreislauf-Krankheiten Komplikationen zu erwarten sind. Ein Herz-Kreislauf-Training beim gesunden älteren Menschen sollte in einem submaximalen Belastungsbereich erfolgen, wobei der Trainingsreiz weniger durch die Belastungsintensität als vielmehr durch die Belastungsdauer gegeben ist.

Gehen in der Ebene und in mäßig hügeligem Gelände gewinnt vor allem in sehr hohem Alter an Bedeutung, wo es weniger darauf ankommt, die Leistungsfähigkeit wesentlich zu steigern als vielmehr Alltagsleistungsfähigkeit und Belastbarkeit möglichst lange zu erhalten.

Beim Radfahren ist das Körpergewicht in der Ebene nahezu ohne wesentlichen Effekt. Entscheidend für die Fortbewegungsgeschwindigkeit ist die absolute Kraft, die auf die Pedale ausgeübt wird. Aus dieser Sicht ist diese Sportart für Menschen, die mit einem körperlichen Training im höheren Lebensalter erst beginnen wollen, jedoch übergewichtig sind, der ideale Einstieg. Auch die Belastung der Gelenke ist weniger ausgeprägt. Der Reiz auf das Herz-Kreislauf-System des Radfahrers ist proportional dem Trainingsaufwand.

Das Schwimmen ist eine beliebte und empfehlenswerte Sportart für den älteren Menschen. Dabei wirkt sich besonders die Entlastung des Halte- und Bewegungsapparates aus. Die Gelenke können nahezu ohne statischen Druck gelockert und bewegt werden. Dies führt insbesondere bei Patienten mit arthrotischen Veränderungen zu einer spürbaren Entlastung und zu einer besseren Beweglichkeit.

Die von älteren Menschen gern bevorzugte Gymnastik ist vor allem auch wegen der damit verbundenen Aktivierung sozialer Kontakte sehr zu empfehlen. Zur Erzielung eines Trainings- und Leistungsgewinns ist sie jedoch nicht ganz problemlos, da man die Belastungsintensität nur nach einem durchschnittlichen Leistungsanspruch ausrichten kann. Für Jüngere und Leistungsfähigere bringt daher die Gruppengymnastik oft nicht den gewünschten Trainingsreiz, für Ältere stellt sie gelegentlich eine Überbelastung dar. Hier sind praktische Erfahrung und Einfühlungsvermögen des Übungsleiters gefordert. Grundsätzlich sind die Elemente der Gymnastik auch bei niedrigerer Belastungsintensität dazu geeignet, die Beweglichkeit und die Geschicklichkeit sowie vor allem die mechanische Atemfunktion zu verbessern. Dies bedeutet aber in hohem Alter — allein als vorbeugende Gesundheitsmaßnahme — einen nicht zu vernachlässigenden Gewinn.

Mehrere Studien weisen auf den geroprophylaktischen und lebensverlängernden Effekt körperlicher Aktivität hin (Lang, 1982; Biener, 1990). So wurde eine höhere Lebenserwartung bei 318 finnischen Skiläufern mit 73 Jahren gegenüber 66 Jahren bei der Normalbevölkerung angegeben. An US-Sportschulen hat man bei den Athleten ebenso eine längere Lebensdauer beobachtet (Biener, 1990). Bortz (1982) berichtete von wesentlich geringeren Alterserscheinungen bei Sportlern (Bortz, 1982).

Zur Vermeidung von Risiken wurden Richtlinien aufgestellt (Lang, 1982), die die Gefahr von Komplikationen vermindern helfen sollen. Sie lauten im einzelnen:

1. Mit der Geroprophylaxe durch körperliche Aktivität und Sport sollte so früh wie nur irgend möglich begonnen werden, zu einem Zeitpunkt also, zu dem die Barrieren einer fortgeschrittenen Arteriosklerose noch nicht unüberwindbar sind.
2. Ältere und alte Menschen sollten nur dann in höheren Intensitätsbereichen trainieren, wenn eingehende ärztliche Untersuchungen eine fortgeschrittene Herz-Kreislauf-Erkrankung als unwahrscheinlich erscheinen lassen.
3. Daraus ergibt sich, daß die Aufnahme des Trainings im höheren und hohen Alter stufenweise und bei leistungsbezogenem Training nur unter ärztlicher Kontrolle erfolgen sollte.
4. Ein einfaches, allgemein anwendbares Kriterium für die Wahl der trainingswirksamen Belastungsintensität gibt es nicht. Die Berechnung der trainingswirksamen Belastung aus der maximal möglichen Pulsrate (220/min) — Lebensalter kann nur als eine sehr grobe Orientierung angesehen werden.

Geistige Aktivierung und Gedächtnistraining

Zu den herausragenden Leistungen der Altersmedizin und -psychologie gehört es, Behandlungsmethoden entwickelt zu haben, mit denen sich eine Verbesserung der Gedächtnisfunktionen alter Menschen erzielen läßt. Dabei hat stets die differentialdiagnostische

Abklärung Vorrang. Vielfach sind Gedächtnisdefizite auf extrazerebrale Funktionsstörungen zurückzuführen, die einer ursächlichen Therapie zugänglich sind. In anderen Fällen kann eine primär hirnorganische Ursache zu Grunde liegen, deren Abgrenzung gegenüber funktionellen Störungen insbesondere in den Frühstadien der Erkrankung nach wie vor große Schwierigkeiten bereitet.

Demgegenüber ist besonders hervorzuheben, daß Gedächtnisschwächen auch auf mangelndem Gedächtnistraining beruhen können (vgl. Kapitel 7), es sich demnach in erster Linie um ein Symptom eines defizitären Trainingszustandes handelt. Daß andererseits ein Training der Gedächtnisfunktionen auch im Alter noch möglich und sinnvoll ist, steht außer Frage.

Die Gedächtnisleistungen lassen sich auch im höheren Lebensalter durch Training verbessern. Bedenkt man, daß Verschlechterungen in den Gedächtnisleistungen auch darauf zurückgehen, daß beim Erwerb des Lernmaterials nicht immer effektive Strategien eingesetzt werden, so werden auch die Möglichkeiten des kognitiven Trainings deutlich: Diese liegen vor allem darin, bessere Lernstrategien zu erwerben, so daß das gelernte Material später leichter abgerufen werden kann. Bei diesem Training stehen folgende Aspekte im Vordergrund: Das Lernmaterial soll in komplexere Einheiten integriert werden (beispielsweise Einordnung mehrerer Merkmale unter einen Oberbegriff), Störreize sollen möglichst weit ausgeblendet werden, eine stärkere Konzentration auf die eigentlichen Lerninhalte wird angestrebt. Darüber hinaus wird durch das Lern- und Gedächtnistraining größere Sicherheit im Lernen vermittelt, eine wichtige psychologische Variable, da ältere Menschen in Lern- und Gedächtnistests nicht selten unsicher reagieren und aufgrund dieser Unsicherheit vorhandene Strategien nicht einsetzen. Für Gedächtnis und Lernen gilt ähnliches wie für die Intelligenz: Ältere Menschen verfügen häufig über effektive Strategien, setzen diese aber spontan nicht ein. Durch kognitives Training kann die Motivation zum Einsatz dieser Strategien gefördert werden. Weiterhin können durch dieses Training neue Strategien vermittelt werden.

Psychologische Testverfahren dienen in diesem Zusammenhang vor allem der detaillierten und differenzierten Beurteilung spezifischer Leistungsdefizite in unterschiedlichen kognitiven Bereichen. Sie bilden damit eine wichtige Grundlage aller in Frage kommenden Trainings- und Rehabilitationskonzepte und sind wesentlicher Baustein prozeßorientierter Diagnostik in der Altersmedizin. Üblicherweise ist dabei ein differentiell sehr unterschiedliches Veränderungsmuster kognitiver Leistungen mit steigendem Alter anzutreffen: Während sich in manchen Leistungsdimensionen überhaupt keine Einbußen zeigen, unter Umständen sogar gewisse Verbesserungen nachweisbar sind, findet sich in anderen ein deutlicher Leistungsabfall. In jüngster Zeit konnte gezeigt werden, daß bei geistig gesunden alten Menschen selbst die kognitiven Leistungen, die einem deutlichen Altersabbau unterliegen, durch psychologisches Training verbessert werden können, und zwar so weitgehend, daß der statistisch zu erwartende Leistungsabfall dadurch kompensiert wird. Allerdings unterliegt die damit erwiesene Modifizierbarkeit kognitiver Leistungen im Alter einer deutlichen intraindividuellen Variabilität. Als ein besonderer Fortschritt der Altersdiagnostik ist hervorzuheben, daß inzwischen Methoden entwickelt worden sind, die es ermöglichen, das intraindividuell variable Leistungsniveau im Alter mit großer Zuverlässigkeit gegenüber Frühstadien hirnorganischer Prozesse abzugrenzen; ein Ergebnis, das nicht nur unter differentialdiagnostischen Gesichtspunkten und im Hinblick auf prognostische Aussagen von größter Bedeutung ist. Das nunmehr verfügbare Untersuchungsinstrumentarium gestattet die differentialdiagnostische Zuordnung der wichtigsten psychischen Krankheitsbilder des alternden Menschen zu einem Zeitpunkt, zu dem therapeutische Maßnahmen sinnvoll und erfolgversprechend sind.

Medikamentöse Geroprophylaxe

Die Hoffnungen auf ein langes Leben in Wohlbefinden und im Vollbesitz der Kräfte gehören offenbar zu den menschlichen Wünschen, die sich unabhängig von nationaler, religiöser oder rassischer Zugehörigkeit und Kulturgeschichte entwickelt haben. Im Bestreben, das ersehnte Ziel zu erreichen, weichen viele Menschen vor rationalen Überlegungen aus, betrügen sich selbst und flüchten sich in die Faszination des Irrealen (Coper, 1989). Es ist wirklichkeitsfremd zu erwarten, daß der Konsum selbst ausgefallener Mittel, von denen behauptet wird, sie könnten das Leben verlängern, das Altern verhindern, aufhalten oder auch nur beschwerdefrei machen, je aufgegeben wird. Leider sieht die Gesellschaft ihre Aufgabe nicht darin, den Gebrauch derartiger Präparate zu verhindern. Es muß an dieser Stelle eindeutig betont werden, daß bisher für keine der angebotenen Substanzen der Nachweis erbracht wäre, daß sie den Alternsprozeß verlangsamen oder mildern könnten. Altern ist keine Krankheit. Daher ist es per se auch nicht therapiefähig. Das heißt andererseits nicht, daß bestimmte Defizite in den Hirnfunktionen nicht durch entsprechende Trainingsprogramme — unterstützt durch Pharmaka vom Typ der nootrop-wirkenden Substanzen — beseitigt oder zumindest verringert werden könnten.

Psychische Prävention

Die persönlichen, sozialen und situativen Voraussetzungen für ein gelingendes Altern sind heute besser als vor wenigen Jahrzehnten. Im persönlichen Bereich sind der im Durchschnitt bessere Gesundheitszustand sowie der höhere Bildungsstand zu nennen, unter den sozialen und situativen Gegebenheiten die besseren Lebensbedingungen, Fortschritte in medizinischer Diagnostik und Therapie sowie umfassendere und verbesserte Angebote institutioneller Förderung (zum Beispiel Bildungsangebote) und Unterstützung. Diesen entwicklungsfördernden Bedingungen kommt präventive Bedeutung zu. Darüber hinaus bieten sie

mehr Möglichkeiten zur gezielten Prävention psychischer Störungen und Krankheiten.

Allerdings ist zu bedenken, daß es auch in unserer Gesellschaft Menschen gibt, deren Lebenssituation von zahlreichen Einschränkungen bestimmt ist (wie zum Beispiel geringe finanzielle Ressourcen, niedriger Bildungsstand, unzureichende Wohnbedingungen, geringe soziale Integration). Präventive Angebote sind deshalb gerade für diese Gruppe besonders auszubauen.

Einen bedeutenden Aspekt der personalen psychischen Prävention bildet die aktive Auseinandersetzung mit Anforderungen, Aufgaben und Belastungen in früheren Lebensabschnitten. Durch sie kann der Mensch Erfahrungen gewinnen, die eine Hilfe für die Verarbeitung von Grenzen im höheren Lebensalter darstellen. So wichtig diese Erfahrungen (und als deren Kern das Selbstbild) des Menschen für die Auseinandersetzung mit Grenzen sind, so wenig stellen sie die einzige Voraussetzung für die gelingende Verarbeitung von Belastungen dar. Als weitere sind die (subjektiv erlebte) soziale Integration, die Zufriedenheit mit der persönlichen Vergangenheit und der augenblicklichen Lebenssituation sowie die Wahrnehmung persönlich bedeutsamer Aufgaben zu nennen. Ferner ist hier auf die objektive Lebenslage als Einflußfaktor hinzuweisen.

Objektiv vergleichbare Lebensbedingungen werden subjektiv durchaus verschiedenartig erlebt. Dennoch können sich unter zahlreichen objektiven Einschränkungen psychische Störungen und Krankheiten eher entwickeln, weil und wenn die psychischen Ressourcen des Menschen zur Verarbeitung von Belastungen überfordert werden. Deshalb fallen unter Prävention auch Verbesserungen in der objektiven Lebenslage.

Im Alter können aber auch neue, positiv zu bewertende Aufgaben gesucht und gefunden werden, beispielsweise im inner- und außerfamiliären Bereich, im Verein oder in ehrenamtlichen Bereichen (vgl. Kapitel 16). Wenn ein Mensch bereits in früheren Lebensabschnitten außerberufliche Interessen entwickelt und aufrechterhält, wenn er sich bereits vor dem Ausscheiden aus dem Beruf mit seinem Alter gedanklich auseinandersetzt und wenn ihm die Umwelt unverändert das Ausüben persönlich bedeutsamer Aufgaben ermöglicht, dann sind damit wichtige Voraussetzungen für ein aufgabenbezogenes und zufriedenstellendes Alter geschaffen worden.

Prävention im psychischen Bereich hat primär die Aufgabe, Inzidenzraten bzw. Auftretenswahrscheinlichkeiten psychischer Störungen und Krankheiten zu minimieren (primäre Prävention). Schon der Bericht über die Lage der Psychiatrie hat diese Zielsetzung ausdrücklich betont und zudem die Notwendigkeit dargelegt, daß unsere Erkenntnisse über persönliche, situative und soziale Einflüsse auf psychische Störungen und Krankheiten ergänzungsbedürftig sind und die gewonnenen Ergebnisse in der Öffentlichkeit bekanntgemacht werden müssen (Drucksache 7/4200, 1975, S. 16). Die Aufgabe der Prävention ist aber auch darin zu sehen, bereits manifeste Störungen und Krankheiten möglichst früh zu erkennen und zu behandeln (sekundäre Prävention), schließlich Folgeschäden und Rückfälle zu vermeiden sowie Residualdefekte zu minimieren (tertiäre Prävention).

Vorsorge- und vorsorgliche Untersuchungen

Anliegen der Vorsorgeuntersuchungen und vorsorglichen Untersuchungen ist es, Gesundheitsstörungen, die von natürlichen Alternsvorgängen abweichen, und Erkrankungen im oft latenten Frühstadium zu erkennen, um rechtzeitig zu intervenieren und dadurch das Ausmaß der klinischen Erscheinungen zu mildern oder Komplikationen zu verhindern.

Als Beispiel für die Notwendigkeit der Krankheitsfrüherkennung sei der Magenkrebs genannt. Rund 8 % der an dieser gefürchteten Erkrankung Leidenden überleben den Magenkrebs fünf Jahre lang (Rösch, 1977). Eine japanische Studie konnte den Beweis erbringen, daß sich die Überlebensrate auf das nahezu Zwölffache, nämlich auf ungefähr 92 %, erhöhen läßt, wenn diese bösartige Magenerkrankung im frühesten Stadium im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen erkannt und behandelt wird (Jap. Res. Soc. f. Gastric Cancer, 1968). Und dies gilt ohne bedeutsame Einschränkung auch für das höhere Lebensalter. Die Fortschritte der Medizin, vor allem auch der Anästhesiologie, haben dazu geführt, daß das Operationsrisiko bei guter Vorbereitung und aufmerksamer ärztlicher Führung auch in höheren Lebensjahren relativ niedrig geworden ist und das Alter an sich keine Gegenanzeige für einen operativen Eingriff mehr darstellt.

Bereits 1971 haben die gesetzlichen Krankenversicherungen die große Bedeutung und Notwendigkeit einer Vorsorgemedizin erkannt, die darin liegt, nicht nur Krankheiten zu erkennen, sondern die Gesundheit eines jeden zu kontrollieren und immer wieder erneut zu bestätigen. Waren ursprünglich nur einige wenige Indikationen für das Vorsorgeprogramm ausgewiesen (bei Frauen Brust-, Genital- und Mastdarmkrebs, bei Männern Mastdarm- und Prostatakrebs), so hat das Gesundheits-Reformgesetz aus dem Jahre 1988 die Möglichkeit vorsorglicher Untersuchungen erweitert.

Wie bereits erwähnt, zeigen die Erfahrungen leider, daß nur sehr wenige ältere Menschen die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen, z. B. auf bösartige Erkrankungen, wahrnehmen. Bei der Befragung älterer Menschen, warum man nicht zu Vorsorgeuntersuchungen gehe, werden immer wieder drei geradezu typische Antworten gegeben (Steuer, 1971). Die erste bezieht sich auf die Angst, man könne irgend etwas entdecken und sei dann seines Lebens nicht mehr froh, weil das Wissen um die Erkrankung zu sehr belastet. Eine weitere Antwort bezieht sich immer wieder auf eine eventuell notwendige Behandlung. Obgleich der Arzt noch keine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt hat, wird sehr häufig bei Patienten das Gesundheitsbewußtsein durch ein Krankheitsbewußtsein abgelöst. Ferner werden mit zunehmendem Alter immer häufiger uncharakteristische Beschwerden als natürliche Alterserscheinungen abgetan und damit Warnsymptome mißachtet. Gerade beim älteren Menschen sollte eine vorsorgliche Untersuchung

auch dann veranlaßt und wahrgenommen werden, wenn Unzulänglichkeiten, Beschwerden, Mißempfindungen, die den alternden Menschen in irgendeiner Weise stören, erste Hinweise auf ein sich anbahnendes Leiden geben.

Dringlich wird eine vorsorgliche Untersuchung dann, wenn vieldeutige Beschwerden auftreten oder ungewöhnliche körperliche Auffälligkeiten beobachtet werden. Ältere Menschen sollten grundsätzlich immer dann zum Arzt kommen, wenn sie sich nicht wohlfühlen, sei es aufgrund körperlichen Unbehagens oder weil die Stimmung sich grundlos geändert hat.

Als Warnzeichen müssen länger als drei Wochen anhaltender Husten, blutige Beimengungen im Auswurf, Verfärbungen des Harns und des Stuhlgangs, Schmerzen jeder Art, Schwindelzustände, Gewichtsabnahme, flüchtige Schwäche in den Händen sowie Fieber unklarer Genese angesehen werden.

8.2 Spezielle Prävention

Die spezielle Prävention setzt an Risikofaktoren an, die epidemiologischen Untersuchungen zufolge zu Organerkrankungen und Organkomplikationen führen können.

Hypertonie

Auf Grund der Framingham-Studie kann kein Zweifel daran bestehen, daß die Hypertonie auch im höheren Lebensalter mit dem Risiko einer erhöhten kardiovaskulären Letalität belastet ist. Dies gilt auch für die sogenannte systolische Hypertonie, die mit zunehmendem Alter aufgrund der Änderung des elastischen Verhaltens der Arterien zu einem wesentlichen Charakteristikum der Hypertonie des älteren Menschen wird (Kannel et al., 1981).

Das höhere Risiko des Hypertonikers im höheren Lebensalter muß aber zwangsläufig bedeuten, daß eine medikamentöse Blutdrucksenkung auch zu einer Senkung des Risikos führt, an einem Herz-Kreislauf-Leiden zu erkranken. So haben einerseits die Veterans-Administrations-Gemeinschaftsstudie aus dem Jahre 1972, die sogenannte HDFT-Studie aus dem Jahre 1979 sowie eine europäische multizentrische Studie, die 1985 abgeschlossen wurde, zwar zum Teil eine Abnahme des Letalitätsrisikos und in jedem Fall eine Verminderung des kardiovaskulären Morbiditätsrisikos, das heißt an Myokardinfarkt oder Schlaganfall zu erkranken, ergeben (Amery et al., 1985). Andererseits aber darf eine Studie von Rajala aus dem Jahre 1983 nicht verschwiegen werden, die bei über 85jährigen Hypertonikern nachweisen konnte, daß die Zweijahresmortalität im Gegensatz zu den Erwartungen am höchsten bei Blutdruckwerten unter 110/70 mmHG lag und mit steigendem Druck kontinuierlich abnahm, um sich bei Werten in einer Größenordnung von systolisch 170 bis 190 mmHg und diastolisch von 100 bis 110 mmHg auf einem relativ niedrigen, annähernd gleichen Niveau einzupendeln. Die subtile Analyse der Ergebnisse der verschiedenen epidemiologischen Studien sowie insbesondere die Tatsache, daß die Organdurchblutung im höheren und insbesondere höchsten Lebensalter aufgrund der Verminderung der Dehnbarkeit der Arterien immer mehr druckpassiv erfolgt, hat unser Augenmerk zunehmend auf den mittleren Blutdruck gelenkt. Er scheint offenbar besser geeignet, die klinische und prognostische Relevanz des Blutdruckes im höheren Alter zu erkennen und vor allem auch einen Ansatzpunkt für praktische und praxisnahe Empfehlungen zu geben (Lang, 1988).

Arteriosklerose

Wie bereits in Kapitel 4 erwähnt, gehören in der Bundesrepublik Deutschland die arteriosklerotisch bedingten Krankheiten, vor allem die koronare Herzkrankheit und die zerebrale Apoplexie, mit Abstand zu den häufigsten Todesursachen.

Zu den Risikofaktoren der Arteriosklerose gehören insbesondere Fettstoffwechselstörungen, Hypertonus und Diabetes mellitus sowie verhaltensbedingte Merkmale wie Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel.

Die Primärprävention richtet sich daher auf die Vermeidung eben dieser bekannten Risikofaktoren, wobei der Therapie von Fettstoffwechselstörungen besonders große Relevanz zukommt. So sollen die Cholesterinwerte nicht über 200 mg/dl liegen, da sich bei Werten zwischen 200 und 250 mg/dl das Risiko, an der koronaren Herzkrankheit zu sterben, bereits verdoppelt.

Neuere molekularbiologische Erkenntnisse, wie z. B. der Zusammenhang der Arteriosklerose mit dem Proteoglycan-Stoffwechsel könnten neue Interventionsmöglichkeiten eröffnen. Einzelne klinische Versuche und Tierversuche weisen bereits auf gute Möglichkeiten der Prävention der Arteriosklerose und ihrer zerebralen und kardialen Folgezustände durch oral verabreichte Glycosaminoglycane hin, doch muß der Zusammenhang noch geklärt werden, um gezielt in das System eingreifen und eine Kausaltherapie aufbauen zu können (Sames, 1991).

Da sowohl Möglichkeiten der primären Prävention bestehen als auch problemlos anwendbare Therapieansätze zur Verfügung stehen (orale Gabe von gut verträglichen Substanzen) und nicht zuletzt die molekularbiologischen Erkenntnisse weiter voranschreiten, kann in absehbarer Zeit auf eine wesentliche Reduktion besonders der schweren Folgen dieses Erkrankungskreises gehofft werden. Zwar wird der Problemzusammenhang Altern und Arteriosklerose nicht eliminiert werden können, aber dessen Bedeutung durch alternsbegleitende Präventionsmaßnahmen verringert werden.

Auch die Hyperlipidämie bedeutet im höheren Lebensalter ein erhöhtes Infarktrisiko. Aufgrund dieser Tatsachen wird man auch beim älteren Menschen versuchen, durch diätetische Maßnahmen den erhöhten Cholesterinspiegel zu senken, wenn aufgrund der Hyperlipidämiekonstellation der Verdacht besteht, daß der Serumcholesterinspiegel vorwiegend ernäh-

rungsbedingt erhöht ist. Dies ist gewöhnlich dann der Fall, wenn der Cholesterinspiegel zwar erhöht ist, jedoch 300 mg% nicht wesentlich überschreitet. Andererseits ist jedoch zu berücksichtigen, daß es im höheren Lebensalter noch schwieriger ist als in jüngeren Jahren, Ernährungs- und Eßgewohnheiten umzustellen. Es stellt sich daher zwangsläufig die Frage nach einer medikamentösen Senkung eines erhöhten Cholesterinspiegels. Eine eindeutige Empfehlung, insbesondere eindeutige Belege zu dieser Frage, gibt es bisher nicht. Neuere Untersuchungen, die darauf hinweisen, daß bei einer intensiven Cholesterinspiegelsenkung durch entsprechende Diät und lipidsenkende Pharmaka bereits nach zwei Jahren eine Beeinflussung der Progression der Arteriosklerose gefunden werden konnte, spricht für den Einsatz von Medikamenten in Ergänzung einer diätischen Therapie. Bei der Auswahl des Medikamentes sollte demjenigen der Vorzug gegeben werden, das die Zahl der LDL-Rezeptoren in der Leber erhöht, da mit zunehmendem Alter ihre Zahl physiologischerweise abnimmt.

Eng mit der Hyperlipidämie verknüpft ist der Risikofaktor Übergewicht. Er erhöht das Morbiditäts- und Letalitätsrisiko in allen Altersstufen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß eine ganze Reihe anderer Organfunktionen durch Übergewicht ungünstig beeinflußt wird. Zu denken ist dabei an die Störung der Atemfunktion sowie der aktiven und passiven Bewegungsfunktionen, vor allem bei degenerativen Gelenkerkrankungen. Störungen der Atmungs- und Bewegungsfunktion sind aber gerade im höheren Lebensalter leistungslimitierende Faktoren, die Mobilität verhindern und zwangsläufig zu einer Abnahme der körperlichen Aktivität führen (Lang & Stegmann, 1987). Wegen der zunehmenden Änderung der Verteilung von Muskel- und Fettgewebe im höheren Lebensalter kann der sogenannte Brocaindex für die Beurteilung des Normal- bzw. Idealgewichts nicht mehr allein herangezogen werden. Immer wieder werden bei übergewichtigen Patienten auch die Zeichen einer Mangelernährung gefunden (vgl. Kapitel 8.1).

Über eine diätetische — wenn erforderlich auch medikamentöse — Behandlung des Diabetes mellitus bestehen auch im Hinblick auf den älteren Menschen keine Meinungsverschiedenheiten. Schließlich bedeutet Diabetes mellitus nicht nur ein kardiovaskuläres Risiko, sondern auch eine behandlungsbedürftige Erkrankung, die den alternden Organismus oft über Jahrzehnte begleitet und auch durch diabetesspezifische Komplikationen belastet (diabetische Mikroangiopathie, diabetische Neuropathie u. ä.).

Kein Zweifel kann auch an einem erhöhten Risiko durch Nikotinabusus in allen Altersstufen bestehen. Doch gerät beim älteren Menschen Nikotin nicht nur als Gefäßgift ins Blickfeld, sondern auch das Rauchen an sich, d. h. die Inhalation von Teerprodukten und Staubpartikeln. Aufgrund der längeren Expositionsdauer gegenüber kanzerogenen Stoffen und anderen exogenen Noxen gewinnen diese zusätzlichen Risiken des Rauchens an Bedeutung. Zudem ist der zunehmende Elastizitätsverlust der Atemorgane und insbesondere des Lungenstützgewebes zu berücksichtigen (Altersemphysem). Es ist verständlich, daß sich zusätzliche Noxen verhängnisvoll auswirken können.

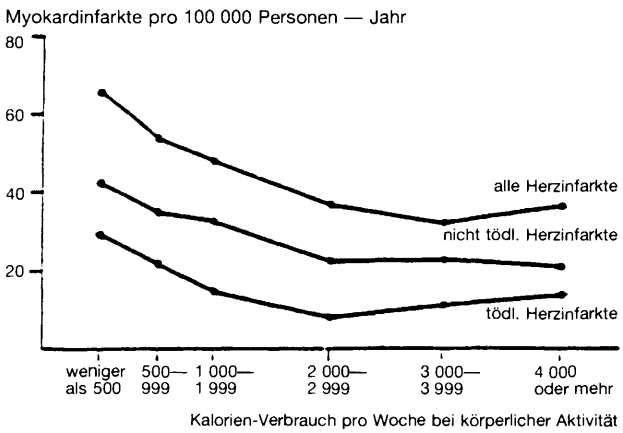
Wenngleich die Bedeutung des Bewegungsmangels als Risikofaktor bisher nicht mit Sicherheit erwiesen werden konnte, kann kein Zweifel daran bestehen, daß körperliche Aktivität und Sport, d. h. Maßnahmen, die aus der körperlichen Inaktivität befreien, auch im höheren Lebensalter zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit und damit der Lebensqualität führen (Lang & Stegmann, 1987). In einer Reihe epidemiologischer Studien stellt sich die körperliche Inaktivität als kardiovaskulärer Risikofaktor dar, der für sich allein sicherlich hinter den Risikofaktoren Hypertonie, Zigarettenrauchen und Hypercholesterinämie steht (Kannel et al., 1981). Andererseits kann kein Zweifel daran bestehen, daß körperliche Aktivität geeignet ist, andere Risikofaktoren (Hypertonie, Hypercholesterinämie usw.) zu mildern.

Befürworter der sportlichen Betätigung mit dem Ziel, den Herzinfarkt zu verhüten, hatten bis in die sechziger Jahre kaum überzeugende Beweise für ihre Empfehlungen. Die großen epidemiologischen Studien, z. B. an Busschaffnern und Busfahrern in England (Morris & Heady, 1953) oder an Postangestellten und Briefträgern in den USA (Kahn, 1963), zeigten zwar eine signifikant reduzierte Infarktrate bei den körperlich anstrengenden Berufen der Schaffner und der Briefträger, aber spätere Analysen (Oliver, 1967) konnten nachweisen, daß wesentliche Unterschiede im Habitus, in den Rauchgewohnheiten und sogar in der Höhe des Cholesterinspiegels bestanden, bevor die Berufe gewählt wurden. D.h. die statistischen Vergleiche sind aufgrund der verschiedenen Zusammensetzungen der Stichproben nicht zulässig, die Aussagen damit nicht relevant. Neuere Studien (Shapiro et al., 1965; Cassel et al., 1971; Paffenbarger et al., 1978) haben die Aussage grundsätzlich verändert (Abbildung 8).

In der Health-Insurance-Plan (H.I.P.)-Studie konnte erstmalig nachgewiesen werden, daß körperlich

Abbildung 8

Körperliches Training und Myokardinfarkt



Quelle: Paffenbarger et al., 1978.

Aktive unter den Versicherten zwar auch Herzinfarkte erlitten, daß aber die Rate an plötzlichen Herztodesfällen und an Myokardinfarkten mit tödlichem Ausgang bei ihnen signifikant niedriger lag als bei körperlich Inaktiven (Shapiro et al., 1965). In einer siebenjährigen Inzidenzstudie in der Gemeinde von Evonscounty (USA) konnten Cassel et al. (1971) nachweisen, daß starke Körperbelastung vor tödlichem Herzinfarkt schützt. Auch die in San Francisco durchgeführten Untersuchungen haben gezeigt, daß schwerarbeitende Hafenarbeiter einen Schutzeffekt gegen Herzinfarkt entwickeln (Paffenbarger et al., 1979). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß aus den beiden letztgenannten Studien ein Schwellenwert für die Intensität der Körperbelastung gefordert werden muß, über dem erst die risikomildernde Effektivität erreicht wird.

Die Frage, ob körperliche Trainingsprogramme auf die Risikofaktoren der ischämischen Herzerkrankung auch eine Langzeitwirkung haben, wird in der Literatur widersprüchlich beantwortet (Sedgwick et al., 1980; Heyden, 1981). So konnte einerseits festgestellt werden, daß keine signifikanten Änderungen des Gewichtes, des Blutdruckes, der Serumlipide sowie der Rauchgewohnheiten bei den sportlich Aktiven im Vergleich zu den Nichtaktiven erreicht werden (Sedgwick et al., 1980), daß andererseits aber insbesondere das HDL-Cholesterin durch sportliche Aktivität erhöht wird, also der Anteil, dem man eine Schutzwirkung gegenüber der Arteriosklerose zuschreibt.

Morris et al. (1980) haben die bisher größte Studie zu dieser Frage vorgelegt. 17 944 Männer im mittleren Lebensalter wurden hinsichtlich ihrer Freizeitaktivitäten vergleichend untersucht. Die Häufigkeit von Koronarerkrankungen während der nachfolgenden achteinhalb Jahre lag bei Männern, die körperlich fit blieben und energisch und regelmäßig körperliches Training pflegten, um die Hälfte niedriger als bei körperlich inaktiven Männern. Dabei war die Schutzwirkung physischer Aktivität ausgeprägter bei Männern in späteren Lebensjahren und deutlicher für letale als für nichtletale Koronarerkrankung (Tabelle 12).

Über diese direkten Wirkungen hinaus sind eine Reihe von Wirkungen körperlichen Trainings bekanntgeworden, die auf den Stoffwechsel positiv Einfluß nehmen. So werden sowohl der Glucosestoffwechsel durch Steigerung des Insulins, Verbesserung der Glucosetoleranz und der Insulinsensibilität als auch der Fettstoffwechsel durch Abnahme der Triglyceride und des LDL-Cholesterins sowie durch Zunahme des HDL-Cholesterins deutlich verbessert (Moffat & Gilliam, 1979).

Aus einer Reihe von Untersuchungen geht hervor, daß psychosoziale Risikofaktoren mit zunehmendem Alter gegenüber anderen Risikofaktoren in den Hintergrund treten, wenngleich dieser Trend nicht für sämtliche Streßkomponenten gleichzeitig gilt. Bei dem wahrscheinlichen Risiko „Typ-A-Verhaltensmuster" haben sich vor allem die Subkomponenten „Feindseligkeit" und „Ärger in sich hineinfressen" als die eigentlich „toxischen" Elemente dieses Risikofaktors herauskristallisiert und empirisch weitgehend bestätigen lassen (Barefoot et al., 1983). Eine statistisch signifikante Risikokorrelation zwischen diesen Komponenten und Morbidität bzw. Letalität ließ sich jedoch nur für koronarkranke Patienten unter 60 Jahren erhärten (Williams et al., 1988).

Tabelle 12

Indizien an koronarer Herzkrankheit (KHK) bei Männern in leitenden Positionen

Alter	Körperliches Training		Kein körperliches Training	
	Fälle	%	Fälle	%
Letale Myokard-Inf. . . .	66	*3,1*	981	*5,9*
40 bis 49 *)	9	*0,8*	115	*1,7*
50 bis 54	8	*1,3*	109	*2,9*
55 bis 65	7	*1,5*	187	*5,0*
40 bis 65	24	*1,1*	411	*2,9*
Nicht let. Myokard-Inf.				
40 bis 49	22	*2,0*	195	*3,0*
50 bis 54	12	*1,9*	167	*4,4*
55 bis 65	8	*1,7*	208	*5,6*
40 bis 65	42	*2,0*	570	*4,0*

Quelle: Morris et al., 1980.

*) Alter der Männer und Angaben über sportliche Betätigung: 1968 bis 1970.

9. Gesundheitliche Versorgung — Ärztliche Basisversorgung, Rehabilitation, Pflege —

9.1 Einleitung

Der weitaus größere Teil älterer Menschen kann bis ins hohe Alter ein weitgehend selbständiges Leben führen. Dennoch wird ihre zunehmende Zahl zu einem höheren Anteil an Kranken und Behinderten führen: Man schätzt, daß etwa 30 % der über 80jährigen auf Hilfe oder Pflege unterschiedlicher Ausprägung und Art angewiesen sind.

In den Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland sind alte Menschen bei einer Verweildauer von 25 Tagen und mehr überproportional vertreten. Etwa

40 % aller Pflegetage entfallen auf über 65jährige. Ein Fünftel dieser Altersgruppe wird zumindest einmal im Jahr stationär aufgenommen (Möhlmann & Zollmann, 1989). Im Krankenhaus der Zukunft wird deshalb die überwiegende Bettenkapazität vermutlich zur stationären Versorgung älterer Menschen notwendig sein.

Viele der in Akutkrankenhäusern liegenden Betagten könnten bei aktivierend-rehabilitativer Behandlung wieder schneller entlassen werden (Benett, 1980; Burley et al., 1979). Ein Teil der in Pflegeheimen Untergebrachten wäre nicht dort, wenn ihnen aktivierende Pflege/Rehabilitation rechtzeitig und angemessen zuteil geworden wäre (Bernard, 1986; Füsgen, 1988; Rubenstein et al., 1984; Dall, 1992; Lucke, 1992; Schütz, 1992). Experten schätzen, daß etwa 40 % aller von Akutkrankenhäusern als sogenannte „Pflegefälle" klassifizierter Patienten nach angemessener Behandlung — ggf. mit Hilfen — zu einem selbständigen Leben in der Lage wären (vgl. Kapitel 11; Rubenstein et al., 1984). Sie erklären sich diese Differenzen durch eine bei fachkundiger geriatrischer Behandlung höhere Aufmerksamkeit für funktionelle und psychische Probleme oder für eine Polypragmasie, die in Akutabteilungen häufig übersehen werden. Sie weisen weiter darauf hin, daß die Entlassung nach Hause einer rechtzeitigen intensiven Planung unter Beteiligung des Patienten und der Angehörigen bedürfe, die zusätzlich durch das Erschließen von eventuell erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen gestützt werden müsse.

Auch der Prozentsatz der Betagten in Alten- und Pflegeheimen steigt mit dem Alter an: Von den 60- bis 65jährigen sind 0,5 % in diesen Einrichtungen untergebracht, von den 80jährigen schon 8,3 %, von den 85- bis 90jährigen schließlich 15,1 % (Rückert, 1988, 1989).

Krankheiten und ihre Verläufe sind im Alter durch Besonderheiten geprägt. Die durchschnittliche Zahl der Diagnosen nimmt zu, Multimorbidität und chronische Leiden charakterisieren das Krankheitsspektrum (Franke et al., 1981).

Variabilität und individuelle Unterschiede in den Krankheitsbildern sind bei älteren Menschen deutlicher ausgeprägt als bei jüngeren. Zwar sind akute Erkrankungen auch im Alter als Schrittmacher von Hilfsbedürftigkeit meist gut zu erkennen. Schwieriger ist dies aber bei den sich langsam und zunächst unauffällig entwickelnden Funktionsverlusten. Haben sich diese erst einmal eingestellt — gleichgültig, ob sie pathologisch oder altersphysiologisch bedingt sind —, so kann im Alter mit spontaner Besserung oder einer Wiederherstellung der Ausgangssituation häufig nicht mehr gerechnet werden. Je länger krankhafte Störungen existieren, das heißt je unselbständiger der alte Mensch hierdurch schon geworden ist, desto schwerer erholt er sich wieder.

Darüber hinaus bestehen zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit enge Verflechtungen. Ein gleichzeitiges Vorkommen von psychiatrischer und internistischer Behandlungsbedürftigkeit kann bei etwa 50-80 % der Patienten veranschlagt werden. Der Krankheitsbegriff besitzt im Alter also andere Dimensionen als im jüngeren Leben: Multimorbidität, protrahierte Krankheitsverläufe, längere Rekonvaleszenzen, psychosoziale Störungen führen bei Älteren zu anderen Versorgungsbedürfnissen als im Erwachsenen- und Jugendalter. Diesem spezifischen Versorgungsbedarf Alterskranker wird aber derzeit weder in Allgemeinkrankenhäusern noch in der Psychiatrie hinreichend entsprochen.

Die Planung einer Behandlung/Rehabilitation für Betagte muß präexistente Behinderungen gleichermaßen wie akute Erkrankungen, die psychische Situation sowie das soziale Umfeld und deren Einflüsse berücksichtigen, damit ein den jeweiligen Bedürfnissen angemessenes Therapiekonzept entwickelt werden kann. Der aktuelle körperliche und psychische Zustand des Behandelten ist hinsichtlich des Urteils über eine mögliche Belastbarkeit der wesentlich ergiebigere Prädikator als das kalendarische Alter.

Das Schicksal alter Menschen ist nicht nur von der Art und Dauer ihrer Erkrankungen, sondern wesentlich von der Einstellung aller in Betracht kommenden Entscheidungsträger abhängig, die bei auftretender Krisensituation für die Einleitung notwendiger Hilfsmaßnahmen verantwortlich sind. Hier ist die Situation insbesondere im Hinblick auf die noch zu schaffende/vertiefende Überzeugung, daß Behandlung und Rehabilitation im Alter sinnvoll sind, in Deutschland äußerst kritisch.

9.2 Ärztliche Basisversorgung

Für die ambulante Versorgung des älteren Menschen spielt der niedergelassene Arzt eine entscheidende Rolle: Allgemeinärzte behandeln mehr ältere Patienten als alle anderen Gebietsärzte, die an der ambulanten Versorgung beteiligt sind. So zeigt die EVAS-Studie (Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor der niedergelassenen Ärzte), daß auf den Allgemeinarzt 56,8 % aller Praxiskontakte 65jähriger und älterer Patienten entfallen (Fischer, 1987). Fischer gibt zu bedenken, daß rund 44 % der Arbeitszeit eines Allgemeinarztes die geriatrische Versorgung betreffen (verstanden als ärztliche Versorgung alter Menschen bei Hausbesuchen und Sprechstundenkontakten, durchschnittliche Beratungszeit vorausgesetzt). Im Vorfeld der Klinik stehen ferner niedergelassene Gebietsärzte wie Internisten (mit 20,1 % aller Praxiskontakte mit älteren Patienten), Augenärzte (2,8 %) usw. zur Verfügung, die für den Patienten sowohl im häuslichen Bereich als auch im Alten- und Pflegeheim über die freie Arztwahl zu erreichen sind.

Ambulante Versorgung älterer Menschen kann nur adäquat erfolgen, wenn Ärzte in der Praxis mit den regionalen ambulant-pflegerischen und ambulant-therapeutischen Diensten (mit Sozialstationen und ihren Pflegefachkräften, mit Krankengymnasten, Ergotherapeuten und anderen medizinischen Hilfsberufen) eng zusammenarbeiten. Das setzt voraus, daß sie sich mehr als bisher über angebotene Dienste informieren und diese nutzen oder die Informationen an Patienten bzw. deren Angehörige weitergeben.

Aufgrund ihrer Untersuchungen sieht Fischer (1987) Defizite in verschiedensten allgemeinärztlichen Aufgaben bei der Versorgung älterer Patienten. Ihr erscheint das Erfassen und die Behandlung funktioneller Einschränkungen bzw. Störungen nicht gesichert, da die meisten Konsultationen hier durch Patienteninitiative entstehen. Vorhandene Konzepte der Prävention und Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates müßten besser genutzt werden. Die Forderung, alten Patienten mehr Zeit und Zuwendung zu schenken, werde ebenfalls nicht ausreichend erfüllt. Sie hält hier einen Wandel nur dadurch für einleitbar, daß die ärztliche Gebührenordnung den besonderen Anforderungen und Schwierigkeiten der Behandlung alter Menschen durch ausreichende Vergütung der erbrachten Leistungen besser Rechnung trage als bisher.

Einen — allerdings nicht konsequent vollzogenen — Schritt in diese Richtung stellte die Institution des beratenden Arztes für Geriatrie dar, den es seit November 1981 in der ehemaligen DDR gab. Diese Ärzte gehörten den Gebieten der Allgemeinmedizin, der inneren Medizin oder der Neurologie und Psychiatrie an und wurden meist rein zufällig und deshalb ernannt, weil sie bereits ärztlich in Sozialeinrichtungen für ältere Menschen arbeiteten. Sie besaßen keine Leitungskompetenz, sondern waren den Kreis- bzw. Bezirksärzten — ehrenamtlich — zugeordnet, so daß ihre Effizienz meist mit ihrer Fähigkeit stand oder fiel, die Vorgesetzten von der Notwendigkeit vorgeschlagener Maßnahmen zu überzeugen.

In den Bezirken Leipzig und Schwerin allerdings spielten sie eine bedeutende Rolle bei der Aktivierung von sozialer Betreuung, der kontrollierenden Überwachung von Feierabend- und Pflegeheimen sowie bei der Ausrichtung qualifizierter geriatrischer Fortbildung. Trotz aller Schwächen scheint es sinnvoll, Ergebnisse dieser Institution zu sichten und erkennbare Erfahrungen bei zukünftigen Planungen zu berücksichtigen — z. B. bei Überlegungen zu sogenannten Assessment-Units.

Der Arzt in der Praxis wird schließlich in zunehmendem Maße die wichtige Aufgabe der Prävention übernehmen müssen, die unter den derzeitigen Bedingungen des Gesundheitssystems noch vernachlässigt wird. Der Prävention dienen auch im höheren Alter periodisch wiederkehrende Kontrolluntersuchungen gleichermaßen wie ausreichende Behandlung bereits vorhandener Krankheiten, ferner eine umfassende Gesundheitsberatung und -bildung: Der Arzt in der Praxis muß seine Patienten mehr als bisher über eine altersgerechte Lebensweise informieren und sie über ggf. drohende negative Folgen aufklären.

9.3 Allgemeine Aspekte der Rehabilitation im Alter

Behandlung und Rehabilitation im Alter erfordern eine realistische Zielsetzung, das heißt eine der jeweiligen individuellen Belastbarkeit angemessene Indikationsstellung. Beide müssen medizinische, psychische, soziale und epochale Faktoren berücksichtigen und bedienen sich grundsätzlich der gleichen Methoden wie im jüngeren Lebensalter. Rehabilitation im Alter ist jegliches Bemühen, das sich gegen akute Verschlechterungen von Befinden und Befindlichkeit älterer Menschen richtet. Sie beginnt mit der akuten Intervention und ist unter Umständen ständig fortzuführen.

Auch hier ist das Bemühen darauf gerichtet, Behinderungen jeglicher Art, wie

— nachweisbare körperliche und psychische Schäden (impairment),

— hierdurch bedingte Ausfälle (disability) sowie

— nachfolgende Beeinträchtigungen im sozialen Bereich (handicap)

therapeutisch mit dem Ziel zu begegnen, daß der alte Mensch — wieder — in die Lage versetzt wird, möglichst unabhängig von Pflege und Hilfe Dritter ein eigenverantwortliches, seinen bisherigen Lebensformen und Vorstellungen weitestmöglich angeglichenes Leben zu führen und — so es sein Wunsch ist — in seiner gewohnten Umgebung zu verbleiben und/oder wieder dorthin zurückzukehren. Rehabilitation nach dem Lebensalter zu begrenzen, ist nicht vertretbar. Es ist schließlich gerade im Alter einfacher und zudem humaner, das Entstehen von Schäden durch sorgfältige aktivierend-rehabilitative Pflege zu verhindern, als sie erst nach Eintreten zu behandeln (Schütz & Meier-Baumgartner, 1990).

Rehabilitation im Alter — recht verstanden — orientiert sich nicht nur an Diagnosen, sondern wesentlich an der Frage: Wie kann der Patient wieder eine größtmögliche Selbständigkeit, ein subjektives Wohlbefinden, eine Verbesserung der Hilfs- und Pflegesituation für sich — bzw. für die in Anspruch genommenen Angehörigen — innerhalb seines sozialen Umfeldes erreichen? Sie kann deshalb nie eine abgrenzbare, rein medizinische, rein soziale oder rein psychische Maßnahme sein: Sie muß immer den Patienten in seinen verschiedenen Lebensbereichen erfassen, ihn in seinen eigenen Bemühungen zur Bewältigung komplexer Situationen unterstützen und durch wiederholte Behandlung die erzielten Erfolge festigen. Sie ist letztlich „Rehabilitation der Person".

Im Senium setzt der funktionelle Gewinn durch Rehabilitation meist nur zögernd ein und schreitet langsamer fort. Besondere Schwierigkeiten werden nicht selten erst unter der Rehabilitation erkannt: Fehlende Motivation des Patienten und der Angehörigen kann z. B. ebenso wie geistiger Abbau (z. B. Demenz) — zum Teil unüberwindbare — Barrieren schaffen.

Eine Wiederherstellung des „Status quo ante" durch Rehabilitation ist in der Geriatrie eine oft nicht mehr erreichbare Idealvorstellung. Aber auch wenn von vornherein „nur Teilerfolge" zu erwarten sind, besteht ein Leistungsauftrag an Krankenversicherung und Sozialhilfe zu „fortdauerndem Bemühen auf medizinischem, allgemein-sozialem und psychischem Gebiet". Dieser Auftrag wurde bisher viel zu wenig umgesetzt. Jeder Schritt auf dem Weg zu einer umfassenden Rehabilitation kann zugleich im Einzelfall das erreichbare Ziel markieren. Stufen können sein:

— Beseitigen von Bettlägerigkeit,

— Mobilisation und Förderung der Mobilität nach akuter Erkrankung,

— Verringerung der Behandlungsbedürftigkeit,

— Verringerung oder Aufheben von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit,

— Stärkung vorhandener und Wiedererlangung verlorengegangener Fähigkeiten,

— Lernen, chronische Erkrankungen und Behinderungen zu bewältigen bzw. mit ihnen zu leben.

Aus der Tatsache, daß schon heute in den ärztlichen Praxen ältere Patienten in ihrer überwiegenden Zahl wegen chronischer Erkrankungen und den daraus resultierenden körperlichen, psychischen und sozialen Folgen behandelt werden — dieses leider oft wenig kompetent —, dagegen die Therapie akuter Krankheitssymptome bei ihnen eine eher nachgeordnete Rolle spielt, müssen Ärzte lernen, sich von einer überwiegend auf Erkennen, Behandeln und Heilen ausgerichteten kurativen Medizin abzuwenden und das gesamte familiäre und soziale Umfeld des Patienten, seine biographische Anamnese, seine psychosozialen Bezugssysteme mit in ihre diagnostischen und therapeutischen Überlegungen einzubeziehen.

Je früher bei Älteren Rehabilitation einsetzt — idealerweise mit dem Feststellen einer Schädigung (impairment), nicht erst bei Nachweis einer funktionellen Einschränkung (disability) —, desto schneller und intensiver greift sie. Die gesetzlichen Voraussetzungen für den frühzeitigen Einsatz der Rehabilitation existieren. Deshalb darf man bei Erkrankungen zukünftig nicht mehr zwischen einer kurativen und einer rehabilitativen Phase unterscheiden: Man muß vielmehr vom Behandlungsbeginn an auch den erforderlichen rehabilitativen Gesichtspunkten Aufmerksamkeit schenken. Dieses präventiv-rehabilitative Ziel ist noch lange nicht erreicht und am ehesten durch den Ausbau ambulanter Dienste sowie teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen zu realisieren (GRG). Eine angemessene umfassende Behandlung in diesem Sinne kann auch die von Sozialpolitikern immer wieder geäußerte Befürchtung, die Kosten für hilfebedürftige ältere Menschen seien zukünftig von der Allgemeinheit nicht mehr aufzubringen, durch ihre nachweisbaren Erfolge deutlich relativieren (Gadomski & Raichura, 1980).

Unsere Gesellschaft muß Abstand davon nehmen, den behinderten Alten nur zu pflegen. Er hat einen rechtlichen Anspruch auf umfassende und bedarfsgerechte Krankenhilfe, die alle notwendigen medizinischen Leistungen und alle zur Rehabilitation erforderlichen Hilfen umfaßt (Rehabilitationsangleichungsgesetz). Die Umsetzung der hieraus abzuleitenden sozialpolitischen Konsequenzen wird eine der größten Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte darstellen — sowohl hinsichtlich der Sozial-, der Renten- und der Familienpolitik als auch im Hinblick auf Einkommenssicherung und Schaffen von besseren Voraussetzungen zur Betreuung von Pflegebedürftigen.

Um Mißverständnissen vorzubeugen — obgleich eigentlich selbstverständlich, oft aber nicht bedacht —, sei betont, daß selbst die beste Prävention im Jugend- oder Erwachsenenalter nie alle Krankheiten späterer Lebensphasen zu verhindern vermag.

Bei älteren Menschen können Rehabilitationserfolge nur durch konsequentes Weiterführen einer ambulanten Therapie im Sinne der Erhaltenstherapie gesichert werden. Dies gilt insbesondere für Halbseitengelähmte, Parkinsonkranke und beinamputierte Patienten. Nur eine fortdauernde Behandlung erhält sie über lange Zeit weitestgehend selbständig, aktiv und mobil: Sie bleibt letztlich für die Solidargemeinschaft viel billiger, als wenn diese Betagten wegen zunehmender Unselbständigkeit in Institutionen eingewiesen werden müßten. Familienangehörige sind in die Behandlung mit einzubeziehen und zu beraten. Rehabilitation verlangt — das gilt insbesondere für die Geriatrie — vom Arzt eine Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Dazu gehören nicht nur therapeutische Berufe wie Krankengymnasten und Beschäftigungstherapeuten oder Logopäden, sondern auch Psychologen, verschiedenste soziale Dienste und Verbände: Nur wenn Rehabilitation in diesem Sinne verstanden wird, ist sie in der Geriatrie eine — allerdings dann sehr erfolgversprechende — Behandlungsmethode.

Daß Rehabilitation auch im Alter die Chancen für Unabhängigkeit und Selbständigkeit verbessert, läßt sich z. B. an den Rehabilitationserfolgen bei Schlaganfallpatienten auch für die Bundesrepublik Deutschland anhand von Untersuchungen eindeutig belegen

Tabelle 13

Erfolgsbeurteilung einer Behandlung in der Geriatrisch-Rehabilitativen Tagesklinik zu Lübeck (1988)

Antworten von Arzt und Patient	besser		unverändert		schlechter	
	bei Entlassung	nach 1 Jahr	bei Entlassung	nach 1 Jahr	bei Entlassung	nach 1 Jahr
Apoplexie	76,8	64,2	19,5	11,9	3,7	25,0
pAVK	73,7	64,3	17,5	5,4	8,8	39,4
Endoprothesen/PCP	70,0	60,7	26,7	10,7	3,3	28,6

Quelle: Schütz, R.-M., eigene Erhebung.

(Tabelle 13). Verschlechterungen nach einem Jahr waren durch eine erneute Behandlung in rund 50 % zu kompensieren.

Eine interdisziplinäre Untersuchung bei über 60jährigen Schlaganfallpatienten durch eine Kasseler Arbeitsgruppe mit ein- und zweijährigen Nachuntersuchungen von Teilgruppen (von Ungern-Sternberg et al., 1986) sowie eine weitere Untersuchung in Hamburg (Meier-Baumgartner, 1990) belegen, daß bei bis zu 70 % der Patienten gute oder sehr gute Funktionsverbesserungen erreicht wurden. Eine teilstationäre Behandlung konnte ebenfalls bei vorher nicht rehabilitierten Apoplektikern in 75 % der Fälle gute oder sehr gute Funktionsverbesserungen erreichen (Schütz, 1988). Eine Studie von Kruse und Kruse (1990) über das Weiterführen einer ambulanten Rehabilitation unter Leitung des jeweiligen Hausarztes belegt schließlich, daß die in einer Klinik erzielten Erfolge über einen Beobachtungszeitraum von 18 Monaten gehalten und sogar ausgebaut werden konnten.

Dennoch kann Rehabilitation eine erneute Verschlechterung/einen fortschreitenden Funktionsverlust bei gleichem oder neuem Leiden letztlich nicht verhindern: Allein durch die altersbedingten „normalen" Funktionseinbußen lebt der ältere Mensch in einem nur labilen gesundheitlichen Gleichgewicht, das jederzeit dekompensieren und dann Ursache einer erneuten Erkrankung, Behinderung oder Hilfsbedürftigkeit werden kann.

Funktionell prognostisch sind auch bei älteren Menschen zwei Aspekte der Rehabilitation zu unterscheiden. Es gibt einmal Behinderte, bei denen die Rehabilitation eine weitere Funktionsverschlechterung und/oder -komplikation verhindern soll: Hier müssen Therapien über Jahre im Rahmen der Nachsorge und bis ins Pflegeheim angeboten werden im Sinne der Erhaltenstherapie. Weiterhin gibt es Patienten mit/nach akuten Erkrankungen, bei denen ein intensives aktivierendes Programm durchgeführt wird mit dem Ziel der bestmöglichen Wiederherstellung ihrer Unabhängigkeit: Hierfür sind geriatrische Kliniken, teilstationäre Einrichtungen sowie ambulante Dienste unter Einbeziehen des Hausarztes erforderlich.

Auch im Alter ist Rehabilitation ein dynamischer Prozeß. Während dieser Behandlung verändern sich die Ziele und damit auch die Maßnahmen, die jeweils einzusetzen sind. Voraussetzung einer geriatrischen Rehabilitation ist deshalb das Erstellen von interdisziplinären Therapieplänen, die auf realistische Ziele ausgerichtet sein und bei deren Erreichen dann fortgeschrieben werden müssen. Im höheren Alter kann man einzelne Maßnahmen zur Rehabilitation nicht mehr exakt voneinander abgrenzen. Das Gesundheits-Reformgesetz (Buch V des Sozialgesetzbuches) hat dieser Tatsache Rechnung getragen, indem es „medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (vorgibt), die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern" (§ 11 Abs. 2). Damit sind Verminderung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ausdrücklich als Rehabilitationsziele anerkannt. Leider reichen die Vorschriften aber nicht aus, alle sinnvollen rehabilitativen Leistungen abzugelten: Zum Beispiel wird eine rehabilitative Pflege im Gegensatz zu Behandlungspflege von den Kassen noch nicht finanziert. Hier ist dringend eine Ergänzung zu fordern.

Für die Rehabilitation alter Menschen gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege". Er ist sozialpolitisch ebenso durchzusetzen wie die Forderung „Rehabilitation vor Rente", die im mittleren Lebensalter eine wichtige Rolle spielt. Dabei sollte als Regel gelten:

— ambulant vor teilstationär,

— teilstationär vor stationär.

Jede Rehabilitation muß schließlich an die Selbstverantwortung und Mitarbeit des Patienten appellieren: Eine fehlende Motivation bedeutet praktisch das Aus für jeden sonst möglichen Erfolg.

9.4 Medizinische Aspekte der Rehabilitation

Gesundheit kann im Alter oft nicht mehr als das Fehlen einer jeglichen Störung definiert werden, sondern als die dem einzelnen verbliebene Kraft/Kompensationsreserve, mit Störungen gewissen Ausmaßes leben zu können. Diese Kraft ist nicht fest vorgegeben und kein unbeeinflußbarer Faktor. Krankheiten sind nie allein altersbedingt und deshalb einfach als gegeben hinzunehmen, sondern zu therapieren mit dem Ziel, Progredienz und Sekundärschäden zu verhüten.

Kranksein ist im Alter besonders deshalb bedrohlich, weil es die Selbständigkeit des Betagten gefährdet. Man muß deshalb so rechtzeitig intervenieren, daß es möglichst nicht zu irreversiblen Störungen kommt. In der Regel aber ist die Rekonvaleszenz verlängert. Die Behandlung kann erschwert sein durch Multimorbidität und/oder Immobilität. Letztere ist um jeden Preis zu vermeiden: Deshalb sollten alte Menschen auch bei akuter Erkrankung nur so lange wie unbedingt erforderlich im Bett verbleiben.

Weil der Wechsel von Bezugspersonen und Umgebung oft Grund zu körperlichem oder psychischem Aktivitätsverlust, das heißt Ursache einer zunehmenden Abhängigkeit und Immobilisierung sein kann, sollte die Behandlung in Institutionen so kurz wie möglich gehalten werden. Leider führt auch heute noch eine oft unzureichende Vorbereitung der Krankenhausentlassung zur Einweisung ins Pflegeheim, die nicht notwendig gewesen wäre, wenn ein angemessenes Weiterführen von Behandlung/Pflege für zu Hause organisiert, das heißt die Einsätze ambulanter Dienste rechtzeitig geplant worden wären (Rubenstein et al., 1984). Diese Planung umfaßt Beratungen und Hilfestellungen auch bei der Beschaffung einer Wohnung bzw. ihrer angemessenen Anpassung an verbliebene Behinderungen, bei der Lösung von sozialrechtlichen oder wirtschaftlichen Fragen, bei der Vermittlung von ambulanten Pflegediensten und/oder mobilen sozialen Hilfsdiensten, auch bei dem Vermitteln von Selbsthilfegruppen sowie ggf. Behin-

derten-Sportgruppen (Schütz & Meier-Baumgartner, 1990).

Insbesondere psychische Erkrankungen bedeuten für den Patienten eine Erschütterung des inneren Gleichgewichts und steigern seine Bereitschaft, sich der Versorgung anderer zu überlassen. Um diese Regression in der Krankheit rechtzeitig zu erkennen und ihr zu begegnen, ist gutes psychologisches Einfühlungsvermögen erforderlich: Aus seinem krankheitsbedingten Unterlegenheitsgefühl heraus, das ihn sehr kränkt, fällt es manchem Patienten nämlich schwer, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Deshalb ist ein wichtiger psychosozialer Aspekt der Rehabilitation die Auseinandersetzung mit diesen Verhaltensweisen und das Angebot notwendiger Hilfen.

Demenz, Depression, Angstzustände sowie Substanzabhängigkeit sind die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Sie bedingen hinsichtlich der Behandlungsansätze und -ziele sich zum Teil erheblich voneinander unterscheidende Maßnahmen (Kurz & Lauter, 1992).

Der Demenz im Alter — dem Gesundheitsproblem alter Menschen mit der höchsten Zuwachsrate — liegen zu etwa 90 % entweder eine Demenz vom Alzheimer-Typ — sie ist die Folge einer Degeneration von Ganglienzellen und schreitet irreversibel fort — oder eine durch Verschluß bzw. Zerreißen von kleinen Blutgefäßen mit nachfolgendem punktuellen Untergang von Hirngewebe entstandene Multiinfarktdemenz oder Mischformen ursächlich zugrunde. Andere Faktoren sind nur selten die Ursache einer Demenzentstehung. Während von den über 60jährigen nur etwa jeder 20. an einer Demenz leidet, liegt dieser Anteil bei den über 90jährigen bei ca. 30 %.

Eine kausale Behandlung insbesondere der Demenz vom Alzheimer-Typ ist noch nicht möglich. Daher kommt der Rehabilitation große Bedeutung zu. Sie muß sich bemühen, noch vorhandene kognitive Reserven zu entdecken und zu fördern, krankheitsbedingte Abnahmen der kognitiven Leistungsfähigkeit möglichst lange hinauszuschieben, die Selbständigkeit der Patienten zu fördern sowie ihnen bei der psychischen Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung hilfreich zur Seite zu stehen.

Bei der Rehabilitation dieser Menschen ist die Vorstellung hilfreich, daß der Krankheitsprozeß nicht alle Hirnteile synchron befällt und funktionsunfähig macht, sondern noch über längere Zeit Bereiche erhalten sind, deren Leistungsgrad bewahrt und genutzt werden muß. Hier spielt neben einem möglichst angstreduzierenden Verhalten die Suche nach Erhaltenem eine große Rolle. Äußerst wichtig ist es, in der Umgebung geeignete Bedingungen zu schaffen, zu denen auch die Architektur beitragen muß, indem sie dem Kranken viel Freiraum schafft, damit er sich nicht gefährdet. In der Psychogeriatrie entsteht ein besonderes Problem daraus, daß Überweisungen in psychiatrische Einrichtungen vielfach nur deshalb erfolgen, weil keine Alternativen vorhanden waren. Daß dies trotz aller Bemühungen und Aufklärung nach wie vor eine geläufige Praxis ist, sollte uns zu denken geben (Bergener, 1990).

Im Gegensatz zur Demenz können Depressionen, Angstzustände und Substanzabhängigkeiten erfolgreich medikamentös behandelt werden. Die Kombination mit einer psychotherapeutischen Behandlung (zu der ebenfalls kompetenzfördernde Ansätze gehören) hat sich als fruchtbar erwiesen. Sie sollte sinnvollerweise als Kombination von (kognitiver) Verhaltenstherapie mit gesprächspsychotherapeutischen Angeboten durchgeführt werden (Kurz & Lauter, 1992).

Die Sinnhaftigkeit rehabilitativer Bemühungen begründet sich daraus, daß auch im höheren Alter eine Plastizität — das heißt die Möglichkeit des Erzielens positiver Veränderungen durch Intervention — für kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie für Erleben und Verhalten unverändert nachweisbar bleibt.

In Abhängigkeit von Art und/oder Schwere einer Erkrankung ist Plastizität zwar verringert — und das gilt insbesondere bei dementiellen Erkrankungen —; dennoch verbleiben auch hier Rehabilitationspotentiale, so daß entsprechendes Training noch zu einer Verbesserung der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit sowie des Verhaltens führen kann.

Ein verbesserter Anregungsgehalt der Umwelt und die Förderung selbständigkeitsorientierten Verhaltens tragen wesentlich zur Verbesserung der Kompetenz im Alter — z. B. Bewältigen praktischer Anforderungen des Alltags — bei. Spezifische Interventions- und Rehabilitationsansätze lassen sich stets aber nur nach einer differenzierten Diagnose der geschädigten und der intakten Funktionen entwickeln. Gerade im psychogeriatrischen Bereich sind daher Rehabilitationsmaßnahmen sehr facettenreich: Pharmakotherapie oder psychotherapeutische Interventionen, die Förderung von kognitiven Leistungen oder das Training von Selbständigkeit wechseln in Akzentuierung und Kombination je nach Art und Stadium einer Erkrankung.

Auch im psychogeriatrischen Bereich muß ein Rehabilitationsziel realistisch angesetzt sein. Und äußerst wichtig ist das Einbeziehen der Angehörigen in alle Maßnahmen, um sie zu einem rechten Verhalten und Verstehen des Patienten zu führen und ihnen das Verarbeiten ihrer persönlichen Belastung zu ermöglichen.

Ein Vergleich zwischen Rehabilitationseinrichtungen der Bundesrepublik Deutschland und solchen des westlichen europäischen Auslandes zeigt, daß bisher ein mehrdimensionales Rehabilitationskonzept höchstens ansatzweise entwickelt worden ist. Die These, die Qualität der psychogeriatrischen Rehabilitation in Deutschland könne sich nicht mit jener anderer Länder messen, greift so allgemein sicher nicht. Das Niveau der praktischen Behandlungsansätze ist bei uns zum Teil erheblich besser. Dafür sind im Ausland einzelne neue Ansätze zur Rehabilitation in Entwicklung sowie die allgemeine ambulante Versorgung mit psychogeriatrischen Diensten deutlich besser (Bergener & Kruse, 1992).

Zur qualitativen Verbesserung psychogeriatrischer Rehabilitation sollten verfügbare Ressourcen angemessen aufgestockt werden. Gleichzeitig muß durch

gezielte Information ein Bewußtsein dafür geweckt werden, daß sich Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen im Alter lohnt.

9.5 Das Rehabilitationsteam

Die erfolgreiche Rehabilitation älterer Menschen setzt unter ärztlicher Verantwortung eine intensive Abstimmung zwischen den Therapeuten einerseits sowie zwischen Therapeuten und Patienten andererseits voraus. Je nach Ort und Bedarf, je nachdem welche Probleme im Vordergrund stehen, abhängig davon, ob eine Behandlung ambulant oder stationär erfolgt, kann das therapeutische Team folgende Berufe in unterschiedlichster Kombination umfassen: Krankenpflege, Altenpflege, Hauspflege, Sozialarbeit, Psychologie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Bäder- und Massagetherapie, Logopädie, Konsilärzte, Seelsorge. Wichtig ist die Motivation von Patienten und Angehörigen zur Mitarbeit. Um Konkurrenzverhalten und mangelnde Zusammenarbeit im Team zu vermeiden, ist eine extern geleitete Supervision wünschenswert. Sie hilft zudem jedem einzelnen, die psychische Belastung infolge der ständigen Konfrontation mit Krankheit, Resignation, Depression usw. besser verarbeiten zu können. Dadurch wird letztlich einer übermäßigen Personalfluktuation vorgebeugt.

Die Funktion des niedergelassenen Arztes bei der Behandlung/Rehabilitation soll geprägt sein von der Aufgabe, Risikofaktoren und Behinderungen frühzeitig zu erkennen und erforderliche Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten, ggf. auch den Patienten stationär einzuweisen. Der Klinikarzt versucht — neben einer Vervollständigung der Diagnose — mit Hilfe der Therapeuten Behinderungen/Funktionsstörungen qualitativ und quantitativ genau zu erfassen und danach gemeinsam mit dem Team einen Behandlungsplan zu erstellen, der in Übereinstimmung mit allen Beteiligten stets den Bedürfnissen angepaßt und fortgeschrieben werden muß.

Das Grundkonzept der geriatrischen Pflege im ambulanten wie im teilstationären oder stationären Bereich soll aktivierend-therapeutisch sein. Pflege richtig durchgeführt, wirkt sich rehabilitierend aus, falsch durchgeführt, macht sie rehabilitatives Bemühen zunichte. Pflege muß den Patienten motivieren, so früh und so viel wie möglich selbst zu tun, ohne sich zu überfordern. „Aktivierende Pflege" stellt hohe Ansprüche an das Pflegepersonal und den Patienten. Letzterem muß klar sein, daß er bei seiner Pflege selbst mitarbeiten muß, um zu lernen, die erforderlichen Übungen so sicher zu beherrschen, daß er sie im Alltag erfolgreich nutzen kann.

Krankengymnastik zielt darauf ab, wieder möglichst organische Bewegungsabläufe zu erreichen durch aktive Bewegungsschulung zur Wiederherstellung von Kraft, Ausdauer und Geschicklichkeit, durch Normalisierung des Haltetonus der Muskulatur, durch die Behandlung von zentralnervösen Schäden und schließlich durch die Vorbereitung und Stimulation normaler Bewegungen unter Hemmung pathologischer Bewegungsmuster. Bäder- und Massagebehandlungen können bei Schmerzen und Verspannungen deutliche Linderung verschaffen.

Ergotherapie betreibt ein motorisch-funktionelles Training mit dem Ziel, dem Patienten die Aktivitäten des täglichen Lebens wieder oder weiter zu ermöglichen. Sie übt ferner den Umgang mit Hilfsmitteln — auch aus dem Haushaltsbereich —, trainiert Planungen z. B. für diätgerechtes Verhalten, Einkaufen, Zubereiten von Nahrungsmitteln etc. Zum Erhalt oder Wiedererlangen der persönlichen Selbständigkeit werden speziell bei Hemiplegikern und Parkinsonpatienten An- und Ausziehen sowie selbständiger Toilettengang geübt. Ergotherapie befaßt sich schließlich mit Wahrnehmungs- und Sensibilitätsstörungen sowie apraktischen, räumlichen, konzentrativen, mnestischen und anderen Hirnleistungsstörungen. Sie ist von herausragender Bedeutung für das Wiedererlernen/die Verbesserung von gestörter Funktionalität.

Logopädie gewinnt in der Geriatrie zunehmend an Bedeutung. Nach einer exakten, meist aufwendigen Diagnostik baut sie auf den verbliebenen intakten Fähigkeiten im Sprachbereich auf. Anforderungen können nur in kleinen Schritten gesteigert werden, dabei sind immer möglichst mehrere Modalitäten der Sprache gemeinsam zu schulen (z. B. Lesen und Sprechen, Schreiben und Sprechen). Sprachheiltherapie ist nur effektiv, wenn sie über Jahre erfolgt: Deshalb muß vor Entlassung aus einem Krankenhaus/einer Institution die ambulante Weiterbehandlung sichergestellt worden sein. Sprachheiltherapeuten behandeln nicht nur Sprachstörungen (Aphasien), sondern auch Stimm-, Sprech-, Kau- und Schluckstörungen. Bei Aphasien ist das Therapieziel nicht ein fehlerloses Sprechen, sondern eine funktionierende Kommunikation: Diese kann bei besonders schweren Schäden unter Umständen nur aus einzelnen Wörtern oder Zeichen oder aus sehr einfachen Sätzen bestehen. Daß im Alter das frühere Sprachvermögen in der Regel nicht wieder erreicht werden kann, muß dem Patienten mit sehr viel Einfühlungsvermögen vermittelt werden. Angehörige sind zu Therapiesitzungen einzuladen, damit sie Verständnis für die Sprachstörungen entwickeln und lernen, die bestmögliche Nutzung verbliebener Kommunikationsmöglichkeiten beim Patienten zu unterstützen.

Eine exakte Diagnostik psychischer, intellektueller und neuropsychologischer Störungen ist für die Erarbeitung eines Rehabilitationsplanes wichtig. Neben dieser Diagnostik wird der Psychologe auch bei Konfliktsituationen — z. B. zur Krankheitsverarbeitung oder bei familiären Konflikten — tätig. Therapeutische Gespräche — seien sie durch einen hierfür geschulten Arzt oder Psychologen geführt — können sowohl für Patienten als auch für die Familie große Entlastung bringen: Fühlen sich Patienten in ihren Nöten und Ängsten erst angenommen und verstanden, dann akzeptieren sie häufig (nach anfänglicher Skepsis) die weiterführende psychologische Betreuung.

Eng mit psychologischen Bemühungen sind Maßnahmen zur sozialen Wiedereingliederung verbunden. Gespräche mit Patienten und Angehörigen können Problembewußtsein für die geänderte Lebenssituation erzeugen, Beratung und Auskunft über verschie-

dene Hilfsmöglichkeiten anbieten sowie soziale Hilfen einleiten oder vermitteln. Leider ist der Sozialdienst in den Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland meist ungenügend ausgestattet oder fehlt ganz, so daß die hier angesprochenen notwendigen Aufgaben nur unzureichend, manchmal gar nicht gelöst werden. Sozialdienst wird ferner nicht flächendeckend angeboten; weiterhin besteht ein deutliches Stadt-Land-Gefälle. Ein intensiver Ausbau ist dringend erforderlich.

Aktivierende Behandlung und Rehabilitation sind ohne geriatrisch geschultes pflegerisches und medizinisch-therapeutisches Personal weder im ambulanten noch im stationären oder teilstationären Bereich möglich. Das führt zu zusätzlichen Kosten. Wer wird diese in Zukunft übernehmen? Daß die vorhandenen Aufgaben nicht mit den bisher üblichen Personalschlüsseln oder den Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu lösen sind, steht fest. Ein Arbeitskreis „Geriatrie" bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein nennt folgenden Personalbedarf, der bei der Planung des „Geriatrieprojektes Schleswig-Holstein" weitestgehend berücksichtigt wurde:

Für eine geriatrische Abteilung werden

Ärzte	im Verhältnis	1 : 10
Pflegekräfte	im Verhältnis	1 : 1,2
Krankengymnasten	im Verhältnis	1 : 8
Ergotherapeuten	im Verhältnis	1 : 12
medizinische Masseure und Bademeister	im Verhältnis	1 : 20
Psychologen	im Verhältnis	1 : 40
Sozialarbeiter	im Verhältnis	1 : 40

benötigt. Bei der Logopädie ist eine Berechnung nach der Anzahl der Aphasiepatienten erforderlich (1:8). Erfahrungsgemäß wird ein Logopäde für 40 Betten benötigt. In Abteilungen mit psychogeriatrischen Aufgaben stellt sich der Bedarf an qualifiziertem Personal zum Teil anders dar. Hier ist insbesondere abweichend zu fordern für die Psychologie ein Schlüssel von 1:12, weiterhin aufzunehmen Beschäftigungs-, Musik- und Bewegungstherapeuten mit einem Schlüssel von etwa je 1:20, für Krankengymnasten ebenfalls 1:20, für die Pflegekräfte ein Schlüssel von 1:3 (Bergener & Lang, 1990).

Den Besonderheiten und Notwendigkeiten der aktivierenden Behandlung und Rehabilitation ist auf Dauer nur gerecht zu werden, wenn folgende Voraussetzungen geschaffen werden:

— Fachspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung aller in der rehabilitativen Behandlung alter Menschen beteiligten Fachkräfte (vgl. alle unter „Team" aufgeführten Berufe),

— Integration geriatrischen/gerontologischen Wissens in hinreichendem Umfang in medizinische Studienpläne und Prüfungsordnungen,

— intensive Fort- und Weiterbildung von Ärzten/Gebietsärzten auf dem Sektor der Gerontologie,

— die Förderung der geriatrischen/gerontologischen Grundlagen-, der klinischen und der Versorgungsforschung sowie

— die Einrichtung von Teilgebietsbezeichnungen wie „Geriatrie/Psychogeriatrie".

Ein Schritt in die richtige Richtung ist der Beschluß des Deutschen Ärztetages 1992, eine fakultative Weiterbildung — das heißt ein nicht in der Praxis führungsfähiges Teilgebiet — „Klinische Geriatrie" einzuführen, das von Internisten, Nervenärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin durch eine mindestens zweijährige qualifizierte Weiterbildung in geriatrischen/psychogeriatrischen Einrichtungen erworben werden kann. Es ist zu hoffen, daß die einzelnen Landesärztekammern die Voraussetzungen für die Realisierung dieses Beschlusses möglichst umgehend schaffen.

Eine mit guter fachlicher Qualifikation sowohl ambulant als auch in Institutionen und Krankenhäusern ausgeführte aktivierende Behandlung/Rehabilitation wird letztlich dazu beitragen, daß in vielen Fällen

— eine erhebliche Verkürzung der Liegezeit,

— eine Verminderung der Einweisungsfrequenz in ein Krankenhaus erreicht,

— eine Chronifizierung von Krankheiten/Behinderungen vermieden/verzögert wird,

— eine Fehlplazierung von älteren Menschen in Pflegeheimen unterbleiben wird (vgl. hierzu Burley, 1979; Rubenstein et al., 1984; Dall, 1992; Lucke, 1992; Schütz, 1992) und

— damit auch der Begriff „Pflegefall" zurückgedrängt wird.

Trotz der jetzt klaren gesetzlichen Regelungen werden Rehabilitationsmaßnahmen für Ältere von Ärzten wenig konsequent eingesetzt. Das mag daran liegen, daß das Wissen und die Überzeugung von der Sinnhaftigkeit der Rehabilitation bei Älteren gering ausgeprägt ist. Ein anderes Hindernis könnte sein, daß im ambulanten Bereich das ärztliche Prüfverfahren zum Leistungsrecht Durchschnittswerte für wirtschaftlich erbrachte Leistungen nutzt: Es berücksichtigt nicht in erforderlichem Umfang die wegen der Multimorbidität des alten Menschen benötigten besonderen geriatrischen Therapieansätze, die zum Erreichen eines Behandlungs-/Rehabilitationserfolges notwendig wären. Prüfverfahren in Praxen mit besonders hohem Anteil an Betagten oder Heimbewohnern müssen deshalb stärker als bisher differenziertere Kriterien zur Beurteilung der Besonderheiten dieser Praxen einsetzen. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit hat sich dem vorrangigen gesetzlichen Auftrag an Arzt und Krankenversicherung unterzuordnen, daß immer eine dem Stand der medizinischen Wissenschaften entsprechende Krankenhilfe anzubieten bzw. zu ermöglichen sei. Leistungsträger müssen außerdem mehr als bisher anerkennen, daß Rehabilitation im Alter ein nie abgeschlossener und dennoch sinnvoller Prozeß ist.

9.6 Derzeitige Versorgungsstrukturen und daraus ableitbare Forderungen

Sozialgesetzbuch und Rehabilitationsangleichungsgesetz fordern unter anderem, medizinische Leistungen auch darauf auszurichten, daß Behinderungen abgewendet, beseitigt, gelindert sowie ihre Verschlimmerung verhütet und ihre Folgen gemildert werden. So hat jede Akutbehandlung stets zugleich rehabilitativen Charakter. Folgerichtig wurde im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes ab 1. Januar 1989 festgeschrieben, daß mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch medizinische Rehabilitation erbracht werde, zumal diese ja auch der Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit diene. Dadurch erhält der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege" erstmals Gesetzesrang.

Im klinischen Alltag existiert aber leider eine deutliche Diskrepanz zwischen kurativen und rehabilitativen Zielsetzungen. So zeigt eine im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erstellte und im Oktober 1988 abgeschlossene Untersuchung über „Rehabilitation in Krankenhäusern", daß sich diese überwiegend nicht als Glieder in der Kette der zur Rehabilitation verpflichteten Einrichtungen verstehen, das heißt vorhandene Möglichkeiten zur Rehabilitation von ihnen kaum oder nicht genutzt werden. Diese Einstellung führt zu unnötig langen Krankenhausaufenthalten besonders bei Älteren und damit häufig — zusätzlich zu dem Druck, aus Kostengründen eine Krankenhausverweildauer möglichst kurz zu halten — zu direkten Überweisungen in ein Pflegeheim.

Geriatrische Behandlung und geriatrische Rehabilitation können prinzipiell institutionell im Gesundheitssystem (z. B. ambulant, teilstationär oder stationär) oder im Sozialsystem der Versorgung (z. B. in Heimen) stattfinden. Das bedeutet konkret, daß Rehabilitationsmöglichkeiten auch in Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen und zu institutionalisieren sind. Aber solange schon Krankenhäuser für geriatrische Patienten keine ausreichende Versorgungsmöglichkeiten bereitstellen können, werden diese in den nachgeordneten Einrichtungen erst recht nur inadäquat angeboten werden.

Nach einer Bestandsaufnahme, die 1990 im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführt wurde (Lang, 1991), hat im Vergleich zu einer Untersuchung des Deutschen Zentrums für Altersfragen (1979) das Angebot an geriatrischen bzw. psychogeriatrischen Einrichtungen in der alten Bundesrepublik Deutschland zugenommen und ist offenbar vielfältiger geworden. Während 1979 nur 65 geriatrische und 73 psychogeriatrische Einrichtungen erfaßt werden konnten, wurden 1990 in den alten Bundesländern 110 geriatrische und 109 psychogeriatrische Kliniken und Abteilungen nachgewiesen. Allerdings lag die Zahl der planmäßigen Betten nach wie vor bei rund 20 000.

Die Versorgung der einzelnen Bundesländer mit geriatrischen Einrichtungen ist sehr verschieden. In Berlin besteht ein gut ausgebautes Netz an Krankenhäusern für chronisch Kranke. Nordrhein-Westfalen hat die meisten Einrichtungen für Akutkranke. Einrichtungen mit vor allem geriatrisch-rehabilitativen Schwerpunkten fanden sich 1990 nur in Baden-Württemberg, Hessen, Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Bei fast einem Drittel dieser Einrichtungen sind geriatrisch bzw. psychogeriatrisch genutzte Betten nicht als solche in den Krankenhausbedarfsplänen ausgewiesen, sondern als internistische bzw. psychiatrische Betten. In vielen Fällen fehlt es nach Auskunft der leitenden Ärzte nach Zahl und Qualifikation an therapeutischem und pflegerischem Personal, das den besonderen Bedürfnissen alter Menschen gerecht werden könnte.

Selbst bei vorsichtiger Interpretation der vorliegenden Daten kann nicht übersehen werden, daß die geriatrische und psychogeriatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland immer noch unzureichend ist. Neben einer einheitlichen Konzeption fehlt es vielerorts an ausreichender räumlicher, pflegerischer oder therapeutischer Ausstattung. Eine reine Umwidmung internistischer oder psychiatrischer Betten in geriatrische bzw. psychogeriatrische ist sicher nicht sinnvoll, solange dort nur alte kranke Menschen zusammengefaßt werden, ohne daß ihnen eine adäquate medizinische und/oder pflegerische Betreuung zuteil wird.

Die Situation der teilstationären Einrichtungen ist nicht nennenswert besser (Meier-Baumgartner, 1991). 1991 gab es 14 geriatrische Tageskliniken — sechs weitere waren in der Planung. Mit einer Ausnahme waren alle Tageskliniken an eine geriatrische Klinik angebunden. Dies gewährleistet zwar eine sinnvolle Zusammenarbeit, macht andererseits aber genaue Aussagen zu Stellenschlüsseln unmöglich. Dennoch sind nicht zu übersehen berechtigte Wünsche nach einer Verbesserung des Stellenplans — insbesondere bezüglich Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Sozialarbeitern und Psychologen.

In den 14 geriatrischen Tageskliniken standen insgesamt 305 Plätze bereit — durchschnittlich 22, in der kleinsten 12, in der größten 56 Plätze. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 72 Jahren. Behandlungsanlaß waren bei 65 % der Patienten therapeutische, bei 23 % pflegerisch-therapeutische und bei 12 % diagnostische Maßnahmen. Die Hauptdiagnose war bei 62,7 % der Patienten Schlaganfall, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates mit 15 %. Als primäre Ziele der tagesklinischen Behandlung gelten Mobilisierung, Förderung der Selbständigkeit und Stabilisierung der stationären Therapie. Diese Ziele werden in vielen Fällen offensichtlich erreicht, da 82,6 % der Patienten nach dem Klinikaufenthalt nach Hause entlassen werden können.

Psychogeriatrische Tageskliniken gab es in der alten Bundesrepublik Deutschland 1991 ebenfalls nur 14; fünf weitere waren in konkreter Planung. Insgesamt stehen in diesen Einrichtungen 247 Plätze für psychisch kranke ältere Männer und Frauen zur Verfügung — durchschnittlich 18 Plätze, Minimum 12, Maximum 30 Plätze. Das Durchschnittsalter der Patienten schwankte zwischen 65 und 75 Jahren. Häufigste Diagnosen waren depressive Syndrome, gering- bis mittelgradige hirnorganische Psychosyn-

drome und paranoide Syndrome. Ausschlußkriterien waren in vielen psychogeriatrischen Tageskliniken Suchterkrankungen, akute Suizidalität, schwere körperliche Beeinträchtigung und fortgeschrittene Demenz.

Alle psychogeriatrischen Tageskliniken boten ein breites Spektrum diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an mit dem Ziel, die altersspezifischen und jeweils individuellen Bedürfnisse der Patienten adäquat zu erfüllen. Die Tagesklinikteams sahen sich vor allem als psychosozial orientiert, was jedoch somatisch-pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Angebote nicht ausschließt. Neben allgemeinpsychiatrischer und allgemeinmedizinischer Therapie finden sich spezielle (gruppen-)psychotherapeutische Angebote (Physiotherapie, Musiktherapie, Beschäftigungstherapie, Entspannungsübungen, Soziotherapie, Milieutherapie, Übungen täglicher Aktivitäten, Haushaltstraining, Ausflüge, Angehörigenarbeit).

Wie bei den geriatrischen Tageskliniken läßt sich auch hier kein exakter Stellenschlüssel angeben, da oft einzelne Aufgaben anteilig vom Personal der zugehörigen Klinik übernommen werden. Dennoch scheinen Stellenverbesserungen besonders notwendig, wenn man berücksichtigt, daß z. B. bisher in der Hälfte aller dieser psychogeriatrischen Tageskliniken kein Psychologe und in mehr als einem Drittel kein Sozialarbeiter bzw. Ergotherapeut verfügbar waren.

Es ist zu fordern, daß der in den letzten Jahren erfolgreiche Ausbau einer beschränkten Anzahl geriatrischer bzw. psychogeriatrischer Tageskliniken weitergeführt wird, um das Versorgungsnetz für somatisch und psychisch kranke ältere Menschen flächendeckend zu verbessern.

Es ist unbestritten, daß auch künftig die Erstbehandlung eines akut erkrankten Betagten in der Regel im Akutkrankenhaus erfolgen wird. Dies ist richtig: Denn die Anforderungen an eine ärztliche oder operative Versorgung, an die Überwachung bei und an die Behandlung von lebensbedrohlichen Komplikationen, die ggf. hochspezialisierte Diagnostik und Technik entsprechen denen bei jungen Patienten. Leider bieten dies Abteilungen keine — oder zumindest nicht in erforderlichem Umfang — aktivierende Pflege noch krankengymnastische oder ergotherapeutische Behandlung an, das heißt eine geriatrisch sinnvolle Therapie ist derzeit in den meisten Akutkrankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland nicht garantiert. Positive Erfahrungen aus dem westlichen Ausland und vereinzelt auch der Bundesrepublik Deutschland haben zwar zur Einrichtung geriatrisch/psychogeriatrischer Kliniken oder Abteilungen geführt. Deren Berechtigung sowie die Effektivität ihrer Rehabilitationskonzepte lassen sich auch aus dem hohen Prozentsatz der Patienten ablesen, die von ihnen wieder nach Hause entlassen werden können: In 75 % kann „Pflegebedürftigkeit" vermieden, beseitigt, vermindert oder hinausgezögert werden (Bernard, 1986; Burley et al., 1979; Füsgen, 1988; Rubenstein et al. 1984). Die Verweildauer in geriatrischen Abteilungen/Kliniken ist länger als in Akutkrankenhäusern: Ihre intensiven therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen aber können sehr viele alte Menschen vor chronischem Siechtum bewahren. Es gilt zweifelsfrei, daß eine entsprechende Vermehrung zu einer deutlichen Verbesserung der Behandlung alter Menschen führen würde.

Ein älterer oder alter Mensch wird im Erkrankungsfall nicht automatisch zu einem geriatrischen Patienten. Die Zentraleuropäische Arbeitsgemeinschaft gerontologischer/geriatrischer Gesellschaften hat am 19. September 1990 die Frage „Wer ist ein geriatrischer Patient?" mit folgender Definition beantwortet:

„Ein geriatrischer Patient ist ein biologisch älterer Patient,

— der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet ist,

— der zur Multimorbidität neigt,

— bei dem ein besonderer Handlungsbedarf rehabilitativ, somatopsychisch und psychosozial besteht" (Sitzungsprotokoll).

Um zu verhindern, daß wegen nicht erfolgter/nur ungenügender Rehabilitation der betagte Patient vorschnell in ein Pflegeheim verlegt wird — ein solcher Schritt sollte zukünftig nur nach eingehender konsiliarischer Beratung durch fachkompetente Therapeuten erfolgen —, böten sich als kurzfristiger Ausweg rehabilitationserfahrene geriatrische Teams unter fachkundiger ärztlicher Leitung als Service-Gruppen an, wie es zur Zeit in Heidelberg versucht wird. Diese könnten neben dem Krankenhaus auch in der Praxis und im Sozialdienst beratend/entscheidend mit tätig sein. Hier sollten auch Erfahrungen aus der ehemaligen DDR mit der Institution eines beratenden Arztes für Geriatrie sorgfältig analysiert werden (Schulz, 1992). Auf Dauer aber muß ein Netz von geriatrischen Abteilungen/Kliniken oder von geriatrisch geprägten Rehabilitationsabteilungen an Krankenhäusern geschaffen werden. Leider wird dieser Notwendigkeit heute noch kaum/keine genügende Aufmerksamkeit gewidmet. Dies gilt gleichermaßen für die Geriatrie wie für die Psychogeriatrie.

Bei der Geriatrie als einem Bereich der Inneren Medizin überwiegen somatische Diagnosen, während in der Psychogeriatrie psychische Behinderungen/Erkrankungen oder Schwierigkeiten in der psychosozialen Integration als Folge psychischer, aber auch primär körperlicher Erkrankungen vorhanden sind. In einem hohen Prozentsatz liegen bei älteren Patienten gleichzeitig somatische wie psychische Krankheitszustände vor, deren gemeinsames Therapieren die Behandlungsdauer erheblich verkürzen kann (vgl. Bergener, 1990).

Deshalb setzt das Funktionieren geriatrischer Abteilungen gebietsübergreifende Kenntnisse aus der Inneren Medizin und Psychiatrie voraus. Die Einrichtungen müssen das gesamte Spektrum der altersspezifischen Diagnosen abdecken ohne Berücksichtigung der Verweildauer und unabhängig von einer vorausgegangenen stationären Behandlung. Aber sie sind keine Abteilungen, um Belegungs- und Auslastungsprobleme zu kompensieren, noch sind sie Einrichtungen, denen Patienten zugewiesen werden,

für die eine längere Verweildauer von vornherein absehbar ist. Für Patienten, bei denen ambulante Rehabilitation nicht ausreicht, die andererseits stationäre Behandlung nicht benötigen, sind Tageskliniken als teilstationäre Einrichtungen im Sinne des Krankenhausgesetzes (KHG) sinnvoll. Erfahrungen des westlichen Auslandes gleichermaßen wie Ergebnisse aus den leider nur wenigen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland — es existieren zur Zeit 14 geriatrische und 14 psychogeriatrische Tageskliniken — beweisen deren Effektivität sowohl auf medizinisch-rehabilitativem als auch auf sozialem Sektor. Dazu kommt dann noch die deutlich günstigere Kostensituation einer solchen Rehabilitation gegenüber einer stationären Behandlung (Meier-Baumgartner, 1985; Schütz, 1988).

Ambulante Dienste im Sinne von mobilen Diensten können die bisher angesprochenen geriatrischen Einrichtungen sinnvoll ergänzen (vgl. Kapitel 15). Aber auch sie sind leider in der Bundesrepublik Deutschland Mangelware. Eine neue Variante von Behandlung und Rehabilitation ist schließlich die Kurzzeitpflege, das heißt die zeitlich befristete stationäre Ganztagesbetreuung pflegebedürftiger alter Menschen, die ansonsten zu Hause versorgt/gepflegt werden. Hier hat sich eine Entwicklung angebahnt, die sicher sehr positiv, in ihren Auswirkungen aber zur Zeit noch nicht endgültig abzuschätzen ist. Diese zu klären ist eine dringliche Aufgabe der Evaluationsforschung.

Zeichnet sich während der Akutversorgung eines Älteren ab, daß aktivierende Behandlung im Krankenhaus nicht in genügendem Umfang garantiert werden kann, und existieren andererseits keine ortsnahen geriatrischen Einrichtungen, dann sollte man überlegen, ob der Patient in andere Einrichtungen mit guter Rehabilitationskompetenz zu verlegen ist. Behandlungen in ortsfernen Institutionen sollten nur dann in Betracht gezogen werden, wenn

— eine geriatrische Klinik nicht vorhanden und die Möglichkeit wohnortsnaher ambulanter Leistungen nicht ausreichend sind,

— Rehabilitationsmaßnahmen unter besonderen klimatischen Bedingungen und/oder Einbeziehen ortsgebundener Kurmittel erforderlich sind,

— die vorübergehende völlige Herauslösung aus dem persönlichen Umfeld notwendig erscheint.

Tatsächlich interessieren sich zunehmend Rehabilitationseinrichtungen für geriatrische Patienten. Die Vorschriften des § 7 Gesundheits-Reformgesetz (GRG) schließen sie auch nicht mehr von diesen Maßnahmen aus. Dieses Interesse scheint mehr merkantiler Natur zu sein: Denn bisher ist nichts geschehen, um die Hindernisse zu beseitigen, derentwegen ältere Patienten in der Regel nicht in den Genuß dieser Einrichtungen kommen können: Rehabilitationskliniken akzeptieren nur Patienten, deren Diagnosen der Klinikkonzeption entsprechen, bei denen keine zusätzlichen Einschränkungen vorliegen und keine über die zu behandelnde Krankheit hinausgehenden Pflegeleistungen notwendig sind. Es wird erwartet, daß die Patienten weitgehend selbständig sind und an den angebotenen Maßnahmen zur Rehabilitation wie Jüngere teilnehmen können. Spezielle Alterserfordernisse werden nicht erkannt oder allenfalls bei Intensität und Dauer der Rehabilitation berücksichtigt. Liegen aber Inkontinenz, Multimorbidität, Verwirrtheitszustände, psychische Einschränkungen und Behinderungen im Bewegungsapparat oder ähnliches vor, wird eine Aufnahme meist abgelehnt, das heißt, die Aufnahmevoraussetzungen der bestehenden Einrichtungen sind a priori für die meisten alten Menschen zu hoch angesetzt.

Es ist zudem kritisch anzumerken, daß wohnortferne Rehabilitation die psychosoziale Kompetenz der Patienten erheblich beeinträchtigen kann. Sinnvoll sind Rehabilitationskliniken eigentlich nur dann zu nutzen, wenn der ältere Patient ein Anschlußheilverfahren — z. B. bei koronarer Herzkrankheit, nach Schlaganfall oder bei Rheuma — erhalten soll. Ungeeignet für Rehabilitationsmaßnahmen sind sie jedoch nach Abklingen oder Beherrschen der akuten zu einem Behandlungsbedarf führenden Erkrankung.

Die Forderung nach Ausbau geriatrischer Behandlungseinheiten in der Bundesrepublik Deutschland wird seit Jahrzehnten erhoben. So hat auch die Konferenz der Gesundheitsminister der Bundesländer 1987 eine Entschließung zu einer adäquaten stationären Versorgung Alters- und Langzeitkranker angenommen. Sie schränkt allerdings ein, daß keine zusätzlichen Bettenkapazitäten geschaffen werden sollten, vielmehr die Umwidmung vorhandener Betten im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung ausreichend sei. Diesem Plan, der zudem der Realisation in weiten Teilen der Bundesrepublik Deutschland harrt, ist nur zuzustimmen, wenn neben der Bettenumschichtung die Institutionen in den Stand versetzt werden, ihre fachlichen, personellen und räumlichen Ausrichtungen den erforderlichen geriatrischen Standards entsprechend anzupassen, das heißt: Die Diskussion über Geriatrie/Psychogeriatrie und deren Entwicklung kann nicht von Begriffen des Managements und der Ökonomie beherrscht werden, sondern ist den erforderlichen Bedürfnissen entsprechend zu führen.

Die leider nur wenigen Ergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland belegen dennoch, daß eine spezielle Behandlung, Versorgung und Rehabilitation von Älteren zu hervorragenden Ergebnissen führen kann. Theoretisch setzen sich diese Kenntnisse in der Bundesrepublik Deutschland langsam auch bei den Politikern durch: Der Handlungsbedarf ist aber unverändert groß und das Handeln dringend einzufordern. Deshalb ist es zu begrüßen, daß auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die medizinische und pflegerische Versorgung im geriatrischen/psychogeriatrischen Bereich als Schwerpunkt in sein Jahresgutachten 1990 aufgenommen hat (Sachverständigenrat, 1990). Es bleibt zu hoffen, daß neben strukturellen Veränderungen im Krankenhaussektor auch zeitgemäße Personalschlüssel für die Geriatrie anerkannt werden, die es ermöglichen, alle heute an sich bewährten diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten im Rahmen einer umfassenden Behandlung im Einzelfall auch tatsächlich auszuschöpfen.

10. Arzneimittelanwendung bei älteren Patienten

10.1 Einleitung

Der gesamte Umsatz an Fertigarzneimitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Privaten Krankenversicherung (PKV) und in der Selbstmedikation (ohne freie Heilfürsorge und den Beihilfeanteil der öffentlich Bediensteten einschließlich Pensionäre) kann für die Altersgruppe der über 65jährigen auf nahezu 12 Mrd. DM jährlich geschätzt werden (Schwabe & Paffrath, 1989).

Nicht nur diese große wirtschaftliche Bedeutung, sondern mehr noch die medizinische und humanitäre Bedeutung einer optimalen Arzneimitteltherapie für ältere Patienten rechtfertigen die Forderung, die Möglichkeiten einer Verbesserung der Pharmakotherapie für diese Patienten ständig zu überprüfen, sie zu erweitern und in die Praxis umzusetzen.

Die Entscheidung über die Anwendung von Arzneimitteln bei älteren Patienten ist — wie im übrigen auch bei anderen Altersgruppen unserer Bevölkerung — in erster Linie Angelegenheit der Ärzte und der sonstigen zur Verordnung von Arzneimitteln befugten Heilberufe. Allein dadurch wird sichergestellt, daß Arzneimittel entsprechend dem individuellen Krankheitsbild therapiegerecht eingesetzt werden.

Die traditionelle und von der Sache her gebotene zentrale Stellung des Arztes in der Pharmakotherapie, die er durch Diagnose, die Auswahl und Verordnung des Arzneimittels und die Überwachung der Therapie innehat, bedarf aber der Ergänzung. Diese Überlegungen und Maßnahmen betreffen insbesondere die Notwendigkeit, dem Arzt und dem älteren Patienten das soweit wie möglich auf seinen individuellen Bedarf zugeschnittene Arzneimittel zur Verfügung zu stellen. Die Prüfung, welche Möglichkeiten hier zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie von älteren Patienten bestehen, muß sich auf alle für die Bereitstellung und Anwendung der Arzneimittel wichtigen Gebiete erstrecken: Forschung und Entwicklung, klinische Prüfung und Zulassung, Verordnung, Selbstmedikation, Information und Anwendung.

10.2 Forschung und Entwicklung

Forschung und Entwicklung für die Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen betreffen, soweit es um die Bereitstellung spezieller Arzneimittel für diese Altersgruppe geht, in erster Linie solche gegen Altersbeschwerden („Geriatrika") und primäre Alterskrankheiten (siehe Kapitel 5). Die Möglichkeit, den Alterungsprozeß beim Menschen durch den Einsatz von Arzneimitteln zu verzögern, anzuhalten oder gar umzukehren, wird in der Wissenschaft eher skeptisch beurteilt. Arzneimittel für primäre Alterskrankheiten unterliegen bezüglich Forschung und Entwicklung den gleichen Grundsätzen, wie sie für Arzneimittel allgemein gelten. Da diese Arzneimittel ohnehin nur für Patienten im höheren Lebensalter entwickelt werden, sollten bereits in der Forschungs- und Entwicklungsphase mehr als bisher die pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Besonderheiten bei Älteren berücksichtigt werden.

Arzneimittel, die bei „alternden Krankheiten" oder bei „Krankheiten im Alter" (siehe Kapitel 5) angewendet werden, sind dagegen weniger Gegenstand der Forschung und Entwicklung, auch hinsichtlich spezieller Darreichungsformen. Sie werden vielmehr in der Regel für eine breite Anwendung in allen Altersgruppen erforscht und entwickelt und gehen deshalb auf die speziellen Bedingungen einer Anwendung im höheren Lebensalter nicht oder nur wenig ein. Die Verantwortung für die gesamte Beurteilung des richtigen Einsatzes des Arzneimittels bei Älteren liegt heute deshalb noch fast ausschließlich beim Arzt.

Trotz der beim verordnenden Arzt verbleibenden Verantwortung im Einzelfall ist es dringend geboten zu prüfen, ob und wie mehr als bisher schon im Rahmen der Forschung und Entwicklung eines neuen Arzneimittels oder eines verbesserten Arzneimittels die besonderen Bedingungen des Einsatzes bei älteren Patienten in die Überlegungen und Entscheidungen des Herstellers einbezogen werden können. Dies betrifft die Anpassung an die Anforderungen einer altersgerechten Anwendung durch spezielle Abstimmung der Zusammensetzung und der Bioverfügbarkeit sowie die Frage, ob bei einem bei älteren Patienten häufig verordneten Arzneimittel die bekannten Risiken aus den physiologischen Veränderungen im Alter durch entsprechende chemische und physikalische Ausgestaltung des Arzneimittels ganz oder teilweise verringert oder sogar ausgeschlossen werden können. Die Verringerung dieser Risiken durch Änderung der Eigenschaften des Arzneimittels selbst könnte die Gefahr von Fehlverordnungen wesentlich reduzieren.

Ein weiteres wichtiges Problem in der Arzneimitteltherapie älterer Patienten betrifft die Anwendung von Kombinationspräparaten. Nach der sowohl in der Pharmakologie als auch bei der Zulassung von Arzneimitteln bestehenden Tendenz wird den Monopräparaten wegen des besser zu führenden Wirksamkeitsnachweises, aber auch wegen der besseren individuellen Dosierungsmöglichkeiten der Vorrang vor fixen Kombinationen gegeben. In der Pharmakotherapie älterer Patienten nimmt wegen der zunehmenden Multimorbidität auch die Häufigkeit der Verordnungen zu. In der Praxis resultieren daraus nicht selten erhebliche Schwierigkeiten und Risiken, die auf fehlerhafter Einschätzung der Wirkungen und Nebenwirkungen, insbesondere aber auch auf Interaktionen zwischen den verschiedenen verordneten Arzneimit-

teln beruhen. Rechtfertigt sich daraus die Überlegung, ob im Hinblick auf die Bedingungen in der ambulanten Praxis, nicht zuletzt auch wegen der mit der Zahl der verordneten Medikamente steigenden Verwechslungsgefahr durch den Patienten, die Stellung der Kombinationsarzneimittel in der Therapie hochbetagter Patienten anders, als es dem gegenwärtigen Trend entspricht, bewertet werden muß? Die Beibehaltung und Entwicklung von in dieser Richtung sinnvollen Kombinationsarzneimitteln können bei älteren Patienten therapeutische Vorteile bieten. Zu fordern sind dann aber Kombinationen, die nach Zusammensetzung, Dosierungs- und Darreichungsvarianten häufigen ärztlichen Verordnungen bei multimorbiden älteren Patienten entsprechen und eine ausreichende Anpassung an die individuelle Situation ermöglichen.

10.3 Klinische Prüfung und Zulassung

Die klinische Prüfung von Arzneimitteln, die vorwiegend oder doch jedenfalls in erheblichem Umfang in der medikamentösen Behandlung älterer Patienten eingesetzt werden sollen, muß die üblicherweise zur klinischen Pharmakologie geforderten Versuche und Ergebnisse, und zwar auf diese Altersgruppe bezogen, umfassen. Die von der EG erarbeiteten Hinweise (EG-Hinweise, 1989) befassen sich sehr eingehend mit der klinischen Prüfung von Arzneimitteln bei alten Menschen. Die Hinweise sind von grundlegender Bedeutung und können bei breiter Anwendung wesentlich zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie im Alter beitragen. Ergänzend ist auf die Rückmeldungen aus der Praxis zurückzugreifen, die zusätzliche Anhaltspunkte für weitere in die klinische Prüfung einzubeziehende Parameter geben können. Die Ergebnisse solcher Untersuchungen sollten — soweit sie für die Verordnung durch den Arzt bedeutsam sind — in die Fachinformationen nach § 11 Abs. 1 Nr. 14 Arzneimittelgesetz aufgenommen werden. Die Überlegung, dem Allgemeinpraktiker die Ergebnisse solcher Untersuchungen und die daraus zu ziehenden Schlußfolgerungen nicht nur auf ein einzelnes Arzneimittel bezogen (etwa über die Fachinformation), sondern firmenübergreifend für typische und häufige Verordnungen bei älteren Patienten, insbesondere auch bei Multimorbidität, zur Verfügung zu stellen, verdient eine weitere Prüfung.

10.4 Verordnung und Selbstmedikation

Der Erfolg der Arzneimitteltherapie hängt wesentlich von der Mitarbeit des Patienten ab, die vor allem durch angemessene Information bei der Verordnung erreicht werden kann. Dieser essentielle Bestandteil der ärztlichen Verordnung kann durch andere Maßnahmen nicht ersetzt werden.

Neben den ärztlich verordneten Arzneimitteln spielt bei älteren Menschen die Selbstmedikation eine erhebliche Rolle. Entsprechend dem Anteil des Arzneimittelverbrauchs der über 60jährigen am Gesamtarzneimittelverbrauch in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kann davon ausgegangen werden, daß von dem geschätzten Arzneimittelumsatz durch Selbstmedikation in Höhe von rund 5 Mrd. DM nahezu die Hälfte auf die Altersgruppe über 60 Jahre entfällt. Voraussetzung für eine möglichst gefahrlose Selbstmedikation ist eine vollständige und für den Laien geeignete Information.

10.5 Information, Beratung und Überwachung

Wichtigster Vermittler der für die Arzneimitteltherapie notwendigen Informationen und Beratungen ist bei den ärztlich verordneten Arzneimitteln auch für den älteren Patienten der Arzt selbst. Voraussetzung für die Wahrnehmung dieser Aufgabe ist, daß der Arzt sich umfassende Kenntnisse über diejenigen Arzneimittel im besonderen verschafft, die er in seiner praktischen Tätigkeit älteren Patienten verordnet. Angesichts der Fülle von Informationen über die Arzneimitteltherapie im Alter aus Wissenschaft, Praxis und dem Kreis der Arzneimittelhersteller erscheint eine kritische Sichtung, Wertung und Konzentration dieser Informationen wichtig. Eine periodisch, etwa jährlich, von den genannten Informationsträgern herausgegebene Informationsschrift für alle Ärzte über Pharmakotherapie bei älteren Patienten könnte nicht nur die Grundlagen dieser Therapie nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft, sondern auch die praktisch wichtigen Entwicklungen und Ergänzungen schnell vermitteln.

Die Grenzen, die der Information und Beratung durch den Arzt gezogen sind, erhöhen die Notwendigkeit und Bedeutung der Anleitung und Überwachung durch andere Gesundheits- und Sozialberufe, die bei Anwendung der Arzneimittel Kontakt mit dem älteren Kranken haben. Die bisherigen Bemühungen um Fortbildung für solche Informationsaufgaben sollten verstärkt und, soweit bisher nicht geschehen, Kenntnisse zur Erfüllung dieser Aufgabe in der Ausbildung dieser Berufe verankert werden.

Neben diesen persönlichen Informations-, Beratungs- und Überwachungswegen ist bei anderen Informationswegen (z. B. über Packungsbeilagen oder Begleitinformationen) deren optimale Ausgestaltung für den älteren Patienten eine vordringliche Aufgabe.

Allgemeine Informationen über die Arzneimitteltherapie werden häufig über die Massenmedien (Fernsehen, Rundfunk, Presse) gegeben. Sie sind nicht selten von erheblichem Einfluß auch auf das Verhalten älterer Arzneimittelverbraucher. Gleichwohl aber zeigt eine Vielzahl von Untersuchungen, daß die Regelmäßigkeit der Einnahme mit zunehmendem Alter und Dauer der Erkrankung abnimmt. Dies gilt in besonderem Maße bei psychisch Kranken. Eine verbesserte Information kann zwar dazu beitragen, daß die Einnahme eines Arzneimittels entsprechend seiner Verordnung erfolgt. Die zahlreichen Besonderheiten in der Pharmakotherapie im Alter sollten aber zu einem besonders kritischen Umgang mit Medikamenten veranlassen. Auf jeden Fall sollte hierbei vermieden werden, daß die Wasserschäden größer werden als die ursprünglichen Brandherde.

Auch die Möglichkeiten der Informationsverbesserung durch Selbsthilfegruppen und Altenbildungseinrichtungen über spezielle Volkshochschulangebote und Verbraucherinformationen müssen in diesem Zusammenhang erwähnt werden. Zu diesen Möglichkeiten ist auch die Arbeit der Einrichtungen für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene zu rechnen, die im Rahmen ihrer öffentlichen Aufgaben in der Gesundheitsbildung auch einen Schwerpunkt für die Probleme einer sicheren Arzneimitteltherapie im Alter bilden könnten.

10.6 Werbung für Arzneimittel

Die Werbung für Arzneimittel wird im wesentlichen durch das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens geregelt. Die danach zulässige Werbung für Arzneimittel ist in erster Linie ein Instrument zur Beeinflussung des Marktes und von der Absicht bestimmt, den Absatz eines bestimmten Arzneimittels zu fördern. Zugleich ist sie aber auch ein wichtiges Mittel zur Information, im Rahmen der Selbstmedikation zur Information des Verbrauchers, im Bereich der verordneten Arzneimittel zur Information der zur Verordnung befugten Heilberufe.

10.7 Anwendung von Arzneimitteln durch ältere Patienten

Die Verordnung von Arzneimitteln durch den Arzt verfehlt nicht selten den erstrebten Erfolg, wenn nach der Abgabe des Arzneimittels bei der Anwendung durch den älteren Patienten Schwierigkeiten auftreten, die der Patient nicht oder nur mit Hilfe anderer Personen überwinden kann. Folgende Probleme stehen im Vordergrund (WHO-Report, 1989, S. 15ff.): Zugänglichkeit zum verpackten Arzneimittel; altersgerechte Darreichungsformen, Teilbarkeit, Färbung, Lesbarkeit und Verständlichkeit der Packungsbeilage.

Zugänglichkeit

Trotz erheblicher Bemühungen der Hersteller, die Möglichkeit zur Entnahme der Einzeldosis altersgerecht zu gestalten, haben sich deutliche Schwierigkeiten für ältere Patienten durch die Notwendigkeit ergeben, Arzneimittel kindersicher zu verpacken (DIN-Norm 55 559). Obgleich das Problem in der Praxis durchaus bekannt ist, haben sich offensichtlich endgültig befriedigende Lösungen noch nicht finden lassen.

Darreichungsform, Teilbarkeit, Färbung

Darreichungsformen sind für die Akzeptanz eines Arzneimittels durch ältere Patienten wichtig. Für Arzneimittel, die bei älteren Patienten häufig verwendet werden, sollten auch altersgerechte Darreichungsformen zur Verfügung stehen. Mit der Darreichungsform hängt die Teilbarkeit der Einzeldosis eng zusammen; sie ist bei den einzelnen Darreichungsformen recht unterschiedlich und bei einigen für den Älteren überhaupt nicht oder nur unvollkommen möglich. Soweit die Wahl der für diesen besseren Darreichungsform auf Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme stößt (vgl. Arzneimittelrichtlinien, Nr. 21, Buchstabe h), weil solche Arzneimittel teurer als andere Darreichungsformen sind, wird zu bedenken sein, daß die Nichteinnahme oder fehlerhafte Einnahme eines Arzneimittels, die so verursacht wäre, zu wesentlich aufwendigeren Leistungen (z. B. einer stationären Aufnahme) führen können.

Entgegen der Entwicklung in Ländern außerhalb der Bundesrepublik Deutschland erscheint ein Verzicht auf Färbung des Arzneimittels gerade auch wegen der Belange älterer Patienten nicht möglich. Unterschiedliche Färbung der Arzneimittel setzt die Verwechslungsgefahr bei der Verordnung mehrerer Arzneimittel, die bei älteren Patienten die Regel ist, wesentlich herab.

Lesbarkeit und Verständlichkeit der Packungsbeilage

Trotz der Selbstverständlichkeit der Forderung nach Lesbarkeit und Verständlichkeit der Packungsbeilage (vgl. Arzneimittelgesetz 1988, § 11) stößt ihre Durchsetzung auf Schwierigkeiten. In vielen Fällen ist die Verwendung der medizinischen Fachsprache notwendig. Soweit vertretbar, sollte im Zweifel der Allgemeinverständlichkeit der Vorrang gegeben werden, weil sonst die eigentliche Aufgabe der Packungsbeilage, den Anwender über die wichtigsten Gesichtspunkte der Wirksamkeit und Sicherheit des Arzneimittels zu informieren, nicht ausreichend erfüllt wird.

11. Probleme der Pflegebedürftigkeit

11.1 Einleitung

Zu den „großen" Themen der wenigen im Deutschen Bundestag zur Altersproblematik gehaltenen Ansprachen gehört das der Pflegebedürftigkeit. Fast alle Kommunen klagen über die ständig steigende finanzielle Belastung, welche ihnen durch die auf Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zurückzuführende Heimunterbringung einer zunehmenden Zahl — vor allem von hochbetagten Personen — erwachse. Der oft hervorgehobene Pflegenotstand wird unter anderem auch unter Hinweis auf die wachsende Zahl von pflegebedürftigen hochbetagten Frauen und Männern begründet (vgl. Kapitel 18.4).

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist in unserer Rechtsordnung „nicht einheitlich definiert" (Drucksache 10/1943, 1984, S. 3). Demnach gibt es in unterschiedlichen Rechtsgebieten wie dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem sozialen Entschädigungsrecht, Steuerrecht, Beihilferecht und der Unfallversicherung unterschiedliche Umschreibungen, die dem jeweiligen Aufgabenbereich angepaßt sind. Divergente rechtliche Bewertungen erfolgen u. a. gegen den Hintergrund einer unpräzisen Fassung der Pflegebedürftigkeit seitens der Medizin. Das Recht und die Rechtsprechung zur Pflegebedürftigkeit nehmen also Bezug zu einem ungeklärten medizinischen Erkenntnisstand.

Bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit geht es um die Beantwortung der Fragen, ob (1.) ein Zustand als normal gelten darf (als Folge von Altersgebrechlichkeit oder, in moderner Formulierung, des Alterungsprozesses in der Phase des hohen Alters); ob er (2.) von der Norm des gesunden alten Menschen abweicht (also als eine Folge von Krankheit bzw. von Behinderung anzusehen ist), jedoch eine Verbesserung, Linderung oder die Verhütung einer Verschlimmerung nicht zu erreichen sind; und (3.), ob es sich um einen krankhaften Zustand handelt, der mit Hilfe gesundheitsfördernder Maßnahmen gebessert, gelindert bzw. vor Verschlimmerung bewahrt werden kann. Nur Letzteres gilt im Krankenversicherungsrecht derzeit überwiegend als „Nicht-Pflegebedürftigkeit", während die beiden erstgenannten Zustände als „Pflegebedürftigkeit" betrachtet werden — bei aller Unschärfe der Abgrenzungsmöglichkeit.

11.2 Unbestimmtheit des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in der Medizin und im Krankenversicherungsrecht

Sowohl der Behandlungs- als auch der sogenannte Pflegefall erfordern pflegerische Maßnahmen, d. h. in beiden Fällen liegt Pflegebedarf vor. Die Fortschritte der Altersmedizin lassen heute auch bei Leiden wie dem Schlaganfall, der Parkinsonschen Krankheit, Knochenbrüchen, schweren Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates einschließlich des Gelenkrheumatismus, der Herzinsuffizienz usw. auch bei Betagten eine sinnvolle Behandlung möglich sein. Da zunehmend bei chronisch Kranken/Behinderten durch Behandlung Schmerzen und Beschwerden gelindert, das Leben verlängert und/oder eine Verschlimmerung des Leidens verhütet werden kann, sind Kriterien einer behandlungsbedürftigen Krankheit vielfach noch bei als Pflegefall klassifizierten Personen gegeben. Schließlich kann man in aller Regel davon ausgehen, daß eine Pflegebedürftigkeit krankheitsbedingt und damit auch deshalb mittelbar als Krankheit einzuschätzen ist.

Am Beginn solcher Zustände erhöhter Abhängigkeit stehen entweder akute Ereignisse wie Unfälle oder Infarkte oder aber krankhafte Veränderungen z. B. der zerebralen Systeme.

Dennoch wird die Frage, ob es Pflegebedürftigkeit als ausschließliche Folge von (reiner) Altersgebrechlichkeit gibt oder nicht, weiter gestellt. Die Grenzziehung zwischen Krankheitszuständen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, und behandlungsbedürftigen Krankheiten erscheint weithin zufällig, insbesondere unter Berücksichtigung der Unterscheidung zwischen chronischen und akuten Krankheiten. Es gibt durchaus Mediziner, auch wenn sie heute in der Minderheit sind, die Pflegebedürftigkeit als einen durch chronische Krankheit charakterisierten Zustand interpretieren, auf den bezogen eine Behandlungs- und Besserungsfähigkeit nicht zu negieren ist (so z. B. BMJFFG, 1988 b; Grond, 1987 b). Damit wird das Bemühen um eine juristische Unterscheidung zwischen „Krankheit und Behinderung" als Zustand und dem Bedarf an „Wartung und Pflege" als einer qualitativ anderen Folge dieses Zustandes (siehe die Unterscheidung zwischen Eingliederungshilfe für Behinderte, Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege im BSHG) in bezug zur Pflegebedürftigkeit hinfällig. Der „medizinische Kern" dessen, was gemeinhin unter Pflegebedürftigkeit verstanden wird, ist aufgegeben. Dieser Schritt wurde im Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 bereits vollzogen, wenn es medizinische Vorsorgeleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (§ 23) ebenso vorsieht wie Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit (§ 107).

Zugleich bleibt Pflegebedürftigkeit auch im Gesundheits-Reformgesetz ein Zustand, der die Ausgrenzung aus Leistungsrechten zur Folge hat — mit allen finanziellen Folgen für die Betroffenen. Die auf seiner Grundlage erarbeiteten „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Abgrenzung des Kreises der schwerpflegebedürftigen Personen" (vom 9. August 1988) heben diese Leistungsausgrenzung nicht auf, sie ergänzen sie vielmehr durch eine weitere

Facette, nämlich durch jene der Leistungseingrenzung besonderer Maßnahmen auf einen eng umschriebenen Personenkreis mit hochgradiger Abhängigkeit von fremder Hilfe (abgedruckt in: Maaßen, Schermer, Wiegand & Zipperer, 1992, Ziffer 6800).

Die Kriterien zur Abgrenzung zwischen einem Zustand der Behandlungsbedürftigkeit und einem Zustand der Pflegebedürftigkeit variieren in Abhängigkeit von der Lebenssituation und dem Behandlungsort. Im Falle häuslicher Versorgung ist das Vorliegen eines Pflegefalles im Geltungsbereich des SGB V anzunehmen, sofern sich die notwendigen pflegerischen Leistungen auf jene der Grundpflege beschränken (d. h. Behandlungspflege nicht als erforderlich erachtet wird). Die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung ist als Abgrenzungskriterium unter diesen Bedingungen unerheblich. Anders im Falle stationärer Krankenhausversorgung. Hier ist ein Pflegefall anzunehmen, wenn ein zielstrebiger medizinischer Heilplan mangels hinreichender Erfolgsaussichten nicht greift. Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege sind insoweit nebensächlich, als sie sich in diesem Falle nicht in den Rahmen des medizinischen Heilplans einordnen (Igl, 1987, S. 340, 342).

11.3 Begriff und Funktion der Pflegebedürftigkeit in der DDR

Auch die DDR kannte den Begriff der Pflegebedürftigkeit. So waren z. B. in der Richtlinie zur Durchführung der Verordnung über Feierabend- und Pflegeheime (vom 2. Oktober 1978, VuM Sdr. vom 16. November 1978) drei Pflegestufen festgelegt, wie in der Bundesrepublik Deutschland in der Hauptsache orientiert an Einschränkungen der Selbständigkeit und an Pflege- und Betreuungserfordernissen (Ministerium für Gesundheitswesen, 1980, S. 137ff.). Doch sollte diese Stufeneinteilung, dem Wortlaut der Richtlinie folgend, geriatrisch-rehabilitative Maßnahmen fördern, den Einsatz des Pflegepersonals steuern und eine differenzierte Betreuung gewährleisten. Selbst wenn man diese vorgegebenen Funktionen nicht eingelöst sieht, so ist doch unzweifelhaft, daß die Eingruppierung für die Pflegebedürftigen selbst keine finanziellen Folgen hatte. Sie bezahlten zuletzt 120 Mark im Monat im Falle ihrer Institutionalisierung infolge von Pflegebedürftigkeit, sei es im Krankenhaus oder im Pflegeheim — unabhängig von der Pflegestufe.

Insoweit bleibt festzuhalten, daß die Einordnung als „pflegebedürftig" in der DDR nicht die Funktion und Wirkung einer Ausgrenzung aus einem anderen Sicherungssystem hatte (wie traditionell in der Bundesrepublik Deutschland, bezogen auf die Krankenversicherung mit Ausnahme der Regelung im Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988). Es war vielmehr eine Etikettierung, die die Erlangung eines gewünschten Krankenhaus- oder Heimplatzes zur Folge haben konnte, und zwar ohne negative finanzielle Folgen für den Betroffenen und seine Familienmitglieder. Die Heimkosten oder Krankenhauskosten bei Pflegebedürftigkeit waren auch beim Bezug einer Mindestrente in Höhe von 330 Mark im Monat aus dem eigenen Einkommen des Rentners/der Rentnerin aufzubringen unter Beibehaltung hinreichender, frei verfügbarer Einkommensanteile.

Pflegebedürftigkeit bedeutete in den offiziellen Konzepten der DDR keineswegs einen Gesundheitszustand, der Verbesserung oder gar Linderung ausschloß. Der fest installierte Heimarzt hatte u. a. die Aufgabe, für prophylaktische und rehabilitative Maßnahmen sowie für Behandlungsmaßnahmen Sorge zu tragen (siehe die angeführte Richtlinie). Gegen dieses gängigen Pflegebedürftigkeitskonzepten der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehende positivere und stärker Leistungen zuweisende Konzept der DDR ist mit einem kritischen Hinweis auf vergleichsweise niedrige Leistungsqualitäten in den Krankenhäusern und Heimen für alte Menschen in der DDR nicht zu argumentieren. Die Übernahme des Rechts- und Leistungssystems der Bundesrepublik Deutschland bedeutet insoweit einen Bruch.

11.4 Unbestimmtheit der „inhaltlichen Ausformung" des Konzepts der Pflegebedürftigkeit in der Sozialgesetzgebung und in Heimen für ältere Menschen

Im Kontext der Sozialgesetzgebung (hier insbesondere BSHG) und der verbundenen Sozialen Dienste steht Pflegebedürftigkeit für einen Pflegebedarf unterschiedlicher Ausprägung und differenzierter Intensität. Er konkretisiert sich in einem Bedarf an körperlicher und/oder psychiatrischer Grund- und Behandlungspflege, im Bedarf an Hilfe im Haushalt, im Bedarf an Betreuung. Wenn er durch Krankheiten verursacht ist, so sind doch diagnostische Kategorien ein unzulänglicher Indikator für die Beeinträchtigung und die resultierende Pflegebedürftigkeit (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1987). Da die Sozialhilfe als letztes Auffangbecken fungiert, sind ihre Bestimmungen der Tendenz nach weit gefaßt; sie sind auffangend, nicht einengend und damit Leistungen ausschließend. Aber: Es gilt den angemessenenen Pflegeaufwand zu bestimmen. In einer Vermischung der Aspekte, die sich besonders eindrücklich anhand der Pflegestufen innerhalb der Pflegesatzvereinbarungen für Heime zeigt, werden zur Bestimmung dieses Hilfebedarfs Zustandsbeschreibungen der Personen im Hinblick auf ihren Pflegebedarf (Wartung und Pflege) sowie Krankheitsdiagnosen wahlweise herangezogen. Funktion der Pflegestufenbestimmung ist es, die notwendigen Personalschlüssel und die angestrebten Pflegesätze sicherzustellen. Das heißt, es besteht eine nur indirekte Beziehung zwischen dem Pflegebedarf und der medizinischen Kategorie der Pflegebedürftigkeit.

Ein bisher keiner systematischen Analyse unterzogenes Rechtsgebiet ist die Einstufung von Heimbewohnern nach Graden der Pflegebedürftigkeit — womit unterschiedliche Pflegesätze und somit auch die Risiken des Sozialhilfeempfangs verbunden sind. Der „große Rahmen" der Vorschriften des BSHG zur „Hilfe zur Pflege" wird zwar gewahrt, doch findet eine

Ausformung des Status des Empfängers von Pflegehilfen statt, die bisher keiner fachlich-inhaltlichen Kontrolle seitens der relevanten Fachdisziplinen (Rechtswissenschaften, Medizin, Pflegeforschung) unterworfen ist.

Die folgende Abbildung verdeutlicht optisch unterschiedliche Grenzziehungen zwischen den Pflegestufen der Heimbereiche in den einzelnen Bundesländern der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland. Dabei gilt es zu berücksichtigen, daß einheitliche Benennungen von Pflegebedarfsgraden nicht bedeuten, daß hier eine inhaltliche Identität gegeben ist. Aufschluß über die groben Gesichtspunkte der Pflegebedürftigkeitsbeurteilung vermitteln die Pflegesatzvereinbarungen der Bundesländer. Über die hierauf aufbauenden Verfahren der ärztlichen Begutachtung der Pflegebedürftigkeit kann mangels entsprechender Untersuchungen nur spekuliert werden.

Aus den Pflegesatzvereinbarungen der Bundesländer seien kurz die inhaltlichen Konzepte der Pflegebedürftigkeit angeführt. In der inhaltlichen Umschreibung der Zustände, die zur Zuweisung einer höheren Pflegestufe im Heimbereich führen, zeigen sich am deutlichsten die traditionellen Kriterien der Pflegebedürftigkeit. Diese sind insbesondere:

— Harn- und/oder Stuhlinkontinenz,

— ständige Bettlägerigkeit,

— Notwendigkeit einer stetigen Aufsicht/Wartung (infolge von Verwirrtheitszuständen),

— Hilflosigkeit bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.

Dabei wird mangelnde Besserungsfähigkeit im Rahmen eines gezielten Heilplanes unterstellt, denn sonst

Abbildung 9

Stufen der Pflegebedürftigkeit gemäß den Pflegesatzvereinbarungen der einzelnen Bundesländer (Stand: 1987)

Land	keine Betreuung	geringe Betreuung	leichte Pflege	mittlere Pflege	schwere Pflege	schwerste Pflege
Baden-Württemberg				mittlere Pflege (1)	schwere Pflege (2)	schwerste Pflege (3)
Bayern	keine Einteilung nach Pflegebedürftigkeitsstufen					
Berlin					erhöht pflegebedürftig	
Hamburg		geringe Betreuung (0)	leichte Pflege (1)	erhöhte Pflege (2)	schwere Pflege (3)	
Hessen	keine Betreuung (1)		leichte Pflege (2)	erhöhte Pflege (3)	schwere Pflege (4)	
Niedersachsen	keine Betreuung (1)	besondere Betreuung (2)	pflegebedürftig (3)		schwer pflegebedürftig (4)	
Nordrhein-Westfalen			erhöht pflegebedürftig		schwer pflegebedürftig	
Rheinland-Pfalz			pflegebedürftig		besonders pflegebedürftig	
Saarland					schwere Pflege	schwerste Pflege
Schleswig-Holstein Nord			leichte Pflege (1)	mittlere/ mit.schw. Pflege (2/3)	schwere Pflege (4)	außergewöhnliche Pflege (5)
West	keine/geringe Betreuung (1)		pflegebedürftig (2)		schwer pflegebedürftig (3)	

Quelle: Hinschützer, 1988, S. 103.

läge ja Behandlungsbedürftigkeit vor. Mit verändertem Blickwinkel und unter Berücksichtigung heutiger Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten wird man allerdings nach dem gegebenen Behandlungszugang des so global umschriebenen Mangelzustandes fragen müssen, insbesondere bei:

— Harn- und Stuhlinkontinenz,

— bei Verwirrtheitszuständen,

— bei der Immobilisierung durch Bettlägrigkeit.

Es offenbart sich in der traditionellen Bildung der Pflegestufen die Anwendung überholter Krankheitskonzepte im Alter bzw. des Alters, die für Verbesserungen der Negativzustände, die hohe Pflegegrade begründen, keinen Raum lassen.

Unter diesem Blickwinkel sind die Pflegestufenbildungen interessant, die von dem skizzierten gängigen Schema abweichen:

— Baden-Württemberg: Der Schwerstpflegezuschlag ist unter anderem durch folgende Bedarfe begründet:

  — Sondenernährung,

  — Sauerstoffinhalationen,

  — Wundversorgung bei Decubitus, Gangrän, Abszessen/Carcinomen, Anus präter oder einer vergleichbaren Wundversorgung (Hinschützer, 1988, S. 107).

— Hamburg: Dort enthält die Punktetabelle von Zuständen, die eine ständige persönliche Hilfe erforderlich machen können und die dann u. a. der Einstufung zugrunde gelegt werden, auch die mit drei von zehn Punkten insgesamt bewertete aktivierende Pflege (Hinschützer, 1988, S. 110).

— Hessen hat seit Anfang 1986 den Personalaufwand bei aktivierender Pflege in seiner Pflegestufenbildung berücksichtigt. Dort begründen demnach die zeitweise aktivierende Betreuung (wegen Antriebsmangel, Bedürfnislosigkeit oder Mangel an sozialen Fertigkeiten) bzw. die ständige aktivierende Pflege (damit der Heimbewohner wenigstens zeitweise außerhalb des Bettes sein kann) und/oder die ständige aktivierende Betreuung (aus den oben genannten Gründen) die Pflegegruppen drei bzw. vier (Hinschützer, 1988, S. 111).

Es gibt also wenigstens in drei von zuvor elf Bundesländern Entwicklungen, die dazu geführt haben, daß Zustände, die Behandlungspflege erfordern oder die eine Aktivierung nach gegebenem Erkenntnisstand nahelegen, die Anerkennung eines höheren Pflegebedürftigkeitsgrades nach sich ziehen. So sehr damit dem heutigen Erkenntnisstand Rechnung getragen wird — letztlich geht es um die Zumessung von mehr Personal im Pflegebereich (im übrigen eine Handhabung, die auch bei psychiatrischer Pflege immer mehr greift) —, so inkonsequent sind diese Entwicklungen gegen den Hintergrund der Beibehaltung des traditionellen Konzeptes der Pflegebedürftigkeit. Denn: Baden-Württemberg führt Leistungen der Behandlungspflege ein; Hamburg und Hessen setzen auf die Besserungsfähigkeit durch Anregung und Aktivierung und auf die Verhütung einer Verschlimmerung durch entsprechende Maßnahmen, und zwar zumindest im Rahmen eines gezielten „Pflegeplans".

Pflegebedürftigkeit, wie sie sich auf der Grundlage der Rechtsprechung zum Krankenversicherungsrecht der RVO ausgeformt hat, ist aber gerade das Gegenteil von Behandlungsbedürftigkeit und Besserungsfähigkeit — sie ist ein Zustand, der einen gezielten ärztlichen Heilplan nicht erfordert, da hinreichende Erfolge im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustandes oder der Verhütung einer Verschlimmerung nicht zu erwarten sind. Dabei ist anzumerken, daß das Gesundheits-Reformgesetz von 1988 — mit Wirkung ab 1. Januar 1989 bzw. später — im Falle einzelner Leistungen bei Pflegebedürftigkeit diese traditionelle Ausformung der Pflegebedürftigkeit aufgibt, wenn es von der Möglichkeit der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit mittels Maßnahmen der medizinischen Vorsorge (§ 23 Abs. 1 Satz 3) ausgeht und auch von der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit mittels Rehabilitation spricht (§ 197 Abs. 2 Buchstabe b). Bei konsequenter Handhabung steht somit das derzeit vorherrschende Konstrukt der Pflegebedürftigkeit zur Disposition. Die Folgediskussion wird sich u. a. auch mit der Pflegestufenbildung in den Heimen befassen müssen.

11.5 Das Problem der Anzahl pflegebedürftiger alter Menschen

Angesichts der Unklarheit des Konzeptes der Pflegebedürftigkeit kann es nicht verwundern, daß es erhebliche Schwierigkeiten in der Erfassung des Personenkreises sogenannter Pflegebedürftiger gibt.

In dem schon erwähnten Bericht der Bundesregierung zum Problem der Pflegebedürftigkeit aus dem Jahre 1984 wird die Zahl der auf derartige Hilfe angewiesenen Personen in der Bundesrepublik auf 1,6 Millionen im Haushalt und auf rund 970 000 in Heimen lebende Frauen und Männern geschätzt. Dabei wurde die starke Altersabhängigkeit von Pflegebedürftigkeit hervorgehoben. Da „neuere Zahlen nicht vorhanden seien", stützte sich die Regierung bei diesen Aussagen auf eine im Jahre 1978 im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführte repräsentative Erhebung des Socialdata-Instituts (Socialdata, 1980).

Auch heute noch stellt diese Erhebung die umfassendste ihrer Art in Mitteleuropa dar und wird daher noch immer als wichtigste Datenquelle zu der Problematik „Pflegebedürftigkeit" angesehen, so z. B. im Bericht über die Lage der älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 1989 (vgl. auch Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, Baden-Württemberg, 1986, S. 91 f.).

Wie vom Institut für Urbanistik festgestellt wurde, dürfte die Situation der Gruppe der Intensitätsstufe C zugeordneten Personen nicht immer den Bestimmungen des § 68 BSHG entsprechen, wonach nur derjenige als hilflos im Sinne des Gesetzes anzusehen ist, „der infolge von Gesundheitsstörungen für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in

Tabelle 14

Unterscheidung der Gruppen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bei zu Hause lebenden älteren Menschen nach Socialdata 1980

A: auf intensive Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung angewiesen; die Mehrzahl ist ständig bettlägerig.		
65- bis 79jährig: 0,9 %	80 und älter: 6,5 %	65 und älter: 1,7 %
B: in mehreren Bereichen nicht in der Lage, sich selbst zu helfen; auf Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung täglich angewiesen; in Teilbereichen ist noch Eigenaktivität möglich.		
65- bis 79jährig: 2,2 %	80 und älter: 9,3 %	65 und älter: 3,4 %
C: auf Pflege leichterer Intensität angewiesen; teilweise auch auf hauswirtschaftliche Versorgung oder Betreuung im Aktionsradius stark eingeschränkt.		
65- bis 79jährig: 4,9 %	80 und älter: 12,6 %	65 und älter: 6,0 %
D: Blinde, Taube und Stumme sowie alle Personen, die eine intensive Betreuung benötigen, sowie jene, die ihren Haushalt nicht oder nur zum Teil selbst führen können.		
65- bis 79jährig: 4,0 %	80 und älter: 24,8 %	65 und älter: 7,1 %
Die Gruppen A bis D zusammen stellen die Gesamtheit der in dieser repräsentativen Umfrage erfaßten Hilfs- und Pflegebedürftigen im höheren Lebensalter.		
65- bis 79jährige: 12,0 %	80 und älter: 53,2 %	65 und älter: 18,2 %

Quelle: Bäcker, Dieck, Naegele, Tews, 1989.

erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf" (vgl. Nummer 21 der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit" des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung von 1973, behandelt in: Oestereicher, Schelter & Kunz, 1989, § 68, Rdz. 4).

Nach Socialdata (Socialdata, 1980) ist bei den Personen der Gruppe C die Hilflosigkeit nicht so intensiv bzw. extensiv, daß „ständige Pflege und Wartung" notwendig wären. Die hauswirtschaftliche Versorgung kann bei dieser Gruppe durch stundenweisen Einsatz von Helfern aus dem nahen Umfeld und/oder durch mobile Hilfsdienste sichergestellt werden. Dies gilt auch für die in Gruppe C einbezogenen Fälle der „leichten Grundpflege bzw. Behandlungspflege".

Geht man jedoch davon aus, daß ein Teil der in der Socialdatastudie der Gruppe C zugeordneten Fälle doch Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 68 BSHG geltend machen kann, und berücksichtigt man die in der Mehrheit der anderen genannten Studien ermittelten Inzidenzraten, so wäre von einem Anteil von 4,5 bis 6,5 % der zu Hause lebenden über 65jährigen Bevölkerung auszugehen, der als pflegebedürftig anzusehen ist (vgl. Tabelle 15). Inzwischen liegen die Ergebnisse einer Infratest-Studie aus den Jahren 1991/92 vor, deren Bewertung noch nicht abgeschlossen ist und die deshalb von der Kommission nicht berücksichtigt werden konnte.

Erwähnt sei aber, daß nach einer ebenso wie die Socialdata-Studie auf schriftlicher Befragung beruhenden Erhebung des Landes Baden-Württemberg aus dem Jahr 1982 (Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, Baden-Württemberg, 1986, S. 51) die Selbstversorgung der älteren Mitbürger zu 98 % in bezug auf die Funktionen des Aufstehens bzw. Zubettgehens, des Essens und Trinkens und der Entleerung gegeben war, jene in bezug auf das An- und Auskleiden war bei 96 % und in bezug auf das Baden bei 94 % der befragten Personen im Alter von 65 — 84 Jahren möglich. Bei den „Tätigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung" gab es in bezug auf Kochen und Wäschepflege bzw. Reparaturen die in den untersuchten Geburtsjahrgängen zu erwartenden geschlechtsspezifischen Unterschiede (vgl. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, Baden-Württemberg, 1986, S. 55).

Die zum Teil erheblichen Unterschiede in den Frequenzen pflegebedürftiger älterer Personen, wie sie in Tabelle 15 nach verschiedenen Studien ersichtlich werden, dürften auf die Art der ausgewählten Stichproben, die Erhebungsmethoden und die unterschiedlichen Kriterien für „Abhängigkeit" bzw. „Pflegebedürftigkeit" zurückzuführen sein. Es ist ein erheblicher Unterschied, ob die Beurteilung (I) von Experten, vornehmlich Medizinern, vorgenommen wird oder ob sie (II) auf subjektiven Einschätzungen Betroffener basiert. Zudem ist zu berücksichtigen, daß der Begriff der Pflegebedürftigkeit außerhalb des deutschen Sprachgebietes und jenseits deutscher Rechtstraditionen nicht eingeführt ist.

Vielmehr wird in diesen Studien abgestellt auf chronische Zustände und deren Auswirkungen auf Aktivitäts- und Selbstversorgungsmöglichkeiten (Nationale Gesundheitsstatistik der USA nach Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1987), auf Erscheinungsformen der Behinderung, auf funktionale Einschränkungen etc. (siehe die

Tabelle 15

Prozentuale Anteile der in Privathaushalten lebenden pflegebedürftigen Personen nach derzeit vorliegenden Studien

Studie	Region	Prozentualer Anteil pflegebedürftiger Personen in der Altersgruppe		
		65+	65—75/80	75/80+
Lange, K., 1964	Krs. Düsseldorf-Mettmann	10		
Akhar et al., 1973	England		1,6	5
Spector et al., 1987	USA		1,5	(74—84) 3,75 (85+) 9,46
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 1974	Münster/W. + Krs. Dortmund	6,9		
Lange, U., 1975	Berlin	5,6		
Blücher et al., 1976	Steffisbg./Schw.	4,6		
Socialdata-Institut für empirische Sozialforschung, 1980	Bundesrepublik Deutschland	5,1	(–79 J.) 3,1	(80+) 15,8
Wieltschnig, 1982	Schweiz		1	4,7
Mittag, 1983	Bonn	5,4		
Wahl, 1987	Mannheim	4,4		
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1986	Städtische Bev. Baden-Württemberg	1,5		

zitierte schwedische Untersuchung). Wo man bei uns der Pflegebedürftigkeit eine andere Qualität als die der Behandlungsbedürftigkeit zuweist und letztere zum zentralen Kriterium der Leistungsberechtigung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung macht, differenzieren andere Länder nach der Zeitdauer der Erkrankung. Das heißt, es greift im medizinischen Denken in stärkerem Maße die Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Erkrankung, zwischen restituierender und rehabilitierender Medizin. Eine Folge ist eine gegenüber unserem Versorgungs- und Sicherungssystem verschobene Grenzziehung zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten, bei der chronisch kranke alte Menschen eher im Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsdienste verbleiben. Diese Unterschiede erschweren internationale Vergleiche. Die Konzeptionsunterschiede bedingen unterschiedliche Problemwahrnehmungen.

Der Vergleich von relevanten Forschungsergebnissen wird erschwert durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Altersgruppen und durch die unterschiedlichen Definitionen relevanter Stichproben (inclusive oder exclusive Heimbewohner, Krankenhauspatienten etc.)

Ergänzend zur Tabelle 15 sei auf weitere Untersuchungen hingewiesen: In Göteborg (Schweden) wurde eine repräsentative Stichprobe der 1971/72 70jährigen, 1976/77 75jährigen und 1981/82 79jährigen Alterskohorte in einer breit angelegten interdisziplinären (medizinischen, psychologischen, sozialwissenschaftlichen) Studie untersucht. Die ermittelten medizinischen Daten beruhen auf intensiven psychiatrischen und internistischen Einschätzungen des Gesundheitszustandes inklusive der verbundenen Funktionseinschränkungen. Eingeschlossen war eine Einstufung der gegebenen Mobilität und des Pflegebedarfs. Dieser Untersuchungsteil wurde in der Ambulanz des Vasa-Krankenhauses durchgeführt, und zwar zu überwiegenden Teilen von den involvierten Medizinern (Rinder, Roupe, Steen & Svanborg, 1975). Der erste Kontakt in der eigenen Wohnumgebung der Betroffenen wurde durch Krankenpflegepersonal hergestellt. Eingeschlossen in die Untersuchung sind Heimbewohner und zu Hause lebende ältere Menschen der betreffenden Kohorte. Unter anderem wurde die Prävalenz von Handlungs- und Leistungseinschränkungen (disabilities) und von Behinderungen (handicaps) ermittelt (vgl. WHO, 1980). Ein Ergebnis lautet: Von den 70jährigen sind 3 % so stark behindert (advanced handicaps), daß ihre institutionelle Versorgung für notwendig erachtet wird, von den 75jährigen 5 % und von den 79jährigen 8 % (Svanborg, 1988). Bei den 75jährigen gaben 95 % der Männer und Frauen an, keine Pflege (personal care) zu benötigen. Im Alter von 79 Jahren waren es noch 85 % der Männer und 90 % der Frauen, die keine Pflege (personal care) erhielten (Svanborg, Sixt, Sundh & Thornton, 1988).

Ebenfalls nicht berücksichtigt wurde in der Tabelle 15 eine in Basel (Stadt) und in den Vororten von Bern durch Ärzte und Medizinalpraktikanten durchgeführte mündliche Befragung, welche im Gegensatz zu

den in der Tabelle genannten Studien sowohl in Privathaushalten als auch in Heimen lebende, über 65jährige Personen einschloß (Abelin & Schlettwein-Gsell, 1980). Auch unter Berücksichtigung der Heimbewohner ergab sich ein täglicher Pflegebedarf nur bei 5,6 % dieser Stichprobe. Der ermittelte tägliche Bedarf an Haushaltshilfe bei jenen, die keinen täglichen Pflegebedarf aufweisen, erstreckte sich auf weitere 8 % der Stichprobe. Ein seltener als täglicher Bedarf an Pflegehilfe wurde bei 21 % der Stichprobe festgestellt, ein seltener als täglicher Bedarf an Haushaltshilfe bei 27 %. Bei der ältesten Gruppe, den 86jährigen und älteren, wurde ein bei 30 % liegender täglicher Pflegebedarf und ein bei 70 % liegender Gesamtbedarf an Pflegehilfe (täglich und seltener) konstatiert. Von den älteren Menschen mit täglichem Pflegebedarf lebten nur 40 % im eigenen Haushalt, die übrigen in Alten- bzw. zumeist in Pflegeheimen. Für die Älteren mit einem seltener als täglichen Bedarf an Pflegehilfe erfolgte keine entsprechende Aufteilung nach dem Ort der Pflege (Abelin et al., 1985).

Im Unterschied zu den Methoden der Socialdata-Studie, die sich auf postalisch verschickte Fragebogen stützte, beruhen die anderen auf persönlichen Befragungen und — im Falle der schwedischen Studie — auf medizinischen Untersuchungen von Stichproben, die jeweils repräsentativ für bestimmte Regionen bzw. Großstädte waren. Obwohl diese auf direkter Beobachtung beruhenden Studien eine Zunahme der Häufigkeit von pflegebedürftigen Personen bei Hochbetagten konstatieren, ist diese Zunahme weit geringer als in der deutschen Studie. Während diese eine Erhöhung der Frequenz von 3,1 % auf 15,8 % in der Hochbetagtengruppe konstatierte, stieg der Anteil der pflegebedürftigen Hochbetagten in den anderen Untersuchungen teils um etwas mehr als die Hälfte (vgl. Tabelle 15), teils um das Viereinhalbfache. Ähnlich verlief die Zunahme von pflegebedürftigen Personen bei den über 75jährigen in der englischen Studie (Akhtar, Broe, Crombie, McLean, Andrews & Cairol, 1973).

Unter Zugrundelegung des niedrigsten Mittelwertes aus den in Tabelle 15 angegebenen Inzidenzraten von etwa 4,5 % Pflegebedürftigen waren von den 9,3 Millionen über 65jährigen Bürgern der Bundesrepublik Deutschland Ende 1987 418 500 der zu Hause lebenden Personen pflegebedürftig, unter Zugrundelegung einer Inzidenzrate von 6,5 % wären es 604 500. Damit läge die Zahl der Pflegebedürftigen um mehr als eine Million niedriger als die von der Bundesregierung (Kapitel 11.5 zweiter Absatz) und somit auch in der Öffentlichkeit immer genannten Zahlen.

Über die Zahl von 604 500 Personen hinaus wird eine größere Anzahl von älteren Personen vor allem auf Hilfe im Haushalt und auf zeitweise medizinisch-pflegerische Hilfen angewiesen sein. Man muß aber berücksichtigen, daß der heute ersichtlich werdende Hilfe- und Pflegebedarf außer durch die Veränderung der familiären Strukturen — auch durch gesellschaftliche Entwicklungen und eine höhere Lebenserwartung und nicht unbedingt durch eine drastische Verschlechterung des Gesundheitszustandes älterer Personen verursacht ist.

11.6 Überwindung des Konzepts der Pflegebedürftigkeit und seine Folgen

Die zuvor kritisierte mangelnde Klarheit in der Differenzierung unterschiedlicher Beurteilungszugänge für einen als Pflegebedürftigkeit bezeichneten Zustand könnte durch (stärkere) Rezeption des medizinisch-epidemiologischen Modells der WHO behoben werden, das auf die Krankheitsfolgen abstellt (WHO, 1980):

Krankheit (disease) als Ausgangspunkt für (möglicherweise)

— nachweisbare Beeinträchtigungen psychischen, somatischen, anatomischen Ursprungs (impairments). Der Betroffene weicht von dem Normzustand des Gesunden ab (1. Wirkungsebene). In einer möglichen nächsten Wirkungsebene sind

— Handlungs- und Leistungsbeeinträchtigungen gegeben (disabilities), d. h. die Krankheitsfolgen berühren die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt (2. Wirkungsebene). Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeit resultieren (3. Wirkungsebene). Eine weitere Wirkungsebene betrifft

— Behinderungen (handicaps), die es dem Betroffenen erschweren, die ihm unter Bedingungen der Nicht-Behinderung zufallenden Rollen auszufüllen (4. Wirkungsebene).

Pflegebedürftigkeit ist, hält man an diesem Konzept fest, demnach auf der dritten und vierten Wirkungsebene angesiedelt.

Manton (1987) plädiert für eine verstärkte Beachtung der Entstehung und des Verlaufs chronischer Erkrankungen durch Analyse der Hauptrisikofaktoren. Er zeigt für die USA, daß die herrschende Medizin durch Maßnahmen der primären Prävention die Mortalität und somit auch die Lebenserwartung beeinflußt, nicht jedoch in gleichem Maße die Ursachen chronischer Erkrankungen und ihre negativen Folgen.

Wie ein Vergleich der Regelungen in verschiedenen europäischen Nachbarländern zeigt (vgl. von Maydell, 1992), erzwingt die frühere Vernachlässigung chronischer Krankheiten in jedem sozialen Sicherungssystem spezielle Maßnahmen zugunsten einer neuzeitlichen Absicherung des Risikos der chronischen Krankheit mit einhergehender Einschränkung der Selbständigkeit, u. a. des Angewiesenseins auf Pflegeleistungen. Diese Maßnahmen können als Langzeitversorgung (ärztliche Behandlung, Pflege und Hotelleistungen umfassend) oder auch nur als Pflegeleistung definiert werden. Doch kann eine derartige Sicherung absehen von einer qualitativen Unterscheidung von Behandlungsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit. Das Konzept der Pflegebedürftigkeit erweist sich zunehmend als obsolet.

11.7 Exkurs zum unbestimmten Konzept der Pflegebedürftigkeit im Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990

In diesem Exkurs verdeutlichen sich die Auswirkungen einer unzureichenden analytischen Vorleistung gerontologisch relevanter Disziplinen auf dem hier behandelten Gebiet.

Das Gutachten 1990 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen legt einen Schwerpunkt auf die Behandlung von „Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit". Es wird der Versuch unternommen, die besonderen Anforderungen alter Patienten an Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation zu würdigen. Die Argumentation geht in Richtung einer verstärkten Beachtung der Altersmedizin in der Ausrichtung der Gesundheitsversorgung und in der Ausbildung.

Unübersehbar ist die im Gutachten selbst verbleibende Unklarheit darüber, was denn nun als „normales Altern" und was als „krankhaftes Altern" anzusehen ist, was als „Krankheit" und was als „Pflegebedürftigkeit". Es schleicht sich ein negatives Altersstereotyp der Gutachter ein, wenn zu den Besonderheiten älterer Patienten im psychisch-intellektuellen Bereich u. a. der Verlust an Lebenswillen, Interessenlosigkeit und Depressivität, Angst und Mißtrauen zählen und im sozialen Bereich Isoliertheit (z. B. durch das „Überwiegen von Witwen") oder im Einzelfall die Verwahrlosung (Ziff. 175). Derartige Auflistungen sind ebenso hilflos wie unsachgerecht, geht es um eine Betrachtung der spezifischen psychischen und sozialen Einwirkungen auf negative Gesundheitszustände im Alter. In jedem Einzelfall würde es gelten, die statistische Häufigkeit zu diskutieren und damit die „Normalität" oder „Abnormalität" der beschriebenen Problemsituation und der angeführten Verarbeitungsstrategie im höheren Lebensalter. So ließe sich zeigen, daß abnehmender Lebenswille weder die Krankheitssituation im Alter noch die Lebenssituation generell kennzeichnet. Und es ließe sich nachweisen, daß Witwen (und Witwer) nach Überwindung der Trauerphase keineswegs als besonders isoliert gelten können.

Problematisch ist auch die Darlegung eines Altersbildes in diesem Kontext, das geprägt ist durch die Annahme, „chronische Alterskrankheiten" seien Manifestationen des „natürlichen Alterns" (Ziff. 154). Damit werden chronische Krankheitserscheinungen in den Rang der Normalität des Alterns erhoben. Dem ist entgegenzuhalten: Krankheit bleibt auch im Alter ein Zustand, der von der Norm des gesunden Menschen abweicht, selbst wenn rein statistisch die Häufigkeit von Krankheiten, von akuten wie von chronischen, im hohen Alter zunimmt.

Es ist keineswegs konzeptionell erforderlich, Gesundheitseinschränkungen im Alter zur „Normalität des Alters" zu erheben, um mit gutem Grunde gegen eine Diagnostik zu argumentieren, die weder für die Therapie noch für die Rehabilitation Relevanz aufweist (z. B. Ziff. 154). Und es erscheint unsachgerecht, mit dem inhaltlich nicht ausgefüllten Konzept „völliger Gesundheit im klassischen Sinne" (Ziff. 156), das im Alter nicht einzulösen sei, für die Akzeptierung einer „Normalität der Einschränkung" im Alter zu werben.

Die Unklarheit bezüglich des Begriffs „Pflegebedürftigkeit", die in den Vorschlägen des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen enthalten ist, tritt auch im Widerspruch der Ziffern 147 und 221 (S. 106) hervor. In Ziffer 147 wird eine berechtigte Kritik an der Gleichsetzung von Alter und Krankheit und dem Verlust an körperlichen und geistigen Fähigkeiten vorgenommen. Dabei wird darauf verwiesen, daß „immer mehr Menschen bis ins hohe Alter geistig, körperlich und sozial aktiv sowie leistungsfähig bleiben".

In deutlichem Widerspruch zu diesen Feststellungen wird in Ziffer 221 (S. 138f.) argumentiert: „Der Anstieg von Krankheit, Invalidität und Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Lebensalter belegt einen grundlegenden Sachverhalt menschlichen (und allen) Lebens: Gemessen an der Leistungsfähigkeit des mittleren Lebensalters ist zunehmendes Alter mit fortschreitenden Einschränkungen der Funktions- und Leistungsfähigkeit verbunden. Mit zunehmendem Alter vermindern sich Aufnahmefähigkeit, Anpassungsfähigkeit, Kraft und Ausdauer kontinuierlich, wenn auch subjektiv ‚in Schüben' wahrgenommen."

Mit dieser explizit und implizit vorgenommenen Ableitung von Zuständen, welche mit dem Begriff „Pflegebedürftigkeit" umschrieben werden, aus Vorgängen der Verlängerung von Reaktionszeit, Verlängerung der Prozesse der Informationsverarbeitung und der physischen Kraft und Ausdauer wird eine wissenschaftlich in keiner Weise haltbare Interpretation von experimentellen Befunden vorgenommen. Die unter dem Begriff „Pflegebedürftigkeit" zusammengefaßten äußerst unterschiedlichen Zustände und Krankheitsbilder können aus diesen an normalen Versuchspersonen gewonnenen Befunden, die sich auf sehr spezifische, im Alltag des älteren Menschen kaum geforderte Reaktionstests, Geschicklichkeits- und Ausdauerproben beziehen, in keiner Weise abgeleitet werden.

Diese Form der Fortsetzung der bestehenden Ausgrenzung chronischer Krankheiten im Alter aus unserem gesundheitlichen Versorgungssystem ist weder wissenschaftlich noch ethisch zu rechtfertigen. Ebenso bedenklich ist die in Ziffer 222 (S. 139) enthaltene These, trotz „des Kontinuums der abnehmenden Fähigkeit zur Selbstbestimmung" könne man „hohe Anforderungen an den Willen zur Selbsthilfe" stellen. Der zur Stützung dieser Behauptung eingebrachte Begriff der „Malleabilität" des biologischen Alternsprozesses läßt sich mit der zuvor mehrfach gebrauchten These von deren Schicksalhaftigkeit nicht vereinbaren. Die Einführung eines zur Selbsthilfe fähigen „Willens" in einem durch unausweichliche biologische Abbauprozesse angeblich völlig funktionsunfähig gewordenen Greisenkörper gleicht den Kunstgriffen antiker Dramatiker, zur Lösung schwieriger Restprobleme einen „deus ex machina" einzuführen.

Nur wenn man von einer wirklich interdisziplinären Sicht von Altersveränderungen ausgeht, welche somatische, psychische und soziale Einflußfaktoren in ihrer Auswirkung während des ganzen Lebens zu erfassen sucht, wird man die wirklichen Ursachen der mit dem Begriff „Pflegebedürftigkeit" umschriebenen Zustände erfassen, ihnen vorbeugen und ihr Ausmaß sowohl durch gesundheitliche und soziale Hilfen als auch durch die Mitarbeit der betroffenen Patienten beeinflussen können.

12. Das Alterssicherungssystem und die Absicherung des Pflegefalles in der Bundesrepublik Deutschland (unter Berücksichtigung europäischer Regelungen)

12.1 Das bestehende System der Alterssicherung

Die Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland ist nicht einheitlich in einem System geregelt. Vielmehr gibt es für verschiedene Personengruppen unterschiedliche Regelungen (Arbeitnehmer, Beamte, Selbständige), die in unterschiedlichem Umfang das Versorgungsziel, einen angemessenen Lebensstandard zu sichern, gewährleisten (vgl. BMFuS, 1992, Kap. 3.7.2). Die Vielgestaltigkeit der Regelungen wird noch dadurch erhöht, daß für die meisten Personengruppen das Regelsicherungssystem durch Zusatzsysteme (betriebliche Altersversorgung, Lebensversicherung) ergänzt wird.

Für alle Systeme ist kennzeichnend, daß sie am Erwerbseinkommen anknüpfen und die Leistungen demgemäß nach Bezugsdauer und Höhe dieses Erwerbseinkommens variieren. Soweit die Regelsicherungssysteme keine ausreichende Versorgung gewährleisten, greift die Sozialhilfe als Auffangsicherung ein (vgl. BMFuS, 1992, Kap. 3.7.3.2).

12.2 Die durch das bestehende System gewährleistete Versorgungslage

12.2.1 Objektive Einkommenssituation

Das bestehende Alterssicherungssystem gewährleistet dann eine ausreichende Regelversorgung, wenn ein durchschnittliches Arbeitseinkommen während eines lückenlosen Erwerbslebens bezogen worden ist. Gibt es dagegen erhebliche Lücken in der Erwerbsbiographie oder ist das Arbeitseinkommen in seiner Höhe unterdurchschnittlich gewesen, so wird die Alterssicherung nicht ausreichen, um den Lebensbedarf sicherzustellen. Die dann eingreifende Sozialhilfe gewährt nur eine subsidiäre Mindestsicherung. Auf diese Mindestsicherung ist der ältere Mensch auch dann angewiesen, wenn im Alter ein besonderer Bedarf entsteht, etwa durch Pflegebedürftigkeit: Denn die Altersleistungen berechnen sich nach dem Erwerbseinkommen im aktiven Berufsleben, nicht am konkreten Bedarf im Alter.

Für die Versorgungslage ist weiter von entscheidender Bedeutung, ob die Regelsicherung durch ein Zusatzsystem aufgestockt wird. Das ist heute noch häufig nicht der Fall (vgl. dazu BMFuS, 1992, Kap. 3.7.2.2, S. 177ff.).

Die Datenlage über die tatsächliche Versorgung der älteren Menschen ist nach wie vor nicht ausreichend. Das gilt vor allem für die Fälle, in denen eine Leistungskumulation vorliegt (vgl. BMFuS, 1992, Kap. 3.7.6 und 3.7.7).

12.2.2 Subjektive Einschätzung

Mit der objektiven Versorgungslage muß nicht unbedingt die subjektive Einschätzung der eigenen Situation durch den älteren Menschen übereinstimmen. Die insoweit vorliegenden Untersuchungen zeigen jedoch, daß auf der Grundlage einer weitgehenden Zufriedenheit die Selbsteinschätzung der älteren Menschen mit den nach Geschlecht und sozialer Stellung differierenden materiellen Einkommensverhältnissen korrespondiert; die bestehenden Versorgungslücken werden als solche durchaus wahrgenommen (vgl. im einzelnen BMFuS, 1992, Kap. 3.7.8).

12.3 Herausforderungen in der Zukunft

12.3.1 Die demographische Entwicklung

Die demographischen Veränderungen, wie sie im ersten Kapitel dargestellt worden sind, werden in der Zukunft die entscheidende Herausforderung für das Alterssicherungssystem darstellen. Inwieweit die im Rentenreformgesetz 1992 geschaffenen Instrumente, die eine gleichgewichtige Belastung der Beitragszahler, der Rentner und des Staates (als Zahler des Bundeszuschusses) sicherstellen sollen, bereits für eine langfristige Stabilisierung des Alterssicherungssystems ausreichen, läßt sich gegenwärtig noch nicht abschließend sagen. Es ist allerdings wahrscheinlich, daß spätestens nach der Jahrhundertwende zusätzliche Maßnahmen notwendig werden.

12.3.2 Integration der neuen Bundesländer

Nachdem im Vollzug der Währungs- und Sozialunion ab 1. Juli 1990 das Alterssicherungssystem der früheren DDR dem Recht der Bundesrepublik Deutschland angenähert worden war, wurde durch das Rentenüberleitungsgesetz (RÜG) die Integration der Alterssicherung in den neuen Bundesländern in das ab 1. Januar 1992 in der ganzen Bundesrepublik Deutschland geltende Rentenrecht (Sozialgesetzbuch

VI — SGB VI) durchgeführt. Die Rechtseinheit bedeutet aber noch nicht eine volle Angleichung der Versorgungsverhältnisse. Vor allem das Rentenniveau ist in den neuen Bundesländern gegenwärtig noch niedriger entsprechend den dort bestehenden niedrigeren Einkommen. Die Renten in den neuen Bundesländern werden separat angepaßt, wobei die Anpassungssätze sich nach der Entwicklung der Erwerbseinkommen richten. Entsprechend der höheren Lohnzuwachsrate wachsen auch die Renten in den neuen Bundesländern schneller als in den alten. Wann dieser Prozeß zu einem einheitlichen Rentenniveau in ganz Deutschland führen wird, läßt sich Anfang 1992 noch nicht exakt sagen.

Die Umstellung der bisherigen DDR-Renten auf das Recht der Bundesrepublik Deutschland hätte dazu geführt, daß zahlreiche Rentner sehr niedrige Leistungen erhalten würden, die durch die Sozialhilfe hätten aufgefüllt werden müssen. Um dieses Ergebnis zu mildern, wurden die bisher gezahlten Renten in ihrem Bestand geschützt. Durch den Sozialzuschlag sollten die Elemente des bisherigen Rentenrechts in ihrem Bestand zunächst erhalten bleiben. Diese Besitzstandsregelung, die sich praktisch wie eine Mindestrente auswirkt, soll mit Ende des Jahres 1996 auslaufen. Der Deutsche Bundestag hat in einer Entschließung, die im Zusammenhang mit der Beratung des RÜG verabschiedet worden ist (vgl. BR-Drucksache 390/91), die Bundesregierung beauftragt, die Alterssicherung der Frauen in der leistungsbezogenen Rentenversicherung zu verbessern. Eine solche Reform der Alterssicherung der Frau sollte vor allem

a) die Anerkennung von Zeiten der Kindererziehung und der Pflege verbessern und dabei die Tatsache berücksichtigen, daß Familienarbeit oft auch gleichzeitig mit der Erwerbsarbeit geleistet wird,

b) eigenständige Rentenanwartschaften der Frauen ausbauen und

c) einen wichtigen Beitrag zur Lösung des Problems der Altersarmut leisten.

Dieses Konzept soll bis zum Jahresbeginn 1997 verwirklicht werden, die Maßnahmen zu a) sogar noch in dieser Legislaturperiode.

Abgesehen von diesen Umstellungsschwierigkeiten bestehen gegenwärtig noch einige Unklarheiten, inwieweit die Umstellung des Rentenrechts voll mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Insbesondere die Begrenzung der Höhe der Zusatzrenten ist von den Betroffenen häufig nicht akzepiert worden und hat zu zahlreichen Prozessen geführt, die letztlich bis zum Bundesverfassungsgericht führen dürften. Der Ausgang dieser Rechtsstreitigkeiten ist ungewiß. Potentiell bedeutet dies, daß auch für die nächsten Jahre noch Ungewißheit bezüglich der Eingliederung des Rentenrechts der früheren DDR in das System des SGB VI weiterbestehen wird.

12.3.3 Europäische Dimension

Das deutsche Alterssicherungssystem wird in der Zukunft auch im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft (EG) sich zu bewähren haben. Herausforderungen stellen sich insoweit in mehrfacher Hinsicht.

Zunächst geht es um die Koordination der verschiedenen Alterssicherungssysteme in der EG. Dadurch soll sichergestellt werden, daß Wanderarbeitnehmer keine Nachteile dadurch erleiden, daß sie von dem im EG-Vertrag verbürgten Recht der Freizügigkeit Gebrauch gemacht haben. Diesem Zweck dienen die EG-Verordnungen über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer, insbesondere die Verordnung (EWG) 1408/71 (vgl. Ruland, 1991). Eine solche Koordination läßt die bestehenden Unterschiede der nationalen Sozialsysteme grundsätzlich unberührt, sie ist also nicht mit einer Angleichung der Systeme verbunden.

Auch darüber hinaus kann das europäische Recht das nationale Alterssicherungssystem beeinflussen. Das geschieht insbesondere durch die im EG-Vertrag niedergelegten Grundprinzipien, die durch den Europäischen Gerichtshof ausgeformt und gemeinschaftsfreundlich angewendet werden. Neben der Freizügigkeit ist unter anderem der Grundsatz des gleichen Entgelts von Männern und Frauen (Artikel 119 EWGV) zu nennen, der z. B. Auswirkungen auf das Recht der Betriebsrenten gehabt hat (Verbot der mittelbaren Diskriminierung durch eine geschlechtsneutral formulierte Regelung, die aber überwiegend Frauen trifft; z. B. Ausschluß der Teilzeitarbeiter bei der betrieblichen Altersversorgung, wenn die überwiegende Anzahl der Teilzeitarbeitnehmer Frauen sind).

Ein weiteres Element der sozialen Dimension der EG ist, daß die verschiedenen nationalen Systeme einander näherrücken. Sie werden miteinander verglichen und treten — mehr oder weniger unausgesprochen — in einen Wettbewerb zueinander (vgl. die umfassende rechtsvergleichende Untersuchung von Zacher, 1991). Das bedeutet aber auch, daß Elemente der Alterssicherung, die in einigen EG-Ländern bestehen, auch in anderen diskutiert werden, wo bisher solche Regelungen noch nicht gelten. Ein Beispiel dafür ist die Mindestrente, die es in vielen EG-Ländern gibt. Die EG-Kommission hat den Gedanken der Mindestsicherung aufgegriffen, ohne daß sie allerdings insoweit für die einzelnen Staaten verpflichtende Regelungen treffen könnte. Vielmehr bemüht sich die Kommission, auf anderen Wegen zu einer Konvergenz in der EG in dieser Frage zu kommen. Der Begriff der Konvergenz hat im Sprachgebrauch der EG den Begriff der Harmonisierung ersetzt, der in den Mitgliedstaaten — jedenfalls zum Teil — starke Widerstände hervorgerufen hat, weil befürchtet wurde, daß eine Harmonisierung zu einem Einheitssystem sozialer Sicherheit in der EG führen sollte. Der Begriff der Konvergenz soll deutlich machen, daß nur ein Prozeß der langsamen Annäherung in einzelnen Punkten in Frage kommen kann.

12.3.4 Sicherung der Funktionsfähigkeit des Alterssicherungssystems

Die genannten und zahlreiche andere Herausforderungen stellen an den Gesetzgeber hohe Ansprüche. Es geht darum, die Sicherung der Funktionsfähigkeit des Alterssicherungssystems auch in Zukunft zu gewährleisten. Dieses System setzt Stabilität und

Solidität voraus, anderenfalls kann das notwendige Vertrauen der Bevölkerung nicht aufrechterhalten werden. (Zu den Anforderungen an den Gesetzgeber insoweit vgl. BMFuS, 1992, Kap. 3.7.10.1).

12.4 Einzelne Problembereiche

12.4.1 Mindestsicherung im Alter

Das Bestehen von Versorgungslücken im gegenwärtigen System hat immer wieder zur Forderung geführt, eine Mindestsicherung einzuführen, die — anders als die Sozialhilfe — nicht als subsidiäre Leistung mit einer umfassenden Anrechnung von Vermögen, Einkommen und Unterhaltsansprüchen ausgestaltet wäre (vgl. dazu BMFuS, 1992, Kap. 3.7.10.2). In einem Sozialversicherungssystem ist eine solche Regelung nur schwer systemkonform zu realisieren.

Die Debatte über die Verhinderung von Altersarmut durch eine Mindestsicherung hat in den letzten Jahren von zwei Seiten eine erneute Belebung erfahren.

Zum einen führt, wie bereits erwähnt, die Annäherung in Europa dazu, daß Mindestsicherungssysteme in anderen EG-Staaten und die Initiativen der EG-Kommission die Debatte in der Bundesrepublik Deutschland anfachen.

Zum anderen sind — auch darauf ist bereits hingewiesen worden — in den neuen Bundesländern die sehr niedrigen Renten durch einen Sozialzuschlag auf eine Höhe gebracht worden, die die Inanspruchnahme der Sozialhilfe im Regelfall vermeidet. Dieser dem Sozialversicherungsrecht fremde Sozialzuschlag stellt praktisch die Aufstockung der Versicherungsleistung auf eine Mindestrente dar. Auch wenn dieser Zuschlag zum 31. Dezember 1996 entfallen soll, so entsteht doch durch die auch nur zeitweise Einführung ein gewisser Druck in Richtung auf eine generelle Einführung einer solchen Regelung in der gesamten Bundesrepublik Deutschland. Die bereits erwähnte Entschließung des Deutschen Bundestages sagt allerdings zu dieser Frage nichts; vielmehr spricht der Hinweis auf die leistungsbezogene Rentenversicherung dafür, daß bei der Entschließung die Möglichkeit der zukünftigen Einführung einer Mindestrente nicht erwogen worden ist.

12.4.2 Alterssicherung der Frauen

Die Integration der Altersrenten in den neuen Bundesländern in das System der Bundesrepublik Deutschland hat dazu geführt, daß die bislang für die Frauen partiell günstigeren Regelungen entfallen sind. Dies war Anlaß für die bereits erwähnte Entschließung des Deutschen Bundestages, die die Bundesregierung verpflichtet, neue Überlegungen anzustellen und innerhalb einer sehr kurzen Frist eine Neuregelung in Kraft zu setzen. Wenn die Bundesregierung dieser Verpflichtung fristgerecht nachkommen will, so werden bald erste Schritte erfolgen müssen. Immerhin ist im Bereich der Rentenversicherung bereits eine Kommission durch den Verband der Rentenversicherungsträger berufen worden, die sich mit der Problematik befassen soll. Inwieweit an die Vorschläge der Sachverständigenkommission für die soziale Sicherung der Frau und der Hinterbliebenen angeknüpft wird, läßt die Diskussion bislang nicht erkennen.

Intensiv wird die Reform der Alterssicherung der Frau bereits jetzt in der Altershilfe für Landwirte diskutiert, und zwar durch eine für die Reform des Agrarsozialrechts einberufene Koalitionsarbeitsgruppe, die im Sommer 1992 ihre Arbeiten abschließen soll. Allerdings ist die Situation im Agrarsozialrecht insoweit eine besondere, als es um die gleichberechtigte Sicherung der Bäuerin geht, die regelmäßig zusammen mit ihrem Mann ihre berufliche Tätigkeit ausübt (zu dieser besonderen Problematik der sozialen Absicherung der Bäuerinnen in der Altershilfe für Landwirte vgl. von Maydell, 1988, S. 561ff.).

12.5 Pflegefallabsicherung und Alterssicherung

Das deutsche Sozialrecht enthält nur punktuelle Regelungen des Pflegefallrisikos. Der bestehende Rechtszustand wird fast durchgängig als unzureichend empfunden, wobei die Forderungen nach einer Reform mit unterschiedlicher Intensität erhoben werden. Die Reformdebatte, die hier nicht im einzelnen nachgezeichnet werden kann, muß am bestehenden Rechtszustand anknüpfen, der, wie nachfolgend zu zeigen ist, für die einzelnen Sicherungsbereiche sehr unterschiedliche Regelungen aufweist. Mehr als dies der Fall gewesen ist, sollten ausländische Erfahrungen berücksichtigt werden. Dies bietet sich nicht nur zum Zwecke der Erweiterung des Argumentations- und Lösungspotentials an; auch die zunehmende Integration in der EG gebietet es, bei Reformen den Aspekt der Konvergenz der in Betracht gezogenen Lösungen mitzuberücksichtigen. Schließlich ist das europäische Recht daraufhin zu überprüfen, inwieweit sich unbeabsichtigte Exportwirkungen ergeben können. Die unterschiedlichen Bestimmungen bezüglich des Pflegefalles im deutschen Recht und die Regelungen in einigen ausländischen Staaten sind in einer Expertise untersucht worden. Die nachfolgenden Aussagen ergeben sich im wesentlichen aus dieser Expertise (von Maydell, 1992).

12.5.1 Pflegefallabsicherung im geltenden Sozialversicherungsrecht

Das geltende Sozialversicherungsrecht sieht keine selbständige und umfassende Absicherung des Pflegefalles vor. Es finden sich jedoch in einigen Versicherungszweigen — im Umfang unterschiedliche — Einzelregelungen, und zwar sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Unfallversicherung. Dagegen fehlt eine Berücksichtigung des Pflegefalles in der Rentenversicherung, deren Leistungen nicht am individuellen Bedarf orientiert sind, sondern sich nach der Dauer und der am leistungspflichtigen Einkommen orientierten Bewertung der anrechenbaren Versicherungszeiten bemessen.

Krankenversicherung

Das Krankenversicherungsrecht sah und sieht bestimmte Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) im Falle der Krankheit vor; eigentliche Leistungen im Pflegefall sind jedoch erst durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) eingeführt worden, und zwar im Falle der Schwerpflegebedürftigkeit gemäß §§ 53ff. SGB V. Es handelt sich dabei um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe. Die stationäre Pflege wird nicht erfaßt. Leistungen nach §§ 55ff. SGB V erhalten nur Personen, die krankenversichert sind, eine Vorversicherungszeit erfüllen und die „schwerpflegebedürftig" im Sinne des § 53 SGB V sind. Primäre materielle Leistungsvoraussetzung ist dabei die Schwerpflegebedürftigkeit des Antragstellers (vgl. zu den Schwierigkeiten der Abgrenzung Kapitel 11.4). Nach der Ausgangsnorm des § 53 Abs. 1 SGB V ist schwerpflegebedürftig, wer nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos ist, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedarf. Zur Konkretisierung des Begriffes der Schwerpflegebedürftigkeit haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 53 Abs. 3 und 4 SGB V eine Richtlinie erarbeitet, die eine einheitliche Verwaltungspraxis gewährleisten soll. Wie die durch diese Richtlinie vorgegebenen — strengen — Maßstäbe und Interpretationsspielräume in der Praxis der Krankenkassen gehandhabt und ausgefüllt werden, muß sich im Laufe der nächsten Jahre noch zeigen.

Sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, so hat der Pflegebedürftige zum einen seit dem 1. Januar 1991 Anspruch auf häusliche Pflegehilfe nach § 55 SGB V, zum anderen seit dem 1. Januar 1989 auf die sog. „Urlaubs- und Verhinderungspflege" nach § 56 SGB V. Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfaßt nach § 55 Abs. 1 Satz 3 SGB V die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, nicht aber die Behandlungspflege, d. h. medizinische Hilfeleistungen, welche dem Bereich der Krankenbehandlung nach §§ 27ff. SGB V zuzuordnen sind. Diese Leistungen stellen Regelleistungen dar und werden nach dem gesetzlichen Modell in erster Linie als Sachleistung erbracht, umfangmäßig begrenzt auf bis zu 25 Pflegeeinsätze bis zu je einer Stunde je Kalendermonat, wobei die Aufwendungen der Krankenkassen den monatlichen Betrag von 750 DM nicht übersteigen dürfen. Im Rahmen der Leistungen des § 55 SGB V ist — entsprechend dem Sachleistungsprinzip des Krankenversicherungsrechts — eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Pflegekräfte nicht vorgesehen.

Statt dessen besteht aber nach § 57 SGB V die Möglichkeit des Versicherten, eine pauschale Geldleistung in Höhe von 400 DM je Kalendermonat zu wählen, hinsichtlich deren Verwendung keinerlei Beschränkungen bestehen. Sinn dieser durch den Gesetzgeber eingeräumten — mit Einschränkungen versehenen — Wahlmöglichkeit sollte die flexiblere Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen häuslichen und familiären Verhältnisse sein. Dabei steht die Gewährung der Geldleistung statt der Sachleistung nach § 55 SGB V im Ermessen der Krankenkasse, wobei nach § 33 SGB I den Wünschen des Antragstellers nach Möglichkeit Rechnung zu tragen ist. Lehnt die Krankenkasse die Gewährung der Geldleistung ab, so behält der Betroffene bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in jedem Fall den Anspruch auf die Sachleistungen nach § 55 SGB V.

Einer zeitweiligen Entlastung der Pflegeperson dient der Anspruch nach § 56 SGB V auf sog. „Urlaubs- und Verhindertenpflege". Danach kann der versicherte Schwerpflegebedürftige häusliche Pflegehilfe bei Verhinderung oder Urlaub seiner — nicht professionellen — Pflegeperson für einen Zeitraum bis zu vier Wochen je Kalenderjahr erhalten, wobei die Aufwendungen der Krankenkassen 1 800 DM nicht überschreiten dürfen. Eine Angemessenheitsüberprüfung hinsichtlich des Verhinderungsgrundes kann seitens der Krankenkasse nicht vorgenommen werden. Dem Umstand, daß häusliche Pflege oftmals von mehreren Angehörigen vorgenommen wird, wurde nach der Gesetzesformulierung durch den Gesetzgeber nicht Rechnung getragen.

Die Problematik der Leistungen nach § 56 SGB V liegt nicht zuletzt in der Begrenzung auf den Höchstbetrag von 1 800 DM. Die Regelung krankt insofern an einem inneren Widerspruch, als einerseits ein besonders hoher Grad von Pflegebedürftigkeit zur Leistungsgewährung vorausgesetzt wird, andererseits bei Schwerpflegebedürftigkeit ein Betrag von 1 800 DM für eine vierwöchige stationäre Unterbringung oder intensive ambulante Betreuung bei derzeitigen Tagessätzen zwischen 80 bis 100 DM nicht ausreicht. Dem Versicherten, der über nicht genügendes Einkommen verfügt, bleibt also nur die Wahl, sich selbst um billige Ersatzkräfte in seinem Bekanntenkreis zu bemühen oder den Höchstbetrag für einen kürzeren Zeitraum zu verwenden oder auf ergänzende Sozialhilfe zurückgreifen.

Untersuchungen über die bisherigen Erfahrungen mit den neuen Leistungen im GRG zeigen, daß die weit überwiegende Zahl der Antragsteller sich für die Zahlung der pauschalen Geldbeträge nach § 57 SGB V entschieden hat.

Unfallversicherung

In der gesetzlichen Unfallversicherung werden für Opfer eines Arbeitsunfalls bei Schwerpflegebedürftigkeit umfassende Leistungen sowohl bei häuslicher als auch bei stationärer Pflege gewährt. Das kausale Leistungssystem der gesetzlichen Unfallversicherung sichert Pflegebedarf allerdings nur dann ab, wenn dieser auf bestehende betriebliche Ursachen zurückführbar ist. Dementsprechend wird nach § 558 Abs. 1 RVO Pflege gewährt, solange der Verletzte infolge eines Arbeitsunfalles so hilflos ist, daß er nicht ohne Wartung und Pflege leben kann. Der bei Vorliegen dieser Voraussetzungen gegebene Rechtsanspruch auf Pflege kann nach Ermessen des Unfallversicherungsträgers als Haus- oder Anstaltspflege gewährt werden (§ 558 Abs. 2 RVO). Dabei kann die Hauspflege durch Bestellung einer professionellen Pflegekraft oder durch die Beauftragung von Haushaltsmitgliedern erfolgen. Letzteren ist unter Berücksichti-

gung etwaiger Unterhaltsverpflichtungen eine Vergütung zu gewähren. Ersatzweise kommt anstelle der Sachleistungen des § 558 Abs. 2 RVO auch die Zahlung eines — nach den Umständen des Einzelfalles, insbesondere nach dem Grad der Hilflosigkeit zu bemessenden — Pflegegeldes in Betracht (§ 558 Abs. 3 RVO). Die für die Höhe des Pflegegeldes vorgesehenen Mindest- bzw. Höchstbeträge werden durch die Rentenanpassungsgesetze jährlich angepaßt (§ 558 Abs. 2, § 579 RVO).

12.5.2 Pflegefallabsicherung in sonstigen Sicherungssystemen

Dienstrechtliche Versorgung

Im Recht des öffentlichen Dienstes sind in den Beihilfevorschriften Leistungen für Schwerpflegebedürftige bei ambulanter und stationärer Pflege vorgesehen. Maßgebend für die Bundesbeamten ist die „Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen" (BhV) vom 19. April 1985 in der Fassung vom 19. September 1989, die ihrem Inhalt nach im wesentlichen auch für die Länderbeamten gilt. Gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 7 BhV sind aus Anlaß einer Krankheit beihilfefähig die Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige häusliche Pflege. Wird die Pflege durch einen nahen Angehörigen erbracht, ist beihilfefähig eine dem Angehörigen für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalles an Arbeitseinkommen, soweit dieser wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben hat. Eine an den Ehegatten oder die Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist allerdings nicht erstattungsfähig. Gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 7 b BhV wird im übrigen für die ständige häusliche Pflege durch einen nahen Angehörigen eine Beihilfe von 400 DM monatlich gewährt. Voraussetzung dafür ist, daß nach ärztlichem Gutachten beim Pflegebedürftigen die Voraussetzungen für eine dauernde stationäre Unterbringung im Sinne von § 9 BhV vorliegen und diese durch häusliche Pflege ohne den Einsatz einer Berufspflegekraft vermieden werden kann.

Gemäß § 9 Abs. 1 BhV sind bei einer wegen Pflegebedürftigkeit erforderlichen dauernden Unterbringung körperlich oder geistig Kranker in einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder in einem Pflegeheim die Kosten für Unterkunft und Verpflegung beihilfefähig. Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen beschränkt sich allerdings auf den niedrigsten örtlichen Satz für Unterkunft und Verpflegung. Wie der Wortlaut schon nahelegt, ist ein Kausalzusammenhang zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit erforderlich, allerdings muß die Unterbringung nicht notwendig der Heilung dienen bzw. mit ärztlicher Behandlung verbunden sein.

Im Falle eines Dienstunfalles erhalten Leistungen der Unfallfürsorge nach dem Beamtenversorgungsgesetz Beamte des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der öffentlich-rechtlichen Körperschaften, ebenso die Richter des Bundes und der Länder sowie die Hinterbliebenen der genannten Personengruppen. Gemäß § 34 Abs. 1 Beamtenversorgungsgesetz sind die Kosten einer notwendigen Pflege in angemessenem Umfang zu erstatten, soweit der Verletzte „infolge des Dienstunfalles so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege auskommen kann". Im Falle stationärer Pflege werden die Unterbringungskosten erstattet, wobei im Haushalt ersparte Aufwendungen angerechnet werden.

Soziales Entschädigungsrecht

Grundlage für die Leistungen der sozialen Entschädigung ist das Bundesversorgungsgesetz (BVG). Der leistungsrechtliche Teil dieses Gesetzes bezieht sich auf die Versorgung von Kriegsopfern der beiden Weltkriege, findet aber auch in anderen Bereichen der sozialen Entschädigung Anwendung. Hier sind in erster Linie das Opferentschädigungsgesetz, die sondergesetzlichen Regelungen für Wehr- und Zivildienstgeschädigte sowie für Impfgeschädigte zu nennen.

§ 35 BVG nennt als spezielle Pflegeleistungen zum einen die Gewährung einer Pflegezulage und zum anderen die Heimpflege. Eine Pflegezulage erhalten auf Antrag Geschädigte, die infolge der Schädigung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe bedürfen. Für die Höhe der Pflegezulage sieht das Gesetz eine Staffelung vor.

Gemäß § 35 Abs. 7 BVG werden die Kosten für eine nicht nur vorübergehende Heimpflege übernommen für Betroffene, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des § 35 Abs. 1 BVG bedürfen. Das gilt allerdings nur dann, wenn der Betroffene keiner ärztlichen Behandlung bedarf, Maßnahmen der Heilbehandlung also nicht möglich sind. Häuslicher Pflege wird zudem der Vorrang eingeräumt. Die Kosten der Heimpflege (Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich der notwendigen Pflegemaßnahmen) werden gemäß § 35 Abs. 7 BVG nur übernommen, soweit geeignete Pflege sonst nicht gewährleistet ist.

12.5.3 Auffangfunktion der Sozialhilfe

Auch nach der Einführung eines begrenzten Spektrums an Leistungen in der Krankenversicherung durch das GRG besteht im geltenden Recht nach wie vor eine umfassende Eintrittspflicht für die Pflege nur in der Sozialhilfe. Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) hält unter Vorbehalt des Subsidiaritätsprinzips für Pflegebedürftige und Pflegepersonen ein umfassendes und differenziertes Leistungsspektrum bereit. Die Sozialhilfe umfaßt nach § 1 BSHG die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Hilfe in besonderen Lebenslagen. Zu letzteren gehört gemäß § 27 Abs. 1 Nr. 9 BSHG die Hilfe zur Pflege nach den näheren Vorschriften der §§ 68 und 69 BSHG. Diese Bestimmungen umfassen einen breiten Leistungskatalog, der vom Aufwendungsersatz über Beihilfe, Über-

nahme von Alterssicherungsbeiträgen der Pflegepersonen, Bereitstellung oder Finanzierung besonderer Pflegekräfte, Gewährung von Hilfsmitteln, pauschalierte Pflegegelder bis hin zur Erstattung der Kosten für teil- oder vollstationären Aufenthalt reicht. Während § 68 BSHG als Grundnorm der Pflegehilfen insbesondere auch die Pflege in Einrichtungen (stationäre Pflege, Heimpflege) regelt, betrifft § 69 BSHG ausschließlich die ambulante (häusliche) Pflegehilfe.

12.5.4 Pflegefallabsicherung in ausländischen Sozialsystemen

In der Expertise sind neben der Bundesrepublik Deutschland Frankreich, die Niederlande, Belgien und Großbritannien in den Vergleich einbezogen worden, wobei bei allen diesen Staaten die Rahmenbedingungen weitgehende Ähnlichkeiten aufweisen. Dieser Vergleich hat insbesondere folgende Ergebnisse erbracht:

Der Begriff des Pflegefalles oder der Pflegebedürftigkeit bereitet in allen Systemen Schwierigkeiten; es fehlt durchgängig eine allgemein anerkannte Legaldefinition. Immerhin finden sich in einigen ausländischen Systemen differenziertere Begriffsbeschreibungen, die eine Abgrenzung erheblich erleichtern (so in Frankreich und in Belgien).

Eine eigenständige Pflegefallabsicherung findet sich, was die untersuchten Länder anbelangt, nur in den Niederlanden. Dort hat sich in enger organisatorischer Anbindung an die Krankenversicherung eine auf dem Sachleistungsprinzip beruhende Absicherung entwickelt. Verbunden mit einer relativ hohen Volksrente hat dieses System dazu geführt, daß der Anteil der über 65 Jahre alten Personen, die Sozialhilfe beziehen, relativ niedrig ist.

In den anderen vier Staaten gibt es kein vergleichbares Absicherungssystem. Sieht man von der Bundesrepublik Deutschland ab, so findet sich in den anderen Staaten aber auch keine ernsthafte Diskussion über die Einführung einer eigenständigen Pflegefallabsicherung. Offensichtlich wird der bestehende Zustand, der durch verschiedene Leistungen aus den allgemeinen sozialen Sicherungssystemen bestimmt wird, nicht als Mißstand empfunden. Das dürfte weniger darauf zurückzuführen sein, daß es in manchen Ländern eine Mindestsicherung im Falle des Alters gibt; denn diese deckt den besonderen Pflegebedarf nicht ab. Vielmehr dürfte der Umstand, daß in Frankreich, Belgien und Großbritannien das Fehlen einer selbständigen Pflegefallabsicherung nicht als besonderer sozialpolitischer Mangel empfunden wird, darauf zurückzuführen sein,

— daß die allgemeinen Systeme — mehr als in der Bundesrepublik Deutschland — Leistungen im Pflegefall vorsehen, daß im Sozialhilferecht Modifikationen hinsichtlich der Berücksichtigung des eigenen Einkommens und Vermögens sowie der Unterhaltsansprüche gegenüber Dritten bestehen und daß ein umfassendes Angebot ambulanter Einrichtungen vorhanden ist.

Eine weitere Auswertung der ausländischen Erfahrungen vor allem in diesem Bereich könnte auch der Bundesrepublik Deutschland zusätzlich Anregungen bringen.

12.5.5 Die Pflegefallproblematik in supranationalem und internationalem Rahmen

Konkrete Ansätze zur Regelung der in fast allen Mitgliedstaaten bisher nicht umfassend gelösten Problematik der Pflegefallabsicherung liegen auf EG-Ebene bisher nicht vor. Zwar erschiene gerade vor dem Hintergrund der alle Mitgliedstaaten bedrohenden, demographisch bedingten Finanzierungsprobleme eine Angleichung der Systeme der sozialen Sicherheit auch in Hinblick auf den Aspekt der Pflegefallabsicherung erwägenswert. Auf Gemeinschaftsebene herrscht allerdings allgemein die Einschätzung vor, daß eine Harmonisierung der erheblich divergierenden sozialen Sicherungssysteme der Mitgliedstaaten, jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt, nicht realisierbar und auch nicht wünschenswert ist. Diese Haltung erklärt sich angesichts der Verschiedenheit der sozialen Sicherungssysteme aus ihrer konzeptionellen, rechtlichen und institutionellen Ausgestaltung.

Allerdings muß gemäß Ziffer 23 der Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer jedermann, der das Rentenalter erreicht hat, aber keinen Rentenanspruch besitzt oder über keine sonstigen ausreichenden Unterhaltsmittel verfügt, ausreichende Zuwendungen, Sozialhilfeleistungen und Sachleistungen bei Krankheit erhalten können, die seinen spezifischen Bedürfnissen angemessen sind. Auch der im Alter typischerweise gesteigerte Bedarf an medizinischen und sozialen Leistungen und Diensten muß gegebenenfalls von öffentlichen Leistungsträgern bereit- bzw. sichergestellt werden. Angesichts der überragenden Bedeutung ambulanter Dienstleistungen für die autonome Lebensführung pflegebedürftiger Älterer könnte daher im Rahmen der zwischen den EG-Mitgliedstaaten anzustrebenden Koordinierung von sozialen Mindeststandards in einem ersten Schritt die schwerpunktmäßig finanzielle Betrachtungsweise der Politik der sozialen Sicherheit korrigiert und die Verankerung eines gleichrangigen Rechtsanspruchs auf nichtmonetäre Leistungen (persönliche Dienstleistungen) angestrebt werden.

Darüber hinaus können sich in Zukunft aus der Dienstleistungsfreiheit, einer Grundfreiheit des EG-Vertrages, Folgerungen für den Pflegebereich ergeben, soweit von den Leistungserbringern ambulante und stationäre Pflegedienste angeboten werden. Diese Dienstleistungen stehen bislang regelmäßig nur für die Bürger des jeweiligen Staates zur Verfügung, ein grenzüberschreitendes Angebot oder eine solche Nachfrage erfolgt nur ausnahmsweise. Soweit der Grund dafür in Hindernissen in den nationalen Rechtsordnungen zu sehen ist, bestehen Zweifel, inwieweit diese Begrenzungen mit der aktiven und der passiven Dienstleistungsfreiheit des EG-Vertrages vereinbar sind. Eine stärkere grenzüberschreitende Inanspruchnahme von pflegerischen Diensten

würde nicht nur das Angebot verbessern, sondern auch einen Austausch von Erfahrungen zwischen den verschiedenen Staaten ermöglichen.

Das EG-Recht ist schließlich auch insoweit von Bedeutung, als sich aus Grundnormen des EG-Vertrages und aus dem koordinierenden Sozialrecht für Wanderarbeitnehmer ergeben kann, daß im nationalen Recht vorgesehene Sozialleistungen auch für Ausländer und unter Umständen auch bei Auslandsaufenthalt zu gewähren sind. Dies kann zur Folge haben, daß entsprechende Begrenzungen des Gesetzgebers nicht rechtswirksam sind. Deshalb ist jede geplante Regelung daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie mit dem EG-Recht vereinbar ist.

Die Pflegefallproblematik ist nicht nur ein Thema für die EG. Auch im internationalen Rahmen wird die Problematik untersucht. Auf der Ebene der OECD wird an der Erstellung eines umfassenden Berichts über die Situation pflegebedürftiger älterer Menschen in den Mitgliedstaaten gearbeitet. Der Bericht soll im Konzept zum Treffen der Sozialminister der Mitgliedstaaten, das für Dezember 1992 vorgesehen ist, vorliegen.

13. Wohnen im Alter

13.1 Allgemeine Aspekte der Wohnsituation im Alter

Wohnen bedeutet für alle Menschen einen wesentlichen Teil der Lebenssituation: „Wohnen umfaßt die materielle Umwelt der Wohnung, die Infrastruktur des Wohngebietes, die materielle/bauliche Gestaltung der Wohnung. Wohnen umfaßt ebenso die Atmosphäre, Kommunikationsmöglichkeiten, soziale Lebensvollzüge innerhalb der Familie, der Nachbarschaft und des Freundeskreises, Komponenten sozialer Ein- und Zuordnung..." (Dieck, 1991 b, S. 645). Für ältere Menschen ist daher die Wohnung nicht nur sozialer Rückzugsbereich, sondern wird zum Lebensmittelpunkt (Schäuble, 1989, S. 46). Nach Erhebungen in verschiedenen Teilen der Bundesrepublik Deutschland verbringen ältere Menschen 4/5 und mehr des Tages in der eigenen Wohnung (Wahl & Schmidt-Furstoß, 1988; Friedrich, 1988), dies auch durch den Wegfall berufsbezogener Aufgaben bedingt und/oder aus gesundheitlichen Gründen.

Eine angemessene Wohnsituation ist insbesondere für ältere Menschen Grundlage der allgemeinen Lebenszufriedenheit. In verschiedenen Studien wurden enge Zusammenhänge zwischen dem allgemeinen Wohlbefinden und der Zufriedenheit mit der eigenen Wohnung bei älteren Menschen aufgezeigt (Schäuble, 1989; Thomae, 1983). Allerdings sind diese im Durchschnitt zufriedener mit ihrer Wohnsituation als jüngere (O'Bryant, 1982; Flade, 1990). Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation, also der Wohnung, der Wohnumgebung und dem Wohnort, hängt von Person- und Umweltmerkmalen ab (Campbell et al., 1976; Galster & Hesser, 1981; Galster, 1987, zitiert nach Flade, 1990). Frühere Wohnerfahrungen haben Einfluß auf die Wohnzufriedenheit (Flade, 1990).

Ältere Menschen können größtenteils ihre Wohnungen beibehalten oder in altengerechte Wohnungen umziehen. Nur etwa 4 % der über 65jährigen leben in Alten- und Altenpflegeheimen (ausgehend von Mitte 1989 rund 480 000 in Alten- und Pflegeheimen lebenden 65jährigen und älteren Menschen gemäß den Angaben in StBA, 1991 f, S. 48; vgl. Kapitel 16). Zwar wächst mit zunehmendem Lebensalter der Anteil älterer Menschen in Pflegeheimen, so daß das Schicksal der Heimunterbringung etwa jeden zehnten Mann und jede vierte Frau im Alter von 65 und mehr Jahren trifft (BMFuS, 1992, S. 67). Dennoch bleibt die Wohnung für die meisten älteren Menschen der Ort, an dem sie bis zu ihrem Tode leben. Dies ist weitgehend abhängig von der Beschaffenheit der Wohnung und, wenn die familiären Hilfen fehlen, auch vom Netzwerk der Hilfsangebote (ambulante Pflegedienste, hauswirtschaftliche Dienste).

13.2 Regionale Verteilung älterer Menschen

Eine Analyse der regionalen Verteilung alter Menschen (Stolarz et al., 1992) zielt u. a. ab auf die Erfassung von Haushaltstypen und Siedlungsschwerpunkten und hat verschiedene Bezugsgrößen, die es zu unterscheiden gilt:

— die Gesamtheit der über 60jährigen in Ost und West (16 Millionen Menschen, davon 3 Millionen im Osten, 13 Millionen in den westlichen Bundesländern);

— die Gesamtheit der Haushalte mit einem älteren, d. h. über 60jährigen oder über 65jährigen Haushaltsvorstand bzw. einer entsprechenden Bezugsperson, in neuerer Terminologie. Es handelt sich um ca. 9,1 Mio. bzw. 6,9 Mio. Haushalte im Westen 1989 (StBA, 1991f, S.35); in der ehemaligen DDR gab es 1981 1,6 Mio. Rentnerhaushalte (d. h. Haushalte mit einem 60jährigen oder älteren weiblichen Haushaltsvorstand bzw. einem 65jährigen oder älteren männlichen Haushaltsvorstand) (Stolarz et al., 1992, S.65);

— daneben gibt es die Haushalte, in denen mindestens ein 60 und mehr Jahre alter Mensch lebt. Diese alten Menschen sind letztlich die Bezugspersonen der Daten, die aus repräsentativen Umfragen des sozio-ökonomischen Panels stammen und die zur Illustration der Wohnbedingungen alter Menschen in Ost und West (ohne Hochrechnung auf die Zahl der betroffenen Haushalte in absoluten Zahlen) verwendet werden.

Als Ergebnis der Analyse zeigt sich eine beachtenswerte Differenzierung der Anteile älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung der einzelnen Bundesländer. Besonders hohe Anteile verzeichnen die alten Stadtstaaten des Westens. Für die Flächenstaaten ergibt sich kein einheitliches Bild. Hohe Anteile alter Menschen sind in ihnen primär bedingt durch den Fortzug der Jüngeren aus eher strukturschwachen und/oder durch hohe Arbeitslosigkeit charakterisierten Gebieten in Verdichtungsräume mit Ausbildungs- und Arbeitsplätzen. Dies trifft zu im Westen für die ehemaligen Zonenrandgebiete und für die altindustrialisierten Montanreviere und im Osten für die altindustrialisierten Industriegebiete der südlichen Landesteile. Einige norddeutsche Fremdenverkehrsregionen und das Gebiet des Alpenvorlandes haben ihre höheren Altenanteile hingegen aus dem Zuzug älterer Menschen gewonnen. Die im Westen bekannte Abwanderung junger Familien aus den Stadtkernen in das verdichtete Umland (die u. a. zu den hohen Altersanteilen der Stadtstaaten Hamburg und Bremen beiträgt) fand bisher in der ehemaligen DDR keine Parallele. Während die Mechanismen des westlichen Wohnungsmarktes Tendenzen zur Suburbanisierung fördern, führte die Wohnraumbewirtschaftung der ehemaligen DDR zu einem Prozeß der Urbanisierung. Der Wohnungsbau in den Großstädten hatte eine Sogwirkung insbesondere auf jüngere Menschen.

Wieweit es zu einer dauerhaften Abwanderung jüngerer Bevölkerungsgruppen aus dem Osten des vereinten Deutschlands unter dem Einfluß unterschiedlicher Arbeitschancen, des gegebenen Lohngefälles und des höheren allgemeinen Wohlstandes im Westen kommt, ist derzeit nicht prognostizierbar. Eine Tendenz zur Herausbildung höherer Altersanteile an der im Osten verbleibenden Bevölkerung bleibt gegeben, solange der Abwanderungsprozeß der Jüngeren anhält.

Hohe Anteile alter Menschen sind vorhersehbar in Ost und West in den Siedlungen, die in der Vorkriegszeit und in der frühen Nachkriegszeit entstanden und in die seinerzeit junge Familien übersiedelten. Während sich die Konzentration alter Menschen in den Kerngebieten der Großstädte verringert (bei verbleibenden relativ hohen Anteilen), wird sie in den Umlandregionen, in den sogenannten grünen Gürteln und Vorstädten der großen Städte, deutlich zunehmen. Dies sind zukünftige Problemregionen insoweit, als sie in ihrer Wohnbebauung (Einfamilienhäuser mit größeren Gärten) auf alleinlebende alte Menschen bzw. auf alte Ehepaare ohne jüngere helfende Haushaltsmitglieder und deren Bedürfnisse und Einschränkungen nicht ausgerichtet sind. Für Großsiedlungen wie für Regionen mit aufgelockerter Bebauung gilt, daß ihre Verkehrs- und Dienstleistungsinfrastruktur an die Bedürfnisse und Einschränkungen einer hochaltrigen Bewohnerschaft angepaßt werden müssen. Angesichts des hohen Anteils älterer Menschen in den ländlich strukturierten, stadtfernen Gebieten — insbesondere, jedoch nicht nur der neuen Bundesländer — ist voraussehbar, daß auch dort infrastrukturelle Vorkehrungen zu treffen sein werden (BMJFFG, 1986, S. 93ff.; Gaube, 1991; Stolarz et al., 1992, S. 48—90).

Bisher sind generelle Tendenzen zum segregierten Wohnen der verschiedenen Altersgruppen, trotz gegebener kleinräumiger Konzentrationen alter Menschen, zu verneinen (Vaskovicz, Franz & Ueltzen, 1983; Vaskovicz, 1990). Diesem Befund steht nicht entgegen, daß es Konzentrationen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen in Vierteln mit Niedrigmieten und schlechter Wohnsubstanz gibt (siehe beispielsweise die Stadt Essen, 1987). Bei zunehmenden sozialen Ungleichheiten besteht zudem die Gefahr, daß die sozial benachteiligten Gruppen, darunter alte Menschen mit niedrigen Einkommen, verstärkt in Gebiete mit Substandard-Wohnbedingungen (gemessen am Wohnstandard und an der städtebaulichen Infrastruktur) verwiesen werden (Spiegel, 1990; Holzapfel, 1990).

13.3 Wohnsituation im Alter

Geht es um allgemeine Charakteristika der Wohnsituation im Alter, die von langfristigen Trends bewirkt und getragen werden, so ist ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen Ost- und Westdeutschland festzustellen:

— Vorherrschend sind Ein- und Zwei-Personen-Haushalte alter Menschen bzw. von Ehepaaren mit mindestens einem älteren (in diesem Falle mindestens 60jährigen) Partner.

— Haushalte mit mehr als drei Mitgliedern, darunter Haushalte mit Mitgliedern aus mehreren Generationen, stellen eine Minderheit dar und werden in aller Regel nur unter spezifischen Bedingungen entweder beibehalten (beispielsweise bei Wohnungseigentum, auf dem Lande) oder neu gegründet (zur Absicherung der Lebensbedingungen hochaltriger, über 85jähriger Familienmitglieder).

— Ältere Menschen leben häufiger als jüngere in älterem Wohnbestand. Dabei handelt es sich primär um einen Kohorteneffekt und keinen Alterseffekt insoweit, als die Menschen in den einmal bezogenen Wohnungen altern. Dieses Beharrungsvermögen einer großen Zahl heute älterer Menschen führt u. a. zur „Alterung" ganzer Siedlungen und Stadtteile bzw. Regionen.

— Mit den Lebensläufen und den sich ergebenden Chancen hängt es zusammen, daß unter den Bedingungen des Westens höhere Anteile alter Menschen im Vergleich zu Jüngeren über Wohneigentum verfügen und daß in Ost wie West (bei deutlichen Abstufungen) Wohneigentum in höherem Maße auf dem Lande als in Ballungsräumen zu verzeichnen ist.

Neben diesen Gemeinsamkeiten gilt es, gravierende Unterschiede zwischen Ost und West festzustellen. Der Osten des vereinten Deutschlands weist im Durchschnitt eine viel geringere Siedlungsdichte auf als der Westen: 1989 gab es im früheren Bundesgebiet 250 Bewohner/km², im Gebiet der ehemaligen DDR 153 Bewohner/km², im vereinten Deutschland sind es nun 220 Bewohner/km² (StBA, 1991f, S. 52). Gegen diesen Hintergrund ist verständlich, daß im Osten

deutlich mehr alte Menschen in Gemeinden mit bis zu 2 000 Einwohnern leben, während im Westen höhere Anteile in Klein-, Mittel- und Großstädten zu finden sind. Das Wohnen auf dem flachen Lande ist in den neuen Bundesländern nicht nur für höhere Anteile der Altersbevölkerung relevant. Die dort lebenden Menschen können sich in geringerem Maße, als dies im Westen der Fall ist, auf die Infrastruktur naher Städte stützen.

Bedingt durch den zunehmenden Wohlstand und durch die Dauer der Wohlstandsphase im Westen der Bundesrepublik Deutschland haben sich die Wohnqualitäten der Haushalte Älterer an die jüngerer Menschen angeglichen. Zwar gibt es noch ein Gefälle im Hinblick auf die Wohnqualitäten, doch negativ betroffen sind immer geringere Zahlen alter Menschen. Als Indiz kann gelten, daß sich von 1982 bis 1987 die Zahl der Altenhaushalte mit Substandard-Wohnungen von etwa 1 Mio. auf 0,5 Mio. halbiert hat (d. h. von Wohnungen, denen ein Innen-WC und/oder ein Bad fehlte). Das Gefälle der Wohnqualitäten zwischen Stadt und Land ist deutlich zurückgegangen. Insgesamt wurden die durchschnittlichen Wohnungsgrößen, gemessen an verfügbaren Flächen und Räumen, angehoben. Dieser Prozeß hängt zusammen mit den Standards von Neubauten, erklärt sich jedoch in seiner Verbreitung nur durch Sanierungen und Modernisierungen der Altbausubstanz. In der ehemaligen DDR hingegen fehlt der allgemeine Wohlstandseffekt, und es gab eine Konzentration von öffentlichen Wohnungsbauinvestitionen im Bereich der Neubauten. Es fällt auf, daß insbesondere die Besitzer von Einfamilienhäusern um Sanierungen und Moderni-

Tabelle 16

Kurzcharakterisierung der Wohnbedingungen von Haushalten mit mindestens einem 60jährigen oder älteren Haushaltsmitglied in Westdeutschland (1989) und in Ostdeutschland (1990)

	Ostdeutschland	Westdeutschland
Haushaltstypen (Anteile)		
Einpersonenhaushalte	46,8 %	50,2 %
Zweipersonenhaushalte	40,4 %	37,5 %
Drei- und Mehrpersonenhaushalte	12,8 %	12,3 %
Personen pro Haushalt (Durchschnitt)	1,7	1,7
Wohnungsgrößen (Durchschnitt)		
Räume pro Person	1,7	2,3
Quadratmeter pro Person	36,6	53,1
Wohnfläche	57,1 m^2	80,5 m^2
Wohnungsausstattung (Anteile)		
extremer Substandard (ohne Innen-WC):	22,4 %	3,9 %
niedriger Standard (ohne Bad):	5,6 %	1,7 %
mittlerer Standard (ohne Zentralheizung):	31,5 %	17,7 %
guter Standard: (mit Bad/WC/Heizung)	40,5 %	76,7 %
Baujahr des Hauses (Anteile)		
vor 1919	41,1 %	18,2 %
von 1919 bis 1948	24,3 %	18,0 %
von 1949 bis 1971	15,7 %	47,6 %
nach 1971	19,0 %	16,2 %
Rechtsstatus Bewohner (Anteile)		
Eigentümer	27,5 %	44,7 %
Hauptmieter	72,5 %	55,3 %
Gemeindegrößenklassen (Anteile)		
unter 2 000	22,6 %	3,6 %
von 2 000 bis 100 000	49,8 %	57,3 %
über 100 000	27,6 %	39,1 %

Quelle: Sozio-ökonomisches Panel, Sonderauswertung: Stolarz et al., 1992, S. 26—47

sierungen ihres Wohnraumes mit Erfolg bemüht waren und daß die Genossenschaftswohnungen einen überdurchschnittlichen Qualitätsstandard aufweisen. Durch Verfall bedroht bzw. nicht modernisiert sind insbesondere ältere Mietwohnungen und -häuser. Als „nicht modern" gelten in den alten Bundesländern 2,8 Mio. und in den neuen Bundesländern 1,2 Mio. Wohnungen von Altenhaushalten (insgesamt rund 4 Mio.). Darunter befinden sich im Westen 160 000 Wohnungen ohne Innen-WC und im Osten 450 000 entsprechende Wohnungen von Altenhaushalten (d. h. insgesamt rund 610 000 Wohnungen des extremen Substandards).

In Ost und West ergeben sich nach Personenzahl gleiche Durchschnittsgrößen der Altenhaushalte (mit mindestens einem 60jährigen oder älteren Haushaltsmitglied) bei durchschnittlich größeren Wohnflächen und mehr Wohnräumen pro Wohnung im Westen (siehe Tabelle 16). Auf die vielfach berichteten Beurteilungen zu kleiner bzw. zu großer Wohnungen wird an dieser Stelle nur kurz eingegangen. Der Grund hierfür liegt in der Fragwürdigkeit angewendeter „objektiver" Maßstäbe. Die Festlegung einer Wohnfläche von nicht weniger als in der Regel 50 m² pro Wohnung generell und von 40 m² für Wohnungen für Alleinstehende (die nicht unterschritten werden sollten) wurde beispielsweise erst durch die Novellierung vom 11. Juli 1985 aus dem II. Wohnungsbaugesetz (§ 39 Abs. 5) gestrichen. Erst zu diesem Zeitpunkt entfielen auch Festlegungen zu Mindestausstattungen von Wohnungen (die bis hin zu Wasserzapfstellen und Spülbecken in Kochräumen gingen und auch Steckdosen in allen Räumen vorschrieben), da diese inzwischen selbstverständlich geworden waren und im übrigen durch die Bauordnungen der Länder überholt (siehe die Begründung in: Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung wohnungsrechtlicher Vorschriften [Wohnungsrechtsvereinfachungsgesetz 1984 — WoVereinfG, 1984], BR-Drucksache 466/84 vom 5. Oktober 1984).

Zwar sind Anhaltspunkte für die Einordnung von Wohnungen als eher zu klein, wie vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) verwendet, generell praktikabel:

— Eher zu klein sind Wohnungen von weniger als 40 m² für Ein-Personen-Haushalte,

— bzw. Wohnungen von weniger als 60 m² für Zwei-Personen-Haushalte

— und Wohnungen von weniger als 80 m² für Haushalte von drei und mehr Personen (Stolarz et al., 1992, S. 32).

Sie lehnen sich an die Bestimmungen des Wohnungsbindungsgesetzes an (WoBindG i. d. F. vom 22. Juli 1982, § 5 Abs. 2), denen zufolge eine Wohnungsgröße als angemessen gilt, „wenn sie es ermöglicht, daß auf jedes Familienmitglied ein Wohnraum ausreichender Größe entfällt; darüber hinaus sind auch besondere persönliche Bedürfnisse des Wohnberechtigten und seiner Angehörigen sowie der nach Lebenserfahrung in absehbarer Zeit zu erwartende zusätzliche Raumbedarf zu berücksichtigen...". Auch die nachfolgend angeführten Orientierungsgrößen für den Wohngeldbezug bewegen sich auf diesem Niveau. Doch dürfen normierte Mindestgrößen, die unter eingeschränkten finanziellen Bedingungen gelten, nicht zum allgemein gültigen Maßstab erhoben werden. Der Wohnraumanspruch von älteren Menschen ist von jenem Jüngerer nicht grundsätzlich zu unterscheiden. Es ist ein Fehlurteil anzunehmen, kleinere Wohnungen seien generell leichter zu bewirtschaften als größere, und bereits aus diesem Grunde seien nach unten abweichende Normen für die Haushalte älterer Menschen hinnehmbar, wenn nicht gar geboten.

Jenseits dieser Diskussion ist auf die Problemlage von zwei Gruppen zu verweisen, geht es um Wohnqualitäten in Ost und West. Alleinstehende Hochbetagte, in ihrer Mehrheit Frauen, sind in besonders hohem Maße der Gefahr ausgesetzt, in qualitativ niedrig einzustufenden Wohnungen zu leben. Das gleiche gilt für Haushalte, in denen ein pflegebedürftiges älteres Haushaltsmitglied lebt. In beiden Wohnsituationen begründen die verbundenen Einschränkungen und Probleme der Alltagsbewältigung soziale Gefährdungen. Diese Wohn- und Lebenssituationen sind labil und können bei eintretenden Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bzw. der Versorgungssituation oftmals nicht länger aufrechterhalten werden.

13.4 Wohngeld

Das Wohngeld ist für viele Altenhaushalte eine unverzichtbare Einkommensquelle. Wohngeld dient der Subjektförderung und ergänzt die Objektförderung in Form der Subventionierung des Sozialen Wohnungsbaues und der Steuerbegünstigung von Wohninvestitionen gezielt für den betroffenen Einzelhaushalt. Zweck dieser spezifischen Sozialtransfers ist es, die soziale Situation der Haushalte mit unterdurchschnittlichen Einkommen zu verbessern. Diese Wirkung erweist sich an der Tatsache, daß die durchschnittliche Höhe der verfügbaren Einkommen der Wohngeldempfänger in allen Haushaltsgrößen etwa ein Drittel der entsprechenden Einkommen aller Haushalte beträgt (BT-Drucksache 12/2356 vom 27. März 1992, S. 33, Tab. 8).

In die Berechnung des Wohngeldes (als Mietzuschuß bei Mietern und als Lastenzuschuß bei Bewohnern eigengenutzten Wohneigentums gewährt) geht ein die Zahl der dem Haushalt angehörenden Familienmitglieder, die Höhe des Familieneinkommens (wobei anrechenbare und absetzbare Einkommensteile und Belastungen im Detail festgelegt sind) und die Höhe der zuschußfähigen Miete beziehungsweise Belastung. Zu der zuschußfähigen Miete oder Belastung zählen das Entgelt für den Wohnraum bzw. die Aufwendungen für den Kapitaldienst und für die Bewirtschaftung des Eigentums plus Nebenkosten (ohne Heizung und Warmwasser). Gleichzeitig gelten einerseits Begrenzungen der anerkannten Wohnflächenversorgung (48 m² für Ein-Personen-Haushalte, 62 m² für Zwei-Personen-Haushalte, weitere 12 m² für jede zusätzliche Person [ebenda: Ziff. 94]) und andererseits Staffelungen der anerkennungsfähigen Miet- und Belastungshöhen in Anlehnung an regionale

Unterschiede der Wohnkosten (Mietenstaffelung in sechs Stufen).

Der Wohngeld- und Mietenbericht der Bundesregierung für das Jahr 1991 würdigt die im Laufe der Zeit stattgefundene Verringerung des Anteils der Rentner an den Wohngeldempfängern und begründet diesen Umstand mit der positiven Entwicklung der Einkommen dieser Gruppe unter Verweis auf die Dynamisierung der Renten. Er führt zusätzlich aus, früher sei der Anteil an Rentnern höher gewesen, die nur relativ kurze Zeit versichert waren (berufstätige Frauen, Kriegerwitwen, Selbständige) und die Rente als alleiniges Einkommen bezogen (a.a.O., Ziff. 77). Diese Ausführungen sind zu relativieren, indem sie mit anderen, ebenfalls durch den Wohngeld-und Mietenbericht 1991 gewürdigten Fakten in Zusammenhang gebracht werden:

Wie die nachstehende Tabelle ausweist, hat sich in der Zeit von 1981 bis 1990 die absolute Zahl der Wohngeld beziehenden Rentnerhaushalte um rund 40 % reduziert. Gleichzeitig ist der Anteil der Haushalte von Pensionären mit Wohngeldbezug fast völlig aus der Statistik verschwunden.

In dieser Zeit hat sich die anteilige Mietbelastung der Realeinkommen der Ein-Personen-Rentnerhaushalte leicht von 21,4 % auf 24,0 % nach oben verschoben (vgl. Tabelle 18). (Für die Haushalte der Rentner und Pensionäre insgesamt ist auf der Basis verfügbarer statistischer Zahlen keine generelle Aussage möglich.)

Wie bei allen Sozialleistungs-Statistiken sind bei der Dateninterpretation Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen für die angegebenen Zahlen zu berücksichtigen. So müssen Differenzierungen der Berech-

Tabelle 17

Zahl der älteren Wohngeldempfänger und Anteil an der Gesamtzahl (ehemalige Bundesrepublik Deutschland)

Jahr	Empfänger von Wohngeld			Anteil Rentner/Pensionäre an Gesamtempfängern
	insgesamt	Darunter:		
		Rentner	Pensionäre	
	in 1 000	in 1 000	in 1 000	in Prozent
1981	1 609,0	961,1	38,4	*62,1*
1986	1 877,3	718,7	6,5	*38,6*
1987	1 897,2	695,2	5,7	*36,9*
1988	1 858,4	653,0	4,9	*35,4*
1989	1 792,5	608,0	4,2	*34,2*
1990	1 774,3	590,2	4,2	*33,5*

Quellen: Seewald, 1991, S. 671ff.; StBA, 1983, S. 406; StBA, 1991f., S. 480; BT-Drucksache 12/2356 vom 27. März 1992, S. 34 (Tab. 9).

Tabelle 18

Entwicklung der Einkommenssituation und der Mietenbelastung von Ein-Personen-Rentnerhaushalten mit Wohngeldbezug (ehemalige Bundesrepublik Deutschland*)

Jahr	Realeinkommen	Miete	Wohngeld	Mietenbelastung nach Abzug
	in DM	in DM	in DM	Wohngeld in Prozent
1981	840	253	73	*21,4*
1986	955	305	96	*21,9*
1987	957	311	96	*22,5*
1988	968	318	90	*23,6*
1989	995	328	95	*23,4*
1990	1 022	339	94	*24,0*

Anmerkung:
*) Die Angaben beruhen auf Modellrechnungen, bei denen gleichbleibende Realeinkommen und unveränderte Wohnverhältnisse unterstellt werden. Ausgegangen wird von den statistisch für 1975 nachgewiesenen Durchschnittseinkommen und Durchschnittsmieten — hier für Ein-Personen-Rentnerhaushalte (a. a. O., S. 40).

Quelle: BT-Drucksache 12/2356 vom 27. März 1992, S. 58 (Anlage 16).

nungsgrundlagen innerhalb des Berechtigtenkreises in die Interpretation eingehen. Für die Rentner gelten keine Sonderbestimmungen bezüglich der Nichtanrechnung von Einkommensteilen. Kindergeld wird dagegen nicht mit in das Einkommen eingerechnet; Schwerbehinderte erhalten Freibeträge angerechnet; nach dem Bundesversorgungsgesetz gezahlte Grundrenten bleiben unberücksichtigt; ältere Menschen, die mit anderen Generationen ihrer Familie zusammenleben, erhalten einen Freibetrag etc. (a.a.O., Ziff. 87). Die „normalen" Rentner und Pensionäre haben also ein vergleichsweise höheres anrechnungsfähiges Einkommen als andere relevante Gruppen. Hinzu kommt der seit 1981 eingeführte familienpolitische Akzent des Wohngeldanspruchs. Je größer der Haushalt, um so höher der Wohngeldanspruch im Verhältnis zur Mietbelastung. Im Ergebnis gibt es eine Staffelung der relevanten Einkommensanteile und der Mietbelastungsquoten nach Abzug des Wohngeldes, die die kleineren Haushalte ungünstiger stellt als die Haushalte mit höheren Mitgliederzahlen.

Tabelle 19

Staffelung der für die Wohngeldberechnung relevanten Einkommen und der resultierenden Wohnkostenbelastung nach Haushaltsgrößen 1990

Haushaltsgröße	Relevantes Familieneinkommen in Prozent des Bruttoeinkommens	Wohnkostenbelastung der Bruttoeinnahmen nach Abzug Wohngeld in %
Ein-Personen-Haushalte	70,2	*21,8*
Zwei-Personen-Haushalte	69,1	*20,3*
Drei-Personen-Haushalte	65,3	*18,8*
Vier-Personen-Haushalte	64,4	*17,1*
Fünf-Personen-Haushalte	60,9	*15,9*
Sechs- und Mehr-Personen-Haushalte	56,4	*12,4*

Quelle: Seewald, 1991, S. 671ff., hier S. 676, Tab. 5.

Trotz dieses Zuschnitts des Wohngeldanspruchs zählen bisher insbesondere Ein- und Zwei-Personen-Haushalte von nichterwerbstätigen Personen zu den Beziehern von Wohngeld. Diese kleineren Haushalte stellen 67 % aller Haushalte mit Wohngeldleistungen; die Haushalte Nichterwerbstätiger stellen 61 % aller Wohngeldempfänger; die Haushalte sind überwiegend in Mietwohnungen angesiedelt (Seewald, 1991, S. 673f.).

Sonderregelungen der Wohngeldgewährung sind befristet für die neuen Bundesländer und generell für die Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt und Kriegsopferfürsorge ab 1991 eingeführt worden. Für die letzteren gilt zukünftig eine pauschalierte Wohngeldbemessung, wobei das Wohngeld ohne gesonderten Antrag zusammen mit den Leistungen der Sozialhilfe bzw. der Kriegsopferfürsorge ausgezahlt wird. In den neuen Bundesländern gilt für die Zeit vom 1. Oktober 1991 bis voraussichtlich zum 31. Dezember 1994 eine Sonderregelung, deren Ziel es ist, die Auswirkungen der ab Oktober 1991 greifenden Mieterhöhungen und Berechnungen der Mietnebenkosten sozial abzufedern (gemäß dem Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Wohngeldsondergesetzes, BT-Drucksache 12/2601 vom 14. Mai 1992). Bisher liegen keine allgemeinen Daten zum Wohngeldbezug in den östlichen Bundesländern vor. Die Bedeutung des Wohngeldes für Rentenbezieher läßt sich aufgrund der Mitteilung ermessen, daß im Lande Brandenburg 46 % der Wohngeldbezieher Rentner sind (BT-Drucksache 12/2356 vom 27. März 1992, Ziff. 110).

13.5 Aspekte der Wohnungspolitik

Die Politik, bezogen auf die Gestaltung der Wohnungen und des Wohnumfeldes, also Städtebau und Dorferneuerung einerseits und Wohnungsgestaltung sowie Gebäudegestaltung andererseits, bildet einen Wirkungszusammenhang. Sie stellt insoweit auch eine sachliche Einheit dar — jenseits aller administrativen Kompetenzprobleme. So lautet beispielsweise eine Erkenntnis aus der Modernisierungsförderung in den neuen Bundesländern, Wohnungsmodernisierungen ohne Verbindung zu Maßnahmen der Stadtsanierung seien in der Wirkung unbefriedigend, da wenig effektiv (Gerlach & Malik, 1992).

In den 60er und 70er Jahren wurde seitens des Bundes und der Länder eine gezielte Förderung von Altenwohnungen betrieben, wobei diese für eine oder maximal zwei Personen vorgesehenen Wohneinheiten an die Belegung durch 60jährige und ältere Menschen gebunden waren und eine geringfügige Ausrichtung auf Mobilitätseinschränkungen ihrer Bewohner vorsahen (Planungsempfehlungen des Bundesministers für Städtebau und Wohnungswesen für Altenwohnungen, Wohnungen in Altenwohnheimen, Wohnplätze in Altenheimen, Stand 8. Dezember 1972, in Dieck, 1979). Diese Altenwohnungen, innerhalb des sozialen Wohnungsbaues errichtet, haben nie mehr als 3 % der bestehenden Altenhaushalte erreicht und waren somit wenig geeignet, die Wohnsituation alter Menschen auf breiterer Grundlage zu verbessern (Dieck, 1991b, S. 650). In den späteren 80er Jahren, in denen der soziale Wohnungsbau insgesamt stark reduziert war unter der Annahme, der Wohnungsbedarf sei befriedigt, kam die Errichtung von Altenwohnungen faktisch zum Erliegen.

Ein Ergebnis der Gebäude- und Wohnungszählung 1987, in Verbindung mit der Volkszählung durchgeführt, war die Erkenntnis eines hohen Wohnungsfehlbestandes. Die Wohnsituation verschärfte sich durch den Zuzug von Aussiedlern, Übersiedlern und Asylsuchenden. Steigende Mieten wurden zu einem sozialen Problem und dies nicht nur bei den Beziehern geringer Einkommen. Mit der deutschen Vereinigung 1990 wurde die Notwendigkeit wohnungspolitischer Maßnahmen in den neuen Bundesländern überdeutlich. Dies ist der Hintergrund, gegen den Wohnungspolitik generell und insbesondere die Förderung des sozialen Wohnungsbaues erneut hohe Bedeutung gewonnen

hat. Während allerdings in den neuen Bundesländern Mittel des sozialen Wohnungsbaues nicht nur für Neubauten, sondern auch für Modernisierungen und Sanierungen zur Verfügung stehen (und somit u. a. auch den alten Mietern und Hauseigentümern zugute kommen können an ihrem angestammten Wohnsitz), werden sie im Westen unverändert nur für Neubauten eingesetzt. Maßnahmen der Wohnungsmodernisierung und der Wohnungsanpassung an Einschränkungen der Selbständigkeit bis zu Behinderungen, denen für das Wohnen hochbetagter Menschen ebenso hohe Bedeutung zukommt wie für die Erleichterung der Pflege in sogenannten Pflegehaushalten, sind weitgehend der Förderung durch die Kommunen überlassen. Damit wird einer angemessenen Wohnqualität alter Menschen, die in bereits bestehender Wohnsubstanz leben, seitens des Bundes wie der Bundesländer bisher wenig Bedeutung beigemessen. Anders formuliert: Auf Breitenwirkung wird jenseits aller Rhetorik bis zu diesem Zeitpunkt in der konkreten Politikgestaltung nicht gesetzt.

Neue Konzepte der Gebäude-, Wohnungs- und Stadtgestaltung (letztere bezogen auf Straßen, Plätze, Wege) werden in den Initiativen zur Durchsetzung behindertengerechter Planung erkennbar. Diese Initiativen führen fort von gesonderten Planungsempfehlungen für Sonderwohnformen alter Menschen und sie überwinden Spezialvorschriften für Wohnungen für Rollstuhlfahrer (die dennoch in spezifischen Bedarfssituationen ihren Wert behalten). Die Konzepte tragen das Signum „barrierefreies Bauen bei öffentlich zugängigen Gebäuden und Arbeitsstätten" und „barrierefreie Wohnungen" und sind mit einem allgemeinen Normierungsanspruch ausgestattet. Nicht nur alle Verkehrswege, sondern auch die öffentlich zugänglichen Gebäude, Arbeitsstätten sowie „Normalwohnungen" sollen einen barrierefreien Zugang ermöglichen und die Mobilität von in ihrer Bewegungsfähigkeit oder Bewegungssicherheit eingeschränkten Menschen fördern. Die vorliegenden Entwürfe neugefaßter DIN-Normen (DIN 18 024 und DIN 18 025) sollen, sind sie einmal verabschiedet, auch für Aus- und Umbauten und nicht nur für Neubauten Geltung haben (Vorabdruck in Bayerisches Staatsministerium des Inneren, 1992). Der Deutsche Bundestag hat im Januar 1992 die Empfehlung ausgesprochen, dem Prinzip des barrierefreien Wohnens bei der Wohnversorgung älterer Menschen zu folgen und es auch bei der Planung allgemeiner Wohnanlagen zu beachten. Die Bauförderungsrichtlinien der Länder für den sozialen Wohnungsbau und sonstige Landesförderungsprogramme sollen, gemäß dieser Empfehlung, entsprechende Auflagen enthalten (Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau, 1991). Hiermit ist ein für alte Menschen wichtiges Konzept der Gestaltung der Wohnungen und ihres Wohnumfeldes durch den Bund politisch akzeptiert, dem langfristig eine Breitenwirkung — nach Durchsetzung auf Landesebene — zukommen kann.

Ausgewählte Wohngebiete mit einer hohen Konzentration älterer Menschen sind das Gestaltungsfeld von Modellvorhaben des experimentellen Wohnungs- und Städtebaus, die das Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau initiiert hat und wissenschaftlich begleiten läßt. Ziel dieser Maßnahmen ist es, in innerstädtischen Altbaugebieten, in älteren Wohnsiedlungen und in stärker ländlich geprägten Gebieten exemplarisch Maßnahmen zu erproben, die zu einer verbesserten Wohn- und Lebensqualität führen. Bislang sind nur Beschreibungen der Modellvorhaben verfügbar (BMBau, 1991a), jedoch noch keine zusammenfassenden Evaluationen. Insoweit bleiben verallgemeinerungsfähige Ergebnisse und hieraus resultierende Politikentwicklungen abzuwarten.

14. Der ältere Mensch als Verkehrsteilnehmer

Die Erhaltung und Förderung der Mobilität ist für die Lebensqualität im Alter von großer Bedeutung. Sie bildet eine wesentliche Voraussetzung für soziale Kontakte und verschafft dem einzelnen ein hohes Maß an Eigenbestimmung im Sinne einer Bewahrung und Steigerung der Kompetenz im Alter.

14.1 Verkehrsbeteiligung

Kraftfahrer

Laut einer 1982 vorgenommenen Erhebung zum Verkehrsverhalten 1982 (Socialdata, 1983) waren 1976 33,9 % der 60- bis 65jährigen, 26,1 % der 66- bis 71jährigen und 13,4 % der über 72jährigen im Besitz eines Führerscheins. Schon bis zum Jahre 1982 zeigte sich in derselben Erhebung ein Anstieg bei den 60- bis 65jährigen um 11,1 %, bei den 66- bis 71jährigen um 6,4 % und bei den über 72jährigen um 7,2 %, ein Anstieg, der auf eine ständige Zunahme der Zahl älterer Führerscheininhaber verweist (vgl. Tabelle 20).

Nach einer Modellrechnung des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften Bonn (1985) wird der Prozentsatz der Führerscheininhaber bis zum Jahre 2000 in den Altersgruppen bis 50 Jahre nahezu konstant bleiben. Für die älteren Jahrgänge jedoch ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen: Im Vergleich zu 1985 wird sich demnach in der Altersgruppe der 70- bis 79jährigen im Jahre 2000 der Prozentsatz der Führerscheinbesitzer verdoppelt haben.

Der Ausstattungsgrad der Haushalte älterer Menschen mit Personenkraftwagen und Krafträdern liegt deutlich niedriger als im Gesamtdurchschnitt. Hinzu kommt, daß die Hälfte aller Haushalte älterer Menschen aus nur einer Person besteht, in 84 % der Fälle handelt es sich um eine alleinstehende Frau. Im alten

Tabelle 20

Führerscheinbesitz nach Altersgruppen
— in Prozent —

Altersgruppe	1976	1982	Differenz
18—23	61,1	69,0	+ 7,9
24—29	82,5	86,1	+ 3,6
30—35	80,8	87,0	+ 6,2
36—41	72,8	83,9	+11,1
42—47	62,9	76,9	+14,0
48—53	54,6	64,4	+ 9,8
54—59	46,1	54,0	+ 7,9
60—65	33,9	45,0	+11,1
66—71	26,1	32,5	+ 6,4
72—77	13,4	20,6	+ 7,2

Quelle: Socialdata, 1984, Tabellenband 1, S. 82—85

Bundesgebiet verfügten 35 von 100 alleinlebenden Frauen im Alter von 60 bis 64 Jahren über ein Auto, bei den 65- bis 69jährigen war der Anteil bereits auf 25 % geschrumpft. Die in der ehemaligen DDR lebenden Rentner besaßen 1988 wesentlich seltener ein Kraftfahrzeug. Bei den Ein-Personen-Rentnerhaushalten existierte in den alten Bundesländern lediglich in drei von 100 Haushalten ein eigener PKW, bei den Zwei-Personen-Rentnerhaushalten in 31 von 100 (StBA, 1991e). An diesen Zahlen dürfte sich trotz der statistischen Zunahme von Autobesitzern nach der Wende wenig geändert haben.

Über die Frequenz älterer Menschen als Kraftfahrer liegen Angaben von Hartenstein (1989) vor. Auf der Grundlage einer repräsentativen Querschnittsstichprobe von 4 000 Personen, darunter 300 über 55jährige Kraftfahrer, kommt er zu folgenden Ergebnissen:

— Ältere Autofahrer unternehmen nicht weniger Fahrten als junge; sie fahren fast ebenso häufig, allerdings nicht so weit.

— Die Verkehrsbedürfnisse sind ihrem Umfang nach relativ stabil; von den älteren Autofahrern werden 5 % weniger Fahrten unternommen; die Fahrleistung (gefahrene Kilometer) liegt um 10 % niedriger.

— Allerdings kommt es zu einer Verlagerung der Aktivitäten. Auf die Frage, was sie heute — gegenüber vor 10 Jahren — mit dem Auto erledigen, berichten Autofahrer über 55 Jahre, daß sie zwar weniger zur Arbeit fahren, daß sie aber mehr Einkäufe und Besuche mit dem Auto machen. Die Summe der Aktivitäten bleibt deshalb in etwa gleich.

Fußgänger

Die Teilnahme am Straßenverkehr als Fußgänger nimmt mit dem Alter zu. Internationalen Studien der OECD (1986) zufolge legen ältere Fußgänger in vielen europäischen Ländern jährlich zwischen 300 bis 500 km zurück.

Zeigt auch die Erhebung nach Socialdata (1984) (vgl. Tabelle 21) eine Abnahme der Anzahl der Fußgänger von 1976 bis 1982 über alle dort untersuchten Altersgruppen zugunsten der Pkw-Fahrer und der Benutzer öffentlicher Verkehrsmittel, so kann dennoch insbesondere der erzwungene Verzicht auf diese grundlegendste Art der Verkehrsteilnahme für einen Menschen eine radikale Reduzierung seiner Mobilität bedeuten und mit erheblichen Einschränkungen seiner Selbstbestimmung einhergehen.

14.2 Unfallbeteiligung

Im Jahre 1989 verunglückten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in den alten Bundesländern 457 392 Personen, darunter 31 670, die das 65. Lebensjahr überschritten hatten (6,92 %). Die Anzahl der Verunglückten je 100 000 Einwohner beträgt insgesamt 741, bei den Senioren 333. Das Unfallrisiko lag bei den männlichen Senioren mit 441 Personen je 100 000 Einwohner höher als bei den

Tabelle 21

Hauptsächliche Verkehrsmittel nach Altersgruppen
— in Prozent —

Verkehrsmittel	54 bis 59 Jahre			60 bis 65 Jahre			66 bis 71 Jahre			72 Jahre		
	1976	1982	Diff.	1976	1982	Diff.	1976	1982	Diff.	1976	1982	Diff.
zu Fuß	37,1	30,6	−6,5	48,2	37,6	−10,6	58,2	46,1	−12,1	65,3	53,9	−11,4
Fahrrad/Motorrad	7,1	10,3	+3,3	6,6	9,2	+ 2,7	5,1	8,2	+ 3,1	4,4	4,2	+ 0,2
öffentliche Verkehrsmittel	11,0	10,4	−0,6	11,7	12,0	+ 0,3	12,5	17,4	+ 4,9	13,3	21,0	+ 7,2
PKW als Fahrer	34,3	36,4	+1,6	24,4	29,9	+ 5,5	14,8	18,6	+ 3,8	3,4	11,2	+ 2,8
PKW als Beifahrer	9,0	8,8	−0,2	8,5	9,2	+ 0,7	8,7	7,8	− 0,9	7,4	6,9	− 0,5

Quelle: Socialdata, 1984, Tabellenband 1, S. 220—231.

Frauen mit 292 (StBA, 1991e). Im gleichen Zeitraum verunglückten auf dem Gebiet der ehemaligen DDR 42 821 Personen, darunter 2 983 über 65jährige (6,96 %). Die Anzahl der verunglückten Senioren je 100 000 Einwohner betrug 135.

Die Unfallhäufigkeit geht — insgesamt gesehen — mit zunehmendem Alter zurück (Abbildung 10 und 11). Anders verhält es sich bei den Unfallfolgen. So verstarben in den alten Bundesländern bei Straßenverkehrsunfällen 7 995 Personen, darunter 1 694 Senioren (21,2 %). Bezogen auf 100 000 Einwohner ihres Alters wurden 18 Senioren getötet.

In der ehemaligen DDR kamen im gleichen Zeitraum 1 784 Personen ums Leben, darunter 357 Senioren (20 %). Bezogen auf 100 000 Einwohner ihrer Altersklasse fanden 16 Senioren bei Verkehrsunfällen den Tod.

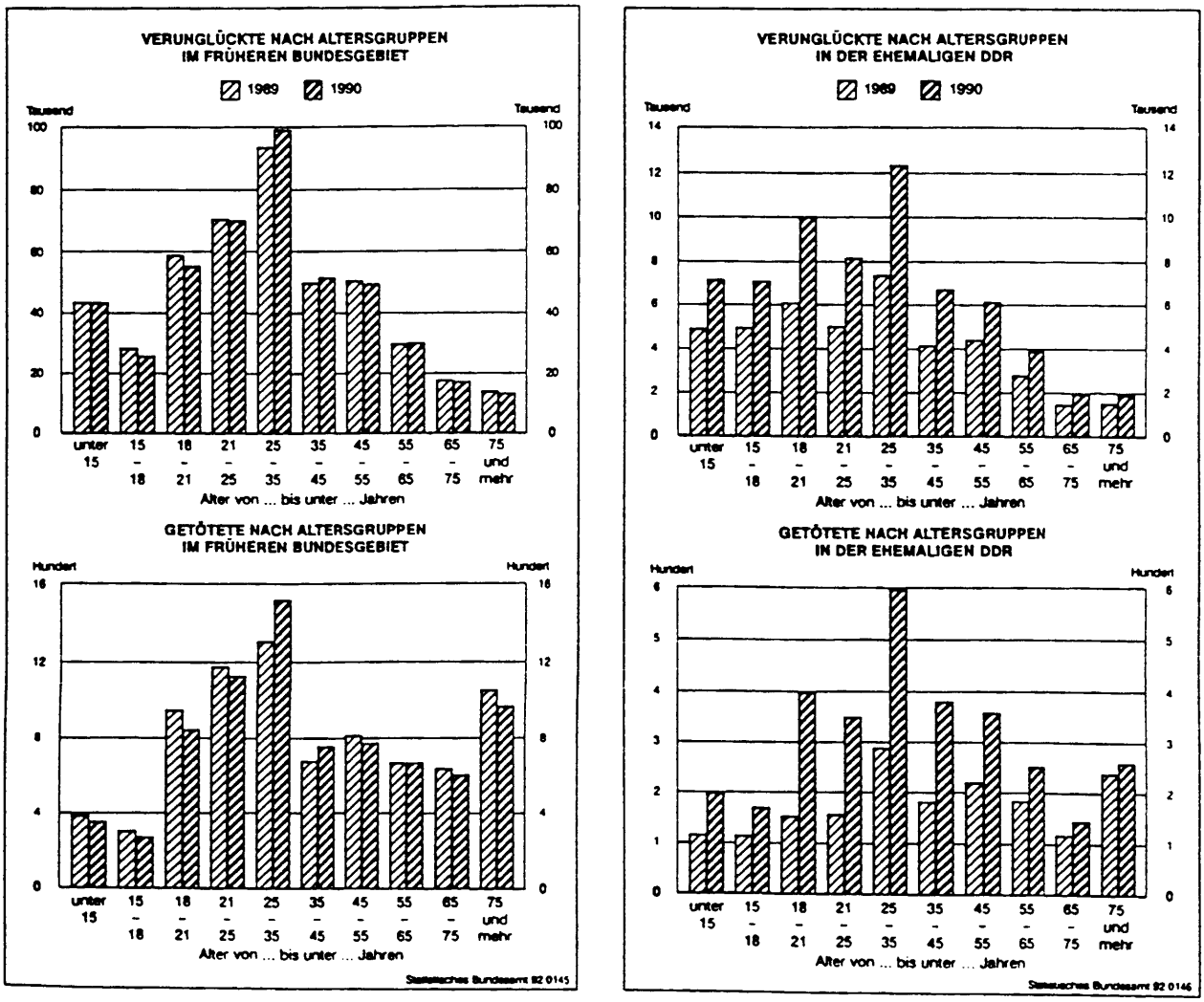
Der in Tabelle 22 enthaltene internationale Vergleich für das Jahr 1985 (OECD) belegt, daß in allen angeführten Ländern die Zahl der Todesfälle in der Gruppe der 25- bis 64jährigen Menschen geringer ist als in der Gruppe der 65jährigen und älteren Menschen. Zum Teil sind ihre Unterschiede sehr stark ausgeprägt.

Während in den alten Bundesländern von 1985 bis 1990 die Anzahl der verunglückten und getöteten Senioren abnahm, war auf dem Gebiet der ehemaligen DDR ein Anstieg zu verzeichnen. Nach Nicodemus (1992) nahm hier die Zahl der Getöteten um 13 % zu. Auffallend war in beiden Teilen Deutschlands der sehr hohe Anteil von Verkehrstoten, die das 75. Lebensjahr überschritten hatten.

Schweregrad und Verletzungsfolgen nach Verkehrsunfällen sind altersspezifisch. So steigt mit zunehmendem Alter die durchschnittliche Anzahl der nach einem Verkehrsunfall im Krankenhaus verbrachten Tage. Sind es im Gesamtdurchschnitt 20 Tage, so erhöht sich diese Zahl mit dem 60. Lebensjahr auf 26 und mit dem 70. Lebensjahr auf 30 Tage (OECD, 1985).

Abbildung 10 und 11

Verunglückte nach Altersgruppen in der ehemaligen DDR und im ehemaligen Bundesgebiet



Quelle: Nicodemus, 1992

Tabelle 22

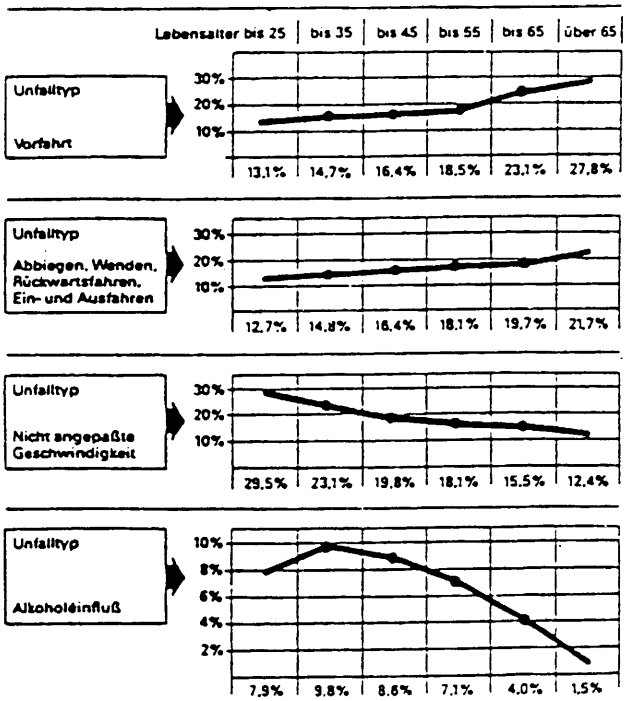
Tödliche Verkehrsunfallopfer in verschiedenen Ländern (OECD, 1985) pro 100 000 Personen

Land	Altersgruppe	
	25 bis 64	über 65
Schweiz	15,2	33,2
Belgien	19,0	28,4
Österreich	20,3	25,8
Bundesrepublik Deutschland	13,9	26,2
Frankreich	22,0	25,5
Australien	18,2	25,0
Finnland	10,5	24,2
Irland	13,6	24,1
Niederlande	9,5	22,8
Dänemark	10,3	21,8
Griechenland	16,5	21,3
Italien	13,2	21,0
Kanada	14,8	20,0
USA	18,3	18,5
Schweden	7,3	15,7
Japan	6,4	15,6
Norwegen	6,8	14,5
Großbritannien	8,8	14,4
Spanien	13,3	14,0

Quelle: Risser et al., 1986

Abbildung 12

Ursachen von Kfz-Unfällen unter Berücksichtigung des Lebensalters der Betroffenen



Quelle: Süddeutsche Zeitung, 1990, Nr. 210, S. 23

Kraftfahrer

Der Anteil der verunglückten Senioren unter den Fahrern und Mitfahrern von Kraftwagen betrug 1990 in den alten Bundesländern unter 155 749 Männern 5 972 Personen (3,8 %), unter 131 980 Frauen 7 701 (5,8 %). Innerhalb der Gruppe der Getöteten lag die Quote der Seniorinnen mit 1 238 getöteten Frauen, d. h. 21 % höher als mit 3 318 bei den Männern (7,9 %). Bezogen auf 100 000 Einwohner pro Altersgruppe verunglückten 1989 unter den Senioren 71,5 Fahrer und 73,3 Mitfahrer. Die Anzahl der Verkehrstoten bei Autounfällen war pro 100 000 Einwohner bei den Senioren mit 2,7 in den alten und 3,1 in den neuen Bundesländern kaum höher als in den anderen Altersgruppen. Als Unfallverursacher wurden nach Nicodemus (1992) bei den Kfz-Teilnehmern unter 236 045 Personen 13 645 Senioren gezählt (5,8 %). Die Anzahl jener älterer Menschen, die einen Unfall verursacht hatten, lag allerdings bei den Autofahrern mit 65 % deutlich höher als bei den Fußgängern (30 %).

Eine Übersicht über die Unfalltypen bei Kfz-Fahrern in Abhängigkeit vom Alter findet sich in Abbildung 12.

Ellinghaus et al. (1989) verwiesen auf die spezifischen Gefahrenquellen für Unfälle Älterer auf Autobahnen, Landstraßen und im Stadtverkehr. Bei dem Versuch, eine Altersgrenze herausstellen zu können, ab der die Verhaltensunterschiede im Fahren besonders deutlich werden, zeigte sich, daß die Gruppe der älteren Autofahrer sehr inhomogen ist und die interindividuelle Verhaltensvarianz mit steigendem Alter weiter zunimmt. Eine solche Grenze war frühestens bei 70 Jahren anzusiedeln.

Dennoch läßt sich eine Veränderung der Unfallstruktur im Alter feststellen: Bei den Unfällen, die von älteren Pkw-Fahrern verursacht werden, ist häufiger als bei jüngeren ein Mißachten der Vorfahrt sowie das Abbiegen und das Einfahren die Ursache des Unfalls. Zusätzlich kommt es zu einer Verlagerung der Unfallorte; Unfälle passieren im Alter häufiger an Kreuzungen, wohingegen Unfälle durch Abkommen von der Fahrbahn im Alter seltener werden, ebenso wie Unfälle durch Alkohol (Ellinghaus & Schlag, 1984; Schlag, 1990). Böcher und Geiler (1981) nennen als weitere kritische Punkte bei älteren Autofahrern zu dichtes Vorbeifahren an parkenden Fahrzeugen, Schwierigkeiten in ungewohnter Umgebung, Orientierungsfehler sowie falsches oder zu spätes Reagieren in schwierigen Situationen.

Die mit zunehmendem Alter rückläufige Zahl der Unfälle in Dunkelheit und bei ungünstigen Straßenverhältnissen ist weniger darauf zurückzuführen, daß die Älteren hier sicherer fahren, sondern eher durch ein Vermeiden von Fahrten unter diesen Bedingungen zu erklären, da die Älteren aufgrund der wegfallenden beruflichen Verpflichtungen die Möglichkeit

haben, sich die besten Bedingungen für ihre Fahrt zu verschaffen (vgl. Ellinghaus & Schlag, 1984).

Verständlicherweise spielen ältere Verkehrsteilnehmer mit Kraftrad oder Kleinkraftrad nur eine untergeordnete Rolle. So betrug der Anteil von Senioren an entsprechenden Unglücksfällen in den alten Bundesländern 1990 bei den Männern 2,0 %, bei den Frauen 1,4 %.

Radfahrer

Ältere Menschen benutzen auch das Fahrrad als Verkehrsmittel. Senioren sind als Radfahrer hinsichtlich der Unfallbeteiligung, ähnlich wie Kinder und Jugendliche, besonders gefährdet.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (StBA, 1991e) befanden sich 1990 unter 39 243 verunglückten männlichen Radfahrern 2 963 Senioren (7,55 %) und unter 25 475 weiblichen Radfahrern 3 105 über 65jährige (12,2 %). Besonders hoch war unter den getöteten Radfahrern der Anteil der Senioren (Männer 40,6 %; Frauen 46 %). Unter den verunglückten Senioren wurden 45,8 % als Unfallverursacher gezählt.

Hauptunfallstellen sind Kreuzungen und Einmündungen, wobei der Radverkehr auf gesonderten Radwegen nur wenig sicherer ist als auf Straßennetzen ohne Radwege (Kloeckner, 1988).

Fußgänger

Nach übereinstimmenden Angaben nimmt der Anteil der bei Verkehrsunfällen getöteten Fußgänger mit steigendem Alter zu. Für die Menschen im Alter von 65 Jahren und darüber ist das Risiko, als Fußgänger tödlich zu verunglücken, bezogen auf die jeweilige Bevölkerungszahl, über fünfmal so hoch wie für die mittlere Generation der 25- bis 64jährigen und fast neunmal so hoch wie für die Altersgruppe der 21- bis 24jährigen. Die Anzahl aller tödlich verunglückten Fußgänger lag 1989 in den alten Bundesländern bezogen auf 100 000 Einwohner bei 8,7, in der damaligen DDR bei 9,3. Rund die Hälfte der verunglückten Senioren im Straßenverkehr waren Fußgänger (StBA, 1991e).

Bemerkenswerterweise verursachen ältere Fußgänger seltener einen Unfall als jüngere. So wurden unter ihnen im alten Bundesgebiet 1988 nur 30 % Verursacher registriert, während in der mittleren Generation ein Anteil von 36 % gezählt wurde (StBA, 1991e).

Die größte Gefahr wurde dabei konstant in jugendlichen Fahrrad- und Mopedfahrern gesehen, welche den Bürgersteig oder Fußweg benutzen (Wittenberg, 1986). Wie in anderen Studien wurde auch die kurze Dauer der „Grün"-phasen an mit Ampeln versehenen Übergängen beklagt. Eine Zunahme der Klagen zeigte sich in bezug auf das zu schnelle Heranfahren von Auto- und Motorradfahrern an Fußgängerüberwege. Diese Erschwerung der Situation für den Fußgänger dürfte sicher auch für andere Altersgruppen beispielsweise jüngere Frauen mit kleinen Kindern gelten. Sie zeigen auf jeden Fall die Komplexität der Probleme, denen sich vor allem mehr oder minder schwerbehinderte ältere Menschen gegenübersehen und die keineswegs ausschließlich durch kurze Unterweisungen über Verkehrsregeln gelöst werden können (vgl. Tabelle 5 im Anhang).

Erklärungsansätze für die erhöhte Gefährdung älterer Fußgänger finden sich bei Thomae et al. (1977) und Mathey (1991). Danach zeigen sich bei älteren Menschen innerhalb städtischer Bereiche Unfallgefährdungen, beispielsweise beim Überschreiten breiter, vor allem vierspuriger Straßen oder beim Überqueren einer Straße in einer zu kleinen Verkehrslücke. Solche Gefährdungen resultieren aber auch aus Verhaltensweisen älterer Fußgänger, wie beispielsweise der Unterschätzung der Geschwindigkeit und der Überschätzung der Entfernung ankommender Fahrzeuge oder dem plötzlichen Überschreiten der Fahrbahn nach längerem Warten am Straßenrand infolge starken Verkehrs. Eine weitere Unfallquelle wurde in dem „Sich-nachziehen-lassen" von anderen (meist jüngeren) Verkehrsteilnehmern, manchmal auch an auf „Rot" geschalteten Fußgängerampeln, gesehen.

14.3 Alter, Gesundheit und Straßenverkehr

Mit zunehmendem Alter treten Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen auf. Sie entwickeln sich aufgrund von Alternsveränderungen sowie der im Laufe der Jahre ansteigenden Morbidität. Insgesamt liegen im verkehrsmedizinischen Bereich aber wenig wissenschaftliche Erkenntnisse darüber vor, welche Krankheiten oder gesundheitliche Störungen sich beeinträchtigend auf die Bewältigung verkehrsspezifischer Anforderungen auswirken. Kasuistische Erfahrungen dominieren häufig wissenschaftlich fundierte Bewertungsmöglichkeiten (Rühle, 1988).

Physiologische Leistungsfähigkeit

Physiologische Beeinträchtigungen der Anpassungsfähigkeit und Dauerbelastungen (beispielsweise Instabilität der Blutdruckverhältnisse und des Kreislaufs, früher einsetzende Erschöpfung der Kraftreserven, zunehmende Empfindlichkeit gegenüber Verletzungen und Schockeinwirkungen) sind bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit älterer Kraftfahrer ebenso zu berücksichtigen wie häufig vorkommendes nachlassendes Seh- und Hörvermögen oder eine allgemeine Verlangsamung der Verarbeitung komplexer Informationen (Mathey, 1991; Böcher & Geiler, 1981; Planek, 1981). Auf der anderen Seite kamen Ellinghaus et al. (1989) und Schlag (1990) zu dem Ergebnis, daß die „objektiv meßbaren", d. h. die mittels Laborversuche gewonnenen Daten zur Leistungsfähigkeit zwar einen deutlichen Zusammenhang zum kalendarischen Alter aufwiesen, daß das kalendarische Alter jedoch nur einen sehr geringen Einfluß auf das spezifische Fahrverhalten zeigte und damit auch der Erklärungswert von Leistungsdaten für das Fahrverhalten begrenzt ist. Ob und inwieweit der Einsatz von Methoden zur Bestimmung des biologischen Alters (Ries & Sauer, 1991) zu besse-

ren Erkenntnissen beitragen kann, bedarf gezielter Untersuchungen.

Psychische Störungen

In dieser Hinsicht existieren kaum aussagekräftige Befunde, insbesondere in bezug auf die Wechselwirkungen von Krankheit und psychopharmakologischer Behandlung einerseits und der Fahrtüchtigkeit bzw. Unfallhäufigkeit andererseits. Generell wird weiter eine erhöhte Unfallgefahr bei psychischen Störungen (im Sinne einer Risikogruppe) angenommem. Genauere Analysen zeigen demgegenüber, daß oft ungenügende Behandlung oder zusätzlicher Alkoholgenuß als Unfallursache im Vordergrund steht. Ebenfalls wissenschaftlich unzureichend sind epidemiologische Arbeiten zum Thema „Verkehrsmedizinisch relevante Arzneimittel am Steuer und/oder in Verbindung mit dem Verkehrsunfall". Einig sind sich Autoren aber darin, daß mit der zunehmenden Verschreibungspraxis die verkehrsmedizinisch relevanten Arzneimittel eine immer größere Unfallgefahr bedeuten können. Dies kann in den Prodromalphasen, vor allem depressiver Erkrankungen, in denen häufig auch Sedativa und Hypnotika verschrieben werden, von besonderer Bedeutung sein. In dieser Hinsicht können sich auch juristische Probleme ergeben. So kann beispielweise ein depressiv Erkrankter in Abhängigkeit von Art und Phase der Krankheit sowie in Abhängigkeit vom Alter nur bedingt oder nicht fahrtüchtig sein, andererseits können Antidepressiva — medizinisch-pharmakologisch lege artis eingesetzt — die Fahrtüchtigkeit durchaus positiv beeinflussen. Sie wären in diesen Fällen im Sinne des Gesetzes als notwendige Korrekturen anzusehen, ohne die eine Fahrtüchtigkeit nicht gegeben wäre. Anders ausgedrückt: Nicht durch die Einnahme, sondern im Gegenteil erst durch die Nichteinnahme wäre hier die Fahrtüchtigkeit als beeinträchtigt zu beurteilen. Untersuchungen von Bergener und Friedel (1987) zeigen, daß die behandelten Patienten in psychologischen Tests, die als wesentliche Parameter die Reaktionszeit messen, signifikant langsamer reagierten als die Referenzgruppe. Gleichzeitig erzielten sie ebenso häufig richtige Ergebnisse oder produzierten sogar weniger Fehler als diese.

14.4 Einstellung und Risikobereitschaft

Die subjektive Einstellung älterer Menschen zum Verkehr ist von zwei grundsätzlich unterschiedlichen Verhaltensweisen geprägt, zum einen von der Angst aufgrund von Unsicherheitsgefühlen, zum anderen vom „Nicht-wahrhaben-wollen" von Mängeln und Defiziten. Unterschätzung und Überschätzung von Gefahren sind persönlichkeitsgebunden.

Im Falle der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten sind viele Ältere eher bereit, diese Defizite anderen zuzuordnen, als sie mit sich selbst in Verbindung zu bringen. Diese Einschätzung kann getragen sein von dem negativen Selbstbild bzw. Altersbild, von dem der einzelne sich gerne distanzieren möchte. Das subjektive Bild der Kompetenz kann Ausdruck der Angst vor Inkompetenz sein. Dahingegen wirkt sich bei Fußgängern eine intensive eigene Verkehrsteilnahme förderlich auf eine realistische Einschätzung eigener Mängel und Defizite aus (Thomae et al., 1977).

Bei älteren Kraftfahrern lassen sich ähnliche Tendenzen beobachten. So wird die „objektive Leistungsreduktion" subjektiv weniger stark erlebt. Die Diskrepanzen zwischen objektiver Leistungsfähigkeit und subjektivem Erleben klafften mit zunehmendem Alter mehr und mehr auseinander (Ellinghaus et al., 1989), ein Sachverhalt, der eine Gefahrenquelle in sich birgt und eine Auseinandersetzung mit den eigenen Mängeln erheblich erschwert. Die Überschätzung des eigenen Könnens ist für die Beteiligung am Straßenverkehr ein erhebliches Risiko.

Die Risikobereitschaft älterer Menschen wird verständlicherweise von ihrer jeweiligen Einstellung geprägt. Ältere Menschen scheinen durch Risikovermeidung und Risikokompensation möglicherweise bestehende „Leistungsdefizite" in hohem Maße ausgleichen zu können, indem sie beispielsweise auf Fahrten im Dunkeln oder während der Hauptverkehrszeiten verzichten bzw. ihren als langjährige Autofahrer erworbenen Erfahrungsvorsprung nutzen und gefährliche Situationen rechtzeitig erkennen und ihnen begegnen (Ellinghaus & Schlag, 1984).

Die stereotypen Vorstellungen über bestimmte Altersgruppen finden ihren Niederschlag in konkreten Situationen und fließen in den Verkehrsalltag ein. Teilweise werden sie bewußt eingesetzt und haben eine gute — zur Verkehrssicherheit beitragende — Wirkung. Das Stereotyp „Kinder sind unberechenbar" erfüllt durchaus seinen Zweck, wenn es zu erhöhter Rücksichtnahme auf Kinder führt.

Bei den Stereotypisierungen älterer Verkehrsteilnehmer zeigt sich jedoch, daß diese weniger der Integration, sondern mehr einer Ausgrenzung dienen. Bei Befragungen kamen Ellinghaus und Schlag (1984) zu dem Ergebnis, daß den älteren Verkehrsteilnehmern von den jüngeren mehr negative als positive Eigenschaften zugeordnet wurden, wobei sich diese Einschätzung jedoch mit zunehmendem Alter der Beurteiler änderte (Tabelle 23).

Diese Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild der jüngeren und älteren Autofahrer erschwert sicherlich ein Verständnis in konkreten Situationen des Straßenverkehrs. Die Ergebnisse eines Ende 1989 abgeschlossenen Forschungsprojektes vom Institut für angewandte Sozialwissenschaften Bonn (INFAS) verweisen in diesem Zusammenhang jedoch auf deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede und einen Zusammenhang zwischen Alter und Geschlecht bei der Analyse der Selbstbilder von Autofahrern. Danach ist das Bild des männlichen Fahrers mittleren Alters in hohem Maße durch einen „dynamischen" Fahrstil geprägt, das des älteren Fahrers durch „behutsames" und „zögerliches" Fahren, beides Attribute, die vom „Idealbild" eines Autofahrers negativ abweichen. Das Bild der Fahrerinnen im mittleren und höheren Alter ähnelt sich hingegen viel stärker. Beiden Altersgruppen wird ein „defensiver" Fahrstil zugeschrieben, der insgesamt sowohl von Frauen als auch von Männern

Tabelle 23

Fremdbild älterer Fahrer nach Altersgruppen
— in Prozent —

	Alter			
	(Fremdbild)			(Selbstbild)
	bis 29	30 bis 49	50 bis 59	60 Jahre und älter
Ältere Fahrer sind...				
vorbildlich ..... (+)	9	6	12	23
vorsichtig ..... (+)	20	27	26	57
vernünftig ..... (+)	13	12	20	38
aufmerksam .... (+)	10	13	17	24
rücksichtsvoll ... (+)	19	22	29	38
überfordert ..... (–)	49	50	34	22
langsam ..... (–)	64	57	60	45
unsicher ..... (–)	56	49	41	20
risikobereit ..... (–)	2	3	2	0
gefährdet andere (–)	34	29	14	15
Differenz zwischen positiven und negativen Eigenschaften	–184	–183	–47	–79

Quelle: Ellinghaus & Schlag, 1984

deutlich positiver beurteilt und häufiger der älteren Autofahrerin zugeschrieben wird. Das Bild der Autofahrerinnen ist also sowohl im mittleren als auch im höheren Alter weitgehend durch positive Eigenschaften geprägt, so daß Frauen am Steuer „als ‚Leitfiguren' für angepaßtes Fahren, aber auch als Modell für eine aktive Bewältigung der mit dem Älterwerden verbundenen Probleme eher geeignet sind als Männer" (Hartenstein, 1989).

14.5 Situation nach der Wiedervereinigung

Die Zahl der Verkehrstoten im vereinigten Deutschland ist im Jahr 1991 im Vergleich zu 1990 um 1,8 % auf insgesamt 11 248 gestiegen. Wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mitteilte, ist hierfür vor allem der sprunghafte Anstieg der Unfallopfer in Ostdeutschland verantwortlich: Hier verunglückten 1991 im Straßenverkehr 3 733 Menschen tödlich, 19 % mehr als ein Jahr zuvor. Dagegen wurde in Westdeutschland mit 7 515 Verkehrstoten die geringste Zahl an Opfern seit Einführung der Statistik im Jahre 1953 gezählt. Damit starben 1991 in den neuen Ländern gemessen an der Einwohnerzahl fast doppelt so viele Menschen wie in der alten Bundesrepublik Deutschland (StBA, 1991e).

Besonders gravierend ist die Situation auf den Autobahnen. Hier wurden 1990 in den neuen Bundesländern 3 136 Unfälle mit Personenschaden (+ 109 % gegenüber 1989) und 534 Getötete gezählt (+ 142 %). Je 100 km Straßenlänge starben in den neuen Bundesländern mit 28,9 Getöteten erheblich mehr Menschen auf den Autobahnen als im Westen mit 10,6 Getöteten. Bemerkenswerterweise hat sich aber im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen der Anteil der Senioren an den Unfällen nur geringfügig erhöht (vgl. Abbildung 11). Diese Feststellung könnte auf eine zurückgegangene Beteiligung älterer Personen am Straßenverkehr hindeuten. Möglicherweise liegen dieser Annahme eine zunehmende Angst älterer Menschen zugrunde, die sich nicht nur vor dem drastisch gestiegenen Straßenverkehr fürchten, sondern auch vor der steigenden Kriminalität. Ob diese Annahme begründet ist, müssen zukünftige Untersuchungen erweisen. Aus vielen Beobachtungen geht hervor, daß alte Personen abends ungern auf die Straße gehen. Leider stehen über die Tageszeiten der Verkehrsunfälle unter Berücksichtigung des Lebensalters keine neuen verwertbaren Daten zur Verfügung.

14.6 Vorschläge zur Verbesserung der Situation älterer Menschen im Straßenverkehr

Nach internationalen Statistiken, für die als Beispiel ein Bericht aus den USA stehen mag (Abbildung 13), sind Kinder und Jugendliche neben den älteren Menschen am häufigsten an Verkehrsunfällen beteiligt. Bemerkenswerterweise konzentriert sich aber die öffentliche Anteilnahme und Medienberichterstattung in erster Linie auf die Situation der Jugendlichen, während die Aufmerksamkeit für die älteren Menschen geringer ausgeprägt ist. Aus diesem Grund ist mit allem Nachdruck auf die Problematik der Straßenverkehrsteilnahme von Senioren hinzuweisen; Möglichkeiten zur Änderung der Situation sind zu entwickeln.

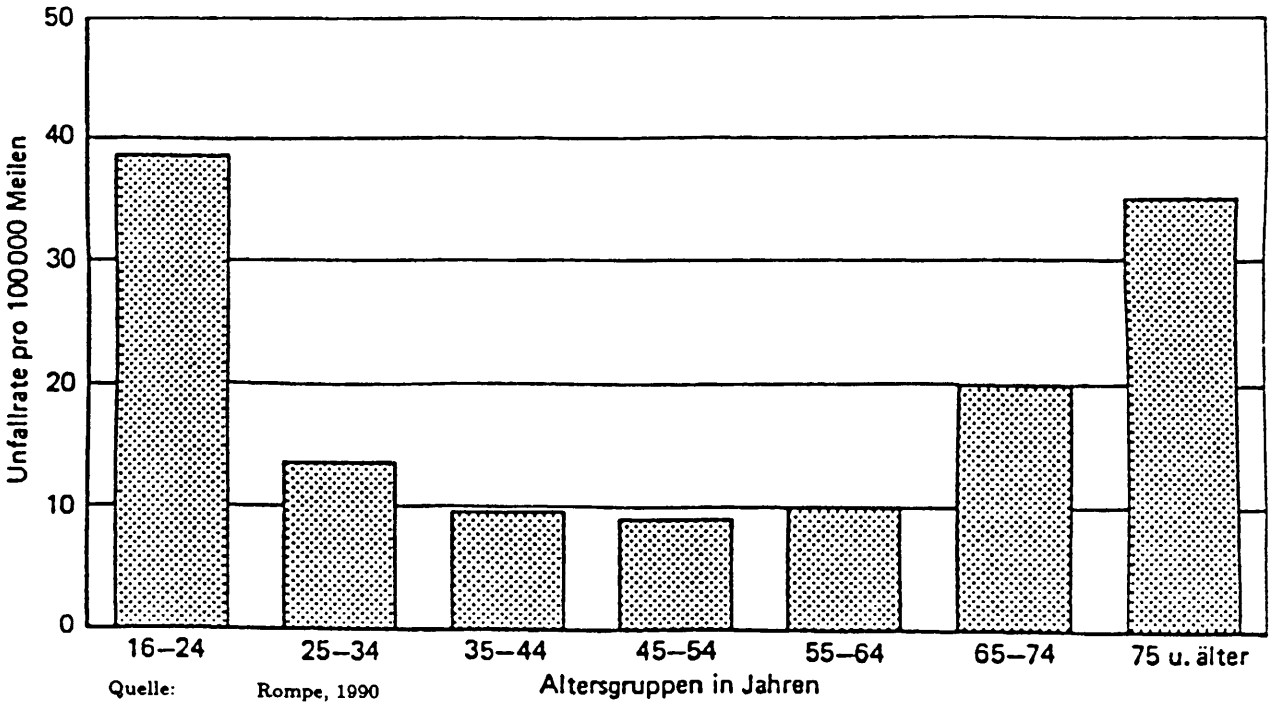
Ein wichtiger Ansatzpunkt besteht in einer Betreuung der älteren Verkehrsteilnehmer, die eine verbesserte Kommunikation von Älteren und Jüngeren ermöglicht und bei den unterschiedlichen Gruppen Verständnis weckt für die jeweilige Sicht und die daraus resultierenden unterschiedlichen Verhaltenstendenzen der anderen Verkehrsteilnehmergruppen (Thomae et al., 1977).

Bezüglich der Art der Informationsvermittlung sollte beachtet werden, daß Veranstaltungen in kleinen Gruppen wesentlich fruchtbarer sind, bei denen ein Moderator agiert und die Teilnehmer die Möglichkeit haben, miteinander ins Gespräch zu kommen. Weiterhin hat sich das Hinzuziehen von Filmen und Dias als sinnvoll erwiesen. In den Programmen des Deutschen Verkehrssicherheitsrates finden diese Anregungen zur Informationsvermittlung Beachtung.

Zur Möglichkeit der Auseinandersetzung der Älteren mit Verkehrsproblemen kann grundsätzlich festgehalten werden, daß ältere Menschen sowohl von ihren geistigen Voraussetzungen als auch von ihrer Persönlichkeit her imstande sind, Lernleistungen zu vollbringen, die denen Jüngerer entsprechen. Es muß jedoch sichergestellt sein, daß ihnen eine längere Lernzeit zur Verfügung steht und daß häufiger Möglichkeiten der Wiederholung gegeben sind (Mathey, 1991).

Abbildung 13

Verkehrsunfälle in den USA (Häufigkeiten bezogen auf die Fahrleistung)



Quelle: Rompe, 1990

Eine regelmäßige Überprüfung der Führerscheininhaber wird hingegen kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite werden Laboruntersuchungen als nicht ausreichend beurteilt, da sie eine fragliche Relevanz für die Beurteilung der Fahrtauglichkeit besitzen, auf der anderen Seite dürfte eine derartige Überprüfung wegen der großen interindividuellen Unterschiede der älteren Verkehrsteilnehmer außerordentlich schwierig zu evaluieren sein. Hier sei nur an die Bedeutung des „funktionalen" Alters für die Beurteilung der Verkehrstüchtigkeit erinnert, da sich das „kalendarische Alter" als kein guter Prädikator für das Fahrverhalten erwiesen hat (Ellinghaus et al., 1989).

Darüber hinaus ist die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel für den Erhalt der Mobilität sowie der damit verbundenen Selbständigkeit im Alter von großer Bedeutung. Dabei ist eine Abstimmung der öffentlichen Verkehrsmittel auf die Bedürfnisse älterer und behinderter Menschen gerade nach der 1989 in Kraft getretenen Gesundheitsreform von besonderer Bedeutung, da seither Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung und zum Arzt nicht mehr bzw. nur noch teilweise ersetzt werden. Von einem schlecht funktionierenden öffentlichen Verkehrsnetz sind gerade alte Menschen im Kleinstadtbereich oder im ländlichen Raum betroffen; hier ist ein besserer Ausbau der öffentlichen Verkehrsnetze ebenso wie ein häufigerer Einsatz der Busse/Bahnen außerhalb der Berufsverkehrszeiten sicherlich angezeigt. Ferner ist erforderlich, daß auch die S-Bahn diesem angesprochenen Personenkreis besser zugänglich gemacht wird; bisher ist die Erreichbarkeit des Bahnhofs, der Bahnsteige und der Züge für viele ältere Menschen ein Problem (Marx, 1990).

Nicht zuletzt sind verkehrsmedizinische Forschungsvorhaben zu intensivieren. Unfallgefährdungen im höheren Lebensalter legen allen behandelnden Ärzten besondere Verantwortung hinsichtlich der Unterrichtung über und der Vermeidung von Verkehrsrisiken auf. Der Arzt kann sich im Interesse des Gemeinwohls angesichts weiter steigender Verkehrsrisiken seiner Verantwortung und damit auch seiner Verpflichtung, die von ihm behandelten Kranken auch hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und Sicherheit im Verkehr zu beurteilen, nicht entziehen. Noch liegen, wie man sieht, wenig gesicherte Daten vor, die zur Beurteilung der Verkehrstüchtigkeit auf der Grundlage eines mehrdimensionalen Assessments herangezogen werden. Es sollten deshalb vordringlich fachübergreifende Forschungsprogramme gefördert werden mit dem Ziel, die vielfach unklar gebliebenen Zusammenhänge weiter aufzuklären; vor allem aber geeignete Untersuchungsinstrumente zu entwickeln, ohne die sich die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit im allgemeinen als auch die von alten Menschen und Kranken im besonderen weiterhin auf wissenschaftlich wenig gesicherten Fundamenten bewegt.

Als möglicher Ansatzpunkt einer sinnvollen Erfassung von Veränderungswünschen Älterer zur „äußeren Situation" können die von Wittenberg (1986) in einer Untersuchung aufgestellten „Statements" zum Sicherheitsempfinden im Straßenverkehr dienen (vgl. Tabelle 5 im Anhang).

15. Private Haushalte als Grundeinheit der gesundheitlichen und sozialen Versorgungssysteme für ältere Menschen

Ein Postulat der Sozialpolitik der Bundesregierung ist im Hinblick auf die Altenhilfe die Förderung des Ausbaues der ambulanten häuslichen Versorgung. Diese ist Bestandteil eines aufeinander abgestimmten Systems von Einrichtungen, welches — so die Zielvorstellung — bei Hilfebedarf primär die Unterstützung häuslicher Selbstversorgung vorsieht. Je nach Bedarf werden ergänzende Leistungen durch teilstationäre oder letztlich auch volle Fremdversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe bereitgestellt. Diese Konzeption hat zwischenzeitlich auch in den neuen Bundesländern zu einer Umorientierung in der Altenhilfe geführt. Der Ausbau eines flächendeckenden Systems ambulanter Dienste ist auch hier im Gange und hat den Vorrang stationärer Altenhilfe in der bisherigen DDR abgelöst (Däbritz, 1991; Kohnert et al., 1992).

Die Sicherung der Selbstversorgung im privaten Haushalt, Erhalt oder Wiedergewinnung der Befähigung zur selbständigen Haushaltsführung sind also Anliegen präventiver wie therapeutischer Maßnahmen in der Altenhilfe. Sie entsprechen dem vielfach belegten Wunsch älterer Menschen in Ost und West, auch im Falle von Hilfsbedürftigkeit in der vertrauten Häuslichkeit zu bleiben. Sie gelten unter bestimmten Bedingungen zugleich als die kostengünstigeren Lösungen. Diese Ausrichtung der Sozialpolitik rückt einerseits den privaten Haushalt als die primäre Versorgungs- und Wirtschaftseinheit, andererseits das System der institutionalisierten Altenhilfe, welches die Ergänzung oder auch Substitution der häuslichen Selbstversorgung zur Aufgabe hat, in den Mittelpunkt kritischer Betrachtung.

Gelingt einer Mehrheit der älteren Menschen die selbständige Lebens- und Haushaltsführung? Gelingt die Selbstversorgung auch bei nachlassenden Kräften, im Falle von Krankheit, eintretender Behinderung oder bei Pflegebedürftigkeit ohne gravierende Versorgungsmängel? Die Beantwortung solcher Fragen ist Voraussetzung für die Klärung des Hilfebedarfs auf lokaler und regionaler Ebene. Sie ist Voraussetzung auch für die Wirkungsanalyse der Angebote der Altenhilfe und letztlich für eine Erfolgskontrolle sozialpolitischer Fördermaßnahmen. Wird es mit dem System von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten jetzt und in Zukunft möglich sein, den Hilfebedarf der Älteren nach Quantität und Qualität angemessen und wirtschaftlich zu decken? Gelingen Koordination des vielfältigen Leistungsangebots und Kooperation der Träger freigemeinnütziger, öffentlicher und privat-gewerblicher Art?

An diesen Beispielen wird die Komplexität der Fragen deutlich. Stand der Forschung und verfügbare Informationen lassen derzeit nur begrenzt eine Beantwortung zu. Deshalb wird im folgenden zunächst versucht, die für die Selbstversorgung älterer Menschen in privaten Haushalten wesentlichen Bedingungen aufzuzeigen und ein Bild der Möglichkeiten und Grenzen ihrer Selbstversorgung zu zeichnen. Diese Darstellung wird ergänzt durch einen Überblick über das System der institutionalisierten Altenhilfe und eine erste Einschätzung ihres Wirkungszusammenhangs.

15.1 Haushaltsführung und Selbstversorgung älterer Menschen unter marktwirtschaftlichen Bedingungen

Führung und Aufrechterhaltung eines selbständigen und subjektiv zufriedenstellenden Lebens im Alter setzen eine entsprechende Konstellation von Bedingungen voraus. Davon ist Kompetenz sicherlich die wichtigste Voraussetzung (vgl. Kapitel 7.2).

Die mit dem Einigungsvertrag vom 31. August 1990 eingeleitete Öffnung der ehemaligen DDR für Demokratie und Marktwirtschaft bietet derzeit auch hierfür ein Lehrstück ohnegleichen. Selbständigkeit und Selbstversorgung im Alter, von den Menschen in beiden Teilen Deutschlands gleichermaßen angestrebt, haben in den verschiedenen Wirtschaftssystemen unterschiedliche Anforderungen an sie gestellt. Für die Altenhilfe ist die Frage von Bedeutung, welche Verhaltensmuster und Realitäten die rund 40 Jahre währende sozialistische Planwirtschaft einerseits, die soziale Marktwirtschaft andererseits geprägt haben. Die Probleme der Betroffenen im Umstellungsprozeß lassen diese Unterschiede besonders deutlich werden. Sie zwingen hier wie dort zur Reflexion gewohnter Strukturen und Prozesse und zur Neubewertung der Lebensstile, damit die Angleichung der Lebensverhältnisse innerhalb Deutschlands auf der Basis von Verständnis und gegenseitigem Respekt für die Lebensleistung der Älteren erfolgen kann.

Sieht man ab von den existentiellen Sorgen um den Erhalt von Arbeitsplatz, Einkommen und Wohnung, so berichten die Medien über Schwierigkeiten der Bürger in den neuen Bundesländern beispielsweise folgender Art: Probleme mit der zu bewältigenden Informationsflut; mit aggressiven Werbungs- und Vertriebsmethoden; mit der Unübersichtlichkeit von Warenangebot und Preisen; mit den Unsicherheiten im Hinblick auf Risikosicherung, Geld- und Kreditangelegenheiten, Steuer- und Eigentumsfragen. Als Indikatoren für solche Probleme können auch nicht gestellte Wohngeldanträge, nicht erhobene Widersprüche gegen Rentenbescheide und eine zunehmende Verschuldung gelten (Bäcker & Steffen, 1991, S. 301; Niedermeyer, 1992, S. 41; Schwan & Steigerwald, 1992, S. 38).

Sicherung der Selbständigkeit und Selbstversorgung im Alter unter den Bedingungen von Marktwirtschaft und Konsumfreiheit erfordern demnach Kompetenzen spezieller Art. Leitbild in Demokratie und Marktwirtschaft ist der „mündige Bürger", der sich als Konsument, als Patient oder Heimbewohner kritisch und verantwortlich mit seinen Lebensbedingungen auseinandersetzt und unmittelbar oder über gewählte Interessenvertreter auf ihre Gestaltung Einfluß nimmt. Um dieses Leitbild zu realisieren, bedarf es einerseits einer Einstellung gegenüber Verwaltung und Staat, die von Selbstsicherheit und partnerschaftlichem Denken bestimmt ist. Dies sind Eigenschaften, die besonders im totalitären Staat wenig Entwicklungschancen hatten. Andererseits sind besondere Fähigkeiten in der dispositiven Haushaltsführung erforderlich, um die Möglichkeiten der freien Marktwirtschaft zu einem weitgehend selbstbestimmten Leben nutzen zu können. Idealtypisch bedeutet dies: Reflektieren der Bedürfnisse; rationales Abwägen von Zielen und Mitteln; Kontrolle des Handelns und seiner Folgen. Es geht um Entscheidungs- und Handlungskompetenz unter dem Gebot der Sicherung des Lebensunterhalts und der Mittelknappheit im Rahmen einer von Pluralität der Werthaltungen, Unbegrenztheit der Bedürfnisse und Fülle des Angebots an Waren und Dienstleistungen für den privaten Konsum geprägten Umwelt (Blosser-Reisen, 1981).

Staatliche Fremdversorgung dominierte die Bedarfsdeckung der Bürger in der ehemaligen DDR und ließ privater Haushaltsführung wenig Entscheidungs- und Handlungsspielraum. Aber auch in den alten Bundesländern sind viele Menschen den Anforderungen der Konsumfreiheit nicht gewachsen, was die Notwendigkeit der sozialen Komponente der Marktwirtschaft ebenso wie entsprechender Schulung und Beratung deutlich macht. Haushaltslehre und Verbraucherpolitik, neben der Wettbewerbspolitik Grundpfeiler einer funktionsfähigen Marktwirtschaft, haben hier längst nicht den erforderlichen Stellenwert. In der DDR wurde das hauswirtschaftliche Bildungswesen mit Einführung der Planwirtschaft aufgelöst. Neugründungen dieser Ausbildungsstätten und Entwicklung von Verbraucherberatungsstellen sind bisher nur in wenigen Ansätzen erkennbar (Bauer-Söllner, 1992; Egner, 1969; Fischer, 1982; Rössler, 1967; Scherhorn, 1975, S. 122f.; Seidel & Sengling 1990; VZ-NRW, 1992, S. 15).

Im marktwirtschaftlichen System der Bundesrepublik Deutschland ist staatliche Fremdversorgung letztlich an das Prinzip der Subsidiarität gebunden nach dem „Grundsatz hilfreichen Beistands" als Hilfe zur Selbsthilfe (v. Nell-Breuning, 1976). Fremdversorgung setzt erst dann ein, wenn alle Möglichkeiten der Selbstversorgung eines älteren Menschen ausgeschöpft sind, wobei die Übergänge fließend sind (BSHG). Selbstversorgung bedeutet also Deckung des eigenen Bedarfs in Selbsthilfe und Selbstorganisation unter Rückgriff auf eigene Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten und unter Einsatz der im Besitz der Haushaltsführung befindlichen, verfügbaren Mittel (Blosser-Reisen, 1992; Hegner, 1985; Pfaff & Asam, 1982; Rückert, 1991b). Dementsprechend schließt Selbstversorgung ein weites Feld von Möglichkeiten zur Deckung des Eigenbedarfs ein:

— Selbstversorgung über eine ausgedehnte, arbeitsintensive hauswirtschaftliche Eigenproduktion,

— über geldfreie Tauschbeziehungen zwischen verschiedenen Privathaushalten,

— über das Angebot der Märkte an konsumreifen Gütern und Diensten im geldpreisregulierten Tausch gegen Finanzmittel des Haushalts,

— über Einrichtungen des Gesundheitswesens oder der Altenhilfe im Tausch gegen erworbene Rechte auf Kostenbasis u. a. m.

Der Frage nach dem Selbsthilfepotential der Älteren wird im folgenden weiter nachgegangen.

15.2 Soziale und personale Voraussetzungen der Selbstversorgung älterer Menschen im Privathaushalt

Haushaltsgemeinschaften sind in der Regel nicht nur Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaften, sondern auch Versorgungs- und Fürsorgegemeinschaften. Daher sind Daten zur Haushaltsgröße und -struktur wichtige Indikatoren für eine eventuell verfügbare Unterstützung der älteren Menschen im Falle gesundheitlicher Beeinträchtigung. Das Risiko einer Belastung durch Alterskrankheiten und psychische Störungen wächst mit dem Lebensalter der Betagten (vgl. Kapitel 5 und 6). Der Tatbestand, daß ältere Menschen kaum noch in Mehr-Generationen- und Mehr-Personen-Haushalten leben, hat deshalb für das Selbsthilfepotential große Bedeutung. Dies gilt sowohl im Hinblick auf soziale Unterstützung und Arbeitsentlastung als auch auf materielle Hilfen.

Im Mai 1987 waren nach den Ergebnissen der Volkszählung von den privaten Haushalten mit einer Bezugsperson im Alter von 75 und mehr Jahren in den alten Bundesländern rund 47 % Ein-Personen-Haushalte, davon 85 % solche alleinlebender Frauen (StBA, 1991a, S. 36). In den neuen Bundesländern waren es bei dieser Altersgruppe im Jahr 1989 rund 69 % (83 % davon Haushalte von Frauen), wenn man davon ausgeht, daß nur die Verheirateten nicht in Ein-Personen-Haushalten lebten, was vermutlich etwas zu hoch angesetzt ist. Mangels aktueller Daten über die Haushaltsgrößen ist man hier auf Schätzungen angewiesen (Kohnert et al., 1992, Tab. 4, S. 10). In den alten Bundesländern lebten 1987 von dieser Altersgruppe 36 % in Zwei-Personen-Haushalten und insgesamt nur 17 % in Haushalten mit drei und mehr Personen (vgl. Kapitel 3.10.2).

Zunahme der Ehescheidungen, Abnahme der Kinderzahlen, Rückgang der Heiratsbereitschaft und zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen lassen eine Zunahme der Vereinzelung der Älteren auch in Zukunft erwarten (vgl. Kapitel 16). Damit reduzieren sich auch weiterhin die Möglichkeiten des Zusammenlebens mit Partner oder Kindern bzw. die Inanspruchnahme deren Arbeitskapazität bei Hilfebedarf.

[Anmerkung: Nach Rückert (1989, S. 121) stehen je 1 000 über 65jährige im Jahre 2000 nur noch 537 Frauen im Alter von 45 bis 60 Jahren („Töch-

ter-Pflegepotential") und im Jahre 2030 nur noch 335 Frauen dieser Altersgruppe zur Verfügung, während es 1985 noch 671 Frauen je 1 000 über 65 Jahre alten Menschen waren.

Die amtliche Statistik (StBA, 1990a, S. 269) weist für die alten Bundesländer eine Zunahme der Erwerbsquote der Frauen im Alter zwischen 25 und 45 Jahren mit Kindern unter 15 Jahren von 40,8 % im April 1974 auf 44,2 % im April 1989 aus. In den neuen Bundesländern war der Anteil der berufstätigen Frauen an der arbeitsfähigen Bevölkerung mit insgesamt 83,2 % im Jahr 1988 (77 % im Jahr 1970) weitaus höher (Winkler, 1990, S. 78). Obwohl jeweils die Frauen von Erwerbslosigkeit im besonderen Maße betroffen sind, wäre es verfehlt, daraus unmittelbar eine Entschärfung des Pflegekräftemangels abzuleiten.]

Familiäre Netzwerke werden demnach das Selbsthilfepotential der Älteren in geringerem Umfang als bisher stützen können. Außerfamiliale soziale Netzwerke werden an Bedeutung gewinnen. Jedoch sind nach derzeitigem Erkenntnisstand bei diesen nur selten solche Aktivitäten Gegenstand der Unterstützung, welche besondere Kontinuität, Intensität und Geduld erfordern. Dazu gehören beispielsweise die dauerhafte Entlastung Kranker und Behinderter, die Pflege Bettlägeriger, die Betreuung psychisch Gestörter, auch die gründliche Wohnungsreinigung. Auch Selbsthilfegruppen Betroffener sind im Hinblick auf pflegerische Dienstleistungen für Ältere offenbar derzeit bedeutungslos (Forschungsverbund, 1987; Stiefel, 1987). Neben der Unterstützung durch ambulante Dienste in der Häuslichkeit wird daher besonders für Alleinlebende im Falle von Pflegebedürftigkeit eine stationäre Versorgung in Einrichtungen der Altenhilfe auch künftig von erheblicher Bedeutung bleiben (vgl. Kapitel 11).

Von den personalen Voraussetzungen für selbständige Lebens- und Haushaltsführung wurde die Kompetenz zuvor bereits als die bedeutsamste herausgestellt. Definiert sei sie in diesem Zusammenhang als Fähigkeit der Person, eigene Kenntnisse und Fertigkeiten aufgabenbezogen und sinnvoll einzusetzen und weiterzuentwickeln, Ressourcen des Haushalts und des Umfeldes zweckentsprechend zu nutzen oder zu erschließen. Selbstversorgung als Deckung des Eigenbedarfs dient der Realisierung eigener Werte und der Befriedigung eigener Bedürfnisse. Bedarfsdeckung erfolgt mit Hilfe von Sachgütern, Dienstleistungen und sozialer Teilhabe. Sie vollzieht sich in der Auseinandersetzung zwischen den Ansprüchen des Individuums oder der Haushaltsgemeinschaft einerseits und den Möglichkeiten und Begrenzungen, welche die verfügbaren Mittel des Haushalts, soziale Normen u. a. andererseits setzen. Die jeweils erreichte Versorgungslage (der Lebensstil, das Lebenshaltungsniveau) ist letztlich Ergebnis haushälterischen Gestaltens unter den situativen Gegebenheiten des Einzelfalles. Durch die neuere psychologische Forschung wurde belegt, daß Erhalt und Verbesserung der Kompetenz bis ins hohe Alter möglich sind. Nachgewiesen ist zudem, daß ein Großteil der älteren Menschen in der Lage ist, sich auch mit erheblichen Veränderungen in ihrer Lebenssituation konstruktiv auseinanderzusetzen (vgl. Kapitel 7). Hierbei spielen Lebenserfahrungen, erworbene Bildung, vor allem aber auch die Umweltfaktoren eine besondere Rolle.

Greift man den Berufsbildungsabschluß der älteren Bevölkerung als Indikator für erworbene Qualifikation heraus, so zeigen sich in alten und neuen Bundesländern ähnliche Tatbestände, auch wenn die Daten nach Erhebungsjahr, Altersgruppen u. a. nicht voll vergleichbar sind. Unter den 65 und mehr Jahre alten Menschen 1987 im Westen Deutschlands ebenso wie unter den 70 bis unter 85 Jahre alten Menschen im Osten (im Jahre 1981) konnten jeweils erheblich mehr Frauen als Männer keinen beruflichen Ausbildungsabschluß nachweisen. Auf diese Kategorie (ohne Abschluß) und auf die Gruppe, die den Abschluß einer Lehre o. ä. (im Westen) bzw. einen Facharbeiterabschluß (im Osten) aufwies, entfielen jeweils nahezu 90 % der älteren Menschen. Hier wie dort hatte sich bei den 45- bis 49jährigen der Anteil „ohne Ausbildungsabschluß" insgesamt stark verringert, in der ehemaligen DDR sehr viel stärker als in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland. Abschluß einer Lehre o.ä. bzw. Facharbeiterabschluß konnten in dieser Altersgruppe nahezu gleich viele Frauen wie Männer erreichen. In rund 20 Jahren konnte also das berufliche Bildungsniveau deutlich angehoben und der Unterschied zwischen den Geschlechtern in den praktischen Ausbildungswegen aufgehoben werden (StBA, Mikrozensus 1987, zit. nach Schwarz 1989, S. 361f.; Kohnert et al., 1992, S. 11, Tab. 5).

Sicherlich bedeuten auch für die autonome Haushaltsführung im Alter beruflicher Bildungsabschluß und Erwerbstätigkeit einen Kompetenzgewinn, insbesondere durch erworbene berufsübergreifende Schlüsselqualifikationen wie beispielsweise Organisations- und Koordinationsfähigkeit [Methodenkompetenz] sowie Integrations- und Kommunikationsfähigkeit und dergleichen [Sozialkompetenz] (Bauer-Söllner, 1992, S. 135f.). Keinesfalls weisen aber Frauen, welche Jahre ihres Lebens, auch ohne beruflichen Bildungsabschluß, als Familienhausfrau tätig waren, demgegenüber geringere Kompetenzen auf. Sie bringen vielmehr in Lebenserfahrung erworbene Fähigkeiten ein, für welche bisher keine Meßinstrumente entwickelt sind. Sie erwarben notwendige Sachkompetenz für Haushaltsführung und Selbstversorgung, über welche voll im Erwerbsleben stehende Frauen und Männer in diesem Ausmaß selten verfügen.

Die Erhaltung der geistigen Kompetenz spielt besonders dann eine Rolle, wenn körperliche Beschwerden im Alter die Funktionsfähigkeit einschränken. Umstellungsvermögen auf veränderte Formen der Haushaltsorganisation, Kompensation von Funktionseinbußen durch technische Hilfsmittel, Wohnungsanpassung u. a. können die Erhaltung der Selbständigkeit ermöglichen, sofern auch die übrigen Gegebenheiten dies zulassen [Reorganisationskompetenz] (Blosser-Reisen, 1990; Garms-Homolová et al., 1982). Bisher haben sich Einzelhandel und Dienstleistungsgewerbe keinesfalls in ausreichendem Maße autonomiefördernd auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen eingestellt. Den Senioren-Markt entdeckte die Werbung erst in jüngerer Zeit (Bayrischer Sparkassen- und Giroverband, 1988; EURO-ADVERTISING

GmbH, 1989; Laurinkari, 1988). Auch in Verbraucherschutzorganisationen rücken die Anliegen älterer, kranker oder behinderter Menschen erst in jüngster Zeit stärker in den Vordergrund des Interesses (Stiftung Warentest, 1990, 1992).

Als ein bedeutsamer Indikator für Einschränkungen der psychischen Kompetenz konnte bisher eventuell die Bestellung einer Vormundschaft oder Pflegschaft dienen. Alte Menschen waren überdurchschnittlich stark in der Gruppe der Entmündigten und unter Gebrechlichkeitspflegschaft stehenden Personen vertreten. Nach Zenz et al. (1987) wurden in steigender Zahl Pflegschaften für altersverwirrte Menschen eingerichtet, die meist über 70 Jahre, häufig über 80 Jahre, alt waren, überwiegend als Zwangspflegschaften. Dabei handelte es sich um solche, die gemäß § 10 Abs. 3 BGB ohne oder gegen den Willen des Betroffenen angeordnet wurden.

Eine Reform der gesetzlichen Grundlagen wurde bereits in der 1975 veröffentlichten Psychiatrie-Enquête gefordert und hat nach grundlegenden Diskussionen zu dem seit 1. Januar 1992 im ganzen Bundesgebiet geltenden neuen Betreuungsgesetz (BtG) geführt. Für die Belange älterer Menschen sind insbesondere die Regelungen von Bedeutung, welche den Wegfall der Entmündigung vorsehen und ihre Rechtsstellung stärken. An Stelle der bisherigen Regelung der Vormundschaft und Pflegschaft über Volljährige tritt die „Betreuung". Nur bei Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts wird der Betreute in seiner Teilnahme am Rechtsverkehr beschränkt. Die Betreuung gilt automatisch nur für maximal fünf Jahre, womit gegenüber der bisher unbefristeten Regelung auf die Möglichkeit der Rehabilitation abgestellt wird. Das Verfahren der Anordnung einer Betreuung ist nunmehr vereinheitlicht und im Ablauf vorgeschrieben, damit also nachprüfbar. Bei der Auswahl des Betreuers sind die Wünsche des Betreuten maßgeblich. Altersvorsorgevollmachten bzw. Betreuungsverfügungen in Form von Altentestamenten werden künftig eine größere Rolle spielen. Der Personensorge wird Vorrang vor der Vermögenssorge eingeräumt. Der bisher weitgesteckte Wirkungsbereich des Pflegers in der Personensorge wurde eingeschränkt. Der Betreuer kann beispielsweise Wohnungskündigung, ärztlichen Eingriff und geschlossene Unterbringung nur noch mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes veranlassen und ist nun gegenüber dem Gericht rechenschaftspflichtig (Bühler, 1990; Klie, 1992).

In welchem Maße es mit dem neuen Gesetz gelingt, die Selbstbestimmung psychisch behinderter Menschen zu stärken, wird die Zukunft zeigen. Nach Erfahrungen aus der klinischen Psychiatrie war die Selbstbestimmung nur in sehr seltenen Fällen aufgehoben. Als sicher galt, daß eine ohne sorgfältige Prüfung des Falles angeordnete Vormundschaft oder Pflegschaft auch kompetenzmindernd wirken konnte.

15.3 Materielle Bedingungen der Selbstversorgung

Für die Sicherung der häuslichen Selbstversorgung spielen neben Haushaltsgröße und Haushaltsstruktur, sozialem Netzwerk und vor allem der personalen Kompetenz auch die materiellen Ressourcen des Haushalts eine bedeutsame Rolle. Voraussetzung für die autonome Lebens- und Haushaltsführung ist eine dem jeweiligen Lebensstil und Lebenshaltungsniveau entsprechende Ausstattung mit Einkommen und Vermögen, mit erworbenen Anwartschaften auf Versicherungsleistungen und dergleichen. Ebenso müssen Wohnung, technische Ausstattung und räumliches Umfeld die notwendigen Alltagsaktivitäten, hauswirtschaftliche Produktion, Mobilität, soziale Aktivitäten u. a. erlauben.

Im folgenden werden zunächst die aktuellsten derzeit verfügbaren Daten zur Einkommenslage der Haushalte älterer Menschen, deren Ausgabenstruktur und Vermögenslage dargestellt. Das Haushaltseinkommen schließt die Einkommen aus den verschiedensten Quellen ein und ist daher beispielsweise gegenüber dem Renteneinkommen die aussagefähigere Größe (vgl. BMFuS, 1992, S. 106 bis 112, S. 165 bis 174). Weitmöglichst wurden bisher unveröffentlichte Daten aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1988 des Statistischen Bundesamtes benutzt, welches die Ergebnisse aus einer Unterstichprobe (insgesamt rund 7 500 Haushalte) der Gesamtstichprobe (rund 45 000 Haushalte) zur Verfügung stellte. Sie erlauben zudem für die Haushalte der Älteren in den alten Bundesländern u. a. auch den Vergleich mit den im 1. Teilbericht dokumentierten Daten aus der EVS 1983. Allerdings sind die Ergebnisse als vorläufig und der zum Teil geringen Fallzahlen wegen noch mit Vorbehalt zu betrachten. Für die neuen Bundesländer sind ebenfalls die jeweils aktuellsten Daten des Statistischen Bundesamtes verwertet worden.

Falls sich die Daten bei Vorliegen der Gesamtergebnisse bestätigen, so haben sich bei der Gruppe der Haushalte mit Bezugspersonen im Alter von 70 und mehr Jahren gegenüber den Ergebnissen der EVS 1983 (vgl. BMFuS, 1992, S. 165) die Anteile der Haushalte in den drei abgegrenzten großen Einkommensgruppen deutlich von den niedrigen zu den mittleren Einkommen hin verändert. Diese Abgrenzung wurde speziell der Vergleichbarkeit mit den genannten Ergebnissen der EVS 1983 wegen vorgenommen und die Bezeichnung als niedrige/mittlere/hohe Einkommen ist insoweit willkürlich, als sie sich bisher noch nicht an Mittelwerten orientieren kann. Der Kaufkraftveränderung bzw. der Rentenerhöhung zwischen 1983 und 1988 wurde durch eine Verschiebung um jeweils eine der Einkommensklassen nach oben bei der Grenzziehung gefolgt. Zusätzlich wurde die Gruppe der Haushalte mit 65 bis 70 Jahre alten Bezugspersonen aufgenommen, obwohl aufgrund der noch geringeren Fallzahlen die statistische Sicherheit der Aussagen stark eingeschränkt ist. Dennoch soll eine Beurteilung des Kaufkraftpotentials der in Tabelle 24 ausgewiesenen Haushalte zunächst mit Hilfe eines Armutsindikators, nämlich der Sozialhilfeschwelle, erfolgen.

Hierfür wäre vor allem die Kenntnis der durchschnittlichen Haushaltsgröße in den verschiedenen Einkommensklassen wichtig, um prüfen zu können, wie viele Personen jeweils aus diesem Einkommen ihren Lebensunterhalt bestreiten. Diese Angaben liegen

Tabelle 24

Haushaltsnettoeinkommen der privaten Haushalte mit Bezugsperson im Alter von 65 bis 70 sowie von 70 und mehr Jahren 1988 und seine Verteilung (alte Bundesländer)

Haushaltsnettoeinkommen von . . . bis unter . . . DM je Monat	Anzahl der Haushalte				
	Alter 65 bis 70 Jahre (in 1 000)			Alter 70 u. m. Jahre (in 1 000)	
	absolut	%		absolut	%	
unter 800	/	/		93/	2,0/	
800— 1 000	22/	1,0/		336/	7,2/	
1 000— 1 200	168/	7,4/		269/	5,7/	
1 200— 1 400	73/	3,2/		416/	8,9/	
1 400— 1 600	97/	4,3/	15,9	267/	5,7/	29,5
1 600— 1 800	175/	7,7/		497/	10,6/	
1 800— 2 000	110/	4,8/		(611)	(13,0)	
2 000— 2 200	178/	7,9/		331/	7,1/	
2 200— 2 500	(252)	(11,1)		(406)	(8,7)	
2 500— 3 000	(323)	(14,3)	45,8	(522)	(11,1)	50,5
3 000— 4 000	(376)	(16,6)		(386)	(8,4)	
4 000— 5 000	(121)	(5,4)		(246)	(5,2)	
5 000—10 000	(324)	(14,5)		(277)	(5,8)	
10 000—25 000	(41)	(1,8)	38,3	28/	0,6/	20,0
Haushalte insges.	2 261	100		4 686	100	

Anmerkungen: ( ) = eingeschränkter Aussagewert, da Zahlenwert statistisch relativ unsicher (25 bis 99 Haushalte);
/ = sehr geringer Aussagewert (unter 25 Haushalte).
Die Zeichen gelten für die der Hochrechnung zugrundeliegenden Daten der Stichprobe.

Quelle: StBA, 1992b

leider bisher in der Schichtung nach Altersgruppen und Einkommen nicht vor. Jedoch erlauben die bisher verfügbaren Auswertungen aus der Unterstichprobe zur EVS 1988 den Schluß, daß sich bei den in Tabelle 24 abgesteckten unteren Einkommensklassen unter den Haushalten beider Altersgruppen fast ausschließlich Ein-Personen-Haushalte befinden. Demgegenüber handelt es sich bei den abgesteckten oberen Einkommensklassen fast ausschließlich um Haushalte mit drei oder mehr Personen. In den mittleren Einkommensklassen sind sowohl Ein- als auch Zwei-Personen-Haushalte vertreten, wobei letztere bei den Haushalten mit 65 bis 70 Jahre alter Bezugsperson etwa gleich häufig sind, bei den Haushalten der 70 und mehr Jahre alten Menschen etwa ein Drittel ausmachen. Im Hinblick auf die weitere Entwicklung ist zu beachten, daß von den Zwei-Personen-Haushalten bei Tod des Ehemannes aufgrund reduzierter Witwenrente bei der nächsten Erhebung ein Teil der Fälle eventuell in niedrigeren Einkommensklassen zu finden sein wird.

[Anmerkung: Als Sozialhilfeschwelle wird das durchschnittliche monatliche Leistungsniveau der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) nach dem Bundessozialhilfegesetz bezeichnet. Es wurde für 1988 soweit möglich nach der Vorgehensweise berechnet, die der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge für 1983 angewandt hat. Im Hinblick auf die Daten aus den neuen Bundesländern wurde für 1991 ebenso verfahren (vgl. Tabellen 6 und 7 im Anhang).]

Anhand der Sozialhilfeschwelle 1988 für Alleinstehende (973 DM im Monat) und Ehepaare ohne Kinder (1 504 DM im Monat) soll hypothetisch die Zahl der Haushalte abgesteckt werden, welche sich 1988 an oder unterhalb der Sozialhilfegrenze befanden. Da es sich bei den in Tabelle 24 ausgewiesenen Haushalten der entsprechenden Einkommensklassen fast nur um Ein-Personen-Haushalte handelt, hatten 1988 rund 9,2 % derjenigen mit 70 und mehr Jahre alter Bezugsperson ein Haushaltsnettoeinkommen an oder unter der Sozialhilfeschwelle. 1983 waren es — bezogen auf die zu der Zeit geltenden Beträge — rund 4,9 %. Die absolute Zahl der Fälle mit Niedrigsteinkommen hätte sich gegenüber 1983 bei Haushalten dieser Altersgruppe demnach fast verdoppelt, falls sich die vorliegenden Daten bei der Endauswertung bestätigen (vgl. BMFuS, 1992, S. 166). Bei den Haushalten der 65 bis 70 Jahre alten Menschen waren es 1988 rund 1 %, deren Einkommen die Sozialhilfeschwelle nicht oder gerade erreichte. Die Zahl der Haushalte von Ehepaaren mit Haushaltsnettoeinkommen an oder unter der Sozialhilfeschwelle kann in beiden Altersgruppen nach derzeitigem Stand der Auswertungen nur sehr gering sein und quantitativ noch nicht bestimmt werden.

In der folgenden Tabelle 25 werden Daten aus der EVS 1988 (4 Haushaltsgruppen aus dem Bereich mittlerer bzw. höherer Haushaltsnettoeinkommen) dargestellt. Bei der Auswahl der Einkommensklassen haben deren Lage im jeweiligen Feld und die Häufigkeit ihres Vorkommens eine Rolle gespielt (vgl. Tabelle 24). Die Daten der EVS sind ergänzt um Daten des Rentnerhaushalts Typ 1 der laufenden Wirtschaftsrechnungen aus den alten Bundesländern für 1990. Sie werden verglichen mit den Ergebnissen der laufenden Haushaltsbudgets aus den neuen Bundesländern für das 1. Halbjahr 1990 (in Mark) und für das Gesamtjahr 1991 (in DM). Auf die Wiedergabe der Daten für das 2. Halbjahr 1990 wurde verzichtet, weil die Umstellung auf die DM noch keine Normalität erwarten läßt.

Zu beachten ist, daß der Haushaltstyp 1 nicht den Durchschnitt aller Zwei-Personen-Rentnerhaushalte in den alten Bundesländern widerspiegelt. Anders als

Tabelle 25

Einkommens- und Ausgabenstruktur in Haushalten älterer Menschen in den alten und neuen Bundesländern in den Jahren 1988 bzw. 1990 und 1991

Haushaltsmerkmale	alte Bundesländer					neue Bundesländer			
	Haushalte mit Alter der Bezugsperson [1]				Haushaltstyp 1 [2] (2 Pers.)	Rentnerhaushalte ohne Arbeitseinkommen [3] [4]			
	65 bis 70 Jahre		70 und mehr Jahre			(2 Personen)		(1 Person)	
Einkommensklassen bzw. erfaßte Haushalte	2 200 bis 2 500	4 500 bis 5 000	1 800 bis 2 000	2 200 bis 2 500	n = 168 Haushalte	n = Haushalte		n = Haushalte	
						149	215	245	338
Rechnungsjahr	1988	1988	1988	1988	1990	1. Hj. 1990	1991	1. Hj. 1990	1991
Haushaltsbruttoeinkommen Ø DM (M) je Monat	(2 503) 100 %	(5 322) 100 %	(1 987) 100 %	(2 456) 100 %	2 236 100 %	1 308 100 %	1 882 100 %	636 100 %	924 100 %
davon aus:									
Renten u. a. Übertragungen	(1 805) 72 %	(3 543) 66,6 %	(1 603) 80,7 %	(2 094) 85,3 %	1 993 89,1 %	1 240 94,8 %	1 858 98,7 %	611 96 %	913 98,8 %
Vermögen	(465) 18,6 %	(803) 15,1 %	(170) 8,6 %	(186) 7,6 %	181 8,1 %	27 2,1 %	12 0,6 %	10 1,6 %	6 0,6 %
Erwerbstätigkeit	/	/	/	/	61 2,8 %	16 1,2 %	14 0,7 %	7 1,1 %	5 0,5 %
Pflichtbeiträge Sozialversicherung DM/Monat	(114)	/	(89)	(115)	114	—	—	—	—
Haushaltsnettoeinkommen einschließlich sonstigen Einnahmen Ø DM/Monat	(2 482)	(4 834)	(1 883)	(2 354)	2 181	1 308	1 887	636	928
Ausgaben für priv. Verbrauch Ø DM/Monat	(2 315)	(3 794)	(1 688)	(1 725)	1 786	1 091	1 600	587	755
sonstige Ausgaben (Kfz-Steuer, Versicherungen, Beiträge, Spenden, Geldgeschenke, Vermögensteuer u. a.) Ø DM/Monat	(214)*)	(662)*)	(257)*)	(404)*)	176	143	149	58	75
Ersparnis Ø DM/Monat	(– 47)	(378)	(62)	(226)	220	74	138	– 9	98
Sparquote vom Haushaltsnettoeinkommen	(– 1,9 %)	(7,8 %)	(3,3 %)	(9,6 %)	10,1 %	6 %	7,3 %	– 1,4 %	10,6 %

Anmerkungen: *) Als rechnerische Differenz ermittelt, da bisher nur Daten zu Haushaltsnettoeinkommen, privatem Verbrauch und Ersparnis vorliegen. Die (rechnerische) Ersparnis gibt die Veränderung der Finanz- und Vermögenskonten an. Sie dient u. a. der Kredittilgung. Bei den eingeklammerten Werten ( ) ist der Aussagewert eingeschränkt.

Quelle:
1) StBA, 1992b
2) Angele, 1991, S. 475
3) Münnich, 1991, S. 750, 752 und 754
4) StBA, 1991d

bei den nur alle fünf Jahre stattfindenden repräsentativen Einkommens- und Verbrauchsstichproben stützen sich die Angaben zum Haushaltstyp 1 auf laufende Aufzeichnungen in rund 170 Zwei-Personen-Haushalten von Rentenempfängern mit geringem Einkommen aus Rente bzw. Pension (durchschnittliches Alter des Ehemannes 1990 73 Jahre). Bei Auswahl der Fälle werden zur Sicherung der Vergleichbarkeit über Jahre Kriterien wie z. B. Einkommensgrenzen vorgegeben. Der laufenden Aufzeichnungen wegen sind sie mit den Haushaltsbudgets aus den neuen Bundesländern hier besser vergleichbar. Bei den Rentnerhaushalten aus den neuen Bundesländern handelt es sich demgegenüber um die Durchschnittsergebnisse repräsentativer Stichproben (Stat. Amt der DDR, 1990b).

Zur Struktur des Haushaltsbruttoeinkommens (Tabelle 25) ist zunächst erkennbar, daß in den neuen Bundesländern dem Einkommen aus Renten und anderen Übertragungen wie dem Sozialzuschlag überragende Bedeutung zukommt. Demgegenüber spielt in den alten Bundesländern das Einkommen aus Vermögen insbesondere bei den Haushalten der jüngeren Altersgruppe auch der mittleren Einkommensklasse (2 200 bis 2 500 DM je Monat) eine erhebliche Rolle. Leider sind der geringen Fallzahlen wegen die Einkommensbestandteile hier noch nicht vollständig ausgewiesen. In den neuen Bundesländern haben die Rentenerhöhungen im Januar und Juli 1991 bei den Rentnerhaushalten eine Erhöhung von rund 50 % bewirkt. Damit erreichte der Zwei-Personen-Haushalt 1991 rund 93 % des Rentenniveaus der Haushalte des Typ 1 im Jahr 1990 in den westlichen Bundesländern. Hierbei ist zu beachten, daß in der ehemaligen DDR in der Regel beide Ehepartner erwerbstätig waren und Rentenansprüche erwarben. Demgegenüber ist die Lage der Ein-Personen-Rentnerhaushalte im Mittel trotz der Rentenerhöhung ungleich schwieriger. 23 % aller Alters- und Invalidenrentner erhielten Gesamtbeträge, die so niedrig waren, daß sie Anspruch auf Sozialzuschlag hatten. 95 % von ihnen sind Frauen (Bäcker & Steffen, 1991, S. 303). Prüft man auch für die neuen Bundesländer ihren Standort im Hinblick auf die vorläufige Sozialhilfeschwelle (siehe Tabelle 9 im Anhang), so wird deutlich, daß die alleinstehenden Rentnerhaushalte 1991 zwar im Mittel diese Schwelle mit ihrem Haushaltsnettoeinkommen im Jahr 1991 um rund 41 % deutlich überschritten. Doch ist zu vermuten, daß ein Teil von ihnen nur dank des Sozialzuschlags derzeit die Sozialhilfeschwelle erreichte. Die beträchtlichen Steigerungen vor allem der Mieten und Energiepreise innerhalb des Jahres 1991 machen eine kurzfristige Anpassung auch der Elemente der Sozialhilfeschwellen erforderlich. So stiegen beispielsweise die durchschnittlichen Mieten der Ein-Personen-Rentnerhaushalte von 37 DM im 1. Halbjahr auf 97 DM im 2. Halbjahr 1991.

Betrachtet man die Einkommenslage der Haushalte Älterer unter dem Aspekt des verfügbaren Selbsthilfepotentials, so ist die monatliche Ersparnis ein wichtiger Indikator. In den neuen Bundesländern ist jedoch zu beachten, daß noch beträchtliche Veränderungen in Preisentwicklung und Konsumverhalten zu erwarten sind, die auch die Sparquote beeinflussen werden. In den alten Bundesländern sind in den Einkommensklassen für 1988 bis 2 500 DM Haushaltsnettoeinkommen monatliche Ersparnisse zwischen 62 und 226 DM nachgewiesen. Bei der jüngeren Altersgruppe ist die Sparquote allerdings negativ, was Vermögensverzehr bedeutet, vorbehaltlich einer Bestätigung der Daten durch die Ergebnisse der Gesamtstichprobe.

Zusammenfassend sei festgehalten — unter dem Vorbehalt der Vorläufigkeit der verfügbaren Daten —, daß sich 1988 in den alten Bundesländern die Zahl der Haushalte mit 70 und mehr Jahre alter Bezugsperson aus den niedrigen Einkommensgruppen 1983 deutlich zu den mittleren Einkommen (1 600 bis 3 000 DM je Monat, vgl. Tabelle 24) hin verlagert hat. Dennoch hat sich in dieser Altersgruppe die Zahl der Haushalte mit Einkommen an oder unter der Sozialhilfeschwelle seit 1983 vergrößert. Bei den Haushalten mit 65 bis 70 Jahre alter Bezugsperson sind im Vergleich zu denen der Älteren 1988 mit 46 % mittlere und mit 38 % hohe Haushaltsnettoeinkommen vorherrschend. Bei ihnen spielte neben dem Renteneinkommen auch das Vermögenseinkommen eine Rolle. In beiden Altersgruppen sind in der hohen Einkommensgruppe Drei- und Mehr-Personen-Haushalte, in der niedrigen Einkommensgruppe die Ein-Personen-Haushalte bestimmend.

In den neuen Bundesländern ist das Einkommen aus Renten und anderen Übertragungen auch 1991 die alleinentscheidende Einkommensart. Trotz Rentenerhöhungen ist die materielle Lage der Ein-Personen-Rentnerinnenhaushalte 1991 dort weit schwieriger als die der Ehepaare, von denen in der Regel beide Partner Rentenansprüche erwarben.

Eine weitere Grundlage für die Beurteilung des Selbsthilfepotentials der Älteren kann die Struktur ihres privaten Verbrauchs darstellen. Als Wohlstandsindikator gilt in der Haushalts- und Verbrauchsstatistik ein relativ niedriger Anteil des privaten Verbrauchs für den Grundbedarf, der vor allem Ernährung und Wohnungsmiete umfaßt (StBA, 1987, S. 29). Dies bedeutet, größere Handlungsspielräume für den flexiblen Bedarf zu haben, die im Falle von Hilfsbedürftigkeit höhere Ausgaben beispielsweise für die Gesundheitspflege erlauben.

Prozentual ist der Anteil des relativ starren Grundbedarfs am gesamten privaten Verbrauch in den alten Bundesländern bei den Haushalten mit 70 und mehr Jahre alter Bezugsperson mittlerer Einkommensklassen besonders hoch. Er liegt, einbezogen auch den Haushaltstyp 1, zwischen rund 61 und 68 %, bedingt durch die Ausgaben für Ernährung und Wohnungsmieten. In den Haushalten der jüngeren Altersgruppe werden, auch bei vergleichbarem Einkommen, die Prioritäten anders gesetzt. Für den flexibleren Bedarfsbereich bleiben hier zwischen rund 45 und 48 % des privaten Verbrauchs. Das dokumentiert, daß die Haushalte Handlungsspielräume auch im Bereich Ernährung und Wohnungsmieten haben und nutzen, beispielsweise auch über eine größere Mobilität als die Älteren verfügen (Pkw).

Mit Vorsicht sind die Ergebnisse aus den neuen Bundesländern zu interpretieren. Zu den hochsubventionierten Waren und Dienstleistungen gehörten in der DDR Nahrungsmittel, Wohnungsmieten, Was-

Tabelle 26

Struktur des privaten Verbrauchs in Haushalten älterer Menschen in den alten und neuen Bundesländern (Aufwendungen bzw. Ausgaben in Prozent des privaten Verbrauchs) in den Jahren 1988 bzw. 1990 und 1991

Haushaltsmerkmale	alte Bundesländer					neue Bundesländer			
	Haushalte mit Alter der Bezugsperson [1]				Haushaltstyp 1 [2] (2 Pers.)	Rentnerhaushalte ohne Arbeitseinkommen [3] [4]			
	65 bis 70 Jahre		70 und mehr Jahre			(2 Personen)		(1 Person)	
Haushaltsnettoeinkommen DM/Monat	2 200 bis 2 500	4 500 bis 5 000	1 800 bis 2 000	2 200 bis 2 500	Ø 2 181 DM	Ø 1 308 M	Ø 1 887 DM	Ø 636 M	Ø 928 DM
Rechnungsjahr	1988	1988	1988	1988	1990	1. Hj. 1990	1991	1. Hj. 1990	1991
Nahrungs- und Genußmittel	20,6	19,8	20,3	25,7	27,5	44,9	31,5	43,7	34,7
Kleidung, Schuhe	8,6	9,0	9,1	7,4	5,7	9,8	6,8	9,8	8,9
Wohnungsmieten bzw. Mietwert	20,0	18,1	24,4	24,6	26,9	3,3	4,3	6,6	8,8
Elektrizität, Gas, Brennstoffe u. a.	6,3	5,2	7,5	8,2	7,8	3,3	5,7	3,8	7,2
Relativ starrer Bedarf	55,5	52,1	61,3	65,9	67,9	61,3	48,3	63,9	59,6
Übrige Güter für die Haushaltsführung	9,1	9,2	10,8	7,8	5,7	10,8	16,4	13,4	13,9
Gesundheits- und Körperpflege	4,1	5,8	5,6	5,1	4,7	3,7	5,3	5,1	6,7
Verkehr, Nachrichtenübermittlung	18,6	17,5	7,1	9,5	11,7	8,6	17,7	4,7	6,3
Bildung, Unterhaltung	8,4	9,3	9,9	6,9	6,7	10,2	7,8	8,6	9,2
Persönliche Ausstattung, Reisen	4,3	6,1	5,3	4,8	3,3	5,4	4,5	4,3	4,3
Relativ flexibler Bedarf	44,5	47,9	38,7	34,1	32,1	38,7	51,7	36,1	40,4
privater Verbrauch %	100	100	100	100	100	100	100	100	100
(Ø DM bzw. M je Monat)	(2315 DM)	(3794 DM)	(1688 DM)	(1725 DM)	(1786 DM)	(1090 M)	(1600 DM)	(587 M)	(755 DM)

Quellen: [1]) StBA, 1992b
[2]) Angele, 1991, S. 477
[3]) Münnich, 1991, S. 752
[4]) StBA, 1991d

ser, Heizmaterialien, Gas, Elektrizität, der öffentliche Verkehr, Post und Fernmeldewesen, Gesundheitswesen, auch Bildungs- und Erholungsmöglichkeiten (Schwitzer, 1990b, S. 493; Winkler, 1990, S. 128f.). Mit hohen Verbrauchsaufschlägen versehen waren die Preise für Genußmittel, Bekleidung und industrielle Konsumgüter beispielsweise. Im 1. Halbjahr 1990 schlug sich der starke Anstieg der Preise bei Lebensmitteln prozentual sehr stark beim Grundbedarf nieder. Auch die Anhebung der Energiepreise führte bei den Rentnerhaushalten absolut zu einer Verdoppelung der Energieausgaben im Monat. Die Rentenerhöhungen bewirkten, daß im Jahr 1991 der starre Grundbedarf bei den Zwei-Personen-Rentnerhaushalten anteilig relativ niedrig blieb mit rund 48 % des privaten Verbrauchs und für den flexiblen Bedarf mehr Spielraum war. Dieser führte offenbar zur Dekkung eines Nachholbedarfs bei den Gütern für die Haushaltsführung wie beispielsweise bei Kühl- und Gefriergeräten. Nachholbedarf und die Preiserhöhungen für Verkehr und Nachrichtenübermittlung und für den Bildungs- und Unterhaltungsbereich schlugen sich dennoch in einer Erhöhung ihres Anteils am privaten Verbrauch nieder, vermutlich auch durch Anschaffung eines Pkw bedingt (vgl. Tabelle 27). Bei den Ein-Personen-Rentnerinnenhaushalten lassen die Preiserhöhungen bei fast allen Gütern des relativ starren Bedarfs, der hier rund 60 % des privaten Verbrauchs ausmacht, erheblich weniger Spielraum für die Deckung von Nachholbedarf. Vielmehr wirken sich erfolgte Preissteigerungen auch bei den Waren und Dienstleistungen des flexibleren Bedarfs restriktiv aus. Dies macht einmal mehr deutlich, daß die Höhe ihres Renteneinkommens im Vergleich zu derjenigen des Zwei-Personen-Rentnerhaushalts dem Tatbestand nicht Rechnung trägt, daß Gemeinkostenanteile wie Miete, Heizenergie, Güter für die Haushaltsführung etc. den Ein-Personen-Haushalt anteilig stärker belasten als den Mehr-Personen-Haushalt.

Tabelle 27

Ausstattung von 100 Haushalten älterer Menschen mit ausgewählten langlebigen Gebrauchsgütern in den alten und neuen Bundesländern in den Jahren 1988 bzw. 1990 und 1991

Haushaltsmerkmale	alte Bundesländer			neue Bundesländer			
	alle Haush. mit Alter der Bezugsperson [1]		Haushaltstyp 1 [2] (2 Pers.)	Rentnerhaushalte ohne Arbeitseinkommen [3][4]			
	65 bis 70 J.	70 u. m. J.		(2 Personen)		(1 Person)	
	1988	1988	1990	1. Hj. 1990	1. Hj. 1991	1. Hj. 1990	1. Hj. 1991
Haushalte mit langlebigen Gebrauchsgütern %							
Hauswirtschaft							
Kühlschrank	79,1	79,6	x	104	105	96	99
Gefriergerät	74,9	56,5	x	54	75	22	34
Mikrowellengerät	6,8	3,2	9,8	x	2	x	1
Waschvoll- u. Halbautomat	91,7	76,1	89,0	56	x	33	x
elektr. Nähmaschine	55,9	37,7	x	x	x	x	x
Staubsauger	x	x	x	109	x	97	x
Soziale Teilhabe							
Telefon	96,0	90,1	97,1	x	14	x	8
Fernsehgerät							
schwarz-weiß	14,5	13,7	x	47	x	56	x
color	93,1	86,4	93,6	80	100	50	78
Rundfunkgerät	41,7 xx)	39,7 xx)	x	147	153	115	120
Fahrrad	61,4	35,3	x	x	x	x	x
PKW	59,0	29,6	46,8	38	52	3	5

Anmerkungen: x = Angabe nicht erfaßt bzw. nicht ausgewiesen; xx = Stereo-Gerät

Quellen:
[1]) StBA, 1990c
[2]) Angele, 1991, S. 474
[3]) Münnich, 1991, S. 755
[4]) StBA 1991d

Es ist anzunehmen, daß bei weiterer Anhebung der Preise der bisher stark subventionierten Güter in den folgenden Jahren noch erhebliche Veränderungen in der Verbrauchsstruktur zu erwarten sind.

Betrachtet man die Ausstattung der Haushalte mit langlebigen Gebrauchsgütern in den neuen Bundesländern, so werden einige der genannten Veränderungen im privaten Verbrauch bestätigt. Der Anteil der Rentnerhaushalte, der vom 1. Halbjahr 1990 bis zum 1. Halbjahr 1991 — weitere Daten für 1991 nicht verfügbar — den Besitz eines Gefriergerätes, eines Farbfernsehers, eines Rundfunkgerätes, auch eines Pkws nachwies, hat sich beträchtlich erhöht. Die Möglichkeit der Ausstattung mit Telefon war jedoch zu der Zeit noch sehr beschränkt. Insbesondere für Alleinlebende ist damit der Zugang zu eventuell benötigter Hilfe sehr erschwert.

In den alten Bundesländern zeigen sich erhebliche Unterschiede im Ausstattungsgrad zwischen den Haushalten der beiden Altersgruppen. Der Haushaltstyp 1 entspricht als Zwei-Personen-Haushalt darin eher der Gruppe der jüngeren Alten. Eine Bewertung der Ausstattung als mangelhaft oder angemessen ist jedoch ohne Bezug auf das gesundheitliche Befinden der Älteren und auf deren Wohnsituation kaum möglich. Bei Einschränkung der Beweglichkeit insbesondere Alleinlebender gewinnen Telefon und Fernseher bzw. Rundfunkgerät an Bedeutung, weil damit Kommunikation, Teilnahme am Tagesgeschehen und gesellschaftlichen Leben sicherzustellen sind. Das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigung steigt mit zunehmendem Lebensalter. Bei den Hochaltrigen ist der Anteil Alleinlebender besonders hoch. Daher muß auch in den alten Bundesländern häufig der niedrigere Ausstattungsgrad der Haushalte mit 70 und mehrjährigen Bezugspersonen mit Geräten, die der sozialen Teilhabe dienen, als Unterversorgung gedeutet werden. Der Mittelwert wird bei dieser Altersgruppe vor allem in den niedrigen Einkommensklassen erheblich unterschritten (vgl. BMFuS, 1992, S. 171f.; Tab. 78).

Bei den Arbeitshilfsmitteln für die Hauswirtschaft sind wesentliche Voraussetzungen für Anschluß und Betrieb dieser Maschinen und Geräte ausreichende Stell- und Bewegungsflächen in der Wohnung sowie

Elektroinstallation, Fließwasser- und Wärmeversorgung. Diese Voraussetzungen sind offenbar in den neuen Bundesländern in einem erheblichen Teil der Rentnerhaushalte nicht oder nur teilweise erfüllt (Schwitzer, 1990a, S. 270f.; vgl. Kapitel 13). Die Aufrechterhaltung selbständiger Lebens- und Haushaltsführung ist notwendig verbunden mit Möglichkeiten hauswirtschaftlicher Produktion. Hierzu gehören zunächst Zubereitung und Bevorratung von Nahrungsmitteln, auch von teilweise oder vollständig vorbereiteter Kost. 1989 besaßen 43 % der Zwei-Personen- und 15 % der Ein-Personen-Haushalte von Rentnern einen Garten (Stat. Amt der DDR, zit. in Schwitzer, 1990a, S. 289, Tab. 4.3). Selbsterzeugte Produkte können wegen Nicht-Bewertung eingesetzter Arbeitszeit in der Regel die Kosten der Lebenshaltung deutlich senken. Deren Verarbeitung und Lagerhaltung erfordern aber gerade im höheren Lebensalter arbeitserleichternde technische und räumliche Gegebenheiten. Dies macht die Zunahme der Ausstattung mit Gefriergeräten im 1. Halbjahr 1991 verständlich (Tabelle 27). Auch eine arbeitsorganisatorisch und ergonomisch zweckmäßige Anordnung der Einrichtungsteile gehört in diesem Fall zur altersgerechten Wohnung. Für die Wäschepflege spielt die Möglichkeit der Nutzung einer Waschmaschine und der Wäschetrocknung ohne Transporte über Treppen unter Umständen eine bedeutsame Rolle. Die Ausstattung der Rentnerhaushalte in den neuen Bundesländern mit Waschvoll- oder -halbautomat war 1990 noch sehr gering, zumal ihnen selbst in Ballungsräumen nur selten entsprechende Gemeinschaftsanlagen in erreichbarer Nähe zur Verfügung stehen. Ganz besonders erschwerend für die hauswirtschaftliche Versorgung wirken sich beispielsweise die noch vorherrschende Einzelofenheizung mit festen Brennstoffen, häufig fehlende Warmwasserversorgung und Bad, fehlende Aufzüge für obere Stockwerke aus (vgl. Kapitel 13).

Die Situation der Altenhaushalte in den alten Bundesländern ist demgegenüber im ganzen betrachtet unvergleichlich günstiger, auch wenn hier beispielsweise immer noch rund 9 % der Haushalte mit pflegebedürftigem Mitglied in einer Wohnung extremen Substandards leben. Dennoch ist ein hoher Technisierungsstand von Küche und Wäschepflege nicht in jedem Fall zwingend notwendig. Ein Versorgungsdefizit ist aus dem in Tabelle 27 dargestellten Ausstattungsgrad in der Hauswirtschaft daher nicht allein abzulesen. Je nach Wohnsituation, Einkommenslage, Anliefermöglichkeiten und Preisen bietet der Markt eine Vielzahl von unterschiedlichen Verfahren der hauswirtschaftlichen Versorgung. Zu befürchten ist allerdings, daß gerade in den Haushalten Älterer mit niedrigem Einkommen unzulängliche Wohnverhältnisse und Finanzierungsprobleme selbst eine notwendige Grundausstattung erschweren, in der Großstadt ebenso wie im ländlichen Raum.

Betrachtet man zusammenfassend die Handlungsspielräume, welche den Haushalten Älterer im Falle von Hilfsbedürftigkeit für Veränderungen im privaten Verbrauch verbleiben, so zeigt sich, daß in den alten Bundesländern 1988 die Haushalte der jüngeren Altersgruppe durch Aufwendungen für Ernährung, Wohnungsmiete und dgl. anteilig weniger belastet sind als die der Älteren. Zugleich ist ihr Ausstattungsgrad mit Gebrauchsgütern für Hauswirtschaft und soziale Teilhabe deutlich höher. Sie können demgemäß flexibler auf solche Anforderungen reagieren als die Haushalte der Älteren.

In den neuen Bundesländern sind entsprechende Aussagen bei den Rentnerinnenhaushalten auch für 1991 nicht möglich, da der Abbau von Subventionen und starke Veränderungen im Preisgefüge von Konsumgütern und Dienstleistungen die Verbrauchsstrukturen noch stark beeinflussen. Dennoch zeigt sich auch hier eine stärkere Einschränkung bei den Ein-Personen-Haushalten als bei denjenigen der Ehepaare. Die Deckung eines ersten Nachholbedarfs in der Ausstattung mit dauerhaften Gebrauchsgütern seit 1990 muß vor dem Hintergrund der überwiegend mangelhaften Wohnsituation gesehen werden, welche das Selbsthilfepotential im Falle von Hilfsbedürftigkeit stark beeinträchtigt.

Diese Fragen führen weiter zur Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Haus- und Grundbesitz beziehungsweise Wohnungseigentum für das Selbsthilfepotential der Älteren. Bieten Haus- und Grundbesitz die Sicherheit der Bleibe im Alter? Bieten sie den Vermögenswert, der im Bedarfsfall eine Liquidierung des Kapitals erlaubt? Die derzeitige Lage in den neuen Bundesländern macht die Relativität solcher Vorstellungen überdeutlich. Nach den Ergebnissen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) waren im Jahr 1990 27,6 % der 60 bis unter 75 Jahre alten und 19,9 % der 75 Jahre und älteren Menschen Eigentümer ihrer Wohnung in der ehemaligen DDR. Auf die gleichen Altersgruppen bezogen waren es 1989 in der alten Bundesrepublik Deutschland 48 % beziehungsweise 31,8 % der Älteren (vgl. Tabelle 16, DIW, 1991, Tab. 4.2.2.2). Große Verunsicherung haben die mit dem Einigungsvertrag geschaffenen Regelungen zur Rückübertragung von Eigentumsrechten an Grundstücken und Gebäuden in der ehemaligen DDR an ehemalige Eigentümer oder deren Erben geschaffen, deren Vermögen durch Flucht o. a. in andere Hände übergegangen war. Sie haben eine Flut von Anträgen ausgelöst und eine Fülle von vermögensrechtlichen Problemen aufgeworfen, deren Lösung der Klärung bedarf und Zeit erfordert. Insbesondere für diejenigen Bürger in den neuen Bundesländern ist die Problematik groß, welche an den zurückzuübereignenden Immobilien auf redliche Weise Eigentum oder dingliche Nutzungsrechte erworben haben. Jedoch sind auch Mieter in entsprechenden Objekten von dieser Situation betroffen und fürchten um ihren Wohnsitz (Gemeinsame Erklärung, 1990, S. 1237). Insofern sind in den neuen und in den alten Bundesländern bei einer noch unbekannten Anzahl älterer Menschen Eigentumsrechte und Vermögenswerte in Form von Grundbesitz und Gebäuden ungeklärt, wobei der in der Regel hohe Renovierungsbedarf dieser Objekte nur angedeutet werden kann. Die folgenden Angaben beschränken sich daher auf Daten, die für die alten Bundesländer zum 31. Dezember 1988 aus der Gesamtstichprobe der EVS 1988 vorliegen. Hierbei wurden die gleichen Einkommensklassen wie in den Tabellen 25 und 26 gewählt, ergänzt um zwei weitere Einkommensklassen für die höhere Altersgruppe sowie um die Mittelwerte für alle Haushalte.

Tabelle 28

Haus- und Grundbesitz, deren laufende Kosten und Restschuld in Haushalten älterer Menschen nach ausgewählten Einkommensklassen im Vergleich zu allen privaten Haushalten am 31. Dezember 1988 (EVS 1988; alte Bundesländer)

Haushalte nach Haushalts-Nettoeinkommen von ... bis ... in DM je Monat	alle privaten Haushalte	Haushalte mit Bezugspersonen 65 bis 70 Jahre			Haushalte mit Bezugspersonen im Alter von 70 und mehr Jahren				
		alle Haushalte	2 200 bis 2 500	4 500 bis 5 000	alle Haushalte	<1 600	1 800 bis 2 000	2 200 bis 2 500	4 500 bis 5 000
Haushalte insgesamt (in 1 000)	24 684	2 108	203	48	4 770	2 433	353	278	(38)
davon mit Haus- und Grundbesitz am 31. Dezember 1988 in %	*46,7*	*52,6*	*55,2*	*(83,3)*	*36,3*	*(28,5)*	*36,8*	*44,2*	*(73,7)*
davon 1- und 2-Familienhäuser und Eigentumswohnungen in %	*98,8*	*98,6*	*94,6*	*(85,0)*	*95,7*	*(70,4)*	*83,1*	*92,7*	*(85,7)*
Einheitswert Ø DM	44 432	41 266	37 697	(54 352)	35 234	(27 612)	33 032	33 084	(75 113)
Laufende Kosten[1]) für Instandhaltung, Versicherung u. a. Ø DM	2 540	2 462	2 189	(3 649)	2 337	1 679	2 071	2 044	4 225
Tilgung, Zinsen Ø DM	10 990	6 633	(4 373)	(8 967)	4 638	/	(3 224)	(3 992)	/
Sa. DM Jahr	13 530	9 095	(6 562)	(12 616)	6 975	(1 679)	(5 295)	(6 036)	(4 225)
Ø DM je Monat	1 128	758	(547)	(1 051)	581	(140)	(441)	(503)	(352)
Restschuld Ø DM	93 709	43 955	(31 928)	(57 962)	32 300	/	/	(22 409)	/

Anmerkungen: In der amtlichen Statistik verwendete Symbole: / = keine Aussage, weil unzureichende Besetzung;
( ) = Aussagewert eingeschränkt, da Zahlenwert statistisch relativ unsicher.
[1]) Ohne größere Reparaturen, Abschreibungen u. a.

Quelle: StBA, 1991c

Bei Haus- und Grundbesitz ist der Anteil der Haushalte der jüngeren Alten erheblich stärker vertreten als derjenige der Haushalte mit 70 und mehr Jahre alten Bezugspersonen. Im Vergleich dieser beiden Altersgruppen spielt das Haushaltsnettoeinkommen jeweils eine wesentliche Rolle. Die Höhe des Einheitswertes zeigt an, zusammen mit der Art des Wohneigentums, daß vermietete Objekte, wie beispielsweise Mehrfamilienhäuser, nur bei der höchsten hier aufgenommenen Einkommensklasse eine gewisse Bedeutung haben. Die finanzielle Belastung der Haushalte mit Haus- und Grundbesitz in Form von laufenden Kosten und Kapitaldienst für Hypotheken und Baudarlehen entspricht der Höhe der Beträge nach durchaus etwa dem Anteil der Mieten am gesamten privaten Verbrauch (Tabelle 26), größere Instandsetzungsarbeiten nicht einbezogen. Die Tilgung der Restschuld wird bei den Haushalten im Mittel noch etwa sieben Jahre in Anspruch nehmen, wenn die Konditionen unverändert bleiben.

Unter den derzeitigen Bedingungen am Wohnungsmarkt in Ballungsräumen kann Haus- und Grundbesitz einen beträchtlichen Verkehrs- und Vermögenswert darstellen, der auch eine Liquidierung des Kapitals erlaubt. Dies trifft aber keinesfalls für stadtferne Gegenden in gleichem Maße zu. Auch die Eigennutzung bietet Vorteile, die einem Mieter nicht unbedingt zur Verfügung stehen. Eine Anpassung der Wohnung an veränderte gesundheitliche Gegebenheiten ist dem Eigentümer eher möglich als einem Mieter. Bei vergleichbaren monatlichen Belastungen ist die verfügbare Wohnfläche in der Regel erheblich größer als in Mietwohnungen und erlaubt bei Bedarf eher die Unterbringung einer Pflegekraft. Haus- und Grundbesitz kann auch durch Verkauf auf Rentenbasis bei Einräumung lebenslangen Wohnrechts für den Eigentümer verwertet werden. Unter Umständen bietet Wohnungseigentum auch die Möglichkeit, Wohnrecht und Recht auf Pflege mit der Eigentumsübertragung zu verbinden. Andererseits können Verwaltung und Pflege von Haus und Garten im Alter zur Belastung werden. Standort des Objektes, Alter und Ausstattung des Gebäudes, die damit verbundenen finanziellen Belastungen können eine autonome Lebens- und Haushaltsführung unter Umständen mehr erschweren als fördern.

Das Kaufkraftpotential zur Abdeckung erhöhter Aufwendungen für die Lebenshaltung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit scheint bei den Eigentümerhaushalten der Älteren in den unteren Einkommensgruppen sehr begrenzt. Auch sie können zu den Beziehern von Wohngeld in Form des Lastenzuschusses gehören. Allerdings ist der Anteil der Rentner und Pensionäre an den Wohngeldempfängern in den letzten Jahren ständig zurückgegangen. Er betrug 1990 nur noch 33,5 % aller Wohngeldempfänger, 1981 waren es

noch 62,1 % (vgl. Tabelle 17). Darunter waren jedoch Hauseigentümer, also Lastenzuschußempfänger, zum 31. Dezember 1990 insgesamt nur 7 % aller Empfänger von Wohngeldleistungen, deren monatlicher Zuschuß im Mittel 156 DM betrug. In Ballungsräumen wird das Wohngeld zum Teil durch ein kommunales Wohngeld für Mieter und Eigentümer ergänzt, so zum Beispiel seit 1. Juli 1990 in München (BMBau, 1991 b, S. 53; Seewald, 1991, vgl. Kapitel 13).

Neben dem Haus- und Grundbesitz sind monatliche Ersparnis der privaten Haushalte und deren Nettogeldvermögen aussagefähige Indikatoren für das finanzielle Selbsthilfepotential der Älteren. Beide sind in der folgenden Tabelle wiederum für die alten Bundesländer dargestellt.

Die rechnerisch ermittelte, durchschnittliche Ersparnis je Haushalt der Älteren im Monat (vgl. auch Tabelle 25) ist in den ausgewählten Einkommensgruppen und im Mittel der beiden Altersgruppen niedriger als im Mittel aller privaten Haushalte. Dennoch ist die Sparquote vor allem bei den hohen Einkommensgruppen, zum Teil auch bei den mittleren Einkommen der Haushalte beachtlich, wenn sich diese vorläufigen Ergebnisse bei der Endauswertung bestätigen. Bei den Angaben zum Vermögen handelt es sich bereits um die Ergebnisse der Gesamtstichprobe, also mit wenigen Ausnahmen um verläßliche Werte. Monatliche Ersparnis und das insgesamt ausgewiesene Nettovermögen je Haushalt, das also von Krediten (außer von Hypotheken und Baudarlehen) bereinigt ist, sind in der Regel miteinander korrespondierende Größen und im Zusammenhang zu betrachten. Zunächst ist jedoch festzuhalten, daß unter den rund sieben Millionen Haushalten der Älteren beider Altersgruppen insgesamt etwa 9,8 % (rund 680 000 Haushalte; vgl. Tabelle 24) Ende des Jahres 1988 kein Geldvermögen besaßen. Es handelt sich vor allem um Haushalte der unteren Einkommensgruppen, die weder über eine monatliche Ersparnis noch über Nettogeldvermögen verfügten. Sie haben also keinen finanziellen Spielraum für eventuell sich mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit erhöhende Aufwendungen. Greift man nur die Haushalte der 70 und mehr Jahre Alten mit Haushaltsnettoeinkommen unter 1 600 DM im Monat heraus, so handelt es sich um 16,3 % dieser Gruppe, absolut um ca. 225 000 Fälle. Ihre Zahl hat sich gegenüber 1983 (vgl. BMFuS, 1992, Tab. 73, S. 165 und Tab. 76, S. 168) um rund 115 000 Haushalte vermindert. Es sind vermutlich auch vorrangig diese Haushalte, welche über kein Sparbuch verfügen. Jedoch hat sich der Schwerpunkt in die mittleren Einkommensgruppen verlagert.

Der im Mittel aller privaten Haushalte Ende 1988 erfreulich hohe Wohlstand, der sich an einem Nettogeldvermögen von 23 448 DM ablesen läßt, wird im Durchschnitt von den Haushalten der Älteren beider Altersgruppen noch überschritten. Er ist jedoch inner-

Tabelle 29

Monatliche Ersparnis [1]), Nettogeldvermögen [2]) und Vermögensformen in Haushalten älterer Menschen nach ausgewählten Einkommensklassen im Vergleich zu allen privaten Haushalten am 31. Dezember 1988 (alte Bundesländer, EVS 1988)

Haushalte nach Haushalts-Nettoeinkommen von ... bis ... in DM je Monat	alle privaten Haushalte	Haushalte mit Bezugspersonen 65 bis 70 Jahre			Haushalte mit Bezugspersonen im Alter von 70 und mehr Jahren				
		alle Haushalte	2 200 bis 2 500	4 500 bis 5 000	alle Haushalte	<1 600	1 800 bis 2 000	2 200 bis 2 500	4 500 bis 5 000
Ø Ersparnis je Haushalt und Monat in DM	(474)	(372)	(–47)	(378)	(314)	/	(62)	(226)	(319)
Zahl der Haushalte ohne Geldvermögen am 31. Dezember 1988 in %	*8,9*	*7,4*	/	/	*10,9*	*16,3*	/	/	/
Erfaßtes Nettogeldvermögen am 31. Dezember 1988 insgesamt je Haushalt mit Geldvermögen Ø in DM	23448	33017	32412	68057	25296	12471	26192	35068	(80715)
Zahl der Haushalte mit Sparbüchern in %	*87,9*	*90,1*	*94,6*	*97,9*	*87,6*	*82,9*	*91,2*	*94,2*	*(92,1)*
Sparguthaben Ø in DM	12454	16706	16307	26842	14432	9865	14818	20206	(25759)
Zahl der Haushalte mit Wertpapieren in %	*32,4*	*36,2*	*32,5*	*54,2*	*27,1*	*21,5*	*28,9*	*34,5*	*55,3*
Guthaben zum Tageskurs je Haushalt Ø in DM	27852	40 347	42639	67413	39174	20146	38601	38411	82645

Anmerkung: In der amtlichen Statistik verwendete Symbole: / = keine Aussage, weil unzureichende Besetzung; () = Aussagewert eingeschränkt, da Zahlenwert statistisch relativ unsicher.

Quellen: [1]) StBA, 1992 b
[2]) StBA, 1991 c

halb der Haushalte der Älteren sehr ungleichmäßig verteilt. Von den Haushalten der 70 Jahre Alten und Älteren verfügten 1988 75,3 % über ein Nettogeldvermögen bis zu 35 000 DM, rund 20 % hatten zwischen 35 000 und 100 000 DM, knapp 5 % 100 000 DM und mehr. Bei der jüngeren Gruppe hat sich der Anteil der Haushalte mit Geldvermögen zwischen 35 000 und 100 000 DM auf rund 53 % erhöht, der Anteil derjenigen mit weniger als 35 000 DM auf 42,2 % reduziert (Euler, 1990, S. 807; StBA, 1991c, unveröff.). Dieses Kaufkraftpotential ist jedoch realistisch einzuschätzen: Ein Sparguthaben in Höhe von rund 14 500 DM, welches die Haushalte der 70- und Mehrjährigen im Durchschnitt dieser Altersgruppe besaßen, würde im Falle langwieriger Erkrankung einer Alleinlebenden bei Selbstfinanzierung einer Hauspflegekraft für ein Jahr ausreichen, wenn diese Hilfe an fünf Werktagen jeweils für drei Stunden täglich zur Verfügung steht. Hierbei ist ein für 1988 geltender Preis freiberuflicher Anbieter in Höhe von 18,45 DM je Stunde unterstellt (Kliemke & Wardelmann, 1989, S. 501). Ganz anders stellt sich die Lage in beiden Altersgruppen der Haushalte mit Nettoeinkommen in Höhe von 4 500 bis 5 000 DM im Monat dar. Hier erscheinen sowohl Investitionen zur Wohnungsanpassung als auch die Inanspruchnahme von Pflegekräften privater Anbieter im Bedarfsfall über längere Zeit finanzierbar, falls keine Versicherungsleistungen dafür herangezogen werden können. Neben den durchschnittlich vorhandenen Nettogeldvermögen in Höhe von 68 000 bzw. rund 81 000 DM ist zudem aus der monatlichen Ersparnis unter Umständen eine weitere Rücklagenbildung möglich. Geht man von den Haushalten der Älteren mit Haushaltsnettoeinkommen im Jahr 1988 ab 4 000 DM im Monat aus, so würde es sich um rund 15 % (rund 1 Mio.) aller Haushalte mit Bezugsperson im Alter von 65 und mehr Jahren handeln (vgl. Tabelle 24). Haushalte mit Einkommen ab 25 000 DM im Monat werden in der EVS nicht erfaßt, wären aber dieser Zahl zuzuschlagen.

Über die Vermögenslage der Haushalte älterer Menschen in den neuen Bundesländern sind keine aktuellen Daten verfügbar. Für 1989 wurde je Einwohner der DDR ein Sparguthaben bei Geld- und Kreditinstituten in Höhe von durchschnittlich 9 716 Mark ausgewiesen. Hinzu kamen sparwirksame Personenversicherungen in Höhe von 1 081 Mark sowie Bargeldbestände von 1 036 Mark (Stat. Amt der DDR, 1990a, S. 99). Die Sparquote der Bevölkerung wurde für Ende 1989 mit voraussichtlich 5,9 % im Durchschnitt angegeben und der ständigen Knappheit an Konsumgütern und Dienstleistungen wegen als Kaufkraftüberhang bezeichnet. Die Verteilung des finanziellen Vermögens war außerordentlich ungleich: 20 % der Konteninhaber (etwa 4 Millionen) verfügten über 80 % der Spareinlagen (Winkler, 1990, S. 128 bis 133). Über die spezielle Vermögenslage der Rentner sind keine Daten vorhanden. Mit Einführung der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion Mitte des Jahres 1990 wurden die Sparguthaben der über 59jährigen bis zu 6 000 Mark im Verhältnis 1 : 1 in DM umgetauscht, alle darüber hinausreichenden Beträge im Verhältnis 2 : 1 (Dieck, 1992, S. 650). Geht man auch für die Rentnerhaushalte von durchschnittlichen Sparguthaben aus, so könnte nach der Umwertung der Ein-Personen-Haushalt über ein Finanzvermögen in Höhe von durchschnittlich 7 858 DM, der Zwei-Personen-Haushalt über den doppelten Betrag verfügt haben.

Im Zusammenhang betrachtet:

Die materiellen Bedingungen für eine Selbstversorgung der Älteren wurden mit Hilfe der Indikatoren Höhe des Haushaltsnettoeinkommens, Struktur des privaten Verbrauchs, Ausstattung der Haushalte mit langlebigen Gebrauchsgütern, Haus- und Grundbesitz und Nettogeldvermögensbeständen geprüft. Es ergeben sich große Unterschiede in der Situation der Haushalte älterer Menschen einmal zwischen neuen und alten Bundesländern, zum anderen zwischen der Gruppe der 65- bis 70jährigen einerseits und der größeren Gruppe der 70- und Mehrjährigen andererseits, welche die Hochbetagten einschließt. Die Rentnerhaushalte in den neuen Bundesländern hatten im Jahr 1991 dank der erfolgten Rentenerhöhungen und Umwertung eine Grundsicherung ihres Einkommens und Vermögens erreicht, welches auch teilweise die Deckung eines ersten Nachholbedarfs in der Ausstattung erlaubte. Im ganzen ist ihre materielle Lage durch große Unsicherheiten gekennzeichnet, die sich aus der Umstellung auf die Marktwirtschaft, die bevorstehenden weiteren Preiserhöhungen beispielsweise für Mieten, Übergangsverfahren in der Rentenberechnung, ungeklärten Eigentums- und Mietverhältnissen u. a. herleiten. Für den Ein-Personen-Rentnerhaushalt scheinen die Handlungsspielräume besonders eng begrenzt.

In den alten Bundesländern ist bei der Gruppe der Haushalte der jüngeren Alten 1988 im Mittel eine deutliche Verbesserung ihrer materiellen Lage gegenüber den älteren Alten zu konstatieren. Diese Feststellung bezieht sich auf alle Indikatoren und zeigt eine gegenüber den Älteren deutliche Ausweitung ihrer Möglichkeiten zur Anpassung an eventuell notwendige Veränderungen mit zunehmender Hilfsbedürftigkeit. Die Verteilung des Wohlstandes hat sich seit 1983 bei dieser Gruppe deutlich hin zu den mittleren und höheren Einkommens- und Vermögensklassen verlagert. In den Haushalten mit 70 und mehr Jahre alter Bezugsperson ist diese Verteilung erheblich ungünstiger, d. h. ein erheblich größerer Anteil unter diesen — gemessen an der Sozialhilfeschwelle — in seinen materiellen Lebensbedingungen sehr eingeschränkt. In den Haushalten mit höheren Einkommen und Nettogeldvermögen unter ihnen und zum Teil auch in der oberen Mittelschicht der Älteren sind die Möglichkeiten der Unterstützung häuslicher Selbstversorgung aus eigenen Mitteln auch im Falle erhöhter Hilfsbedürftigkeit offenbar gegeben. Diese Aussagen gelten unter dem Vorbehalt, daß sich die vorläufigen Daten aus der EVS 1988 bei der Endauswertung bestätigen.

15.4 Grenzen der Selbstversorgung

Die Auseinandersetzung mit den Problemen häuslicher Selbstversorgung im Alter ist von großer Bedeutung, aus der Sicht des Einzelfalles ebenso wie aus sozialpolitischer Perspektive. Die Frage, ob und unter

welchen Bedingungen die Aufrechterhaltung autonomer Lebens- und Haushaltsführung mit zunehmendem Lebensalter möglich bleibt, ist eine Frage, welche viele ältere Menschen, insbesondere Alleinstehende, sehr bedrängt. Sie wird selten offen diskutiert und als Entscheidungsproblem verstanden, welches rationalen Erwägungen zugängig ist. Dennoch sind ältere Menschen durch eigenes Erleben oder Erfahrungen im Verwandten- und Freundeskreis häufig besonders sensibilisiert für Gedanken an Krankheit, mögliche Abhängigkeit und die Endlichkeit des Daseins (Thomae, 1989). Ihre gesundheitlichen Risiken sind mit besonderen Unwägbarkeiten belastet. Die bei Eintritt des Risikofalles möglichen Handlungsalternativen mit Ausnahme einer Heimversorgung sind wenig bekannt, auch daß im Rahmen stationärer Versorgung ein Erhalt selbständiger Lebensführung durchaus möglich ist (DZA & KDA, 1991).

Aus sozialpolitischer Perspektive ist die Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen häuslicher Selbstversorgung im Alter für die Planung der Hilfeangebote von gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystemen von besonderer Bedeutung. Es ist zugleich ein noch weitgehend unbearbeitetes Forschungsfeld. So kann auch in diesem Zusammenhang nur hypothetisch auf Bedingungskonstellationen hingewiesen werden, welche vermutlich zu Einschränkungen in der Selbstversorgung führen und folglich einen Interventionsbedarf hervorrufen können. Die Darstellung muß sich auf objektiv feststellbare Merkmale stützen, wenn es um die Feststellung eines Unterstützungsbedarfs durch soziale und gesundheitliche Versorgungssysteme geht. Im individuellen Fall sind dagegen subjektive Einschätzungen und Bewältigungsformen von Belastungs- und Grenzsituationen von großer Bedeutung. Sie können die Maßstäbe für die Beurteilung dessen, was bisher als angemessene Versorgung galt, gravierend verändern, wenn damit einschneidende Maßnahmen wie Wohnungswechsel o. a. vermieden werden können. Wie anders wären auch hohe subjektive Zufriedenheitsgrade mit objektiv untragbaren Lebensbedingungen zu erklären, wie sie häufig in empirischen Untersuchungen festgestellt wurden? (Vgl. z. B. Glatzer & Zapf, 1984; Thomae, 1983.)

Die Darstellung der Indikatoren, welche das Selbsthilfepotential und die materiellen Bedingungen eines Haushalts kennzeichnen, macht die Anforderungen deutlich, welche mit der selbständigen Lebens- und Haushaltsführung unter marktwirtschaftlichen Bedingungen generell und speziell im Alter verbunden sind. Die Kompetenz zur autonomen Haushaltsführung zu besitzen, bedeutet im zuvor definierten Sinne, eigene Fähigkeiten und Kenntnisse und die verfügbaren Ressourcen (Arbeitskapazität, Sachgüterausstattung, Einkommen und Vermögen) für die Selbstversorgung so einzusetzen, daß angestrebte Versorgungsqualität und Lebenszufriedenheit daraus resultieren. Flexibilität, Dispositions-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit sind erforderlich, um die Haushaltsorganisation insbesondere bei unvorhersehbaren Veränderungen der Lage den neuen Gegebenheiten anzupassen, wie dies beispielsweise bei Erkrankung des Partners oder im materiellen Bereich durch Mieterhöhungen nötig werden kann. Auch die Bereitschaft, sich im Bedarfsfall neues Wissen und zusätzliche Fertigkeiten anzueignen, ist Bestandteil der Kompetenz. Lebenslange Rollenzuweisung und traditionelle Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau können zu existenzbedrohender Hilfsbedürftigkeit führen, wie dies bei verwitweten Männern und Frauen im hohen Alter häufig zu beobachten ist.

Die Komplexität des Haushaltsgeschehens und die Vielzahl von Einflußgrößen und deren Wirkungszusammenhang legen es nahe, mögliche Grenzen häuslicher Selbstversorgung aus empirisch nachweisbaren, häufigen Problemkumulationen abzuleiten. Dafür ist jedoch eine ausreichende Datenbasis noch nicht vorhanden, auch wenn einige Ansätze theoretischer und empirischer Art eine solche Vorgehensweise als realisierbar und erfolgversprechend ausweisen (vgl. Bergener et al., 1979, S. 139f.; Karl & Nittel, 1988; Mittag, 1983; Wohlleber, Kellmayer & Frank-Winter, 1991). Jedoch können auch Probleme in einzelnen Bereichen gravierende Versorgungsmängel zur Folge haben und einen Hilfebedarf auslösen. Die folgende Übersicht beschränkt sich auf eine exemplarische Auswahl möglicher Ursachen und einschränkender Bedingungen, die zu einer Gefährdung und Begrenzung der Selbstversorgung führen können. Jedoch sind diese Grenzen fließend und durch vielerlei Kompensationsmöglichkeiten auszuweiten. Nicht alle Problemlagen werden im Einzelfall zusammentreffen.

Auch zeitliche Befristungen der Einschränkung des Selbsthilfepotentials sind denkbar, wenn in akuten Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigung therapeutische und rehabilitative Maßnahmen Erfolg haben (vgl. Kapitel 8). Die Idealvorstellung selbständiger Lebens- und Haushaltsführung bis ins hohe Alter läßt sich jedoch nicht in allen Fällen durch Aktivierung und Reaktivierung des Selbsthilfepotentials verwirklichen. Vielmehr ist ein differenziertes Angebot an unterstützenden, ergänzenden oder auch ersetzenden Hilfen notwendig, die bei Bedarf in Anspruch genommen werden können (vgl. Bauer-Söllner, 1991 und 1992).

Grenzen häuslicher Selbstversorgung können auch durch Lücken im Leistungsangebot der Versorgungssysteme, durch Informations- und Koordinationsprobleme, durch Zugangsbeschränkungen der verschiedensten Art u. a. verursacht sein (Garms-Homolová et al., 1989). Deshalb sollen im folgenden in einem kurzen Abriß die derzeit existierenden sozialen und gesundheitlichen Versorgungssysteme und ihr Leistungsangebot im Hinblick auf ihren Beitrag zur Sicherung einer humanen Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen behandelt werden.

15.5 Gesundheitliche und soziale Hilfen für ältere Menschen und Probleme des Versorgungsverbunds

Vorbemerkungen

Die Ausrichtung an den Bedürfnissen der Älteren und an ihrem individuellen Hilfebedarf gilt als ein Grundprinzip der Gestaltung des Leistungsangebots der Institutionen der Altenhilfe. Aus diesem Grunde wird

der folgende, kurz gefaßte Abriß des Hilfeangebots nach unterschiedlichen Bedarfslagen der Älteren dargestellt. Probleme der Versorgung und des Versorgungsverbunds werden vorrangig aus der Perspektive der Nutzer dieser Hilfen behandelt. Damit ist eine Abrundung der vorausgegangenen Ausführungen, nicht jedoch die Vollständigkeit der Darstellung beabsichtigt. Vielmehr werden verschiedene Aspekte der institutionalisierten Altenhilfe an mehreren Stellen dieses Berichtes aufgenommen und in übergeordnete Themen eingefügt. So sind beispielsweise im Kapitel 16.2 Zahl und Altersstruktur der stationär versorgten Älteren ausgewiesen, Probleme der Unterscheidung ihrer Pflegebedürftigkeit und deren Konsequenzen in Kapitel 11 beschrieben. Die Älteren im System der gesundheitlichen Versorgung sind in Kapitel 9.6 behandelt, die Unterstützung pflegender Angehöriger in Kapitel 17. Grundlegende Fragen zu Perspektiven der Altenhilfe wie die zu ihrer Position im Gesamtsystem der Versorgung, im Markt sowie in der Einstellung der Bevölkerung werden im Kapitel 18 mit den Problemen der Verfügbarkeit und Qualifikation des in der Altenhilfe tätigen Personals verbunden.

Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den in der ehemaligen DDR zuvor etablierten Hilfesystemen ist in diesem Beitrag nicht möglich (vgl. Dieck, 1992). Er bleibt beschränkt auf ergänzende Informationen, soweit sie zum Aufbau der institutionalisierten Altenhilfe in den neuen Bundesländern derzeit zur Verfügung stehen.

Wesentliche Grundlagen für die folgenden Ausführungen sind folgende für die Kommission erarbeitete Expertisen und die darin aufgeführte Literatur:

a) Kohnert, M. et al. (1992). Ergänzende Ergebnisse zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung aus den neuen Bundesländern.

b) Bauer-Söllner, B. (1991). Institutionen der offenen Altenhilfe — aktueller Stand und Entwicklungstendenzen.

c) Bauer-Söllner, B. (1992). Hauswirtschaftliche Dienste in ambulanter und stationärer Altenhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Bildungsaspekten.

Angebote zur Förderung des Selbsthilfepotentials der älteren Menschen sollen Hilfsbedürftigkeit verhüten oder Möglichkeiten der Selbsthilfe im weitesten Sinne erschließen und unterstützen. Dazu gehören die in der vorausgegangenen Übersicht (Kapitel 15.4, Abbildung 14) genannten Hilfen zur Förderung von Aktivitäten und sozialer Integration ebenso wie die Angebote zur Förderung psychischer und physischer Kompetenz. Es handelt sich um ein breites Aufgabenfeld der offenen Altenhilfe. Durch Vorhaltung geeigneter Räumlichkeiten als Kristallisationszentren wie beispielsweise von integrativen Bürgerhäusern, durch organisatorische Unterstützung, Beratung, Initiierung von Projekten u. a. werden Voraussetzungen für Kommunikationsmöglichkeiten, für eigene Aktivitäten der Älteren, für die Entfaltung neuer Seiten ihrer Persönlichkeit, auch für Besuchs- und Vorlesedienste o. a. geschaffen.

In besonderem Maße bedürfen diejenigen solcher Hilfen, welche nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben oder nach Beendigung der Familienphase alleinstehend und von Isolation und Sinnverlust bedroht sind. Es handelt sich vielfach um bildungsungewohnte ältere Menschen ohne berufliche Qualifikation, welche aus eigener Initiative und mangels ausreichenden Einkommens den Zugang zu neuen persönlichen Beziehungen, zu neuen Betätigungsfeldern nicht finden. Es sind häufig auch die Älteren, die in ihrer Mobilität oder auch der Seh- oder Hörfähigkeit eingeschränkt sind.

In den alten Bundesländern werden gerade solche Gruppen bisher von den genannten Angeboten jedoch nicht erreicht. Modellvorhaben und einzelne empirische Untersuchungen zeigen, daß eine auf die benachteiligten Älteren zugehende, wohnquartierbeziehungsweise stadtteilbezogene Altenberatung erfolgversprechender arbeiten und Barrieren abbauen kann. In die Hilfen zur Förderung der Kompetenz wird daher in jüngster Zeit auch diese Form der Altenberatung als spezielles, präventiv und therapeutisch wirkendes Dienstleistungsangebot einbezogen. Als wichtige, der Kompetenzförderung dienende Sachbereiche gelten die psychosoziale Beratung, Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wohnberatung, Verbraucherberatung, Beratung in finanziellen und rechtlichen Fragen. Sie entsprechen in ihrer Summe etwa den Versorgungsaufgaben, welche die selbständige Lebens- und Haushaltsführung ausmachen. Zugehende Altenberatung kann in besonderen Problemlagen den Betroffenen auch die zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit erforderlichen Hilfen vermitteln. Sie ist daher in besonderem Maße auf die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen angewiesen.

In den neuen Bundesländern wird bisher nur punktuell von Hilfen dieser Art berichtet, so beispielsweise von einer 1990 eingerichteten Seniorenberatungsstelle in Halle (Däbritz, 1991, S. 259) und in Chemnitz von einem 1990 gegründeten „Haus der Begegnung", welches u. a. auch die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen darstellt (Feldmann & Kahler, 1992, S. 78).

Auf Hilfen zur Ergänzung der Selbstversorgung in der Häuslichkeit sind alleinlebende Ältere, Haushalte älterer Ehepaare und Familien mit zu pflegenden Angehörigen in besonderem Maße angewiesen. Diese Hilfen können bei akuter Erkrankung vorübergehend, bei altersbedingtem Nachlassen der Kräfte, dauernden Behinderungen oder chronischen Erkrankungen auch kontinuierlich notwendig sein. Für diesen Bereich der offenen Altenhilfe sind die unmittelbar dem Haushalt zu erbringenden Leistungen und die Mobilität der Helfer charakteristisch. Je nach Art und Umfang der Selbsthilfefähigkeit des betroffenen Haushalts können die Hilfen in der Bereitstellung von Mahlzeiten, in Fahr-, Hol- und Bringdiensten, in der Unterstützung bei den alltäglichen Verrichtungen der Körperpflege, des An- und Auskleidens und dergleichen, in der hauswirtschaftlichen Versorgung und in der medizinisch-pflegerischen Betreuung bestehen. Sie können einzeln, in Kombinationen oder auch in ihrer Gesamtheit benötigt werden, wobei auch even-

Abbildung 14

Gefährdung der Selbstversorgung durch mögliche Problemlagen in Haushalten älterer Menschen (Beispiele) und Leistungsangebot sozialer und gesundheitlicher Versorgungssysteme im Überblick

Selbsthilfepotential Einschränkungen/Verlust bei Krankheit, Behinderung o. a.	Materielle Bedingungen der Selbstversorgung Begrenzungen der Handlungsfähigkeit	Leistungsangebote der sozialen und gesundheitlichen Versorgungssysteme
Haushaltsgröße und -struktur — Einpersonen- und Alten-Mehrpersonenhaushalte ohne familiale Hilfen im Umfeld — Mehrgenerationen-Haushalte mit hilfs-/pflegebedürftigen alten Menschen Soziale Netzwerke — Fehlen tragfähiger Beziehungen im Umfeld — Soziale Isolation Arbeitskapazität — verminderte psychische und physische Leistungsfähigkeit — Überlastung pflegender Angehöriger — Mangel an selbstfinanzierbaren Helfern Fähigkeiten und Fertigkeiten zur selbständigen Lebens- und Haushaltsführung — Fehlen dispositiver Fähigkeiten (Entscheidungskompetenz) — Mangel an Wissen, Fertigkeiten, Erfahrungen (Handlungskompetenz) — Mangel an Flexibilität, Umstellungsvermögen (Reorganisationskompetenz)	Einkommenslage — Einkommen ≤ Sozialhilfeschwelle — keine Unterstützung durch Angehörige, Freunde o. a. — hohe finanzielle Belastungen — keine Sparfähigkeit Vermögenslage — kein/geringes Geldvermögen — nicht verwertbarer Haus- und Grundbesitz — fehlender Versicherungsschutz Wohnsituation — Zahl, Größe, Lage der Räume unzureichend — fehlende sanitäre und technische Grundausstattung Umfeld und Marktbeziehungen — Gefährdung durch Verkehr, Kriminalität — Störung durch Lärm, Schmutz — Ungenügende Infrastruktur — Fehlen altersgerechter Angebote an Konsumgütern und Dienstleistungen — Fehlende Grünflächen	Hilfen zur Förderung von Aktivitäten und sozialer Integration — Altenbegegnungsmöglichkeiten — Sport, Reisen — kulturelle Teilhabe — kreatives Schaffen — Telefonhilfen, -ketten — Besuchs- und Vorlesedienste — Selbsthilfegruppen Hilfen zur Förderung der Kompetenz — Bildungsangebote — Kompetenztraining — Vermittlung von Hilfen — Beratung in verschiedenen Sachbereichen Hilfen für die Grundversorgung — Mobile und stationäre Mahlzeitendienste — Körperpflegedienste — Fahr- und Begleitdienste — Hauswirtschaftliche Hilfen — Altenwohnungen Hilfen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit — stationäre Versorgung — teilstationäre Versorgung — ambulante Versorgung — sozialpsychiatrische Dienste — Notrufdienste — Hilfen für pflegende Angehörige — Pflegehilfsmittelverleih — Betreutes Wohnen

Quelle: eigene Zusammenstellung

tuelle Maßnahmen zur Sicherung der sozialen Integration nötig sind.

Zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit haben sich in den alten Bundesländern in den letzten Jahren die Sozialstationen und Einrichtungen mit vergleichbarem Versorgungsauftrag mit ihrem alten- und krankenpflegerischen Leistungsangebot immer mehr zu den tragenden Diensten der ambulanten Altenhilfe entwickelt. Den Förderrichtlinien der meisten Bundesländer nach gehört zum Kern des Angebots auch die Haus- und Familienpflege. Weitere Dienste, wie die organisierte Nachbarschaftshilfe, mobile Dienste wie „Essen auf Rädern", Fahrdienste u. a. werden häufig vermittelt oder unter Umständen über Kooperationspartner mitangeboten. Die Behandlungsvor-

schriften der Ärzte sind Grundlage der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die Fachkräfte der Alten- und Krankenpflege. Mehr als 80 % der 70 Jahre alten und älteren Menschen befinden sich in allgemeinärztlicher oder internistisch-hausärztlicher Betreuung (Bruder, 1989; Sachverständigenrat, 1987). So stellen die niedergelassenen Ärzte das am stärksten genutzte Hilfesystem dar, und die kooperative Zusammenarbeit mit ihnen ist eine wichtige Voraussetzung für die ambulante gesundheitspflegerische Versorgung.

Jedoch erfordern Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zur Selbstversorgung nicht in jedem Fall grund- und behandlungspflegerische Hilfen. Der Bedarf an hauswirtschaftlichen Diensten hat sich, eventuell verbunden mit pflegerischer und sozialer Betreuung, mit Zunahme der Hochbetagten und der Desorientierten zu einem außerordentlich wichtigen Bereich für die Erhaltung der Selbständigkeit entwickelt. In der Vergangenheit haben Probleme in der Bewältigung der Haushaltsführungsaufgaben häufig zur Aufnahme in die Heimversorgung geführt. Fälle dieser Art werden in Heimen heute in der Regel als fehlplaziert angesehen, da dieser Bedarf kostengünstiger in der Häuslichkeit zu decken ist. Neben der Haus- und Familienpflegerin werden deshalb derzeit weitere hauswirtschaftliche Berufe speziell für den Einsatz im ambulanten Bereich vorgesehen wie zum Beispiel die Fachhauswirtschafterin für ältere Menschen und die hauswirtschaftliche Altenpflegehelferin (Bauer-Söllner, 1992, S. 36f.).

In welchem Maße Sozialstationen und andere Anbieter der offenen Altenhilfe in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft den Bedarf zu decken vermögen, läßt sich mangels empirischer Daten und methodischer Schwierigkeiten derzeit nur aus den in der Fachwelt diskutierten Versorgungslücken und Problemen schließen (BAGFW, 1988; Brandt, 1989; DIW, 1991; Höft-Dzemski, 1987; Roos, 1988; Bäcker et al., 1989a). Demnach hat der Ausbau der Sozialstationen mit qualifiziertem Fachpersonal mit der wachsenden Nachfrage nicht Schritt gehalten. Schwerpflegefälle sind offenbar häufig unzureichend versorgt. Die Wochenendversorgung ist selten gesichert. Nachtdienst kann in der Regel nicht geleistet werden. Zu kurz kommen aktivierende Pflege, verstärkte Mitwirkung in der Rehabilitation von Alterspatienten und Sterbebeistand. Eine Unterstützung pflegender Angehöriger ist nicht in erforderlichem Umfang möglich. Eine Betreuung psychisch gestörter älterer Menchen kann derzeit nicht erfolgen. Die Sicherheit der Versorgung mit kontinuierlichen, umfangreicheren hauswirtschaftlichen Hilfen ist nicht zu gewährleisten. Für die Umsetzung der sozialpolitischen Forderung nach Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung ist die Schaffung tragfähiger Finanzierungsregelungen insbesondere auch für kontinuierliche hauswirtschaftliche Dienste, welche nicht mit behandlungspflegerischen Leistungen verknüpft sind, unerläßlich.

Über Versorgungsdefizite dieser Art hat sich inzwischen in den alten Bundesländern ein wachsendes Angebot freigewerblich tätiger Kranken- und Altenpflegeunternehmen entwickelt, zum Teil bereits organisiert in Arbeitsgemeinschaften und Verbänden. Über eine regionale Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen verschiedener Trägergruppen, über die Sicherung der Qualität des Versorgungsangebots, die Finanzierung der privatgewerblichen Leistungen nicht nur über Selbstzahler, sondern auch durch Krankenkassen und Sozialämter ist die Diskussion derzeit im Gange (Driver, 1986; Kliemke & Wardelmann, 1989; Schöller, 1986).

In den neuen Bundesländern konnten bis zum August 1991 rund 700 Sozialstationen in öffentlicher und freier Trägerschaft gegründet werden, auch in Trägerschaft der bisherigen „Volkssolidarität". Sie setzen derzeit die noch vorhandenen Gemeinde-(Bezirks-) Schwestern und die Hauswirtschaftspflegerinnen der Volkssolidarität, auch Zivildienstleistende ein. Auch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) unterstützen Aufbau und Einrichtung von Sozialstationen. Dennoch sind viele Versorgungsengpässe zu verzeichnen. Die vielerorts unzulängliche Wohnsituation der Älteren erschwert sowohl pflegenden Angehörigen als auch den Mitarbeiter/innen der ambulanten Dienste deren pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung (BT-Drucksache 12/1067 vom 15. August 1991, S. 11f.; Däbritz, 1991, S. 257; DVÖPF 1991, S. 78f.).

Der sozialpolitisch geförderte Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung in den alten Bundesländern hat Gewichtungen im System der gesundheitlichen und sozialen Versorgung verändert und Unsicherheiten geweckt. Der Ausbau der ambulanten Dienste ging zu Lasten der stationären Altenpflege. Unsicherheiten entstanden hinsichtlich der Grenzen häuslicher Versorgung durch die offene Altenhilfe und des künftigen Bedarfs an Heimen und Einrichtungen der klinischen Geriatrie. Neue Entwicklungen, welche durch Begriffe charakterisiert sind wie „Öffnung der Heime nach innen und außen", „Betreutes Wohnen mit gestuftem Dienstleistungsangebot" u. a., verwischen die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Altenhilfe (DZA & KDA, 1991). Vor dem Hintergrund dieser Situation wird hier kurz auf Angebote der teilweisen oder vollen Fremdversorgung in Form stationärer und teilstationärer Einrichtungen eingegangen. Sie können jedoch nur in ihren Beziehungen zu den zuvor behandelten ergänzenden Hilfen für die Selbstversorgung in der Häuslichkeit betrachtet werden.

In den letzten Jahren ist eine ausreichende Anpassung der Kapazitäten im Pflegebereich an die Bedarfsentwicklung nicht erfolgt. Viele Einrichtungen haben lange Wartelisten, was zu außerordentlichen Belastungen in der häuslichen Pflege und zu längerer Verweildauer in Akutkrankenhäusern führt. Der Vorrang der ambulanten Versorgung vor der stationären wird zunehmend in Frage gestellt, wenn er primär unter den Gesichtspunkten der Vermeidung stationärer Betreuung und der Kosteneinsparung gesehen wird. Die Unterbringung Hilfebedürftiger in einem Heim kann auch bei unzulänglichen Wohnverhältnissen und sozialer Isolation notwendig sein, was nicht überall möglich ist (BAGFW, 1988; Roos, 1988).

Die Zielvorstellungen der Altenhilfepolitik für stationäre Einrichtungen, auch in der Heimversorgung durch Schaffung von Wohneinheiten und einem Mindestmaß an Selbständigkeit der Hospitalisierung ent-

gegenzuwirken und aktivierende Pflege zu leisten, werden bisher offenbar kaum erfüllt. Sie wird sich zudem nicht ohne entsprechend qualifizierte Kräfte insbesondere auch im hauswirtschaftlichen Versorgungsbereich der Heime realisieren lassen (Bauer-Söllner, 1992, S. 98f.). Die Zunahme schwerpflegebedürftiger Hochbetagter und psychisch Gestörter hat zu außergewöhnlichen Anforderungen an die Pflegekräfte geführt, welchen sie, von der personellen Ausstattung (Dahlem, 1989) und der Qualifikation für den Umgang mit Desorientierten her betrachtet, kaum gewachsen sind. Verstärkt werden deshalb derzeit Möglichkeiten der Entlastung der Pflegeheime durch klinische Rehabilitation, teilstationäre und ambulante Krankenhausnachsorge und Rehabilitation gefordert, wobei insbesondere für psychisch Kranke auch nachgehende stabilisierende Hilfen in der Häuslichkeit als notwendig erachtet werden (Brandt, 1989; Bäcker et al., 1989a).

Teilstationäre Einrichtungen sind Angebote zur zeitlich befristeten Vollversorgung. Sie nehmen eine Zwischenstufe zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ein. Sie können in Form der Tagesklinik der rehabilitativen Behandlung nach Krankenhausaufenthalt und zur Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausaufenthalten dienen. In Form der Tagespflegeeinrichtung sind sie für längerfristige Nutzung durch transport- und gruppenfähige hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen bestimmt. Ebenso wie Kurzzeitpflegemöglichkeiten sollen sie vor allem auch der Entlastung pflegender Angehöriger dienen (vgl. Kapitel 17).

Quantitativ spielen diese Angebote bisher kaum eine Rolle. Ihr verstärkter Ausbau wird nachdrücklich gefordert, ebenso wie die Förderung neuer Betreuungskonzepte, die in verschiedenen Organisationsformen selbständig Lebenden in altengerechten Wohnungen die Sicherheit ergänzender Versorgung bieten. Entwicklungen wie diese, aber auch solche wie die Öffnung des Mittagstisches in Heimen für Ältere aus dem Wohnumfeld, sind Beispiele für eine zunehmende „Vernetzung" stationärer, teilstationärer und offener Einrichtungen der Altenhilfe (BAGFW, 1988; Brandt, 1989; Grossjohann, 1989; Häberle, 1987a; Kliemke, 1989; Sachverständigenrat, 1990).

In den neuen Bundesländern wurde schon in den Jahren vor der Vereinigung mit der Tagesbetreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen mit Unterstützung der staatlichen Feierabend- und Pflegeheime begonnen. Die Entwicklung blieb mangels Transportmöglichkeiten begrenzt. Der Bedarf an anderen Formen teilstationärer Betreuung wie zum Beispiel der Kurzzeitpflege war erkannt, wurde jedoch noch nicht realisiert. Daher ist die Entwicklung einer Konzeption dringlich, welche die Nutzung existierender Einrichtungen und positiver Erfahrungen (wie z. B. die mit der heimärztlichen Betreuung) ebenso wie den Aufbau neuer ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungsangebote einbezieht. Von den 1991 in den fünf neuen Bundesländern (ohne Ost-Berlin) existierenden 1 324 stationären Einrichtungen der Altenhilfe (vgl. Kapitel 18 und Tabelle 8 im Anhang) waren bereits rund 25 % in freigemeinnütziger Trägerschaft, insbesondere des Diakonischen Werks und der Caritas. Offensichtlich werden derzeit weitere Heime mit relativ guter baulicher Substanz vorrangig von freigemeinnützigen Trägern übernommen, soweit Eigentums- und Finanzierungsprobleme lösbar sind. Für die Heimbewohner ist die Versorgungslage besonders durch den Wegzug vieler Mitarbeiterinnen in die alten Bundesländer seit 1989 erschwert. Große Verunsicherung hat für sie die Anhebung der zuvor hoch subventionierten Pflegesätze ausgelöst, die ab 1. Juli 1991 zu kostendeckenden Beträgen erhöht werden sollten. Im Zuge der Pflegesatzerhöhungen werden längerfristig fast alle Heimbewohner Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen. Die finanzielle Inanspruchnahme der Angehörigen, aus dem Subsidiaritätsprinzip hergeleitet, führt ohne Zweifel auch zu familiären Belastungen für die Heimbewohner. Die Realisierung angemessener Lebensbedingungen für die Heimbewohner, einschließlich auch des hohen Anteils psychisch Kranker, erscheint unter den derzeitigen Rahmenbedingungen eine dringliche und kostenintensive Aufgabe (BT-Drucksache 12/1067 vom 15. August 1991, S. 6ff.; Kohnert, 1991; Schwitzer, 1990a).

Das Gesamtsystem des Versorgungsverbunds mit seinen Elementen der ambulanten Hilfen zur Ergänzung der Selbstversorgung in der Häuslichkeit, der stationären Versorgung in geriatrischen Fachabteilungen und Kliniken, in Altenheimen und Pflegeheimen und den teilstationären Angeboten ist in seinen vielfältigen Wechselbeziehungen bisher nur unzulänglich erforscht. Keinesfalls leistet das System in den alten Bundesländern bisher die angestrebte, umfassende Stabilisierung der häuslichen Versorgung bei stärkerer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Eine fundierte Bewertung des Erreichten verbietet sich angesichts fehlender Forschungsergebnisse und Daten sowie der Vielfalt existierender Dienste, ihrer historisch gewachsenen Strukturen und Konzepte, der Pluralität der Träger und Wertsetzungen. Die wünschenswerte umfassende Einschätzung der Situation muß hier auf die Frage reduziert werden, welche Probleme der Versorgungsverbund aus der Sicht der hilfebedürftigen älteren Menschen nach bisherigem Kenntnisstand mit sich bringt. Am besten gedeckt scheint der Bedarf in den Fällen, in denen ein soziales Netz familiärer und/oder nachbarlicher Art verfügbar ist, so daß die ambulante Altenhilfe sich auf kranken- und altenpflegerische Leistungen und auf eine nach Umfang und Zeit begrenzte Unterstützung beschränken kann. Diejenigen Älteren, welche ohne tragfähiges Netz und allein leben, haben offenbar in besonderem Maße unter Versorgungsmängeln zu leiden, wenn sie neben alten- und krankenpflegerischer Betreuung weitere Hilfen und diese, insbesondere hauswirtschaftliche Hilfen, in größerem Umfang und kontinuierlich benötigen.

Die Vielfalt der Dienste, Träger und Zuständigkeiten sowie große Unsicherheiten hinsichtlich der Finanzierung durch Krankenversicherung beziehungsweise Sozialhilfeträger sind für die Hilfebedürftigen selbst, für ihre Angehörigen, aber auch für die niedergelassenen Ärzte, den Sozialdienst der Krankenhäuser und die Einrichtungen untereinander auf lokaler Ebene kaum zu übersehen. So können Informationsdefizite zu Heim- oder Krankenhauseinweisungen führen,

welche bei gesicherter häuslicher Versorgung zu vermeiden sind. Im Einzelfall kann bei umfangreichem Hilfebedarf und differenzierter Aufgabenteilung zwischen den Diensten aufgrund hoher Fluktuation insbesondere der geringfügig entlohnten Helfer, häufiger Personalrotation und wechselnder Einsatzplanung die Zahl der Helfer unübersichtlich werden. Dies führt zur Verunsicherung der Patienten und mangels einer Gesamtverantwortlichkeit und Koordination zu Diskontinuitäten und Instabilität in der Hilfegewährung.

Wie Verlaufsstudien in Berlin gezeigt haben, ist der idealtypisch reibungslose Ablauf der Krankenkhausnachsorge durch die ambulanten Dienste nur unter großen Schwierigkeiten sicherzustellen. Der entlassene Patient ist zunächst häufig unversorgt, da die Koordination der stationären und ambulanten Versorgung weder zeitlich noch sachlich gelingt. Die notwendige Kooperation der Träger und insbesondere der Mangel an einem umfassenden Finanzierungskonzept für das Angebot an medizinisch-pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Leistungen wird betont, zumal wichtige Gruppen von hilfsbedürftigen Älteren und die pflegenden Angehörigen kaum erfaßt werden (Arbeitsgruppe Altersforschung, 1989; BAGFW, 1988; Garms-Homolová et al., 1989; Radebold, 1989a). Die Aufgabe einer vertiefenden, kritischen Analyse des Versorgungsverbunds und derzeitiger Ansätze zur Verbesserung der Beziehungen zwischen den Elementen erweisen sich aufgrund der bisher vorliegenden Erfahrungen als notwendig, insbesondere auch im Hinblick auf eine Umstrukturierung des Hilfesystems in den neuen Bundesländern nach diesem Muster.

16. Die Veränderung in den sozialen Netzwerken älterer Menschen

16.1 Einleitung

Zu den wichtigsten Veränderungen, welche den Prozeß des Alterns charakterisieren, gehören neben jenen der Gesundheit Modifikationen in der sozialen Stellung. Diese Veränderungen sind für die überwiegende Zahl der Männer, aber auch für eine zunehmende Zahl von Frauen durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben bedingt. Dieser Einschnitt im Ablauf des Lebens wird zwar in seiner Auswirkung überschätzt, etwa wenn man von einem „Pensionierungsschock" oder gar von einem „Pensionierungstod" spricht. Es ist auch übertrieben, wenn manche, vor allem amerikanische Sozialwissenschaftler, davon sprechen, mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben beginne die „rollenlose Rolle" des Alters. Innerhalb und außerhalb der Familie bleiben Verpflichtungen, Bindungen und andere Aktivitäten bestehen.

Das soziale Netzwerk ist für den Menschen in jedem seiner Lebensalter Grundlage seines psychischen und oft auch physischen Wohlbefindens. Dennoch unterliegt das soziale Netzwerk, in das der Mensch eingebunden ist, mit zunehmendem Alter Veränderungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Es bildet in wachsendem Maße auch die Voraussetzung für den Fortbestand bzw. die Entwicklung eines Systems sozialer Unterstützung auf nicht-institutionaler Basis.

„Traditionelle" und „industrialisierte" Gesellschaften unterscheiden sich vor allem durch den Grad des Eingebundenseins älterer Menschen in das soziale Netzwerk und Unterstützungssystem der Familie. Seine Geschlossenheit und Dichte werden vor allem durch die Identität von Haushalts- und Familienzugehörigkeit des älteren Menschen in traditionellen Gesellschaften garantiert. Moderne Gesellschaften wie die der Bundesrepublik Deutschland sind unter anderem durch die Trennung der Haushalte der älteren und jüngeren Generation gekennzeichnet.

Die Frage der Einbindung älterer Frauen und Männer in informelle und formelle Netzwerke ist daher zunächst auf der Basis der Entwicklung der Haushaltsstrukturen in der Bundesrepublik Deutschland zu überprüfen. Angesichts der hierbei festzustellenden Tendenz zu einer weiteren Reduzierung von Drei-Generationenhaushalten ist sodann die schon vor Jahrzehnten aufgestellte These in ihrer Gültigkeit zu überprüfen, wonach die Tragfähigkeit des familiären sozialen Netzwerkes durch die genannte Veränderung der Haushaltsstruktur unberührt bleibe bzw. sogar verbessert werde. Darüber hinaus sind alle verfügbaren Informationen über die Bewertung der Familie, das Verhältnis zwischen den Generationen und die Rolle der Familie in einer Epoche zu prüfen, die durch zunehmende Scheidungsraten und Tendenzen zur Singularisierung gekennzeichnet sind.

Unabhängig von solchen säkularen Tendenzen ist die Rolle außerfamiliärer sozialer Netzwerke (Nachbarn, Bekannte, Freunde) zu diskutieren.

16.2 Veränderungen der Haushaltsstruktur

Es gibt zwei besonders auffällige Veränderungen der Haushaltsstrukturen in den vergangenen Jahrzehnten, von denen ältere Menschen besonders betroffen sind:

— das allmähliche Verschwinden der Haushalte mit drei oder mehr Generationen, bestehend aus Kindern, deren Eltern, Großeltern und

— die Zunahme der nur aus einer Person bestehenden Haushalte.

Im Jahr 1961 gab es im alten Bundesgebiet 1,2 Millionen Drei- oder Mehrgenerationenhaushalte, im Jahr

1972 768 000 und 1989 sogar nur noch 356 000. Das waren 1989 1,3 % aller Haushalte, 1961 aber immerhin noch 6,2 %. Vor allem in der Großstadt kommen Drei- oder Mehrgenerationenhaushalte kaum mehr vor. Von den 65jährigen und Älteren lebten 1989 308 000 oder 3 % in solchen Haushalten. Nur noch wenige Kinder erleben infolgedessen die ständige Anwesenheit der Großeltern, wie umgekehrt nur noch wenige Großeltern ständig im gleichen Haushalt miterleben, wie die Enkel aufwachsen. Diese Entwicklung wird häufig mit dem Schlagwort „Nähe auf Distanz" beschrieben und kommt offenbar sowohl den Wünschen der Jüngeren als auch der Älteren entgegen.

Geht man wiederum zum Jahr 1961 zurück, so lebten damals 11 % der über 65jährigen Männer und 33 % der Frauen dieses Alters in ihrem Haushalt allein. Im Jahr 1987 waren das aber im alten Bundesgebiet 15 % der Männer und 50 % der Frauen über 65.

In den neuen Bundesländern gab es 1981 unter den über 60jährigen 37 % und unter den über 75jährigen 48 %, die in einem Ein-Personen-Haushalt lebten.

Ein wesentliches Kennzeichen der neueren Entwicklung ist, daß wegen der Verlängerung der Lebenserwartung bis zu vier Generationen gleichzeitig leben, die Generationen aber nur noch so lange zusammenwohnen, bis die Kinder erwachsen geworden sind. Ein weiteres Kennzeichen ist die durch den größer gewordenen Unterschied der Lebenserwartung von Männern und Frauen und durch das niedrigere Heiratsalter der Frauen und ihre geringere Wiederverheiratungsquote geförderte Vereinzelung der Frauen. Es darf aber auch nicht übersehen werden, daß mehr und mehr bei Jung und Alt die Auffassung vorherrscht, die Generationen sollten so lange für sich wohnen, wie es nur geht. Da die Menschen heute länger als früher leben, sie länger auch im Alter gesund sind, die Älteren nicht mehr in gleichem Maße wie früher auf materielle Hilfe von Familienangehörigen angewiesen sind und außerdem Selbstbestimmung und individuelle Lebensführung als hohes Gut angesehen werden, ist dieses Streben sehr verständlich.

Für eine detailliertere Darstellung der Haushaltszugehörigkeit der Älteren, welche auch die Personen in Heimen und anderen Gemeinschaftsunterkünften einschließt, kann man Ergebnisse der Volkszählung 1987 in den alten Bundesländern heranziehen. Für die neuen Bundesländer gibt es zur Zeit keine vergleichbaren Daten. (Solche Daten, allerdings ohne Angaben der in „Anstalten" Untergebrachten, sind frühestens Ende 1992 aus der amtlichen Repräsentativstatistik des Mikrozensus zu erwarten, der mit einem Auswahlsatz von 1 % erstmals 1991 in den neuen Bundesländern durchgeführt wurde. Nach dem Ergebnis der Volkszählung 1981 lebten dort 3,4 % der über 60jährigen und 7,4 % der über 75jährigen in Gemeinschaftseinrichtungen.)

Bei der Volkszählung 1987 wurden 9 348 000 Personen im Alter von 65 und mehr Jahren festgestellt, von denen 8 982 000 in Privathaushalten und 398 000 oder 4,3 % in Heimen und anderen Gemeinschaftsunterkünften lebten. (Die Summe der beiden zuletzt genannten Zahlen übersteigt die zuerst genannte um fast 33 000, weil Personen mit mehreren Wohnungen für die Haushaltsstatistik in jeder Wohnung gezählt worden sind.) In der Bevölkerung in Heimen etc. nicht enthalten sind Personen in Wohnheimen und das Personal mit eigener Haushaltsführung. Sie zählen zur Bevölkerung in Privathaushalten (Tabelle 30).

Von der über 65jährigen Bevölkerung in Privathaushalten im Jahr 1987 waren etwa

3 142 000 oder 35,0 % Männer und
5 840 000 oder 65,0 % Frauen.

Ursache für die fast doppelt so hohe Zahl der Frauen ist u. a. ihre in Kapitel 1 schon beschriebene längere Lebenserwartung. Noch krasser ist der Unterschied bei der über 65jährigen Bevölkerung in Gemeinschaftseinrichtungen. Sie setzte sich 1987 aus rund

72 000 oder 18,1 % Männern, aber
326 000 oder 81,9 % Frauen

zusammen. Hier spielt zusätzlich eine Rolle, daß es unter den älteren Frauen viel mehr Alleinstehende als unter den älteren Männern gibt, von denen im Alter von über 65 Jahren noch mehr als drei Viertel verheiratet sind, von den Frauen aber nur noch knapp ein Drittel. Die Alleinstehenden spielen auch für die Verteilung der älteren Bevölkerung auf Ein-Personen- und Mehr-Personen-Haushalte eine große Rolle. Von den Männern über 65 Jahre lebten 1987 nur 14,9 % in ihrem Haushalt allein, von den Frauen aber 50,4 %. In Gemeinschaftseinrichtungen waren nur 2,3 % der Männer dieses Alters untergebracht, von den Frauen jedoch 5,3 %.

Je nach Alter bestehen hinsichtlich dieser Strukturen große Unterschiede. So erhöht sich bei den Männern in Privathaushalten der Anteil der Alleinlebenden vom Alter 65 bis 69 bis zum Alter von über 80 Jahren von 8,8 % auf 26,1 % und bei den Frauen von 36,9 % auf 59,6 %. In Gemeinschaftseinrichtungen lebten 1987 von den 65- bis 69jährigen Männern nur 0,9 %, von den über 80jährigen dagegen 5,9 %. Bei den Frauen steigt dieser Anteil von 1,2 % auf 13,4 % (vgl. Tabelle 30).

Der Familienstand entscheidet weitgehend darüber, ob im Falle der Hilfs- oder gar Pflegebedürftigkeit fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muß bis hin zur Frage, ob ein Heimaufenthalt erforderlich wird. Das kann exemplarisch am Beispiel der Verheirateten gezeigt werden. Von den über 65jährigen verheirateten Männern im Jahr 1987 lebten nur 1,2 % allein, weil die Frau in einem Heim untergebracht werden mußte, und nur 0,6 % mußten selbst dort versorgt werden. 4,9 % beträgt allerdings der in Heimen versorgte Anteil verheirateter Frauen über 80 Jahre. Das ist wohl damit zu erklären, daß die meistens — auch etwas jüngeren — Ehefrauen eher in der Lage sind, ihre hilfsbedürftigen Männer zu pflegen als die Ehemänner ihre hilfsbedürftige Frauen.

Tabelle 30

Die 65 und mehr Jahre alten Männer und Frauen nach Familienstand und Haushaltszugehörigkeit am 25. Mai 1987 in der Bundesrepublik Deutschland

Alter	Männer Frauen	Zusammen	Davon in				Personen ohne eigene Haushaltsführung	
			Einzelpersonen-Haushalten		Mehrpersonen-Haushalten			
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	% [1])
Zusammen								
65 bis 69	M	1 005 316	88 351	*8,8*	916 965	*91,2*	9 005	*0,9*
	F	1 624 134	599 559	*36,9*	1 024 575	*63,1*	19 823	*1,2*
70 bis 74	M	824 312	100 577	*12,2*	723 735	*87,8*	10 714	*1,3*
	F	1 458 498	733 555	*50,3*	725 943	*49,7*	34 306	*2,3*
75 bis 79	M	728 667	126 563	*17,4*	602 104	*82,6*	15 959	*2,2*
	F	1 423 205	819 620	*57,6*	603 585	*42,4*	66 083	*4,4*
80 und mehr	M	587 008	152 736	*26,1*	431 272	*73,9*	36 598	*5,9*
	F	1 332 775	793 733	*59,6*	539 042	*40,4*	205 892	*13,4*
Zusammen	M	3 142 303	468 227	*14,9*	2 674 076	*85,1*	72 276	*2,3*
	F	5 839 612	2 946 467	*50,4*	2 893 145	*49,6*	326 104	*5,3*
	insgesamt	8 981 915	3 414 684	*38,0*	5 567 221	*62,0*	398 380	*4,3*
Davon: Ledige								
Zusammen	M	104 270	54 064	*51,9*	50 206	*48,1*	19 506	*15,8*
	F	479 104	320 568	*66,9*	158 536	*33,1*	92 658	*16,2*
	insgesamt	583 374	374 632	*64,2*	208 742	*35,8*	111 564	*16,1*
Verheiratete								
Zusammen	M	2 431 012	29 311	*1,2*	2 401 701	*98,8*	14 233	*0,6*
	F	1 783 835	42 888	*2,4*	1 740 947	*97,6*	15 551	*0,9*
	insgesamt	4 214 847	72 199	*1,7*	4 142 648	*98,3*	29 784	*0,8*
Verwitwete								
Zusammen	M	534 974	339 791	*63,5*	195 183	*36,5*	32 926	*5,8*
	F	3 361 982	2 414 752	*74,8*	847 230	*28,2*	205 242	*5,8*
	insgesamt	3 896 956	2 754 543	*70,7*	1 142 413	*29,3*	238 168	*5,8*
Geschiedene								
Zusammen	M	72 047	45 061	*62,5*	26 986	*37,5*	5 611	*7,3*
	F	214 691	168 259	*78,4*	46 432	*21,6*	13 253	*5,8*
	insgesamt	286 738	213 320	*74,4*	73 418	*25,6*	18 864	*6,2*

[1]): In Prozent der entsprechenden Bevölkerung am Hauptwohnsitz.

Quelle: Mitteilung Statistisches Bundesamt, Volkszählung 1987 (StBA, 1991b)

In der Reihenfolge des Anteils über 65jähriger, die allein in ihrem Haushalt leben, erhält man nach dem Familienstand 1987 folgende Reihenfolge:

Familienstand (= 100)	Alleinlebende in % aller über 65jährigen der jeweiligen Familienstände		
	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Verheiratete	1,2	2,4	1,7
Ledige	51,9	66,9	64,2
Verwitwete	63,5	74,8	70,7
Geschiedene	62,5	78,4	74,4
Zusammen	14,9	50,5	38,0

Quelle: Tabelle 30

Im Vergleich hierzu ergibt sich folgende Differenzierung der in Gemeinschaftseinrichtungen Lebenden über 65jährigen:

Familienstand (= 100)	In Heimen Lebende in % aller über 65jährigen der jeweiligen Familienstände		
	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Verheiratete	0,6	0,9	0,8
Ledige	15,8	16,2	16,1
Verwitwete	5,8	5,8	5,8
Geschiedene	7,3	5,8	6,2
Zusammen	2,3	5,3	4,3

Quelle: Tabelle 30

Die niedrigen Prozentanteile der Verheirateten, die in Heimen leben, unterstreichen noch einmal die große Bedeutung der Ehe für gegenseitige Hilfe und Pflege. Auffällig ist der hohe Anteil der in Heimen zu findenden alten Ledigen. Kinder, bei denen sie unterkommen könnten, haben sie in der Regel nicht, und die Geschwister werden sehr häufig schon gestorben sein oder können die Hilfe nicht erbringen. Das ist bei den Witwern und Witwen weit seltener der Fall, weil sie in der Regel Kinder haben, die sich um sie kümmern können, auch wenn die Generationen häufig nicht mehr in der gleichen Wohnung zusammenleben.

In bezug auf die Struktur der in Gemeinschaftseinrichtungen Lebenden sind allerdings auch die absoluten Zahlen zu beachten. Nach dem Familienstand verteilen sich die über 65jährigen wie folgt:

Familienstand	Männer		Frauen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Ledige	19 506	*27,0*	92 058	*28,2*
Verheiratete	14 233	*19,7*	15 551	*4,8*
Verwitwete	32 926	*45,6*	205 242	*62,9*
Geschiedene	5 611	*7,8*	13 253	*4,1*
Zusammen	72 276	*100*	326 104	*100*

Quelle: Tabelle 30

Es überwiegen bei Männern und Frauen die Verwitweten; danach kommen die Ledigen. Bei den Geschiedenen fallen die Absolutzahlen kaum ins Gewicht.

Nach dem Alter der Männer und Frauen ergibt sich folgende Struktur der über 65jährigen Heimbewohner:

Alter in Jahren	Männer		Frauen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
65 bis 69	9 005	*12,5*	19 823	*6,1*
70 bis 74	10 714	*14,8*	34 306	*10,5*
75 bis 79	15 959	*22,1*	66 083	*20,3*
80 und mehr	36 598	*50,6*	205 892	*63,1*
Zusammen	72 276	*100*	326 104	*100*

Quelle: Tabelle 30

Somit waren 1987 unter den 65jährigen und älteren Heimbewohnern über 50 % der Männer und 63 % der Frauen 80 und mehr Jahre alt.

Tabelle 31 weist die über 65jährigen im alten Bundesgebiet nach Männern und Frauen in Privathaushalten und in Gemeinschaftseinrichtungen für die Länder nach. Es ergeben sich gewisse, allerdings nicht allzu große regionale Unterschiede. Auffällig ist der relativ hohe Anteil älterer Männer und Frauen, die in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin (West) in einem Ein-Personen-Haushalt leben. In Berlin (West) sind es fast ein Viertel der über 65jährigen Männer und mehr als zwei Drittel der Frauen dieses Alters, in den Flächenländern dagegen nur rund 15 % der älteren Männer und um 50 % der älteren Frauen.

In bezug auf die Gemeinschaftseinrichtungen bildet das Saarland eine Ausnahme. Dort leben nur 1,8 % der über 65jährigen Männer und 3,6 % der gleichaltrigen Frauen im „Heim", in Berlin (West) aber 2,5 % der älteren Männer und 6,3 % der Frauen. Im übrigen sind kaum Besonderheiten zu entdecken.

Es gibt keinen Zweifel, daß sich die seit Jahrzehnten zu beobachtende Vereinzelung der Älteren fortsetzen wird. Dafür sprechen als äußere Zeichen der Rückgang ihrer Heiratsbereitschaft, die Zunahme der Ehescheidungen und die Abnahme der Kinderzahlen. Schon die heute 70jährigen haben zu einem Viertel keine noch lebenden Kinder und die nachrückenden Geburtsjahrgänge, von denen ein großer Teil unverheiratet bleiben wird, werden wahrscheinlich zu etwa einem Drittel ohne Kinder sein. Drei oder mehr Kinder werden wahrscheinlich nur noch 10 % der Männer und Frauen haben. Dadurch vermindert sich nicht nur die Chance, noch im Alter mit dem Ehegatten zusammenzuleben oder bei den Kindern zu wohnen, sondern auch die Möglichkeit, von Kindern Hilfe zu erhalten. Zugleich verkleinert sich der Kreis der zur weiteren Verwandtschaft zählenden Menschen, mit denen man außerhalb des Haushalts Kontakt haben kann. In einer Gesellschaft, in der jeder nur ein Kind hat, gibt es keine Seitenverwandte. Denkbar wäre es,

Tabelle 31

Die 65 und mehr Jahre alten Männer und Frauen in den (alten) Bundesländern nach Haushaltszugehörigkeit am 25. Mai 1987

Land	Männer in					Frauen in				
	Privathaushalten			Heimen und dgl.		Privathaushalten			Heimen und dgl.	
	EPH[1]) MPH[2])					EPH[1]) MPH[2])				
	Anzahl	%		Anzahl	%[3])	Anzahl	%		Anzahl	%[3])
Schleswig-Holstein ...	138 755	*15,2*	*84,8*	3 861	*2,7*	251 895	*54,9*	*47,1*	16 268	*6,1*
Hamburg	96 663	*20,4*	*79,6*	2 358	*2,4*	184 405	*60,2*	*39,8*	11 046	*5,7*
Niedersachsen	387 742	*13,8*	*86,2*	10 420	*2,6*	697 622	*48,0*	*52,0*	34 943	*4,8*
Bremen	40 085	*17,9*	*82,1*	740	*1,8*	73 963	*56,1*	*43,9*	3 501	*4,5*
Nordrhein-Westfalen .	821 827	*14,8*	*85,2*	19 310	*2,3*	1 556 893	*51,6*	*48,4*	91 323	*5,6*
Hessen	297 082	*14,6*	*85,4*	6 616	*2,0*	529 230	*48,3*	*51,7*	25 761	*4,7*
Rheinland-Pfalz	190 039	*13,3*	*86,7*	4 006	*2,0*	352 059	*44,8*	*55,2*	16 383	*4,5*
Baden-Württemberg ..	451 887	*14,2*	*85,8*	18 412	*2,3*	829 453	*48,8*	*51,2*	44 721	*5,1*
Bayern	558 447	*14,4*	*85,6*	14 294	*2,5*	1 008 360	*47,9*	*52,1*	63 372	*5,9*
Saarland	52 411	*13,8*	*86,2*	943	*1,8*	99 593	*48,6*	*51,4*	3 738	*3,6*
Berlin (West)	103 365	*23,7*	*76,3*	2 644	*2,5*	256 139	*67,9*	*32,1*	17 028	*6,3*
Insgesamt	3 142 303	*14,9*	*85,1*	72 276	*2,3*	5 839 662	*50,4*	*49,6*	326 104	*5,3*

Anmerkungen: [1]) Einpersonenhaushalte
[2]) Mehrpersonenhaushalte
[3]) In % der Bevölkerung am Hauptwohnsitz

Quelle: Mitteilung Statistisches Bundesamt. Volkszählung 1987 und eigene Berechnungen

daß im Alter Freunde und Freundinnen zusammenziehen. Eine solche Tendenz ist aber noch nicht sichtbar.

16.3 Familiäre soziale Netzwerke

16.3.1 Familie als Wert

Die große Bedeutung der Familie für die alten Menschen wurde in der Sozialforschung vielfach belegt. Dies gilt auch für sozialwissenschaftliche Untersuchungen aus der ehemaligen DDR (vgl. Kohnert et al., 1992). An dieser Bedeutung hat sich entgegen den Erwartungen, die aus der demographischen Entwicklung (Sinken der Eheschließungszahlen, Kinderzahlen, steigende Scheidungszahlen) abgeleitet wurden, auch nach neuesten Umfrageergebnissen nichts geändert (vgl. IfD Allensbach, 1989). Auf die Frage, was einen am meisten glücklich mache, wurde unter den angebotenen Antworten nach „Gesundheit" (71 %) eine „glückliche Ehe/Partnerschaft" (58 %), „Menschen, die einen lieben" (51 %), eine „Familie" (50 %), „Kinder haben" (38 %) am häufigsten gewählt. Nach dem Bericht von Kohnert et al. (1992) in der DDR der 80er Jahre war die Wertschätzung der Familien weit stärker: Familie und insbesondere Kinder hatten bei den befragten älteren Personen zu 90 % „einen sehr hohen Stellenwert".

Für die alten Bundesländer hob der Vierte Familienbericht hervor, daß die häufig zu beobachtenden Fälle des Auseinanderbrechens von Familien keineswegs eine Abkehr von der Familie bedeuten. „Viele Familien scheitern, gerade weil die Familie für den einzelnen wichtig ist und den hohen Glückserwartungen des einzelnen nicht gewachsen ist" (BMJFFG, 1986, S. 32f.).

Nach der demoskopischen Bestandsaufnahme „Familie 1989" (IfD Allensbach, 1989) durchzog der Wunsch nach Gemeinsamkeit, Geborgenheit und Gespräch die Idealvorstellungen von der Familie wie ein roter Faden. Dieser Erhebung zufolge wich das Realbild der Familie allerdings vom Idealbild zum Teil erheblich ab. Dies galt insbesondere für die Idealvorstellungen von einem guten Verständnis zwischen Eltern und Kindern in bezug auf gemeinsame Unternehmungen, auf die Arbeitsteilung im Haushalt usw.

Nach der gleichen Umfrage aus dem Jahre 1989 antworteten besonders die älteren Befragten auf die Frage nach dem, was ihrem Leben an erster Stelle Inhalt gebe, am häufigsten „mein Zuhause". An zweiter Stelle wurde die Familie genannt.

16.3.2 Familiäre Interaktionen

Seit mehr als dreißig Jahren weiß man aus der soziologischen Forschung, daß die Bedeutung der Familie für den älteren Menschen nicht vom Wohnen in einem gemeinsamen „Zuhause" abhängt. Der lei-

der früh verstorbene Hamburger Soziologe Rudolf Tartler stellte im Anschluß an eine kritische Analyse der Stellung des älteren Menschen in der Gesellschaft fest:

„Es ist also nicht die Trennung zwischen Alter und Familie, die die alten Leute funktionslos macht, sondern umgekehrt die Funktionslosigkeit des Alters in der Familie führt zur Trennung zwischen den Generationen. Dabei ist nicht zu übersehen, daß gerade auf diesem Wege die Aufrechterhaltung positiver Familienbeziehungen erreicht wird, deren Erfolg sich mit der Formel: Innere Nähe durch äußere Distanz beschreiben ließe." (Tartler, 1961, S. 83).

Die Grundlage zu dieser Feststellung waren in den 50er Jahren durchgeführte Untersuchungen von Tartler, welche bei den dabei befragten Angehörigen der Geburtsjahrgänge 1870 bis 1890 ein „starkes Streben zur Selbständigkeit gegenüber der Familie" erkennen ließen. Zu ähnlichen bzw. gleichen Ergebnissen kamen zahlreiche Untersuchungen, die in den folgenden Jahrzehnten durchgeführt wurden. Nach Kohnert et al. (1992) bevorzugten 71,8 % der älteren Einwohner von Güstrow und 76 % jener aus Leipzig das Prinzip von „innere Nähe durch äußere Distanz" bei der Frage nach einem möglichen Zusammenwohnen der Generationen. Von nur 3,9 % der älteren Bewohner von Güstrow wurde ein Zusammenwohnen mit den Kindern befürwortet — ein Resultat, das sicher auch im Zusammenhang mit den beengten Wohnverhältnissen in der ehemaligen DDR gesehen werden muß.

In einer im Jahre 1985 in München durchgeführten Umfrage bei über 65jährigen Einwohnern sprachen sich 92,2 % für das Verbleiben in der eigenen Wohnung aus, wobei der Wunsch nach Selbständigkeit der am häufigsten genannte Grund war, die Vertrautheit der Wohnumgebung der nächstwichtige. Unter den wenigen, welche die bisherige Wohnung verlassen wollten, wurde der Wunsch, näher zu den Kindern zu ziehen, nur in drei Fällen geäußert (Schachner, 1987). Hier wird also eine Fortsetzung der von Tartler (1961) vorhergesagten Tendenz zur Emanzipation der Älteren erkennbar. Die Autorin glaubt, diesen Befund auf die Einstellungen einer Großstadtbevölkerung einschränken zu müssen. Aber auch in einer auf Städte und Gemeinden bis zu 20 000 Einwohnern bezogenen Befragung älterer Einwohner Baden-Württembergs (1983) wünschten von den wenigen, die ihre Wohnung wechseln wollten, nur 8 % einen Umzug zu den Kindern. In der holländischen Stadt Nijmegen fand Knipscheer (1986), daß betagte Eltern, die bei ihren Kindern lebten, in diesen nicht das primäre soziale Netzwerk für einen Notfall sahen. „Ein intensiver Grad von Kontakt zwischen den Eltern und Kindern erhöht nicht die Wahrscheinlichkeit, daß diese um Hilfe gebeten werden." (a. a. O., S. 96)

Der Wunsch nach Selbständigkeit im eigenen Haushalt sollte nach den idealen Vorstellungen des Wohnprinzips „Innere Nähe durch äußere Distanz" häufige und gute Kontakte mit Enkeln und Kindern nicht verhindern.

Nach den EMNID-Umfragen zur Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland nahm der Anteil der Älteren mit Kindern, die über tägliche bzw. mehrmals wöchentliche Kontakte mit diesen berichteten, in der Zeit zwischen 1974 und 1984 von 39 % auf 30 % ab (EMNID, 1984). Aber knapp zwei Drittel der im Wohlfahrtssurvey erfaßten älteren Personen mit Kindern, die außerhalb des eigenen Haushalts leben, trafen diese (1984) mindestens einmal in der Woche (Reichenwallner et al., 1991). Nur 18 % von ihnen gaben an, die Kinder selten oder nie zu treffen. Nach Umfragen des Instituts für Demoskopie Allensbach berichteten 1970 83 %, im Jahre 1979 84 % der älteren Befragten von täglichen bzw. mehrmals in einer Woche stattfindenden Kontakten mit Familienangehörigen (IfD Allensbach, 1989).

Auch in der früheren DDR wurden in den 80er Jahren tägliche bzw. wöchentliche gegenseitige Besuche mit Kindern von 75 % der Befragten berichtet. Zu den Enkeln hatten allerdings nur 23 % der Befragten derart häufige Kontakte (Kohnert et al., 1992, Tab. 2).

Über die Qualität der Interaktionen zwischen Großeltern, Kindern und Enkeln liegen nur vereinzelte Informationen vor. Nach den Befragungen von Schneider (1989) bei im Durchschnitt 83,5jährigen Frauen (und einigen Männern) überwogen positive Aspekte der Beziehung zu den Enkeln die negativen; bei einem Viertel hielten sich positive und negative Aspekte die Waage.

In Interviews mit vor allem jungen Familien stellte Schors (1982) fest, daß Großeltern für die Familie von großer Bedeutung seien. Als besonders bedeutsam wurden die Unterstützung der Eltern bei der Betreuung der Kinder und die finanzielle Hilfeleistung angesehen.

Nach diesen Befunden könnte die These einiger amerikanischer Familiensoziologen bestätigt werden, die Rolle der Großelternschaft habe für ältere Frauen und Männer eher an Bedeutung gewonnen (Doka, 1988). Die Beziehungen zwischen Großeltern bzw. Urgroßeltern zu den Enkeln/Urenkeln gewinnen teilweise an Intensität, wenn die Eltern dieser Kinder geschieden sind (Gladstone, 1988). Hier wie auch bei anderen Fragestellungen der Familiensoziologie zeigt sich ein bedenklicher Mangel an Forschung nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern auch in Nachbarländern.

Das Gleichgewicht zwischen empfangenen und gewährten Hilfeleistungen stellt eine Voraussetzung für die subjektive positive Bewertung sozialer Beziehungen dar (vgl. Antonucci, 1985; Rossi & Rossi, 1990). Die Erfahrung zunehmender Abhängigkeit ohne die Möglichkeit der Erwiderung der Hilfe bildet hingegen eine Quelle interpersoneller Konflikte und Belastungen. Bei der Bewertung der Hilfeleistungen sowie der sozialen Beziehungen wird auch die früher geleistete Hilfe berücksichtigt. Von Angehörigen, Freunden und Bekannten, denen man früher häufiger Unterstützung gewährte, kann eher Hilfe angenommen werden, auch wenn sich die Möglichkeit ihrer Erwiderung in der Gegenwart nicht (in vollem Umfang) bietet (Antonucci, 1985; Rosenmayr, 1983).

Ein für das Verständnis der Reziprozität wichtiger Aspekt ist die von chronisch erkrankten, hilfsbedürftigen oder sterbenden Patienten ausgehende Hilfe. Häufig wird die Annahme vertreten, daß diese Menschen keine Hilfe anbieten könnten; oftmals wird von ihrer „völligen Abhängigkeit" gesprochen und das auch in Grenzsituationen bestehende Potential zur bewußten Gestaltung sozialer Beziehungen in Frage gestellt. Wie aus Untersuchungen hervorgeht, in denen sowohl chronisch erkrankte, hilfsbedürftige und sterbende Menschen als auch betreuende Angehörige befragt wurden (siehe zusammenfassend in Schmitz-Scherzer, 1990), können Ältere ihren Angehörigen Hilfen geben, die nur bei ausführlicher Befragung erkannt werden. Diese Hilfen bestehen zum Beispiel in Anteilnahme und emotionaler Unterstützung, im Zuhören sowie im Abnehmen einzelner Tätigkeiten. Nicht zuletzt sind manche Älteren ihren Angehörigen durch die Art ihrer Auseinandersetzung mit der Grenzsituation Vorbild. Aus Untersuchungen zur Auseinandersetzung mit dem herannahenden Tod geht hervor (Kruse, 1987b, 1989a), daß das Ausmaß subjektiv erlebter Integration sowie wahrgenommener Aufgaben für andere Menschen großen Einfluß auf die Art der Verarbeitung aktuell erfahrener und gedanklich vorweggenommener künftiger Grenzen ausübt. Dieser Befund weist auf die Bedeutung hin, die der geleisteten Unterstützung für die subjektive Bewertung der Lebenssituation zukommt.

Die Notwendigkeit einer Differenzierung bei der Untersuchung der innerfamiliären Beziehungen bei Vier- und Fünf-Generationen-Familien wurde von Kruse (1984) aufgewiesen. Vor allem wurde dabei deutlich, daß die älteste Generation durchaus nicht nur die Rolle der Hilfsbedürftigen einnehmen muß. Auch bei einer 95jährigen Ururgroßmutter war die Zufriedenheit mit ihrer Situation in der Familie von dem Ausmaß abhängig, in dem sie noch Aufgaben für ihre Töchter, Enkel und Urenkel erfüllen konnte. Bei einer anderen Ururgroßmutter wurde die gesamte Großfamilie zu einer Hilfsgemeinschaft bei deren Pflege. Zweifellos sind dies zwei Extreme mit vielen möglichen Zwischenvarianten.

Nach den Befunden von Kohnert et al. (1992) waren die Beziehungen der Eltern und Großeltern zu Kindern bzw. Enkeln häufig mit der Erwartung verbunden, von den Jüngeren im Fall eigener Hilfsbedürftigkeit Unterstützung im Haushalt, bei der Körperpflege und der Krankenpflege zu erhalten. Diese Erwartung wurde für den Fall einer langfristigen Erkrankung jedoch nur von einer Minderheit aufrechterhalten (Kohnert et al., 1992, Tab. 4). In der Realität wurde Hilfe nur bei etwas mehr als einem Viertel der Befragten von den Kindern geleistet, die eigenen Hilfeleistungen im Haushalt der Kinder waren geringfügig.

Nach den Ergebnissen des ALLBUS 1986 würden sich von den verheirateten über 60jährigen 85,7 % im Erkrankungsfall (Grippe) an den Partner wenden, 6,1 % an die Tochter und 2,4 % an den Sohn. Bei den gleichaltrigen Personen ohne Partner würde man sich danach in erster Linie an eine Tochter (29 %) oder an Freunde (29,8 %) wenden, sodann an einen Sohn (12,0 %) (Diewald, 1986).

Regelmäßige Kontakte mit anderen Verwandten wurden nach den EMNID-Studien in der Zeit von 1974 bis 1984 gleichbleibend von 16 % bis 20 % der Befragten berichtet. Ein Wunsch nach häufigerem Kontakt mit gleichaltrigen oder älteren Verwandten wurde von 7 % bzw. 5 % der Älteren geäußert. Mehr Kontakt mit jüngeren anderen Verwandten wünschten jeweils nur 3 % der Befragten (EMNID, 1984).

Nach dem Wohlfahrtssurvey berichteten aber 49,1 % der älteren Befragten von regelmäßigen, wenn auch nicht so häufigen Kontakten mit Geschwistern, 43,2 % von ebensolchen Kontakten mit „anderen nahen Verwandten". Dabei wurde eine deutliche Abnahme solcher Verwandschaftsbeziehungen festgestellt, die u. a. auch mit dem Tod von Geschwistern und anderen Verwandten begründet sind. Kontakte mit „anderen nahen Verwandten", nicht Kindern oder Geschwistern, nehmen dagegen deutlich zu, wenn ansonsten keine oder nur wenige direkte Nachkommen außerhalb des eigenen Haushalts vorhanden sind (Diewald, 1986).

Nach Befunden von Noelle-Neumann (1983, vgl. auch Noelle-Neumann & Köcher, 1987) entwickelte sich Ende der 60er Jahre bei Jugendlichen in den alten Bundesländern eine deutliche Distanz zu den Wertvorstellungen der eigenen Eltern, die bis heute zu beobachten ist. Inwieweit sich diese „Generationskluft" auf das Verhältnis der mittleren und älteren Generation in der Gegenwart auswirkt, ist durch weitere Untersuchungen zu überprüfen.

16.3.3 Außerfamiliäre soziale Netzwerke

Die Bedeutung außerfamiliärer Kontakte für das Wohlbefinden im Alter wurde in verschiedenen Längsschnittstudien aufgewiesen. Olbrich (1976) zeigte enge Zusammenhänge zwischen einer aktiven Teilnahme in Vereinen und einer positiven Einstellung zur Gegenwart und Zukunft sowie zur Zufriedenheit mit der Situation in der eigenen Familie auf. Ebenso wies ein höherer Grad des Kontakts mit Bekannten sehr enge Zusammenhänge zum Alltagserleben im Alter, insbesondere auch zu einer positiven Einstellung zu Gegenwart und Zukunft auf. Daß die auf den außerfamiliären Bereich gerichtete Aktivität eine aktive Haltung gegenüber dem Leben im Ruhestand begünstigt, die innerfamiliäre Aktivität hingegen kaum einen Einfluß ausübt, konnte in einer neueren Untersuchung bestätigt werden (BMFJ, 1991). Umgekehrt verwies Fooken (1985b) auf ein Syndrom negativer Einstellungen zu Vergangenheit und Zukunft, innerhalb dessen — neben einem schlechteren objektiven und subjektiven Gesundheitszustand — ein geringes Maß an sozialen Kontakten innerhalb und außerhalb der Familie eine bedeutsame Rolle spielten. In einer Gruppe von 80- bis 95jährigen Frauen und Männern stand für die durchaus realistisch eingeschätzte Zukunft die Erhaltung der vorhandenen sozialen Kontakte innerhalb und außerhalb der Familie im Mittelpunkt der Pläne und Alltagsaktivitäten (Schneider, 1989).

Nach Glatzer & Diewald (1984) nimmt die Wahrscheinlichkeit „gutnachbarlicher" Beziehungen im

höheren Alter zu. Während 18- bis 30jährige allein lebende Personen etwa zu 57 % „Nachbarn haben, mit denen sie sich gut verstehen", berichteten 89 % der über 60jährigen von „gutnachbarlichen Beziehungen". Nach den EMNID-Studien haben Ältere täglich oder mehrmals wöchentlich Kontakte, und zwar häufiger mit gleichaltrigen bzw. älteren Nachbarn als mit jüngeren. Über derart häufige Kontakte zu gleichaltrigen bzw. älteren Nachbarn verfügten 53 bis 54 % der älteren Befragten; in bezug auf jüngere Nachbarn war dies bei 40 % im Jahre 1974, bei 37 % zehn Jahre später der Fall (EMNID, 1984).

Nach einer Allensbach-Umfrage 1991 bejahten 58 % der 60- bis 74jährigen in den alten und neuen Bundesländern die Frage, ob sie einen großen Bekanntenkreis hätten, bei den 75jährigen und älteren sank dieser Anteil auf 52 % (neu) bzw. 47 % (alt). Etwa ein Drittel der älteren Befragten in beiden Teilen des Bundesgebietes berichtete, mit mindestens 30 bis 50 Leuten „gut bekannt" zu sein. Dabei traten Unterschiede zwischen den „alten" Altersgruppen kaum auf (IfD Allensbach, 1991).

Nicht die Häufigkeit von, aber die Zufriedenheit mit den nachbarlichen Kontakten zeigt enge Beziehungen zu einer eher positiven Stimmungslage, zu besserer Angepaßtheit, größerer Zufriedenheit mit der eigenen familiären Situation und einer positiven Einstellung zur Zukunft (Olbrich, 1976). Da ältere Menschen 80 % ihres Alltags in der eigenen Wohnung verbringen (Wahl & Schmidt-Furstoß, 1988), wird deutlich, daß neben einer guten ökologischen Beschaffenheit und Umgebung der Wohnung das unmittelbare soziale Umfeld, wie es in den nachbarlichen Beziehungen gegeben ist, von größter Bedeutung für ihr Wohlbefinden ist (vgl. Kapitel 13). Hier bieten sich einer gemeindezentrierten Altenarbeit viele Anknüpfungspunkte, die aber rasch verschwinden werden, wenn die Unterstützung solcher Kontakte unter dem Aspekt der Gewinnung potentieller Helfer für Pflegebedürftige betrieben wird.

In den Wohlfahrtssurveys (Glatzer & Zapf, 1984) wurde die in den einschlägigen gerontologischen Studien übliche Frage nach Kontakten mit „Bekannten" nicht gestellt, sondern jene nach dem Kontakt mit Freunden. Es gab einen altersunabhängigen Anteil von mehr als zwei Dritteln der Befragten, die einen „wirklich engen Freund" hatten.

Demgegenüber traten in der Allensbach-Umfrage vom November 1990 in dieser Hinsicht deutliche Altersunterschiede hervor: In den neuen Bundesländern bejahten 79 % der 16- bis 29jährigen die Frage, ob sie einen festen Freundeskreis oder Gesprächskreis hätten, bei den 60- bis 74jährigen war dies bei 56 %, bei der ältesten Befragtengruppe bei 51 % der Fall (IfD Allensbach, 1991).

Noch deutlicher waren die Altersunterschiede in den alten Bundesländern: Hier standen 87 % Ja-Antworten bei den 16- bis 29jährigen, 67 % bzw. 64 % in den beiden ältesten Befragtengruppen gegenüber.

In allen EMNID-Umfragen zur Situation Älterer wurden über den Zeitraum 1974 bis 1984 hinweg häufige Kontakte von Älteren vor allem in bezug auf gleichaltrige und ältere Bekannte genannt, die in der unmittelbaren Umgebung wohnen (34 % bzw. 38 %). Nur etwas mehr als ein Fünftel (21 % bzw. 23 %) hatten häufige Kontakte mit jüngeren Bekannten aus der unmittelbaren Umgebung. Auch bei ferner wohnenden Bekannten wirkte deren Lebensalter als Selektionswert. Während etwa ein Fünftel der Befragten auch von häufigen Kontakten mit nicht in der unmittelbaren Umgebung wohnenden gleichaltrigen oder älteren Bekannten berichtete, traf dies nur bei 10 % bzw. 9 % in bezug auf nicht in der unmittelbaren Umgebung lebende jüngere Bekannte zu (EMNID, 1984).

Hinsichtlich der statistischen Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Kontakte mit Freunden und Bekannten bzw. der Zufriedenheit mit diesen Kontakten einerseits und verschiedenen Verhaltens- und Erlebnismerkmalen andererseits fand Olbrich (1976) manche Übereinstimmungen, aber auch Abweichungen im psychischen Umfeld dieser beiden Rollen. Sowohl die Häufigkeit der Kontakte als auch die Zufriedenheit mit ihnen waren eng verbunden mit einer generell höheren sozialen Aktivität (Besuche machen oder empfangen, Unternehmungen mit anderen). Während aber sowohl die Häufigkeit der Kontakte mit Bekannten als auch die Zufriedenheit mit ihnen zusammen zu einer positiven Stimmungslage beitrugen, ist für die Erhaltung einer positiven Stimmung die Zahl der Kontakte mit Freunden ohne Einfluß, wohl aber die Zufriedenheit.

Diese Zusammenhänge bedürfen der Überprüfung. Sie werden erwähnt, weil die systematische Erforschung außerfamiliärer Netzwerke und ihrer Bedingungen angesichts der eingangs geschilderten demographischen Entwicklung zu den wichtigsten sozialwissenschaftlichen Aufgaben der Zukunft zählt. Aufgrund der längeren Lebenserwartung von Frauen und einer damit verbundenen längeren Phase des Alleinlebens müssen Freundschaften zu den wichtigsten sozialen Stützsystemen gerechnet werden.

Bei der Analyse außerfamiliärer sozialer Netzwerke müssen auch Aktivitäten älterer Menschen in Vereinen, Parteien und (Selbsthilfe-)Gruppen Berücksichtigung finden (Kruse, 1992). Bei aller definitorischen Schwäche des Begriffs der „Altenselbsthilfe" scheint der Schwerpunkt des Engagements auf geselliger und kommunikativer Ebene zu liegen (Zeman, 1989). Partizipation älterer Menschen innerhalb sozialer Netzwerke wäre aber zu kurz gefaßt, würde man sie auf Altenselbsthilfeorganisationen, wie „Begegnungsstätten" und „Erzähl-Cafés" beschränken. Weitet man das Verständnis der „Altenselbsthilfe" auf „solidarische Fremdhilfe" oder gar „soziales Engagement" und „ehrenamtliche Betätigung" aus (Zeman, 1989), müssen auch handwerkliche Betätigungen wie die der weithin bekannten „Kompanie des guten Willens", die Weitergabe von Erfahrungswissen in den zahlreichen „Senioren Experten Services" und die quantitativ kaum erfaßbare Familienpflege (vgl. Kapitel 17) hervorgehoben werden. Gesellschaftliche Partizipation älterer Menschen ist aber auch die aktive, nicht primär altersbezogene Teilnahme an Bürgerinitiativen und Demonstrationen (Protestverhalten). Rosenmayr beschreibt dieses gemeinde- oder

gruppenbezogene Engagement für humanitäre Ziele mit dem Begriff der „Konvivialität". „Es ist ein wenn auch vorerst von Minoritäten getragenes Potential der Solidarisierung unter den Älteren vorhanden" (Rosenmayr, 1990, S. 63). Die Aktivitäten dieser Gruppen sind selten mit bestehenden politischen Organisationen verbunden. „Sie stellen vielmehr eine Art ‚grass root' bzw. Basisaktivität dar, die Orientierung jeweils erst erwerben bzw. gestalten muß" (Rosenmayr, 1990, a. a. O.). In Österreich bilden gerade Organisationen im Vorfeld politischer Parteien (Seniorenbund, Seniorenverbände) ein aktives Forum zur Durchsetzung altenpolitischer Forderungen. Eine systematische Untersuchung aller oben genannten Aktivitäten wäre wünschenswert.

Grundsätzlich lassen sich zur Partizipation älterer Menschen innerhalb außerfamiliärer sozialer Netzwerke zwei Anmerkungen machen:

— Soziale Partizipation älterer Menschen bedeutet nicht allein Aktivität in altershomogenen Gruppen von Älteren für Ältere, sondern geht als gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe über die Wahrnehmung und Umsetzung einzelner Gruppeninteressen hinaus. In diesem Sinne beschränkt sich soziale Partizipation auch nicht allein auf karitative Betätigungen (vgl. BMFJ, 1991).

— Das öffentliche Interesse an sozialer Partizipation rückt Formen des zweckgerichteten aktiven Engagements älterer Menschen in den Vordergrund. Dabei sollte aber gerade der „passiven Teilhabe" älterer Menschen in Vereinen oder Organisationen größere Aufmerksamkeit geschenkt werden. So ergaben Umfragen des Instituts für Demoskopie Allensbach eine Zunahme des Prozentsatzes über 60jähriger, die Mitglied eines Vereins waren, von 31 % im Jahre 1950 auf 56 % im Jahre 1988 (IfD Allensbach, 1989).

16.3.4 Die Frage von Isolation und Einsamkeit im Alter

Reichenwallner et al. (1991) analysierten die Daten der Wohlfahrtssurveys zur Frage der sozialen Kontakte älterer Menschen auch unter dem Gesichtspunkt, inwieweit ältere Menschen in den alten Bundesländern in der Mitte der 80er Jahre in ein soziales Netzwerk integriert waren. Eine solche Integration wurde dann als gegeben angesehen, wenn Besuchskontakte zu Personen außerhalb des eigenen Haushalts mindestens einmal in der Woche stattfanden. Nach dieser Analyse mußte fast ein Viertel (23 %) der älteren Personen bzw. Haushalte als relativ isoliert angesehen werden. Dies traf vor allem für Personen über 75 Jahre zu, die mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin allein lebten. Allein lebende ältere Frauen gehörten nur zu 15 % zu dieser Gruppe. Nach Auffassung vieler Sozialwissenschaftler ist diese Isolierung jedoch nicht ohne weiteres mit erlebter Einsamkeit gleichzusetzen.

Soweit unter dem Begriff der Einsamkeit das subjektive Empfinden gemeint ist, würde diese Feststellung bis zu einem gewissen Grad durch EMNID-Umfragen aus den Jahren 1972 bzw. 1984 gestützt, denen zufolge jeweils nur 64 % der älteren Befragten äußerten, sich nie einsam zu fühlen (EMNID, 1984). „Oft" hatten danach Gefühle der Einsamkeit 8 % der Befragten, „manchmal" 29 % bzw. 31 %. In subjektiver Hinsicht würde danach bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Älteren Einsamkeit höchstens manchmal empfunden werden.

Zu berücksichtigen sind hier auch die Angaben der EMNID-Studien über Wünsche nach vermehrtem Kontakt mit bestimmten Personen. Im Jahre 1984 wurde ein solcher Wunsch von 8 % in bezug auf die nicht im eigenen Haushalt lebenden Kinder, von ebenso vielen in bezug auf gleichaltrige, ältere oder jüngere Verwandte, von 3 % in bezug auf Nachbarn, von 4 % in bezug auf Bekannte aus der unmittelbaren Umgebung und von 6 % in bezug auf nicht in der unmittelbaren Umgebung lebende Bekannte geäußert. Soweit somit der Begriff „soziale Isolierung" von den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung selbst aus definiert wird, trifft er nur für eine kleine Minderheit zu bzw. kann er nur als Umschreibung für „manchmal" erlebte Zustände gelten.

Es muß somit, entsprechend der bereits eingeführten Differenzierung, zwischen Isolation und Einsamkeit unterschieden werden. So fanden sich in empirischen Studien ältere Menschen, die zwar nur über wenige Kontakte verfügten, die sich aber trotzdem als sozial integriert erlebten; umgekehrt fanden sich ältere Menschen, die in ein tragfähiges soziales Netzwerk eingebunden waren, die jedoch über Einsamkeit klagten (Lehr, 1991b; Lehr & Minnemann, 1987; Olbrich 1976, 1983). Isolation beschreibt den objektiv bestehenden Mangel an Kontakten, Einsamkeit hingegen den subjektiv erlebten Mangel.

Bei den möglichen Einflüssen der Isolation und Einsamkeit älterer Menschen sind der im Lebenslauf ausgebildete Lebens- und Kontaktstil (Maas & Kuypers, 1974) sowie mögliche aktuelle Risikofaktoren stärker zu berücksichtigen. Hat sich im Lebenslauf ein Lebens- und Kontaktstil entwickelt, der von geringem sozialen Engagement (sowohl in den innerfamiliären als auch in den außerfamiliären Beziehungen) bestimmt gewesen ist, so ist die Gefahr der Isolation im Alter erhöht. Aufgrund des Wunsches nach wenigen sozialen Beziehungen wird die objektiv bestehende Isolation jedoch subjektiv nur seltener als Einsamkeit erlebt (vgl. Lehr & Minnemann, 1987).

Aktuelle Risikofaktoren möglicher Isolation bilden vor allem die mit sensorischen und motorischen Einschränkungen sowie mit psychischen Symptomen verbundenen chronischen Erkrankungen (vgl. Krause, 1991; Veiel, 1986) sowie der Verlust des Ehepartners (vgl. Fooken, 1985b; Stappen, 1988; Stevens, 1989). Sensorische und motorische Einschränkungen können die Mobilität des Patienten in einem Maße reduzieren, daß die Aufrechterhaltung bestehender Beziehungen sowie die Gründung neuer Beziehungen deutlich erschwert sind. Gleiches gilt für psychische Erkrankungen, die den Handlungs- und Bewegungsradius erheblich einengen und damit zu wachsender Isolation beitragen können (vgl. Bergener, 1990). Hinzu kommen häufig Schamgefühle der Patienten und ihrer Angehörigen aufgrund der beste-

henden körperlichen und psychischen Defizite. Auch diese reduzieren das Engagement in sozialen Beziehungen. Wenn umgekehrt Angehörige, Freunde und Bekannte Unsicherheit im Kontakt mit erkrankten und hilfsbedürftigen Menschen verspüren, wächst auch bei ihnen die Tendenz zum Rückzug. Die erlebte Unsicherheit in der Beziehung zu Menschen, die in Grenzsituationen stehen, kann auch den Kontakt mit Verwitweten erheblich belasten.

Welche Möglichkeiten der Intervention zur Abwendung einer drohenden Isolation bieten sich an? Es ist zu unterscheiden, ob das geringe(re) soziale Engagement auf einem in der Biographie ausgebildeten Lebens- und Kontaktstil gründet und nicht mit subjektiv erfahrenen Belastungen verbunden ist oder ob es unfreiwillig aufgrund aktueller Einschränkungen und infolge von Verlusten erfolgt. Im letztgenannten Falle erhebt sich die Forderung nach Entwicklung eines Interventionsansatzes. Ein wichtiger Beitrag besteht in den Tagesstätten und Begegnungszentren, die sich mit ihren Angeboten (die nicht nur Gesprächskreise und Ausflüge, sondern auch Kurse zur Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie der Kompetenz im Alltag enthalten) auch (resp. vorwiegend) an ältere Menschen wenden. Mittlerweile wurden in der Bundesrepublik Deutschland zahlreiche Institutionen eingerichtet, die auf bemerkenswerte Erfolge in der Verbesserung der sozialen Integration sowie in der Förderung der Kompetenz blicken können.

Die vorstehend mitgeteilten Daten über familiäre und außerfamiliäre Kontakte Älterer zeigen jedenfalls, daß Einsamkeit und Isolation im Alter ein Problem einer Minderheit ist, der die Sorge aller gelten muß.

17. Zur Situation von pflegenden Angehörigen

17.1 Einleitung

Nahezu 90 % der chronisch kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen wird von Familienangehörigen betreut. In dem überwiegenden Teil der Fälle wird die Pflege von Frauen wahrgenommen, sei es von Ehefrauen, sei es von Töchtern oder Schwiegertöchtern. Die Pflege ist schon für sich allein genommen mit hohen physischen, psychischen und sozialen Belastungen verbunden. Speziell für Frauen im mittleren Erwachsenenalter kommt hinzu, daß sie gleichzeitig andere familiäre Verpflichtungen bewältigen müssen und zudem nicht selten erwerbstätig sind. Da diese zahlreichen Aufgaben nur selten gleichzeitig bewältigt werden können, sind nicht wenige Frauen gezwungen, ihre Berufstätigkeit aufzugeben. Damit sind nicht nur finanzielle Einschränkungen verbunden, sondern es fällt auch ein bedeutsamer Bereich der Verwirklichung von Fähigkeiten und Interessen fort. Das Tätigkeitsspektrum konzentriert sich nun ausschließlich auf die Familie. Die Aufgabe des Berufs wird von vielen Frauen, die zu diesem Schritt gezwungen werden, als eine erhebliche Belastung beschrieben.

In der öffentlichen Diskussion wird meist die Pflege schwerstkranker Menschen als eine „natürliche" Aufgabe der Familie bezeichnet. Dabei sollte man jedoch nicht vergessen, daß Angehörige durch die Pflegetätigkeit zahlreiche Einschränkungen in der Lebensqualität und -zufriedenheit hinnehmen müssen.

Auch wenn im folgenden die physischen, psychischen und sozialen Belastungen hervorgehoben werden — die im Erleben der Angehörigen meist dominieren —, so soll doch nicht verschwiegen werden, daß neben diesen Belastungen positive Empfindungen mit der Unterstützung Schwerstkranker verbunden sein können (Bruder, 1988; Stappen, 1988). Doch werden diese positiven Empfindungen reduziert, wenn pflegende Angehörige nur geringe oder gar keine institutionelle Unterstützung erhalten. Deren dringende Notwendigkeit ist auch aus ethischer Sicht zu sehen. Ethisch begründetes Handeln heißt auch, physische, psychische und soziale Belastungen der Angehörigen zu erkennen und zu deren Linderung beizutragen. Ihr Ausbleiben schränkt die Lebensqualität pflegender Angehöriger zusätzlich ein. Die Belastungen sollen im folgenden dargestellt werden; aus ihnen leitet sich auch der dringende politische Handlungsbedarf ab.

17.2 Belastungen der betreuenden Angehörigen

Belastungen resultieren aus

— der Notwendigkeit ständiger Anwesenheit:

  Für viele ist die Pflege des älteren Menschen mit einem ständigen Angebundensein an das Haus verbunden. Wenn der Patient sich nicht mehr alleine versorgen kann oder wenn er sogar desorientiert bzw. verwirrt ist, so bedarf er der ständigen Betreuung. Die Notwendigkeit ständiger Anwesenheit schränkt den Interessensradius des Angehörigen ein und trägt mit dazu bei, daß Kontakte zu anderen Personen reduziert bzw. ganz aufgegeben werden müssen, d. h. daß sich der Angehörige nur noch mit der Pflegesituation beschäftigt und keine Ablenkung mehr findet;

— der hohen körperlichen und psychischen Beanspruchung:

  Die Pflege eines älteren Menschen führt häufig zu einer extremen körperlichen und psychischen Beanspruchung. Aus den Hilfeleistungen, die die Angehörigen dem pflegebedürftigen Familienmitglied gewähren, geht diese Beanspruchung deutlich hervor: Waschen des Patienten; Hilfe bei der Benutzung der Toilette, beim Baden, beim Aufstehen, beim Anziehen, beim Gehen, beim Essen;

Katheter wechseln, klistieren, Einläufe machen; Wunden pflegen; Unterstützung bei den Rehabilitationsübungen; den Patienten im Bett umlagern; auf den Patienten achten, ihn schützen, auf ihn aufpassen, ihm immer wieder bestimmte Dinge erklären; sehr viel Wäsche waschen; Wohnung/Toilette säubern; psychische Unterstützung und seelische Aufrichtung des Patienten. Sie betonen, daß die mit der Pflege verbundenen körperlichen Anstrengungen kaum zu leisten seien. Viele klagen über starke Rückenschmerzen, und aus den Berichten der behandelnden Ärzte geht hervor, daß die gesundheitliche Belastung der pflegenden Angehörigen häufig sehr hoch ist;

— fehlender Hoffnung auf Veränderung der Situation; Angst vor einer weiteren Verschlechterung der Situation:

Die meisten Angehörigen pflegen das erkrankte Familienmitglied schon seit vielen Jahren. Sie nehmen meistens keine positive Veränderung der Situation wahr, sondern Stagnation bzw. weitere Verschlechterung. Deshalb bildet sich im Laufe der Zeit die Überzeugung aus, daß eine Veränderung dieser Lage nicht mehr eintreten wird. Sie nehmen sich nur noch als „Reagierende" wahr, denn sie sehen sich der Möglichkeit beraubt, die Situation nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten;

— dem Verhalten des Patienten:

Niedergeschlagenheit, Passivität oder Aggressivität des Patienten wirken sich auf die Stimmung der Angehörigen aus. Sie beziehen ein solches Verhalten des Patienten ursächlich auf sich selbst. Verhält er sich aggressiv und unkontrolliert, wird dieses häufig als Ausdruck der „Undankbarkeit" verstanden. Gerade hierüber ist mehr als bisher eine fundierte Aufklärung der Angehörigen unbedingt notwendig, die besonders über durch die Krankheit des Patienten bedingte Verhaltensänderungen besser informiert sein müssen, um so die Ursachen seines Verhaltens besser verstehen zu können;

— Verwirrtheitszuständen des Patienten:

Das Auftreten von Verwirrtheitszuständen wird in der Regel als das belastendste Moment angesehen. Das Verhalten des Patienten ist häufig nicht mehr verstehbar und nachvollziehbar; eine geordnete Kommunikation mit ihm ist nicht mehr oder nur sehr eingeschränkt möglich. Angehörige, die mit dieser Situation konfrontiert werden, berichten über ein zunehmendes Einsamkeitsgefühl, denn: Der Mangel an Kontakt zu anderen Angehörigen, Freunden und Bekannten wird nun noch verstärkt durch die fehlende Möglichkeit, mit dem Patienten selbst Gespräche zu führen;

— Harn- oder Stuhlinkontinenz des Patienten:

Die Angehörigen empfinden oft Abscheu vor dem Einkoten und Einnässen des Patienten. Die Inkontinenz erhöht den Pflegeaufwand beträchtlich. Die Angehörigen müssen den Patienten häufiger waschen, die Kleider müssen immer wieder gewechselt werden. Pflegende können versuchen, durch intensives Überwachen der Blasen- und Darmtätigkeit diesem zu begegnen, häufig allerdings ohne nennenswerten Erfolg. Dann kann nur noch der Einsatz geeigneter Pflegehilfen Erleichterung verschaffen, deren Verordnung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGBV) jetzt in genügendem Maße garantiert ist. „Den Geruch wird man nicht mehr los. Die ganze Wohnung riecht ja nun danach. Ich muß häufig rauslaufen und möchte gar nicht mehr zurückkehren", äußerte eine pflegende Tochter;

— veränderter Beziehung zum Patienten:

Die Pflege — insbesondere von Verwirrten — führt langfristig dazu, daß die Angehörigen eine Veränderung in der Beziehung zu dem Patienten wahrnehmen. Die eigenen Eltern werden möglicherweise als „Kinder" wahrgenommen und behandelt, die ständig auf Schutz angewiesen sind. Der Ehepartner, mit dem man früher eine reife Beziehung gepflegt hatte, ist nun abhängig und unter Umständen entscheidungsunfähig geworden und bedarf der ständigen Betreuung. Die veränderte Beziehung stellt eine Belastung dar, die auch langfristig nicht oder nur schwer verarbeitet werden kann. Viele betonen, daß gerade diese Art von psychischer Belastung zu Niedergeschlagenheit und Resignation führe;

— Klagen und Trauer des Patienten:

Die Trauer des Patienten über verlorengegangene Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie dessen Klagen über Schmerzzustände stellen ebenfalls einen belastenden Faktor dar. Die Angehörigen betonen, daß sich die Trauer und die Klagen des Patienten auch auf ihre eigene Stimmung niederschlagen und dazu beitragen, daß sie zunehmend gereizt reagieren;

— fehlender Zuneigung gegenüber dem Patienten:

So wundert es denn nicht, daß die Zuneigung gegenüber dem Patienten abnimmt, vor allem dann, wenn bei ihm Verwirrtheitszustände oder Inkontinenz aufgetreten sind. Auch das unkontrollierte Verhalten des Patienten kann dazu führen, daß in wachsendem Maße eine Entfremdung einsetzt und die Beziehung als hochbelastet wahrgenommen wird. Über schwindende Zuneigung berichten vor allem Schwiegertöchter, die sich vom Schicksal ungerecht behandelt fühlen, weil sie einen Menschen pflegen müssen, der eigentlich nicht zu ihrer Familie gehört. Die Pflege der Schwiegereltern kann die Beziehung zum Ehemann erheblich belasten und in dem Vorwurf gipfeln, mit ihm die „ganze Familie geheiratet zu haben";

— wachsendem Gefühl, den zahlreichen familiären Ansprüchen nicht mehr gewachsen zu sein:

Wohnen neben dem pflegeabhängigen Älteren auch noch Kinder im Hause, berichten Pflegende über besonders starke Belastungen. Die zahlreichen Ansprüche, die von der jüngeren und der älteren Generation an sie gerichtet werden, bringen sie in eine Konfliktsituation. Sie werfen sich zum Beispiel vor, daß sie für ihre Kinder nicht mehr

genügend tun, da sie sich vermehrt um die Eltern kümmern müssen. Aber auch Krisen in der Ehe werden durchaus darauf zurückgeführt, daß man nicht mehr genügend Kraft und Zeit habe, für die Anliegen des Ehepartners offen zu sein;

— Konflikten mit anderen Angehörigen wegen geringer Unterstützung:

  Angehörige, die alleine Pflege leisten müssen, richten häufig an andere Familienmitglieder den Vorwurf, daß diese nicht bereit seien, sie zu unterstützen. Konflikte treten vor allem dann auf, wenn sie spüren, daß die von ihnen geleistete Pflege von den übrigen Angehörigen als „selbstverständlich" bewertet wird, das heißt keine Anerkennung erfährt;

— Angewiesensein auf Unterstützung der Freunde und Nachbarn bei fehlender Möglichkeit, diese Unterstützung zu erwidern:

  Die fehlende Gegenseitigkeit in den Beziehungen zu Freunden und Nachbarn trägt in vielen Fällen mit dazu bei, daß sich Pflegende nicht mehr trauen, diese Personen anzusprechen und um Hilfe zu bitten;

— mangelnder Unterstützung durch ambulante Dienste:

  Die Unterstützung durch die ambulanten Dienste wird von vielen Angehörigen als mangelhaft empfunden. Vor allem die Tatsache, daß in Notfällen akut keine Hilfe geleistet werden kann, wirkt sich belastend aus. Viele Pflegende stellen den Nutzen ambulanter Dienste deshalb sogar in Frage.

Auf die großen Probleme, die mit der Pflege von dementen alten Menschen verbunden sind, wird in einer Untersuchung zur Betreuung kranker alter Menschen im Mehr-Generationen-Haushalt eingegangen (Bruder, Klusmann, Lauter & Lüders, 1981). Aus dieser Untersuchung geht unter anderem hervor, daß vor allem die mit einer dementiellen Erkrankung verbundenen Persönlichkeitsveränderungen des Patienten starke seelische Belastungen und Spannungen bei den betreuenden Angehörigen hervorrufen. Auf den großen Zeitaufwand, der mit der Betreuung von chronisch kranken Patienten verbunden ist, geht eine Untersuchung von Nissel (1984) ein. Wie die Exploration der betreuenden Angehörigen in dieser Untersuchung zeigte, ist der mit der Pflege verbundenen zeitlichen Beanspruchung ein genauso hohes Gewicht beizumessen wie den finanziellen Belastungen der Familie. Nissel fordert, daß in der Diskussion der Familienpflege die zeitliche Beanspruchung der Angehörigen stärkere Beachtung finden muß.

17.3 Faktoren, die die psychische Situation der pflegenden Angehörigen beeinflussen

17.3.1 Die psychische Situation des Patienten

Die Art und Weise, wie der Patient die Krankheit erlebt und zu verarbeiten versucht, beeinflußt die Situation des pflegenden Angehörigen. Der Patient und der Angehörige stehen in einer so engen Beziehung, daß sie sich nicht von dem Erleben und Verhalten des anderen freimachen können. In einer Untersuchung zu den psychosozialen Folgen des Schlaganfalls konnten Belege dafür erbracht werden, daß sich Patient und Angehöriger bei langer Krankheitsdauer in ihrem Erleben und Verhalten immer stärker ähneln (Kruse, 1989 b). Reagiert zum Beispiel der Patient mit Niedergeschlagenheit auf die Krankheit und klagt er ständig über die eingetretenen Verluste, so besteht die Gefahr, daß sich diese Form des Erlebens und Verhaltens allmählich auf den Angehörigen überträgt; dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Angehörige nur über wenige Kontakte zu anderen Personen verfügt. Der Schutz des Angehörigen gegen die depressiv getönte Stimmung des Patienten läßt bei lang andauernder Pflege immer mehr nach.

Wegen der großen Bedeutung, die Erleben und Verhalten des Patienten für die psychische Situation der pflegenden Angehörigen besitzen, sollen — ohne gewichtende Reihung — die wichtigsten Belastungen angeführt werden, die von chronisch kranken Patienten geklagt werden:

— Einbuße an Kompetenz,

— (drohender) Verlust einer Zukunfts- und Lebensperspektive,

— Angst, von anderen Menschen abgelehnt zu werden,

— Angst, die Schädigungen könnten sich verschlimmern,

— Angst, einzelne Körperfunktionen nicht mehr kontrollieren zu können und immer mehr die Sicherheit einzubüßen,

— Gefühl einer zunehmenden Isolation,

— Gefühl der Unveränderbarkeit der Situation,

— Angewiesensein auf Hilfe,

— Angst, verbittert zu werden und zu resignieren, nicht mehr die Kraft zu haben, mit der Krankheit umzugehen,

— Gefühl, anderen Menschen eine Last zu sein,

— körperliche Schmerzen und Mißempfindungen,

— häufige Auseinandersetzungen und Konflikte mit den Angehörigen,

— Sorge, von anderen Menschen (vor allem von den Familienmitgliedern) nichtrichtig verstanden zu werden.

In vielen Familien war eine konflikthafte und belastete Beziehung zwischen dem Patienten und dem pflegenden Angehörigen erkennbar. Die Konflikte und Auseinandersetzungen konnten so stark werden, daß sie in psychische oder körperliche Gewalt mündeten (vgl. Dieck, 1987 b). Einige Patienten und Angehörige betonten in den Explorationen, daß sie manchmal die Konflikte und Auseinandersetzungen nicht mehr anders austragen könnten als durch aggressives Verhalten. „Dann lass' ich die Mutter schon einmal im Kot sitzen, damit sie sieht, wie das ist", berichtete eine Angehörige. In diesem Verhalten kommt die Ver-

zweiflung darüber zum Ausdruck, daß das Schicksal die eigene Person mit übermäßigen Belastungen konfrontiert.

17.3.2 Art und Schwere der Krankheit des Patienten

Die in der Familie betreuten älteren Menschen leiden an sehr unterschiedlichen Krankheiten. Aus diesem Grunde ist es auch schwierig, eine verallgemeinernde Aussage über die Lebenssituation und die Belastungen pflegender Angehöriger zu treffen. Nur einige Aspekte seien genannt:

Ist der Patient nicht mehr in der Lage, sich ohne Hilfe in der Wohnung zu bewegen, kann er sich nicht mehr alleine anziehen und ist er nicht mehr in der Lage, Bad und WC ohne Hilfe zu benutzen, so ist mit der Pflege ein hohes Maß an körperlicher Beanspruchung verbunden. Vor allem das Heben des Patienten und die Umlagerung im Bett werden von den Angehörigen als Aufgaben wahrgenommen, die sich belastend auf ihren eigenen Gesundheitszustand auswirken und die nach einer gewissen Zeit zu starken Rückenschmerzen führen. Vor allem ein selbst betagter Angehöriger kann diese Aufgaben kaum noch erfüllen.

Die Progredienz von Erkrankungen, die mit einem zunehmenden Verlust der körperlichen und psychischen Funktionen sowie mit geringer werdender Selbständigkeit verbunden ist, erschwert die Situation der Pflegenden erheblich. Sie müssen sich nun mit der Tatsache auseinandersetzen, daß die Abhängigkeit des Patienten trotz der von ihnen geleisteten Pflege immer weiter zunimmt. Sie blicken mit großer Angst in die Zukunft, weil sie erwarten, daß der Patient ab einem gewissen Zeitpunkt ohne ihre Hilfe nicht mehr existieren kann; in diesem Zusammenhang ist auch die Auseinandersetzung der Angehörigen mit dem herannahenden Tod des Patienten zu erwähnen.

Angehörige, die einen Patienten zu pflegen haben, der an einer Alzheimerschen Demenz leidet, werden Zeuge der wachsenden Hinfälligkeit des Patienten. Wie Brückner (1990) in ihrer Untersuchung feststellte, waren die meisten Angehörigen über die Entwicklung dieser Krankheit gut informiert (sei es durch Bücher, sei es durch Kontakte mit anderen pflegenden Angehörigen). Der Blick in die Zukunft, verbunden mit der Erwartung, daß der Patient bald völlig abhängig sein wird, nicht mehr ansprechbar sein wird und inkontinent werden wird, löste Angst und Verzweiflung aus.

Einen weiteren negativen Faktor stellt die Inkontinenz dar. In der Untersuchung über die psychosoziale Situation nach Schlaganfall (Kruse, 1989 b) berichteten die Angehörigen, daß sie große Angst vor einer drohenden Inkontinenz des Patienten hätten. Einige betonten, daß sie die Pflege nicht mehr weiterführen wollten, wenn dieser Zustand eingetreten sei. Stuhl- und Harninkontinenz verändern die Bereitschaft der Angehörigen zu pflegen grundlegend. Die Inkontinenz wird als eine Barriere empfunden, die die Aufrechterhaltung des Kontaktes zu dem Patienten erheblich erschwert.

17.3.3 Ausmaß der erfahrenen Unterstützung

Vielfach liegt die Betreuung eines Kranken in den Händen nur eines Familienmitgliedes, ohne daß es dabei Unterstützung erhält (Bruder, 1988; Hörl, 1986; Knipscheer, 1989); eine Aufgabenteilung findet nur selten statt. Diese fehlende Aufgabenteilung stellt nicht nur eine zusätzliche unnötige Belastung für den betreuenden Angehörigen dar, sondern sie verursacht auch Konflikte innerhalb der Familie.

Allerdings ist die Forderung nach einer Aufgabenteilung innerhalb der Familie nicht leicht zu verwirklichen. Der pflegende Angehörige muß fähig und bereit sein, seine Ansprüche auf Unterstützung zum Ausdruck zu bringen und gegebenenfalls hieraus entstehende Konflikte durchzustehen. Angehörige beklagen oft, von der Familie ausgenutzt zu werden, sind aber nicht bereit, Aufgaben an andere Familienmitglieder abzugeben oder sie wenigstens um Unterstützung zu bitten, weil sie dann Auseinandersetzungen mit diesen fürchten (vgl. Bruder, 1988; Knipscheer, 1989). Freunde und Nachbarn werden — wenn überhaupt — nur selten und nur in einzelnen Fällen um kleinere Hilfeleistungen gebeten. Schließlich befürchten Pflegende eine wachsende Isolation. Sie haben Angst, daß sich Familienmitglieder, Freunde und Nachbarn auch darum immer weiter zurückziehen, damit sie nicht mit der belastenden Situation konfrontiert werden.

Die von den ambulanten Diensten gewährten Hilfen werden zumeist als unzureichend wahrgenommen. Die von Stiefel (1985, 1987) aufgezeigten Mängel und Lücken des Versorgungsangebots spiegeln die Aussagen der betreuenden Angehörigen wider. Vor allem folgende Mängel und Lücken sind zu nennen:

— Konzentration der Dienste auf somatisch-pflegerische Tätigkeit bei gleichzeitigem Fehlen kommunikativer, psychologischer und seelsorgerischer Elemente,

— mangelnde Hilfekapazität am Abend und in der Nacht oder in größerem zeitlichen Umfang,

— kurzfristige Unterstützung bei plötzlichem Bedarf,

— Mangel an teilstationären Einrichtungen (Tageskliniken und Tagespflege) und Kurzzeitpflege,

— Springerdienste für regelmäßige freie Tage der betreuenden Angehörigen,

— aktivierende Maßnahmen, die auf Erhaltung und Wiederherstellung von Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten zielen,

— Begleitung und Beratung der Angehörigen.

17.3.4 Gesundheitszustand der Angehörigen, finanzielle Situation und Wohnungssituation

Vielfach wird Pflege von Ehepartnern erbracht, die selbst schon im höheren oder hohen Alter stehen. In der öffentlichen Diskussion über Familienpflege wird dieser Aspekt viel zu wenig beachtet. Die mit der Pflege verbundenen körperlichen Anstrengungen

stellen für ältere Menschen eine erhebliche Belastung dar, denn meistens leiden auch sie schon an Krankheiten, und durch die Pflege wird ihr Gesundheitszustand weiter belastet. Viele fürchten, daß sie selbst einmal so schwer erkranken, daß sie dann die Pflege nicht weiterführen können: Sie finden nur selten eine Antwort auf die Frage, wo der Pflegeabhängige in diesem Falle unterzubringen wäre, wie Hilfe aufrechterhalten werden könne.

Weiterhin ist zu bedenken, daß unzureichende finanzielle Ressourcen die Situation von betreuenden Angehörigen erheblich erschweren. Bei geringen finanziellen Mitteln sind die Angehörigen nicht in der Lage, für einzelne Dienste privat aufzukommen und sich dadurch Entlastung zu verschaffen. Nur selten einmal können sie in Urlaub fahren. Sie kennen ferner weder Wege noch Möglichkeiten, eine Wohnung so zu verändern, daß dadurch die Pflege erleichtert werden kann. Und schließlich wird ihre Situation durch eine unzureichend ausgestattete Wohnung belastet. In Untersuchungen zur Situation von pflegenden Angehörigen (Bruder et al., 1981) ließen sich viele Familien finden, die in entfernt gelegenen und unzureichend ausgestatteten Wohnungen lebten. Dadurch konnten die ambulanten Dienste im akuten Notfall nur schlecht erreicht werden. Wohnungen, in denen sich viele Barrieren befanden (wie zum Beispiel zu kleine Räume, Stufen) und die keine Hilfsmittel aufwiesen, behinderten die pflegenden Angehörigen zusätzlich. Bei der institutionellen Unterstützung von pflegenden Angehörigen ist auch dem Wohnumfeld besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Leider wurde gerade bei Angehörigen mit einem geringen sozioökonomischen Status häufig ein geringer Informationsstand hinsichtlich der institutionellen Unterstützungsangebote festgestellt.

17.4 Wie kann die institutionelle Unterstützung pflegender Angehöriger gefördert werden?

Der größte Teil der institutionellen Unterstützung pflegender Angehöriger wird von Sozialstationen geleistet. Diese Unterstützung ist für Mitarbeiter der Sozialstationen mit mehreren Problemen verbunden, die im folgenden aufgeführt sind.

(1.) Eingeschränkter Handlungsbereich: Pflegende Angehörige benötigen neben der Unterstützung bei der Grundpflege Aufklärung bezüglich vorliegender Erkrankungen sowie Beratung hinsichtlich ihres Verhaltens gegenüber dem erkrankten Familienmitglied. Darüber hinaus sind sie auf psychologische Begleitung angewiesen, um ihre belastenden Eindrücke anderen Menschen mitteilen und Möglichkeiten der besseren Verarbeitung dieser Eindrücke entwickeln zu können (vgl. Brandenburg, 1992; Bruder, 1988; Hörl, 1986; Kruse, 1987a; Schmitz-Scherzer, 1990; Stiefel, 1987). Pflegende Angehörige richten an Mitarbeiter der Sozialstationen häufig die Erwartung, daß sie neben der Hilfe bei der Grundpflege diese Art der psychologischen Unterstützung leisten werden. Nicht selten sehen sie sogar den wichtigeren Teil der institutionellen Hilfe in dieser psychologischen Unterstützung (vgl. Bruder et al., 1981; Schultze-Jena, 1987).

Diese Erwartung können die Mitarbeiter der Sozialstationen jedoch nur in seltenen Fällen erfüllen. Dafür ist zum einen die Tatsache verantwortlich zu machen, daß aufgrund begrenzter personeller Ressourcen zu wenig Zeit für längere Besuche bei pflegenden Angehörigen zur Verfügung steht. Weiter ist zu bedenken, daß nur jene von Sozialstationen erbrachten Leistungen finanziert werden, die im Zusammenhang mit der Grundpflege stehen. Die psychologische Unterstützung gehört jedoch nicht zu diesen Leistungen. Schon aus diesem Grunde können Mitarbeiter von Sozialstationen die psychologische Unterstützung nicht zum Bestandteil ihrer Hilfe machen. Und schließlich fehlt einem Großteil von ihnen auch die entsprechende Kompetenz. Dennoch: Sie sehen in der Regel darin einen erheblichen Mangel ihrer Arbeit, den Wünschen pflegender Angehöriger nach vermehrter psychologischer Unterstützung nicht entsprechen zu können.

(2.) Ein weiteres Problem, das zum Alltag der Sozialstationen gehört, bildet die Unterstützung von Familien mit einem psychisch erkrankten Familienmitglied, wobei zu den häufigsten psychischen Erkrankungen Demenzen, Depressionen, Angstzustände und paranoide Syndrome gehören (vgl. Cooper, 1989; Häfner, 1986, 1992). Die Versorgung psychisch Kranker, ebenso wie die Aufklärung, Beratung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen, erfordert Kenntnisse und Erfahrungen im psychogeriatrischen Bereich. Abgesehen von einzelnen Modelleinrichtungen verfügen die Sozialstationen in aller Regel nicht über diese Kompetenz. Angesichts der Zunahme psychischer Erkrankungen im hohen Lebensalter, vor allem bei chronisch erkrankten und hilfsbedürftigen Menschen, ist dringend zu fordern, daß den Sozialstationen psychiatrisch geschulte Mitarbeiter angehören.

(3.) Ein weiteres, häufig genanntes Problem betrifft die ungenügende Zusammenarbeit zwischen Sozialstation und niedergelassenen Ärzten, in deren Behandlung sich chronisch erkrankte Patienten befinden. Viele Patienten werden bereits seit vielen Jahren von einem Hausarzt behandelt, der aus diesem Grunde über wertvolle Kenntnisse bezüglich der physischen, psychischen und sozialen Anamnese sowie über die familiäre Situation der Patienten verfügt (vgl. Fischer, 1987). Durch eine enge Kooperation mit den Hausärzten könnten Mitarbeiter der Sozialstationen diese Kenntnisse für ihre eigene Arbeit nutzen. Durch konkrete Kenntnis der medizinischen Befunde sowie der aus medizinischer Sicht notwendigen Pflegeleistungen ließe sich die ambulante Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen verbessern. Durch die oft unzureichende Kooperation zwischen Hausärzten und Sozialstationen bleiben diese Möglichkeiten häufig wenig genutzt.

(4.) Hausärzte könnten einen wichtigen Beitrag zur Koordination der verschiedenen ambulanten Dienste (Sozialstation, Hauswirtschaftsdienste, Besuchsdienste und andere Dienste) leisten, wenn sie über Wissen von sowie Kontakte zu Mitarbeitern der verschiedenen Dienste verfügten. Heute wird diese koordinative

Funktion noch kaum wahrgenommen. Dies mag auch darauf zurückzuführen sein, daß Ärzte nicht über die notwendigen geriatrischen und sozial-gerontologischen Kenntnisse verfügen.

(5.) Mitarbeiter der verschiedenen ambulanten Dienste beklagen häufig diese mangelnde Koordination und Kooperation einzelner Dienstleistungen, die sowohl die Gefahr einer mangelnden Versorgung chronisch Kranker und deren Angehörigen als auch eines Überangebots an Dienstleistungen bedeuten kann. Um hier Abhilfe zu schaffen, wurden an einigen Orten der Bundesrepublik Deutschland Trägerverbünde (und ähnliche Konzepte) gegründet: Und deren erste prakische Erfahrungen sind durchaus positiv und legen die Nachahmung derartiger Initiativen nahe.

(6.) Ein besonderes Problem der ambulanten Versorgung liegt in der mangelnden Sicherstellung von Dienstleistungen während der Nacht, vor allem aber während des Wochenendes (vgl. Arnold, 1990).

(7.) Eine Steigerung der Effizienz wie eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Mitarbeitern in ambulanten Diensten setzt voraus:

— die Förderung der Kooperation zwischen den einzelnen ambulanten Diensten sowie zwischen den verschiedenen Trägern. Dadurch können die von einzelnen Institutionen übernommenen Aufgaben deutlicher voneinander abgegrenzt, d. h. zukünftig langsam Über- und vor allem Unterversorgung vermieden werden.

— die Förderung der Kooperation zwischen den einzelnen ambulanten Diensten und den niedergelassenen Ärzten. Durch die engere Kooperation werden die für die Betreuung eines chronisch erkrankten Patienten und seiner Angehörigen notwendigen medizinischen, psychologischen und sozialen Kenntnisse der Mitarbeiter erweitert. Mehr als bisher ist besonderes Gewicht auf mögliche koordinative Funktionen der Hausärzte zu legen.

— Von seiten der Hausärzte läßt sich diese Forderung nur erfüllen, wenn ausreichende Kenntnisse im Bereich der Geriatrie und Psychogeriatrie bestehen. Zur Zeit bilden niedergelassene Ärzte mit auch nur ausreichenden Kenntnissen eher die Ausnahme denn die Regel. Keinesfalls ist die Annahme gerechtfertigt, daß Ärzte allein aufgrund „praktischer Erfahrungen" über das notwendige Wissen in Geriatrie und Psychogeriatrie verfügen.

— Mitarbeiter der ambulanten Dienste sind dringend auf praktische Erfahrungen in der psychosozialen Beratung sowie in der psychischen Betreuung angewiesen. Bis heute werden weder in der Altenpflege-Ausbildung diese Kenntnisse in ausreichendem Maße angeboten (vgl. Schmitz-Scherzer et al., 1992) noch arbeiten in den wenigsten Diensten Krankenschwestern oder Krankenpfleger mit, die in der psychosozialen Beratung sowie in der psychischen Betreuung der Patienten und Angehörigen spezialisiert sind.

— Durch eine stärkere Gewichtung der psychosozialen Beratung und Aufklärung innerhalb des Spektrums angebotener Dienstleistungen würde dem Bedürfnis vieler Mitarbeiter ambulanter Dienste nach einem integrativen Versorgungsansatz Rechnung getragen; darüber hinaus käme sie auch den Patienten und Angehörigen zugute, die dringend auf Beratung und Aufklärung angewiesen sind.

— Schließlich müssen Erkenntnisse der geriatrischen und psychogeriatrischen Rehabilitation vermehrt Eingang in die Altenpflege-Ausbildung finden, damit die notwendige aktivierende Pflege stärker als heute in die Tat umgesetzt werden kann.

18. Aspekte der Altenarbeit und Altenhilfe

18.1 Arbeitsteilung: Gesundheitswesen — Altenhilfe

Traditionell herrscht in der Bundesrepublik Deutschland eine Teilung zwischen dem Gesundheitswesen (inklusive Krankenversicherung und den Instituten der Krankenversorgung sowie der Rehabilitation) einerseits und dem Sozialwesen (zu dem die Altenhilfe zu rechnen ist) andererseits in der Gesetzgebung, der Finanzierung und in der Administration. Die administrative Trennung ist selbst dann strikt, wenn Gesundheitswesen und Sozialwesen in einem Ministerium ressortieren. Auf Beitragszahlungen und einem Umlageverfahren beruht die selbstverwaltete Gesetzliche Krankenversicherung. Auf hoheitlichen Verfügungen basieren die Sozialhilfeleistungen. Dazwischen liegt nicht nur die unterschiedliche Position des Mitglieds und des eine Leistung des Staates beantragenden Bürgers, der sich in einer Notlage befindet, sondern auch das divergierende Normensystem der Gesetzesanwender. In dem einen Bereich gelten die Traditionen und Wertorientierungen der Heilkunde. Im anderen gelten jene der alten Armutsverwaltung, die ihren Übergang in eine sozial helfende und beratende Behörde in den Augen der Bürger nicht vollständig vollziehen kann, weil die Rechte des Sozialhilfeempfängers eingeschränkt sind durch Ermessenszuweisungen an die Behörde in bestimmten Regelungsbereichen und durch die allgemein geltende Pflicht zur Bedürftigkeitsprüfung. Es ist nicht unerheblich, daß Gesetzgebungsorgane und Admistrationen in den Regelungsbereichen Gesundheitswesen bzw. Sozialwesen mit unterschiedlichen Organisationen des vorparlamentarischen Raumes in Verbindung stehen und verhandeln. Insoweit gibt es eine bereichsspezifische Fachöffentlichkeit, von der ihrerseits eine Prägewirkung ausgeht.

Zentrale Institutionstypen der Altenhilfe bzw. des weiteren Sozialwesens sind Alten- und Pflegeheime und Sozialstationen sowie andere Formen ambulanter Hilfe wie beispielsweise mobile soziale Hilfsdienste, Hauspflegedienste. Sie durchliefen eine Entwicklung in den letzten zwanzig Jahren, die sie immer stärker in die Nähe des Gesundheitswesens rückte, da sie zunehmend gesundheitsrelevante und/oder durch die Krankenkassen finanzierte Leistungen erbringen. Die Alten- und Pflegeheime, die um 1970 zu etwa 70 % Altenheimbewohner und zu 30 % Pflegeheimbewohner versorgten, zeigten um 1990 umgekehrte Relationen: 30 % Altenheimbewohner mit voraussichtlich abnehmender Tendenz, 70 % Pflegeheimbewohner mit einer Tendenz zur weiteren Anhebung dieses Anteiles (siehe Bäcker, Dieck, Naegele, Tews, 1989, S. 103ff.; BMFuS, 1992, S. 98ff.). Durch diese Entwicklung, in deren Zuge Pflegeheime zunehmend psychisch kranke alte Menschen und Menschen in der letzten Lebensphase vor dem Tod aufnehmen und sterbende Menschen zu versorgen haben, sind die Pflegeheime zu den Einrichtungen für die Versorgung chronisch kranker alter Menschen geworden. Eine 1989 durchgeführte Befragung bei den Trägern der Sozialhilfe und bei den Heimen der Altenhilfe ergab (sieht man von den nicht zuzuordnenden Einheits- und Sonderpflegesätzen ab) einen Anteil der Schwerpflegebedürftigen, das heißt jener in der höchsten ermittelten Bedarfskategorie der Pflegebedürftigkeit, von 64 % an allen in den Heimen lebenden Pflegebedürftigen. Der Anteil steigt mit dem Alter der Heimbewohner an, bis auf 73 % bei den 95jährigen und älteren (Krug & Reh, 1991, S. 59). Neben der Qualität des Wohnens und der Pflege in diesen Einrichtungen gewinnt die Qualität der ärztlichen Versorgung zunehmende Bedeutung in der Diskussion um ihre Zukunftsgestaltung (DZA & KDA, 1991, insbesondere S. 49ff., zu dem in den Heimen verfügbaren und zugleich präsenten Arzt).

Es hat sich im Zuge der Diskussion um die Einführung einer neuen Grundlage für die Finanzierung von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit ein Konsens herausgebildet, nach dem die neue Finanzierungsinstanz (voraussichtlich die Pflegeversicherung, die von den gesetzlichen Krankenkassen mitgetragen werden soll) die Kosten der Pflege in Heimen übernehmen muß bzw. sich an ihnen beteiligen wird. Offen bleibt die Frage, ob die neue Finanzierungsinstanz eine volle Finanzierung der Pflegekosten leisten soll und wie diese Kosten angesetzt bzw. berechnet werden. Der Schritt in Richtung einer Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der ambulanten Pflege wurde bereits lange gegangen. Bei Einführung der Sozialstationen leisteten die Krankenkassen pauschale Zuschüsse, ohne sich an der Honorierung von Einzelleistungen im Falle alter pflegebedürftiger Menschen zu beteiligen (die von Anfang an zu den wichtigsten Klienten- bzw. Patientengruppen der Sozialstationen zählten). Diesen Schritt ging der Gesetzgeber erst 1977, als er mit dem Krankenversicherung-Kostendämpfungsgesetz die Abrechnungsfähigkeit der damaligen Hauspflege (der späteren häuslichen Krankenpflege) zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes bzw. fakultativ zur Sicherung des Behandlungserfolges ärztlicher Leistungen festschrieb (siehe auch Kapitel 18.3). Hauspflege bzw. häusliche Krankenpflege mit Krankenkassenfinanzierung erhielt damit nicht nur den Rang einer Regel- und Pflichtleistung unter definierten Bedingungen, sie wurde auch zunehmend für ältere Menschen erbracht. Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen ist eine Entwicklung nachgewiesen, die auch in den anderen alten Bundesländern greift: Die Krankenkassen erlangen eine zunehmende Bedeutung für die Finanzierung ambulanter Pflegedienste; die Finanzierungsanteile der Nutzer selbst sowie der Sozialhilfeträger verlieren tendenziell an Bedeutung (Bäcker, Dieck, Naegele, Tews, 1989, S. 123). Tatsächlich kommt den ambulanten Pflegediensten eine zunehmend große und bedeutsame Rolle in der Sicherung des Lebens zu Hause zu und in der Vermeidung langer Phasen der Institutionalisierung, sei es im Heim oder im Krankenhaus.

Eine Verklammerung von traditionellem Sozialwesen und traditionellem Gesundheitswesen hat der Intention nach auf dem Gebiet der Rehabilitation das Rehabilitations-Angleichungsgesetz von 1974 geleistet. Das Gesundheits-Reformgesetz von 1988 ist insoweit noch bedeutsamer, als es erstmalig Pflegehilfen für schwerpflegebedürftige Menschen vorsieht (wobei diese in der ambulanten Versorgung Grundpflege und Haushaltshilfe umfassen können) und insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit in seine Finanzierungszuständigkeit aufnimmt. Für die alten chronisch kranken Menschen ist die Trennung negativ und einschneidend, die einerseits zwischen dem tendenziell akut kranken behandlungsfähigen Menschen mit einer Finanzierungszuständigkeit der Krankenversicherung und andererseits dem chronisch Kranken, als pflegebedürftig eingestuften Menschen mit eigener Finanzierungszuständigkeit bzw. subsidiär mit jener seiner engen Familienangehörigen und des Sozialamtes besteht. Sie beginnt sich jedoch auch in der Gesetzgebung an den Rändern aufzulösen (vgl. Kapitel 11).

Doch auch die Institutionen des Gesundheitswesens, und hier insbesondere die Krankenhäuser, sehen sich mit der Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit der Versorgung und Behandlung chronisch kranker alter Menschen konfrontiert. In der ehemaligen DDR waren die Krankenhäuser faktisch Teil der „Normalversorgung" von pflegebedürftigen alten Menschen. Dies gilt zum Teil auch für die Krankenhäuser der alten Bundesrepublik Deutschland, wenn auch bei ihnen eine entsprechende offene Deklaration angesichts einer dann nicht mehr vorhandenen Krankenkassenzuständigkeit in der Tagessatzfinanzierung schwerfällt. Geht man davon aus, daß 1989 15 % aller Pflegetage in Akutkrankenhäusern auf die Patientengruppe 65- bis 75jähriger entfiel (bei einem Bevölkerungsanteil der Altersgruppe von 8 %) und 17 % der Pflegetage in diesen Akutkrankenhäusern der alten Bundesrepublik Deutschland auf die 75jährigen und älteren (die einen Bevölkerungsanteil von 7 % stellen), so ist die Bedeutung der Alterspatienten für diesen Sektor umrissen (Völlink, 1990, S. 546). Gerade die Alterspatienten weisen zu hohen Anteilen (81 bzw. 92 %) drei und mehr Diagnosen auf und benötigen in erheblichem Maße Intensivpflege (39 % bzw. 34 %). Aus Fehlbelegungsstudien von Infratest Ge-

sundheitsforschung ist bekannt, daß zu den Fehlbelegungsursachen — aus der Sicht der diese evaluierenden Krankenhausärzte beurteilt — u. a. mangelnde Angebote häuslicher Pflege und fehlende Pflegemöglichkeiten durch das informelle Netz, finanzielle Hemmnisse, die Nichtbereitschaft zur Heimunterbringung sowie fehlende Pflegeheimplätze zählen. Ein Anteil von 30 % an den Fehlbelegungen wird auf wirtschaftliche und soziale Gründe der Patienten — hier der Patienten aller Altersklassen — zurückgeführt (vgl. Bäcker, Dieck, Naegele, Tews, 1989, S. 99 ff.).

Aufgrund einer Erhebung der Patienten von Allgemeinpraxen 1989 ist davon auszugehen, daß Personen in einem Alter von 60 und mehr Jahren 32 % der Patienten dieser Praxen stellen (zum Vergleich: Sie stellten im gleichen Jahr 34 % der Patienten von Akutkrankenhäusern bei einem Anteil der Altersgruppe von 21 % an der Gesamtbevölkerung) (Hamm, 1991; Völlink, 1990). Diese Anteilssätze waren in den 70er und 80er Jahren relativ stabil, setzt man sie in Relation zur demographischen Entwicklung bzw. zu den Erhebungsregionen (Stadt/Land).

Unter den Bedingungen des „Status quo" kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, daß die Behandlungspotentiale seitens der Institutionen des Gesundheitswesens (hier Akutkrankenhäuser, Allgemeinpraxen) weitgehend ausgeschöpft sind. Kostenkontrollen, die sich auf Verweildauern in Krankenhäusern und auf Behandlungskosten in der Allgemeinpraxis beziehen, erschweren — sofern sie greifen — die adäquate Versorgung der Alterspatienten. Die Indizien sprechen für ein Versorgungsdreieck „Akutkrankenhaus — ambulante Pflege und ärztliche Behandlung — Pflegeheim", in dem starke gegenseitige Abhängigkeiten der Versorgungsinstitutionen bestehen. Entwicklungsmöglichkeiten in der Zukunft sind in dem Ausbau der Chronikerversorgung seitens der Pflegeheime und der neu hinzukommenden Rehabilitationseinrichtungen (nach GRG), bezogen auf Pflegebedürftigkeit, anzunehmen, da hier am ehesten die spezifischen Gesichtspunkte der Langzeitversorgung zum Tragen kommen können.

18.2 Markt, Finanzierung, Kontrollen

Bewegungen im Anbieter-Markt

Privat-gewerbliche Träger haben in den letzten Jahren in den alten Bundesländern ihren Marktanteil bei stationären ebenso wie bei ambulanten Einrichtungen deutlich vergrößert. Gleichzeitig nahm der Anteil der stationären Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ab. Die freigemeinnützigen Träger behielten ihre starke Position sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, verstärkt auch durch Einrichtungen von Selbsthilfe- und Initiativ-Gruppen (vgl. Tabellen 8 und 9 im Anhang; Bäcker et al., 1989; Hinschützer, 1988). Diese Entwicklung zu mehr Träger- und Angebotspluralität bringt Unruhe in einen Markt, der bisher freier Angebotsplanung und Preisbildung weitgehend entzogen ist. Mit Verwirklichung des europäischen Binnenmarktes, vorgesehen zum 1. Januar 1993, wird sich aller Voraussicht nach auch der Wettbewerb im Gesundheits- und Sozialwesen verschärfen. Bereits jetzt gestattet das Niederlassungsrecht der EG jedem Wirtschaftsunternehmen, also auch den Trägern privat-gewerblicher Art von Einrichtungen der Altenhilfe, die freie Standortwahl in den Mitgliedstaaten. Auch wenn derzeit die Organisationen ohne Erwerbszweck hiervon noch ausgeschlossen sind, so wird mit ihrer bevorstehenden Zuordnung zur Gruppe der „Economie Sociale" zu den Organisationen mit wirtschaftlicher Tätigkeit, auch die Freizügigkeit gemeinnütziger Träger von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens folgen. Letzteres kann auch die besondere Stellung der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland gefährden, welche bisher wegen ihrer gesetzlich verankerten Vorrangstellung vor staatlicher Hilfegewährung Schutz vor ungeregelter Konkurrenz genießt (Subsidiaritätsschutz; §§ 10 und 93 BSHG; prognos-AG, 1991).

Verstärkt wird daher in der Bundesrepublik Deutschland derzeit eine Grundsatzdiskussion geführt um das Für und Wider von mehr Wettbewerb, auch um eine eventuelle Privatisierung kommunaler Einrichtungen der Altenhilfe. Als deren positive Wirkungen werden betont: größere Wahlfreiheit für die Älteren durch Erweiterung des Angebots; Innovationsförderung und Verbesserung der Leistungen zugunsten der Heimbewohner und Patienten; Abbau von Anbieterprivilegien; Stärkung der Subsidiarität; effizientere Verwendung der Mittel und Entlastung der öffentlichen Haushalte. Demgegenüber werden als negative Folgen genannt: Freie Preisbildung und Gewinnstreben führen zur Ausrichtung des Angebots auf Klienten oberer Einkommensgruppen und Selbstzahler; Wettbewerb schlägt sich in Preis und Pflegesatz, nicht in der Qualität der Leistungen nieder; geringe Elastizität der Nachfrage und Intransparenz sind Besonderheiten dieses Marktes, der folglich die Voraussetzungen für freien Wettbewerb nicht bietet; marktpreisgesteuertes Angebot wird keineswegs zwingend kostengünstig erstellt (Oberender, 1989; Igl, 1990; Evers, 1992; Müller, 1989; Graf, 1990; Kipp, 1991).

Von keiner Seite bezweifelt wird offenbar die Notwendigkeit eines staatlichen Ordnungsrahmens zum Schutz der in besonderem Maße Hilfsbedürftigen. Unbestritten ist auch die sozialstaatliche Aufgabe der Sicherung eines leistungsfähigen Angebots zur Dekkung des insgesamt als notwendig anerkannten Bedarfs. Folglich bleibt Angebotssteuerung der öffentlichen Hand in wirksamer Form erforderlich, wie sie derzeit beispielsweise durch Erlaubnispflicht für den Einrichtungsbetrieb (§ 6 HeimG), finanzielle Fördermaßnahmen und Kostenübernahmevereinbarungen erfolgt. Andererseits haben wachsender Bedarf und vor allem unbefriedigte Nachfrage nach Leistungen der Altenhilfe zur Ausweitung bedarfswirtschaftlicher Trägervielfalt und zur vermehrten Beteiligung privat-gewerblicher Anbieter geführt. Da die Leistungen letzterer keineswegs auf Selbstzahler beschränkt sind und auch Sozialhilfeempfänger einbeziehen, geraten Angebotssteuerung und Förderpraxis zunehmend in Konflikt mit den Realitäten des Anbieter-Marktes. Privat-gewerbliche Träger fordern den Abbau wettbewerbsverzerrender Maßnahmen, vor allem die Einbeziehung in die bisher der freien

Wohlfahrtspflege vorbehaltene finanzielle Förderung. Eine Neubestimmung der Rahmenbedingungen für die institutionalisierte Altenhilfe erscheint aufgrund dieser Lage, nicht zuletzt auch im Hinblick auf deren Entwicklung in den neuen Bundesländern, zwingend.

Entwicklungen in Management, Finanzierung und Qualitätssicherung

Ausweitung und Differenzierung von Hilfebedarf und Leistungen bei gleichzeitiger Zunahme des Schweregrads der Pflege haben in den personalintensiven Einrichtungen der Altenhilfe zu beträchtlichen Kostensteigerungen geführt. Mit Verbreiterung des Leistungsspektrums, Veränderung von Wohn- und Betreuungsformen, Professionalisierung der Helfer, Rückgang ehrenamtlicher Tätigkeit u. a. m. wuchsen zugleich Schwierigkeit und Komplexität der Finanzierung. Unterschiedlichkeit der Kostenerstattungsregelungen von Kostenträgern und der Förderbedingungen von Zuschußgebern haben bei wachsendem Umsatz die Anforderungen an die Verwaltung der Einrichtungen und den Verwaltungsaufwand außerordentlich erhöht. Selbst Sozialstationen mittlerer Größe erreichen derzeit Erträge in Höhe von 1 bis 2 Mio. DM im Jahr, welche über eine Vielzahl von Leistungsentgelten, zweckgebundenen Zuweisungen u. a. einzuwerben sind (BAGFW, 1987; Metzger, 1989; Braun, 1991; Wohlleber et al., 1991). Als Folge dieser Entwicklungen wird derzeit der Qualifizierung der Führungskräfte für die Ausübung von Managementfunktionen in stationären und ambulanten Einrichtungen ebenso wie dem Aufbau aussagefähiger Informationssysteme seitens der Träger besondere Bedeutung zuerkannt. Gefördert werden diese Bemühungen auch durch außerbetriebliche Einflußfaktoren. Kostenübernahmebedingungen, wie sie beispielsweise in Form von Pflegesatzvereinbarungen zwischen Kostenträgern der Sozialhilfe einerseits und den Verbänden freigemeinnütziger Heimträger andererseits bestehen, müssen gemäß § 93 Abs. 2 BSHG „den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit Rechnung tragen". Dies erfordert — bei aller Schwierigkeit der Nachweisung — eine entsprechende Offenlegung und Überprüfung der Wirtschaftsweise der Einrichtungen. Den Führungskräften der Einrichtungen bieten jedoch die derzeit vorherrschenden Rechtsformen wenig Entscheidungs- und Handlungsspielraum. Ein kommunales Heim als „Regie-Betrieb" oder eine Sozialstation als „unselbständiger Betrieb" im Rahmen einer Kirchengemeinde läßt sich schon der Einbindung in das Rechnungswesen der größeren Einheit wegen nicht als selbständiger Betrieb führen. Rechtliche, wirtschaftliche und organisatorische Selbständigkeit gelten bei klarer Regelung der Zuständigkeiten und Kontrollen als Voraussetzungen für den Erfolg guten Managements. Daher werden seitens der Träger derzeit vermehrt Umwandlungsmöglichkeiten in Rechtsformen geprüft, welche diesen Erfordernissen entsprechen. Sie erst erlauben eine Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Kostensenkung unter den spezifischen Gegebenheiten der einzelnen Einrichtung (Domnick, 1991; Thieringer, 1991; Freymann & Lübbe, 1991).

Die bei freigemeinnützigen und kommunalen Einrichtungen der Altenhilfe gegebene große Abhängigkeit von der finanziellen Förderung durch die öffentliche Hand erschwert aufgrund langwieriger Verfahrenswege eine flexible Anpassung an veränderte Marktlagen. Daher wird auch eine Überprüfung und Rationalisierung solcher Bedingungen im Hinblick auf eine verbesserte Führung der Einrichtungen als notwendig erachtet.

Zunehmendem Wettbewerb, schärfer werdender Konkurrenz um die öffentlichen Mittel, steigenden Anforderungen und veränderten Bedürfnissen der Älteren begegnen die Träger der Altenhilfe mit Professionalisierung des Managements. Hierbei finden auch in den bedarfswirtschaftlich organisierten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Managementkonzepte und Führungsinstrumente der Erwerbswirtschaft Eingang, welche eine Anpassung an die Besonderheiten dieser bedarfswirtschaftlichen Einrichtungen erfordern. Hierzu gehören insbesondere Kennzeichnung und Sicherung einer angemessenen Leistungsqualität. Diese ist zugleich grundlegende Voraussetzung für Prüfung der Wirtschaftlichkeit (§§ 106, 113, 135 bis 139 GRG), Feststellung eines Mißverhältnisses zwischen Entgelt und Leistung (§ 2 Abs. 2 HeimG), Feststellung kostendeckender Gebühren u. a. m. Die Entwicklung von Leistungsstandards mit Hilfe von Qualitätskriterien für alle Leistungsbereiche ambulanter und stationärer Altenhilfe erweist sich für einzelbetriebliche Zielsetzung und Erfolgskontrolle ebenso wie für gesamtwirtschaftliche Aufgaben als dringlich. Die Angleichung der Qualität der Versorgung in den Einrichtungen der Altenhilfe zwischen alten und neuen Bundesländern setzt Kennzeichnung und Sicherung der jeweils erreichten Leistungsqualität ebenso voraus wie die Angleichung der Sozialstandards zwischen den EG-Mitgliedstaaten. Erfahrungen im Krankenhauswesen insbesondere in den USA zeigen, daß Qualitätssicherung in der Altenhilfe zu den sozialpolitischen Aufgaben gehört, welche dem Wettbewerb nicht überlassen werden kann (Kühn, 1992; Klie, 1991; o.V., 1991; Sachverständigenrat, 1989).

18.3 Hauspflege (häusliche Pflege und Haushaltshilfe): Versorgungskonzepte in Europa

Dienstekonzepte im Vergleich: Probleme der Nomenklatur

In der deutschen Sozialgesetzgebung und Versorgungspraxis hat es eine mehrfache Wandlung des Typus von pflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfen, die kraft Gesetzes gewährt wurden, gegeben. Die Reichsversicherungsordnung (RVO) des Jahres 1911 kannte die tradierte Hauspflege, bestehend aus Hilfe und Wartung, als Krankenhauspflegeersatzleistung. Das Leistungsverbesserungsgesetz von 1973 führte die gesonderte Haushaltshilfe in Ergänzung der Hauspflege in die RVO ein, allerdings insbesondere

im Hinblick auf die Sicherung der Kindererziehung und der Kinderversorgung zu Hause (§ 185a RVO). Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 qualifizierte die Hauspflege in Richtung der häuslichen Krankenpflege, die nun einen deutlich auf die ärztliche Leistung hin gesetzten Akzent erhielt (§ 185 RVO in neuer Fassung) und neben der Haushaltshilfe unter spezifizierten Bedingungen als Zusatzleistung gewährt werden konnte. 1982 wurde das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz erlassen, das einerseits diese Akzentuierung der häuslichen Krankenpflege fortsetzte, andererseits ihre Erbringung u. a. durch den Altenpfleger/die Altenpflegerin nicht länger ausschloß. Die Neufassung des § 185 RVO erlaubte nun den Krankenkassen per Satzung, eine etwas großzügigere Gewährung von Haushaltshilfe vorzusehen, doch blieb der Zweck auf die Sicherung von Kindern im Haushalt beschränkt, die Versorgung älterer Menschen war in diesem Zusammenhang unerheblich. 1988 wurde das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) erlassen, das wiederum neue Akzente setzte. Nun umfaßt gemäß § 37 GRG die häusliche Krankenpflege explizit Grund- und Behandlungspflege (es ist neu, daß beide Arten der Pflege im Gesetz benannt werden) sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Das heißt, diese hauswirtschaftliche Versorgung ist an die Bedarfssituation zu Hause von quasi jedermann gebunden und sie ist somit auch älteren Menschen im Prinzip zugänglich. Daneben besteht die Haushaltshilfe (§ 38 GRG) mit dem primären Zweck der Betreuung von Kindern im Haushalt weiter. Neu ist die Einführung von Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit, die u. a. häusliche Pflegehilfen beinhalten (§ 55 GRG) und die seit Anfang 1991 gewährt werden. Diese Hilfeart umfaßt Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wobei aber keine Einschränkung in dem für das Recht der Sicherung bei Krankheit typischen Sinne erfolgt, daß hauswirtschaftliche Hilfen die Gewährung von Pflegehilfen voraussetzen. Behandlungspflege ist nicht Teil der Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit.

Durchaus parallel zur Krankenversicherungsgesetzgebung differenziert auch das Sozialhilferecht, und zwar unverändert seit dem Erlaß des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) 1961, zwischen „häuslicher Pflege" (Wartung und Pflege umfassend) und der Hilfe zur „Weiterführung des Haushalts". Bis die einschlägigen Änderungen des Gesundheits-Reformgesetzes 1991 wirksam wurden, war diese Bestimmung die herausgehobene Grundlage für die isolierte Gewährung von Haushaltshilfe, allerdings nur auf Zeit, dem Gesetzeswortlaut folgend (wenn auch die Praxis hier zu Verfahren gefunden hat, die am Bedarf orientiert waren und sind).

Die Tendenz zur Schaffung eingeengter Voraussetzungen für die Gewährung einzelner Hilfen zu Hause ist gegen den Hintergrund eines Bemühens um Eindämmung von Kostenzuwächsen zu sehen. Sie war nicht gerichtet auf die Vielfalt gegebener Bedarfssituationen. Während sich also die skizzierte Differenzierung in der bundesrepublikanischen Sozialgesetzgebung vollzog, hielten sich dennoch Dienste der „Hauspflege" alten Typs im Rahmen der Angebote gemeinnütziger Organisationen (so beispielsweise in Berlin und Frankfurt/Main). Die DDR kannte die „Hauswirtschaftspflege", die durchaus parallel konzipiert war und neben dem Hauptelement der Haushaltshilfe auch das Element einer begrenzten Grundpflege durch angelernte Kräfte enthielt. Die Leistungselemente entsprechen dem Grunde nach jenen der „häuslichen Pflegehilfe für Schwerpflegebedürftige" des GRG bzw. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Erläutert sei kurz die englische Nomenklatur, da sie den Sprachgebrauch vorliegender internationaler Studien und Vergleiche prägt:

— „Nursing help" und „home nursing" stehen für qualifizierte häusliche (Kranken-)Pflegedienste, die auch Behandlungspflege einschließen.

— „Personal care" bezeichnet Leistungen der Grundpflege, die nicht notwendigerweise durch qualifiziertes (Kranken-)Pflegepersonal erbracht werden, sondern unter Umständen auch durch angelerntes Personal (wobei die Leistungen dann entsprechend eingeschränkt sind beispielsweise auf Betten, Waschen, Ankleiden).

— „Home-making" steht für Leistungen der Haushaltshilfe.

— „Home help" und „home care" sind Leistungen, die in der Regel Grundpflege und Haushaltshilfe kombinieren (im Sinne der alten Hauspflege bzw. Hauswirtschaftspflege und der neuen häuslichen Pflegehilfe für Schwerpflegebedürftige in der Bundesrepublik Deutschland).

Trotz dieser relativen Klarheit des Sprachgebrauchs muß doch aus allen Forschungsberichten herausdestilliert werden, um welchen Dienst es sich im Einzelfall handelt. Denn es gibt die Bandbreite der geschilderten Diensteformen im zeitlichen Ablauf wie in Deutschland so auch in anderen europäischen Staaten. Dänemark, Frankreich, Genua (stellvertretend für eine Region Italiens, das im Lande selbst eine große Differenzierung der Dienstezuschnitte aufweist) kennen ebenso wie England den Dienst „home help", das heißt die Kombination von Grundpflege und hauswirtschaftlichen Leistungen, die deutsche „Hauspflege". Belgien, die Niederlande, Deutschland im Krankenversicherungsrecht, Israel (Jamieson, 1991, S. 9), aber ebenso Schweden, Norwegen und Kanada kennen vorwiegend getrennte Dienste der „häuslichen (Kranken-)Pflege" und der „Haushaltshilfe" (Monk & Cox, 1991, passim).

Verbreitung und Zugang zu Hauspflegediensten

Obwohl alle industrialisierten Länder in heutiger Zeit den Vorrang ambulanter Hilfen vor der stationären Versorgung betonen und der Verbleib alter Menschen in ihrer angestammten Umgebung — gemäß ihrem überwiegend zum Ausdruck gebrachten eigenen Wunsch — immer stärker auch zu einem Anliegen der Politik wird, gibt es eine große Variationsbreite der konkreten altenhilfepolitischen Konzepte quer durch Europa und die weitere westliche Welt.

Die nachstehende tabellarische Auflistung (Tabelle 32) verdeutlicht beachtliche Unterschiede in der

Tabelle 32

Anteile älterer Menschen, die ambulante Dienste erhalten, in einer Auswahl von europäischen Ländern und in Israel

Land (Jahr)	Bevölkerungsgruppe	Häusliche (Kranken-)pflege	Hauspflege: Grundpflege und Haushaltshilfe	Haushaltshilfe
Norwegen (1984/5)	67+	*6,7 %*		*18,6 %*
	67-69	*10,2 %*		
	80+	*26,9 %*		
Schweden (1985)	65+	*10,0 %*		*ca. 20,0 %*
	80+			*44,0 %*
Dänemark (1986)	70+	*12,0 %*	*26,0 %*	
	80-95	*23,0 %*	*49,0 %*	
England und Wales (1985)	65+	*6,4 %*	*9,3 %*	
	85+	*22,5 %*	*34,2 %*	
Niederlande (1982/5)	65+	*7,0 %*		*12,0 %*
	80+			*25,0 %*
Frankreich (1988)	65+	*0,6 %*		*6,9 %*
	75+	*1,0 %*		*10,4 %*
Israel (1988/9)	65+	*2,8 %*		*1,9 %*

Quellen: Norwegen: Monk & Cox, 1991, S. 26, 50
Schweden: Monk & Cox, 1991, S. 54; Zappolo & Sundström, 1989, S. 32
Dänemark: Jamieson, 1991, S. 304, Table 4
England und Wales: Jamieson, 1991, S. 317, Table 3
Niederlande: Monk & Cox, 1991, S. 64; Kastelein et al., 1989, S. 39, 49
Frankreich: Jamieson, 1991, S. 323, Table 6
Israel: Jamieson, 1991, S. 332, 333, Table 8, Table 10.

Versorgung der Altenbevölkerung mit ambulanten hauswirtschaftlichen und pflegerischen Diensten. Sie präsentiert Erhebungsdaten, für die in der Bundesrepublik Deutschland keine Vergleichsbasis existiert: Geschätzt wird, daß hier rund 3 % bis 4 % der über 65jährigen häusliche Krankenpflege bzw. häusliche Pflegehilfen als Sachleistung erhalten. Wie viele Ältere organisierte Haushaltshilfedienste bzw. hauswirtschaftliche Versorgung (d. h. nicht privat organisierte, sondern von Sozialdiensten bereitgestellte Haushaltshilfen) in Anspruch nehmen und wie viele in den Genuß des alten Typs der Hauspflege bzw. der Hauswirtschaftspflege gelangen, ist unbekannt und noch nicht einmal mit hinlänglicher Sicherheit zu schätzen.

Eines wird deutlich: Einzelne europäische Staaten haben die Haushaltshilfedienste und die Hauspflegedienste bzw. deren Kombination zu den tragenden Säulen ihres Altenhilfesystems ausgebaut. Dies gilt in der Hauptsache für die skandinavischen Staaten Norwegen, Schweden und Dänemark. England und die Niederlande stützen sich in vergleichsweise stärkerem Maße auf stationäre Einrichtungen in ihrer Altenhilfe und doch verfügen auch sie, insbesondere mit Blick auf die Hochaltrigen, über eine breite Absicherung des Dienstezuganges — vorwiegend in den hauswirtschaftlichen Leistungen bzw. in der Hauspflege. Auch Frankreich verfügt über eine im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland ausgebaute Haushaltshilfe.

Israel steht, gemessen an den verfügbaren Zahlen und trotz des frühen Entwicklungsstadiums seines Versicherungs- und Versorgungssystems, vergleichsweise günstig da in Relation zur Bundesrepublik Deutschland auf den Gebieten der ambulanten Pflege und der Haushaltshilfe.

Die berichteten hohen Versorgungszahlen der skandinavischen Staaten sind nur zu erreichen bei einem System der Dienstebereitstellung, das den einzelnen Dienstleistungsempfänger nicht oder kaum mit eigenen Finanzierungsanteilen belastet. Tatsächlich werden die Pflegedienste ohne Kostenbeteiligung geboten. In Norwegen ist der Haushaltshilfedienst der am stärksten expandierende Dienst, der weitestgehend über die öffentlichen Haushalte finanziert wird und bei dem nur 7 % der Kosten durch Gebührenzahlungen seitens der Empfänger gedeckt werden (Monk & Cox, 1991, S. 50). In Schweden ergibt sich ein fast identisches Bild (a. a. O., S. 54). In diesem Land entfallen auf einen Pflegeheimbewohner drei Empfänger

von Haushaltshilfe, eine Relation, die die faktische Betonung des Verbleibs in der eigenen Wohnung eindrucksvoll unterstreicht (a. a. O. S. 33).

Dänemarks Ausbau der Altenhilfe weicht von anderen nordischen Versorgungsmodellen insoweit ab, als dieses Land sein Hauptgewicht auf die „Säule Hauspflege" gelegt hat. Dieser von den Kommunen für ihre Bürger bereitgestellte Dienst ist ohne hohe Zugangsschwellen konzipiert und wurde in den letzten Jahren zu einem sogenannten 24-Stunden-Dienst ausgebaut. Seit 1989 gibt es einen gesetzlich festgeschriebenen Anspruch auf Hauspflege bei entsprechender Bedarfslage. Die Selbstbeteiligung der Diensteempfänger an den Kosten wurde so gut wie abgeschafft. Der Dienstumfang erreicht ein beachtenswertes Ausmaß, insbesondere bei den Hochaltrigen. Unter den 85jährigen und älteren Empfängern von Hauspflege in Dänemark erhielten 67 % 1 bis 6 Stunden dieser Dienstleistung pro Woche, 20 % 7 bis 12 Stunden und 13 % 13 und mehr Stunden. Im Zuge der Ausweitung der Hauspflege verstärkte sich ein Prozeß der Professionalisierung. Die Hauspflegekräfte von heute verfügen über eine Kurzschulung von mindestens sieben Wochen, und es sind inzwischen überwiegend fest angestellte Vollzeitkräfte, die die Stelle der früher verbreiteten „Ersatz-Hausfrauen" eingenommen haben (Holstein et al., 1991).

In England sowie in den Niederlanden sind die ambulanten Pflegedienste für die Empfänger kostenlos. Sie werden durch die Versorgungssysteme bereitgestellt. Für die Hauspflege bzw. die Haushaltshilfe werden einkommensabhängige, geringfügige Eigenbeteiligungen erhoben (Monk & Cox, 1991, S. 60, 64). Die Situation in Frankreich ist vergleichbar (Henrard et al., 1991). In diesen drei Ländern gibt es, sehr viel ausgeprägter als in den nordischen Staaten, eine Diskussion um das von Experten als unzureichend beurteilte Dienstevolumen insbesondere im Bereich der Hauspflege bzw. der Haushaltshilfe. Probleme einer adäquaten Allokation der Dienste stellen sich unter diesen restriktiveren Bedingungen deutlich stärker dar als unter den Bedingungen der nordischen Staaten.

Divergierende Grundmodelle der Altenversorgung

Aus ihrem Vergleich der häuslichen Versorgungssysteme in sechs Ländern (Norwegen, Schweden, England, Niederlande, Kanada und Argentinien) filtern Monk und Cox (1991, S. 153ff.) drei Grundmodelle heraus:

— Modell I zielt ab auf ein Aufbaustadium der häuslichen organisierten Versorgung, das Leistungen der Vollversorgung ermöglicht. Das Modell ist gekennzeichnet durch einen Dienstezugang ohne hoch angesetzte Hemmschwellen oder Bedürftigkeitsprüfungen. Der Dienstezugang wird gesichert unabhängig von der individuellen Einkommenssituation und der Art der Behinderung bzw. dem Typus der Bedarfslage. Dieses Versorgungsmodell sichert im Extremfall den Verbleib zu Hause trotz weitestgehend eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeit. Hauspflege ist der dominante Leistungstypus.

— Modell II ist auf die Komplementarität organisierter Dienste untereinander angelegt, basierend allerdings auf einer Basisversorgung und -betreuung durch das informelle Netz. Dieses Modell zielt nicht ab auf die Verhinderung von Institutionalisierungen auch bei stark eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeit, ausgehend von den organisiert bereitgestellten Dienstleistungen. Es strebt insoweit, auch wenn Hauspflegeleistungen zentral sind, keine Ausweitung in Richtung einer vollständigen Versorgung an.

— Modell III der häuslichen Versorgung basiert auf medizinisch-ärztlich geprägten Leistungen und stützt sich entsprechend auf die ambulante qualifizierte Pflege und nicht so sehr auf die Hauspflege. Dabei wird als Nebeneffekt hingenommen, daß dieser Dienstezuschnitt Konzepten der Ganzheitlichkeit nicht zu genügen vermag. Insbesondere bleiben soziale und kommunikative Bedürfnisse relativ unterbewertet und unberücksichtigt (dies ist dem Grundsatz nach das Lösungsmodell der Bundesrepublik Deutschland).

Auch Modelle des Typs I schließen Familienleistungen keineswegs aus. Allerdings werden solche Leistungen nicht vorausgesetzt und nicht eingefordert, sondern in zwei Varianten honoriert: Die eine honoriert Familienleistungen, falls sie in erheblichem Umfange und kontinuierlich erbracht werden (so beispielsweise in Norwegen auch heute noch, in Schweden bis in die 70er Jahre hinein); in einer zweiten Variante werden sie als wünschenswert betrachtet und insoweit durch die offizielle Politik ermuntert oder gar eingefordert (so beispielsweise unter neuer Akzentsetzung in der Altenhilfe in den Niederlanden und inzwischen tendenziell auch in Großbritannien). Finanzielle Restriktionen haben dazu geführt, daß Ausbauprozesse bei den Diensten der häuslichen Versorgung, die langfristig in Richtung des Modells I geführt hätten, zurückgenommen wurden und so faktisch zu einer Präferierung des Modells II in der konkret betriebenen Politik führen. Eine weitere Rückführung, verbunden mit der Akzentuierung des medizinischen Versorgungsmodells, wie in Modell III präsentiert, ist dabei nicht angedacht.

Die Sonderposition der Bundesrepublik Deutschland heute im Kreise der hier behandelten Länder basiert auf ihrem Ausbau der Krankenversicherungsleistungen für zu Hause lebende ältere Menschen mit Versorgungsbedarf. Dies ist eine Entwicklungslinie, die durch die der Sozialhilfe inhärenten Inanspruchnahme- und Akzeptanzbeschränkungen erzwungen wird, solange keine andere rechtliche Basis für die Finanzierung und breitere Bereitstellung von hauspflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten existiert. Die zentrale Zuständigkeit der bevölkerungsnahen kleinsten politischen Einheiten, der Kommunen und Kreise, für die Sicherung ambulanter und häuslicher Dienste steht einem Diensteausbau keineswegs entgegen. Denn es ist ein fast durchgängiges Charakteristikum von Hauspflege bzw. Hauswirtschaftsleistungen, daß sie in der zentralen Zuständigkeit der Kommunen liegen.

Eine das Versorgungsmodell prägende Wirkung geht in Ergänzung zu den bereits behandelten Ausrichtun-

gen aus von den Lösungen, die für die Regulierung der „Zuteilung" gefunden wurden. Jamieson (1991, S. 266) weist zu Recht darauf hin, daß zwei Verteilungstypen vorherrschen:

— Im Verteilungstyp A werden gegebene Finanzmittel und Ressourcen so bedarfsgerecht, wie dies innerhalb des entwickelten Versorgungssystems möglich ist, verteilt. Dem Grundsatz nach folgen Belgien, Dänemark, Italien, die Niederlande und Großbritannien diesem Verfahren, das im übrigen auch in der ehemaligen DDR zur Anwendung gelangte. Das Ausgabevolumen unterliegt Verhandlungen im politischen Prozeß, nicht in der Dienstezumessung und -verteilung im Detail.

— Der Verteilungstyp B basiert auf festgeschriebenen Rechten der Diensteerlangung unter definierten Bedingungen oder Bedarfskonstellationen. Er ist insbesondere in den Versicherungssystemen Deutschlands und Israels anzutreffen, wobei es zu berücksichtigen gilt, daß es auch andere Konstruktionen innerhalb von Versicherungssystemen geben kann (wie beispielsweise Belgien und auch die Niederlande demonstrieren). Das Ausgabevolumen ist im Falle der Verteilungstypen B nicht vorbestimmt, sondern unterliegt in hohem Maße der Bedarfsinterpretation seitens der Experten, die den Dienstezugang kontrollieren (insbesondere in der Bundesrepublik dem Urteil der behandelnden Ärzte).

Unabhängig vom Verteilungstypus wird über die Verfahren versucht, die Diensteinanspruchnahme effektiv und die Diensteverteilung möglichst gerecht zu gestalten. Gängig sind Festlegungen eines Mindestbedarfs und einer Maximalversorgung, das heißt von unteren und oberen Schwellen der Bedarfsbefriedigung und der Dienstezuteilung.

Aktueller Diskurs

In Kommissionsberichten, die sich jeweils in England, den Niederlanden und in Schweden mit einer Reform der Dienstekonzepte in der Altenhilfe befassen, wird eine Individualisierung der Dienste generell als notwendige Neuorientierung hervorgehoben. Weitere relevante Beurteilungskriterien und Orientierungspunkte sind die Flexibilisierung der Angebote und die Sicherung ihrer fachlich-professionellen Qualität. Daneben werden als Aspekte berücksichtigt die Mitentscheidung der Diensteempfänger, die Stützung der informellen Netze bzw. wenigstens ihre hinreichende Beachtung bei der Konzipierung des Dienstezuschnittes (Monk & Cox, 1991, S. 225; Dieck, 1990, S. 224 f.).

Der aktuelle Diskurs in allen Ländern steht u. a. unter der Maxime der Ausgabeneindämmung und einer Kontrolle des Ausgabenwachstums innerhalb entwikkelter Hilfesysteme. Es zeigt sich, daß die alleinige Betonung der Priorität ambulanter Hilfen vor stationären Angeboten nicht reicht; es muß auch zu einer Neubewertung der dann relevanten ambulanten Dienste kommen und zu veränderten Formen der Allokation (ein Schritt, der bisher in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht gegangen wurde). Hinzu kommt vereinzelt, so beispielsweise ausgeprägt in Großbritannien, der Versuch einer Effizienzsteigerung im Bereich der Diensteanbieter. Es hängt mit der starken Vorherrschaft öffentlicher Diensteangebote zusammen, daß in diesem Falle der Übergang zu privaten Anbietern hauspflegerischer Dienste mit der Hoffnung auf eine höhere Wirtschaftlichkeit verbunden wird.

Zu beachten ist allerdings, daß die Debatte um eine Neuorientierung der Altenhilfe und hier insbesondere der ambulanten Dienste sich zum Teil verbindet mit einer sehr viel weiterreichenden Reflektion individueller Wahlmöglichkeiten. Der internationale Vergleich der ambulanten Pflege, Hauspflege und Haushaltshilfedienste zeigt die relativ schwache Position des einzelnen Konsumenten in der Aushandlung der ihm gewährten (da von ihm nicht direkt und unmittelbar finanzierten) Dienste (Baldock & Evers, 1991; Jamieson, 1991, S. 262 ff.). Pointiert formuliert: Eine Einschränkung des Versorgungsgrades bzw. eine Reduzierung des Ausmaßes gewährter Sachleistungen, unter Umständen gekoppelt mit dem verstärkten Rückgriff auf privat organisierte Dienste und auf das verfügbare informelle Netz, kommt nicht nur den Einsparungsbemühungen oder -zwängen entgegen, sondern fördert zugleich auch die Eigenverantwortlichkeit und die Aktivierung von Selbsthilfe. Wenn diese Argumentationsstränge für deutsche Rezipienten wohl vertraut klingen, darf doch nicht ausgeklammert werden, daß die Diskussionsteilnehmer aus Ländern mit wohlentwickelten ambulanten Diensten auch im Rahmen für sie extremer Sparüberlegungen niemals an das niedrige Versorgungsniveau denken, das im Vergleich zu diesen Ländern in der Bundesrepublik Deutschland realisiert ist. Sie ist im Reigen dieser Staaten das absolute Schlußlicht.

18.4 Verfügbarkeit von Personal

Um die Verfügbarkeit von Personal in der Altenhilfe und in der Gesundheitsversorgung alter Menschen rankt sich eine kontinuierlich geführte öffentliche Diskussion, die allerdings nicht immer hinreichend in ihren quantitativen und qualitativen Aspekten auf solidem Hintergrundwissen basiert. Es gibt weder eine quantitative noch eine qualitative Personalplanung in diesen beiden Bereichen, ja es mangelt sogar an hinreichenden Informationen über den Status quo, soweit Beschäftigungssituationen betroffen sind. Dies gilt nicht minder für Ausbildungsaspekte, inklusive Ausbildungskapazitäten (vgl. Kapitel 18.6), und für die Verweildauern im Beruf.

Nicht nur die über lange Zeit bestehende und erst ab Ende der 80er Jahre allmählich abgebaute relative Benachteiligung des Altenpflegeberufes im Vergleich zum Krankenpflegeberuf in Ausbildung und Entlohnung war ein retardierendes Moment für die Rekrutierung qualifizierten Pflegepersonals. Die unverändert bestehenden beruflichen Belastungen von allen Pflegeberufen in der Arbeit mit alten Menschen sind es nicht minder. Es läßt sich im Einzelfall nachweisen, daß die Pflegepersonalschlüssel von Heimen und

Krankenhäusern der Schwere der Pflege kaum Rechnung tragen. Pflegeschlüsselerhöhungen, die im Laufe der Zeit vorgenommen wurden, führen nicht automatisch zu tatsächlich verbesserten Personal-Patienten-Relationen, berücksichtigt man Arbeitszeitverkürzungen sowie Erhöhungen der Arbeitsbelastungen durch zunehmende Anteile schwerer Pflege alter Menschen. Die Nöte des Personals angesichts seiner physischen und insbesondere psychischen Belastung scheinen durch in den Berichten über Prozesse der Patiententötung und sonstiger Gewaltausübung gegen alte Patienten. Diese Extremfälle verweisen zudem auf mangelnde Routinen der Kontrolle, der Anleitung, der Supervision. Untersuchungen zu Entscheidungsprozessen in Akutkrankenhäusern im Hinblick auf die Entlassung von Alterspatienten begründen Zweifel daran, daß der Patient mit seinen Bedürfnissen und Interessen immer im Mittelpunkt steht; vielmehr muß sich der Patient häufig in die Leistungsgefüge und Versorgungsabfolgen einordnen unter Verlust an eigener Individualität. Kurzum, es liegt viel im Argen, gerade in der Pflege chronisch kranker alter Menschen, und so können relativ kurze Verweildauern im Beruf des Pflegenden nicht verwundern. Zwei- bis dreijährige Ausbildungszeiten für im Durchschnitt vier- bis sechsjährige Berufsverweildauern (genaue Zahlen sind nicht bekannt) verweisen auf ein Mißverhältnis von Einsatz und Ergebnis, auf eine Verschwendung von sogenanntem Humankapital. Die Beschäftigung von hohen Anteilen ungelernter oder angelernter Kräfte in der Pflege mindert deren Professionalität und verursacht Gefährdungen der zu Pflegenden. (Zu diesem Themenkreis vgl. u. a. Kämmer 1990; Rückert, 1991a; Bäcker, Dieck, Naegele, Tews 1989, S. 105 bis 110; Schaeffer, 1989; Meifort, 1991 b.)

Die Praxis der Altenhilfe kennt aus ihrer Erfahrung den Wechsel des Pflegepersonals aus der Arbeit in den Institutionen Krankenhaus und Pflegeheim in die häusliche Pflege. Auffang- bzw. Aufnahmeeinrichtungen sind zum Teil die Sozialstationen, zu einem nicht geringen Teil inzwischen auch private Pflegedienste, zum Teil durch das Pflegepersonal selbstverantwortlich organisiert und geleitet. In diesem Arbeitsgebiet gibt es Schwierigkeiten durch die gängige Entgeltung der ambulanten Pflegedienste auf nicht-kostendeckendem Niveau, soweit es sich um Gebührensätze der Krankenkassen und der Sozialämter handelt. Die Gebührengestaltung erzwingt kurze Einsatzzeiten pro Leistung, so daß das Konzept ganzheitlicher Pflege, dem die traditionelle Gemeindeschwester unter Umständen noch folgen konnte, immer stärker der Vergangenheit angehört. Die sogenannte „Zehn-Minuten-Pflege" sichert keine professionell befriedigenden Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal im ambulantem Einsatz. Die Träger der Pflegedienste sehen sich gezwungen, diesen Weg der Rationalisierung fortzuführen. Sie sind zudem auf kostengünstiges Personal angewiesen, das auf Stundenbasis oder in Aushilfsfunktionen neben das voll entlohnte Personal tritt. Psychiatrische Pflege, die u. a. auf dem Gespräch des qualifizierten Pflegepersonals aufbaut, wird unter diesen Umständen stark erschwert, wenn nicht verhindert (vgl. Bäcker, Dieck, Naegele, Tews, 1989, S. 123ff.).

Als ein besonderes Problem der Ballungsräume ist inzwischen die Wohnraumversorgung des Personals der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste, das nicht an der Spitze der Einkommensskala steht, erkannt. Ohne die Bereitstellung von preiswerten Wohnungen ist unter derzeitigen Bedingungen u. a. Pflegepersonal nicht anzuwerben. Dies ist ein Problem neuer Qualität.

Bisher sind in der (alten) Bundesrepublik Deutschland keineswegs hohe Personalzahlen in der Altenhilfe/Altenarbeit gebunden. Wie Rückert (1988, S. 36f.) bereits vor Jahren nachgewiesen hat, wären die Personalzahlen der Altenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland deutlich höher, kämen hier die Bedingungen der Nachbarländer Dänemark (DK), Niederlande (NL) oder Schweiz (CH) zum Zuge im Hinblick auf das Dienstevolumen und die Personalbesetzung. Setzt man die Personalzahlen in den alten Bundesländern gleich 100, so ergeben sich in diesen Nachbarstaaten folgende Relationswerte:

— bezogen auf die Mitarbeiter in Heimen: DK: 316, NL: 304 bzw. CH: 182;

— bezogen auf die Mitarbeiter in ambulanten sozialpflegerischen Diensten: DK: 1 000, NL: 588 bzw. CH: 153.

Dänemark zeigt die „großzügigste" Personalbereitstellung, gefolgt von den Niederlanden. Die Schweiz liegt in den Daten deutlich näher an der Bundesrepublik Deutschland und ist doch beachtenswert besser ausgestattet.

Internationale Vergleiche der Gesundheitssysteme ermitteln für die Bundesrepublik Deutschland vergleichsweise niedrige Zahlen beschäftigter Krankenschwestern und Krankenpfleger in Relation zur Gesamtbevölkerung. Während Österreich, Belgien und Italien niedrigere Verhältniszahlen aufweisen als die Bundesrepublik Deutschland, liegen Frankreich, die Niederlande, die USA, Großbritannien deutlich darüber. Die Schweiz, Schweden und Kanada erreichen fast doppelt so hohe Verhältniszahlen. Nimmt man die Relation Krankenhauspersonal zu Krankenhausbett als Grundlage, so bewegt sich die Bundesrepublik Deutschland ebenfalls deutlich im unteren Drittel (Schneider, Sommer, Kececi et al., 1989, S. 340, 390, 395). Die relativ hohen Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf der Bevölkerung in der (alten) Bundesrepublik Deutschland und in Relation zum Bruttonationalprodukt (Schieber, Poullier, 1990) sind nicht zurückführbar auf das Pflegepersonal in Besetzung und Entlohnung. Diese Zahlen mögen genügen, um zu verdeutlichen, daß das Argument, Grenzen der Rekrutierung von Pflegepersonal seien erreicht, nur unter den Bedingungen des „Status quo" — bezogen auf Ausbildungsverhältnisse, Entlohnungen, Arbeitsbedingungen, Personalbesetzungen der Dienste, Wohnungsangebote etc. — vorgetragen werden kann. Werden diese Grundbedingungen verändert und wird die relative Attraktivität des Pflegeberufes in Relation zu anderen Berufen erhöht, dann spricht viel für die Wahrscheinlichkeit, daß sich weiteres Personal für die Arbeit in Krankenhäusern, in Heimen und in den ambulanten Diensten anwerben läßt. Es wird zu Recht daran erinnert, daß der Begriff des „Pflegenotstan-

des", der eine akute Problemsituation anzeigt, bereits zur Historie geworden ist, da er auf Liefmann-Keil (1969) zurückgeht und somit „zur Kritik der schon seit Jahrzehnten unzureichenden Ausstattung der Alten-, Kranken- und Behindertenbetreuung mit Pflegekräften dient" (Backhaus-Maul, Schütte & Vogel, 1991, S. 51).

Jenseits der Kontinuität dieses vielfach beschworenen „Pflegenotstandes" im Westen des vereinten Deutschland ist ein Pflegenotstand im Osten angesiedelt, der seine Ursache nicht nur hat in einer gleichfalls kontinuierlich unzureichenden Pflegepersonalbesetzung, sondern vielmehr in der beruflichen Mobilität des Pflegepersonals. Der Westen bot in dem ersten Jahr der deutschen Einigung Westtarife, der Osten im Vergleich Tarife auf einem 60-Prozent-Niveau und zudem Gehaltseinstufungen ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Berufsjahre und der in ihnen erworbenen Berufserfahrung.

Problemkumulierungen in den Pflegeberufen, die von außen in diese Berufe und in die Berufsausübung hereingetragen werden, bedingen eine Situation, die wohl doch mit einer falschen Dramatik als „Pflegenotstand" gekennzeichnet wird. Diese Problemkumulierungen würden nur sehr partiell verringert durch „Pflicht-Rekrutierungen" von ungelerntem oder angelerntem Personal, wie derzeit unter dem Stichwort der Dienstverpflichtung oder der Ausweitung des Zivildienstes auf junge Frauen diskutiert wird. Backhaus-Maul et al. (1991) weisen auf die hohe „Eingriffsintensität des Instrumentes Dienstpflicht" hin. Das Grundgesetz (GG) schließt grundsätzlich Verpflichtungen zur Arbeitsleistung aus, mit Ausnahme einer allgemein geltenden Dienstleistungspflicht. Artikel 12 Abs. 2 GG lautet: „Niemand darf zu einer bestimmten Arbeit gezwungen werden, außer im Rahmen einer herkömmlichen allgemeinen, für alle gleichen öffentlichen Dienstleistungspflicht." Der Zivildienst als Wehrersatzdienst leitet sich aus der Pflicht zum Wehrdienst ab, ihm liegt keine eigenständige Verpflichtung zu sozialer Arbeit zugrunde. Eine allgemeinere „Pflicht zur Pflege" würde nicht nur eine Änderung des Grundgesetzes voraussetzen. In diesem Zuge müßte eine Definition der Einsatzbereiche und der Einsatzziele erfolgen, darunter — so argumentieren Backhaus-Maul et al. (1991) — auch eine Definition von Pflegestandards. Diese Standards gibt es bisher nicht für den institutionellen Bereich, und sie sind noch nicht einmal angedacht für den ambulanten Pflegebereich und für den Bereich der familialen Pflege, der dann wohl nicht länger auszuklammern wäre. Mit der Definition eines Pflegestandards ist die Frage eng verbunden, in welchem Maße angelerntes und ungelerntes Personal eingesetzt werden kann, das heißt unter anderem auch der Kreis der potentiellen Dienstverpflichteten. Auf Probleme der Gerechtigkeit der Zwangsverpflichtung und notwendiger Ausnahmen — beispielsweise Ausbildung, Mutter- bzw. Vaterschaft — ist nur am Rande zu verweisen an dieser Stelle, obwohl sie erhebliche Barrieren darstellen würden in der Durchsetzung. Jenseits dieser ebenso grundsätzlichen wie praktischen Aspekte ist die Frage aufgeworfen, inwieweit „Pflicht-Rekrutierungen" letztlich zu Fehlallokationen von Ressourcen führen. Kostengünstig sind Zivildienstleistende nur für den Sektor der Volkswirtschaft, der über ihren Einsatz billige Arbeitskräfte gewinnt. Diese Ressourcen werden eingeworben auf Kosten anderer Sektoren, die auf diese Arbeitskräfte verzichten müssen, und auf Kosten der Betroffenen selbst, die Ausbildung, Einkommen, beruflichen Aufstieg, Familienleben etc. zeitweilig zurückzustellen haben, je nach konkreter Situation. Auch ist auf den Fehleinsatz von Zivildienstleistenden heute hinzuweisen. Diese Personalgruppe soll in Ergänzung des Regelpersonals eingesetzt werden, faktisch ist sie jedoch zu hohen Anteilen selbst zum Regelpersonal geworden. Zum Beispiel stellen Zivildienstleistende rund 60 % des in den „Pflege- und Betreuungsdiensten" eingesetzten Personals und auch Personalanteile von rund 10 % in den Heimen der Altenhilfe (Gehen der Altenhilfe die Zivildienstleistenden aus?, 1989). Nicht zuletzt ist daran zu erinnern, daß die Bundesrepublik Deutschland im europäischen Vergleich durch die Rekrutierung und den Einsatz von Zivildienstleistenden eine herausgehobene Ausnahmeposition einnimmt (Armee der Pflegenden, 1991).

Eine zunehmende Öffentlichkeit für Probleme im Bereich des Pflegepersonals, die dieses Personal selber durchsetzt, scheint sich anzubahnen. Hinzu kommen Anforderungen an die Qualifikation des Pflegepersonals in institutionellem wie in ambulantem Einsatz, die eine verstärkte Artikulation erfahren. Pflegeforschung beginnt sich allmählich auch in der Bundesrepublik Deutschland zu etablieren. Das zusammenwachsende Europa fördert den Informationsaustausch auch auf dem Gebiet der Pflege. Es bleibt offen, ob sich zukünftig die familialen Pflegekapazitäten reduzieren oder ob dies Befürchtungen sind, die sich so nicht einlösen (vgl. Kapitel 18.5). Rekrutierungsprobleme in den Ballungsgebieten verknüpfen sich unausweichlich mit Aspekten der Entlohnung sowie der Bereitstellung von preisgünstigem Wohnraum. Diese Vielfalt der Einflüsse erzwingt und bewirkt möglicherweise in Zukunft eine grundlegendere Aufwertung der Pflegeberufe. Unabhängig von diesen längst überfälligen Maßnahmen der Personalgewinnung und -erhaltung wird die quantitative Ausstattung mit Pflegekräften beeinflußt von der Stärke der Geburtsjahrgänge, welche für die Nachwuchsgewinnung in Frage kommen und, damit eng zusammenhängend, von der Lage auf dem Arbeitsmarkt. Die Jahrgangsstärke der 17- bis 18jährigen Frauen und Männer, die theoretisch für die Altenpflegeausbildung zu betrachten sind, betrugen 1985 rund 1,02 Millionen, 1992 waren es insgesamt rund 590 000, im Jahr 2000 werden es etwa 584 000 sein — bei einem zugleich stark ansteigenden Anteil älterer, vor allem hochaltriger Menschen (Rückert, 1991a, S. 230f.; vgl. Kapitel 1). Schon jetzt ist die Wirtschaft bemüht, sich im Hinblick auf die nachrückenden, schwach besetzten geburtsjahrgänge ihren Nachwuchs zu sichern.

Fraglich erscheint es auch, ob der Umfang der Familienpflege zu halten sein wird bei dieser Jahrgangsentwicklung, geringer Kinderzahl und Heiratsneigung, zunehmender Erwerbstätigkeit der Frauen, schrittweiser Verlängerung der Lebensarbeitszeit nach dem Rentenreformgesetz 1992 u. a. m. Es wird baldiger, großer Anstrengungen und nicht zuletzt

auch der Einbeziehung ausländischer Kräfte für die Pflege bedürfen, um diese Probleme zu lösen.

Die skizzierten Entwicklungen gilt es in der Diskussion um „naheliegende" Wege der Milderung des Mangels an Pflegekräften zu berücksichtigen. Ausländische Pflegefachkräfte können nur eingeworben und langfristig beschäftigt werden, wenn auch ihnen angemessene Arbeits- und Lebensbedingungen geboten werden. Ausländische angelernte und ungelernte Kräfte in der Pflege stellen keine mindere, sondern in der Zeit der Eingewöhnung und des Einlebens in die Lebensbedingungen der Bundesrepublik Deutschland eher eine größere Herausforderung für ihre Arbeitgeber dar, soll qualifizierte Pflege gesichert werden. Theoretisch ist die große Zahl Arbeitsloser insbesondere in den östlichen Bundesländern, jedoch auch im Westen, ein Reservoir für die Anwerbung von Hilfspersonal ebenso wie für die Qualifikation zum Pflegefachpersonal. Wenn diese Ressource genutzt wird — und vielfache Anstrengungen und Initiativen gehen bereits in diese Richtung —, so bleibt doch zu bedenken, daß die Berufsverweildauern für diese Gruppe möglicherweise nicht größer sein werden als für die bisher Ausgebildeten und Beschäftigten. Insoweit entheben die Personalrekrutierungsstrategien, die angeführt wurden, nicht des Zwanges, den Verbleib einmal ausgebildeten und beschäftigten Personals in der Pflege attraktiver zu gestalten. Die Rückgewinnung von qualifiziertem ehemaligen Pflegepersonal für den Pflegeberuf wäre eine ergänzende Maßnahme.

Neues Selbstbewußtsein pflegerischer Berufe

Es gibt Indizien für ein neues Selbstbewußtsein der Pflegeberufe: Mitte 1991 wurde eine eigenständige Pflegegewerkschaft gegründet, 1992 soll der erste Gewerkschaftstag stattfinden. Ziel der neuen Gewerkschaft ist u. a. die Durchsetzung verbesserter Tarifverträge in der Alten- und Krankenpflege und eine Einwirkung auf die Arbeitsbedingungen. Inzwischen ist auch die Errichtung einer Pflegeberufskammer in der Diskussion. Sie wird verstanden als ein Instrument zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Berufsausübung, insbesondere auch im Hinblick auf die Durchsetzung angemessenerer Pflegequalitäten. Es hat sich im übrigen ein Verein zur Förderung der Pflegewissenschaft gegründet, die Durchsetzung der Pflegeforschung auch an den Universitäten ist ein laufender Prozeß. Unterstützt wird das Bemühen um einen eigenständigen Status des Pflegepersonals u. a. durch entsprechende Fachzeitschriften („Krankenpflege", „Heilberufe", „Altenpflege" und „Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe").

Diese Entwicklungen können dazu beitragen, die Pflegeberufe von ihrer im Zeitablauf entstandenen Orientierung in Richtung der Erbringung von Unterstützungsleistungen und Ergänzungsleistungen für den Arzt allmählich wieder zu lösen. Steht die Arbeitsausrichtung des Pflegepersonals im Krankenhaus im Vordergrund der Betrachtung, so verdeckt diese Wahrnehmung das Handeln des Pflegepersonals in den Heimen der Altenhilfe und in der ambulanten Betreuung weitgehend ohne den „Arbeitspartner Arzt" oder den „Vorgesetzten Arzt" und nicht selten ohne jede ärztliche Einflußnahme auf das Pflegegeschehen. Die Argumentation in Richtung eines in den Heimen der Altenhilfe verfügbaren und präsenten Arztes in den „Heimkonzepten der Zukunft" (DZA & KDA, 1991) ist der Aspekt der zur Diskussion gestellten Programmatik, der die stärkste Kritik aus der Praxis der Altenhilfe auf sich zieht, dies nicht zuletzt deswegen, weil das dort tätige Personal, inklusive Pflegepersonal, nicht nur eine Dominanz der Ärzte in diesem Bereich ablehnt, sondern weil es (u. E. fälschlicherweise) die Eigenständigkeit der Pflege ebenso wie des sozialen Leistungsbereiches betont. Langfristig, so kann man argumentieren, wird eine Anhebung des Status des Pflegepersonals ihm auch in diesen seitens der Ärzteschaft vernachlässigten Einsatzbereichen die Akzeptierung des Arztes als Partner und Arbeitskollegen erleichtern.

18.5 Erweiterte Perspektiven der Angehörigenarbeit

Es wurde bereits hervorgehoben, daß die Familie den mit Abstand größten Teil der Unterstützung erkrankter älterer Menschen leistet. Die Untersuchungen zur Situation pflegender Angehöriger belegen übereinstimmend die hohen physischen und psychischen Belastungen, die oftmals mit dieser Unterstützung einhergehen. Aus diesem Grunde wird immer wieder die Forderung nach institutionellen Hilfen für pflegende Angehörige erhoben („caring for the caregivers") (vgl. Bruder, 1988; Hörl, 1986; Lehr, 1985; Schultze-Jena, 1987).

Die heute bestehende Alternative zwischen Geld- und Sachleistungen ist nicht unproblematisch, da bei Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung eine fachlich fundierte Hilfe nicht immer gewährleistet ist. Möglicherweise wird durch eine Erweiterung des Angebotsspektrums ambulanter und teilstationärer Dienste sowie durch eine Koordinierung in Zukunft die Bereitschaft, Sachleistungen in Anspruch zu nehmen, erhöht.

Unter den derzeit geleisteten ambulanten Diensten stehen die Hilfen bei der Grund- und Behandlungspflege eindeutig im Vordergrund. Diese stellen zwar eine Hilfe dar, doch wird von den Angehörigen in Befragungen immer wieder auf die Notwendigkeit vermehrter psychologischer Unterstützung hingewiesen, die sich aus den mit der Pflege verbundenen zahlreichen psychischen Belastungen ergibt (vgl. Olbrich et al., in Vorbereitung; Schmitz-Scherzer, 1990). Des weiteren besteht bei Angehörigen psychisch erkrankter Menschen das Bedürfnis nach Aufklärung über das Krankheitsbild sowie über das richtige Verhalten gegenüber den Erkrankten (Grond, 1987 a; Kurz & Lauter, 1992).

Die Mitarbeiter der Sozialstationen sowie der anderen ambulanten Dienste können diese letztgenannten Aufgaben nicht im notwendigen Umfang erfüllen. Dies liegt zum einen an der fehlenden Finanzierungsgrundlage dieser Dienstleistungen, zum anderen an

den mangelnden personellen Ressourcen sowie an den häufig nicht ausreichenden Erfahrungen in der psychologischen Begleitung hochbelasteter Menschen. Darüber hinaus sind die Kenntnisse über psychische Störungen und Erkrankungen unzureichend. Bei einer Erweiterung des Aufgabengebietes der Mitarbeiter sowie bei einer verbesserten personellen Ausstattung der Dienste könnte viel für pflegende Angehörige getan werden. Dies käme auch der möglichst frühen Intervention bei bestehenden innerfamiliären Konflikten zugute, die durch die angespannte psychische und soziale Situation der Angehörigen und der erkrankten Familienmitglieder bedingt sind. Erkenntnisse, die bei der Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter Menschen gewonnen wurden (Kurz et al., 1987), belegen den hohen Wert einer psychologisch fundierten Angehörigenarbeit.

Eine engere Kooperation zwischen ambulanten Diensten und Hausärzten stellt eine weitere bedeutende Voraussetzung für die verbesserte institutionelle Unterstützung pflegender Angehöriger dar (Tews, 1992), da Hausärzte die Familien häufig seit vielen Jahren kennen und wichtige Informationen über die physische, psychische und soziale Situation der erkrankten Familienmitglieder und ihrer Angehörigen geben können. Überhaupt sollten sich die Hausärzte noch stärker als bisher die medizinische Betreuung pflegender Angehöriger (zu der auch die psychologische Beratung gehört) zur Aufgabe machen. Da viele pflegende Angehörige bereits selbst in einem höheren Alter stehen, besteht bei ihnen die Gefahr eigener gesundheitlicher Belastung, die möglicherweise wegen der Konzentration auf die Situation des erkrankten Familienmitglieds übersehen wird. Zudem verursacht die mit der Pflege verbundene körperliche Belastung weitere gesundheitliche Risiken. Die kontinuierliche hausärztliche Betreuung ist auch unter präventiven Aspekten zu sehen, da sie der Entstehung von Erkrankungen vorbeugen kann oder bereits aufgetretene Erkrankungen frühzeitig erkennen und lindern hilft.

Zur ambulanten Unterstützung pflegender Angehöriger gehören auch die Hilfen bei der Haushaltsführung (vgl. Kapitel 15, Bauer-Söllner, 1992). Auf diese Hilfen sind vor allem jene pflegenden Angehörigen angewiesen, die aufgrund eigener gesundheitlicher Belastungen oder intensiver Pflege nur über begrenzte Ressourcen für die Ausübung von Tätigkeiten im Haushalt verfügen. Je nach Krankheitsbild hat die Pflege erhebliche Rückwirkungen auf Art und Umfang der hauswirtschaftlichen Versorgung und deren Organisation.

Die Einrichtung von Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige wird in letzter Zeit intensiv diskutiert (vgl. Hedtke-Becker, 1990; Schultze-Jena, 1987). In diesen Gruppen besteht die Möglichkeit, psychische Unterstützung durch andere zu finden sowie die bei der Pflege erkrankter Familienmitglieder gewonnenen Erfahrungen auszutauschen. Allerdings ist es notwendig, daß diese Selbsthilfegruppen von fachkundigen Mitarbeitern/innen ambulanter oder stationärer Einrichtungen begleitet werden. Dadurch ist eher die wirkliche psychologische Unterstützung der Angehörigen sichergestellt.

Die ambulanten Dienste sind durch teilstationäre Dienste zu ergänzen. Hier ist vor allem die Möglichkeit der Tages- oder Kurzzeitpflege zu nennen (vgl. Großjohann, 1989; Häberle, 1987b). Durch diese Angebote wird nicht nur zur besseren Betreuung und zu größerer physischer, psychischer und sozialer Aktivierung erkrankter Menschen beigetragen, sondern auch zur psychischen und zeitlichen Entlastung pflegender Angehöriger. Letztere weisen in Befragungen darauf hin, daß sie diese Dienste nutzen würden, wenn vor Ort Angebote bestünden und die mit ihrer Nutzung verbundenen Kosten geringer wären.

In der Bundesrepublik Deutschland sind bislang relativ wenige geriatrische und psychogeriatrische Tageskliniken geschaffen worden. Deren Bedeutung für die Rehabilitation körperlich oder psychisch erkrankter Patienten ist, wie die in den bestehenden Tageskliniken gewonnenen Erfahrungen eindrucksvoll belegen, als sehr hoch einzustufen (vgl. Kapitel 9). Die in den Kliniken entwickelten Rehabilitationsansätze kommen auch pflegenden Angehörigen zugute. Denn Mitarbeiter/innen dieser Einrichtungen können über die vorliegenden Erkrankungen sowie über die geplanten Rehabilitationsschritte aufklären sowie Angehörige dabei beraten, in welcher Weise sie durch ihr eigenes Verhalten zur Aufrechterhaltung und Erweiterung der Rehabilitationsangebote beitragen.

Erweiterte Perspektiven der Angehörigenarbeit beschränken sich nicht allein auf den ambulanten Bereich, sondern sie sind auch für den stationären Bereich wichtig. Schon seit mehreren Jahren wird von einzelnen Autoren auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Angehörigen stärker in die stationäre Altenarbeit einzubeziehen. Hier stellen sich zwei Aufgaben: (1.) Angehörige sollten beim Entscheidungsprozeß, ob der ältere Mensch in eine stationäre Einrichtung zieht oder nicht und in welche Einrichtung er zieht, noch stärker beteiligt werden. An den Vorgesprächen mit Mitarbeitern einer Einrichtung sollten die nächsten Angehörigen — sofern der ältere Mensch und sie dies wünschen — teilnehmen. (2.) Angehörige sollten motiviert werden, die Angebote der stationären Einrichtung zu nutzen, sich stärker im Heim zu engagieren und die Kontakte zum Heimbewohner aufrechtzuerhalten. Durch die besondere Ansprache der Angehörigen können psychologische Barrieren abgebaut werden; dadurch wird das Interesse an Kontakten zum Heim gefördert. Eine von Kühnert (1991) durchgeführte Untersuchung belegt eindrucksvoll, wie durch stärkere Teilnahme der Angehörigen die Zufriedenheit der Bewohner mit ihrer Lebenssituation sowie mit der Situation im Heim positiv beeinflußt werden kann.

18.6 Zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenhilfe

Ausbildung

In den verschiedenen Arbeitsfeldern der ambulanten und stationären Altenhilfe ist eine Vielzahl von Berufsgruppen an der Unterstützung und Versorgung alter Menschen beteiligt. Dazu gehören neben Berufen im Gesundheitswesen (Ärzte, Krankenschwester/

Krankenpfleger, Diätassistenten), sozialpflegerische (Dorfhelfer, Haus- und Familienpflege, Sozialarbeiter), hauswirtschaftliche (Fachhauswirtschaft für ältere Menschen) und therapeutisch-rehabilitative (Krankengymnastik, Logopädie) Berufe. Darunter befinden sich auch Berufe ohne staatlich anerkannte Qualifikation [Heimleiter, hauswirtschaftliche Alten-(pflege)helfer].

Erfahrungen der Praxis zeigen, daß die verschiedenen Berufsgruppen bisher nicht ausreichend über gerontologisches und psychogeriatrisches Fachwissen verfügen und entsprechende Inhalte nicht genügend in den Ausbildungen berücksichtigt sind. Die Tatsache, daß nahezu alle oben genannten Berufe nicht ausschließlich auf die Zielgruppe alte Menschen Bezug nehmen und es bislang nicht für alle Standards für Aus-, Fort- und Weiterbildung gibt, erschweren Aussagen über die Eignung solcher Berufsgruppen für den speziellen Einsatz in der Altenhilfe.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich deshalb ausschließlich auf jene Berufsgruppe, deren Ausbildung ganz auf den alten Menschen ausgerichtet ist. So bezeichnet die Bundesanstalt für Arbeit den Beruf Altenpfleger/Altenpflegerin als den einzigen, „der die Gesamtsituation der alten Menschen mit ihren sozialen, menschlichen und gesundheitlichen Problemen schon in seiner Ausbildung erfaßt" (Bundesanstalt für Arbeit, 1985). Der Altenpflegeberuf konzentriert sich damit nicht nur auf die physische Lebenssituation Älterer, sondern bezieht die psychische und soziale Lebenssituation des alten Menschen genauso ein wie seine biographische Identität, seine vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen sowie Einschränkungen und Probleme (vgl. Falk & Jüttner, 1991).

Die umfassende Ausrichtung des Berufes Altenpfleger auf das Ziel, die Gesundheit des alten Menschen zu fördern, zu erhalten bzw. (wenn möglich) wiederzugewinnen und Auszubildende in diesem Beruf anzuleiten, vereinigt sowohl pflegerisch-therapeutische als auch sozialpädagogische Elemente. So ist der Beruf zwischen Berufen des Gesundheits-und Sozialwesens angesiedelt.

Das Berufsbild wurde erst Ende der 50er Jahre geschaffen, um insbesondere Frauen nach der Familienphase oder „Zweitberufler" für die Versorgung alter Menschen in Heimen zu gewinnen. Auch heute noch kommen 45 % der Auszubildenden aus diesen Bereichen (KDA, 8/1989).

Eine Kurzausbildung von sechs Monaten stand 1958 am Anfang der Entwicklung der Altenpflegeausbildung. Die ersten Ausbildungsordnungen der Bundesländer Ende der 60er Jahre gingen von einer zweijährigen Ausbildung aus, inklusive eines für das Anerkennungspraktikum reservierten Jahres.

Die ersten dreijährigen Ausbildungsgänge wurden Ende der 80er Jahre eingeführt, ein zwölfmonatiges Berufspraktikum ist dabei in den Ausbildungsablauf integriert. Obwohl bereits die zweijährige Ausbildung anspruchsvoll war und eine hohe Stundenzahl umfaßte, gelang es erst in den Tarifauseinandersetzungen von 1989, die Entlohnung der Altenpfleger/innen an die bisher höhere Einstufung der examinierten Krankenschwester/Krankenpfleger anzugleichen.

Die Schulgeldfreiheit wurde ebenfalls erst Ende der 80er Jahre eingeführt und gilt heute uneingeschränkt. Hamburg, mit seinem dualen Ausbildungssystem in der Altenpflege, kannte bereits seit längerem eine Ausbildungsvergütung. Baden-Württemberg war 1988 das zweite Bundesland, das eine Ausbildungsvergütung einführte (Hessen und Nordrhein-Westfalen haben inzwischen nachgezogen), wie sie für die Krankenpflege tariflich vereinbart ist (DZA, 1989a).

Die Altenpflegeausbildung ist länderrechtlich geregelt. Zur gegenseitigen Anerkennung der Ausbildung in den jeweils anderen Bundesländern gelten die Mitte der 80er Jahre getroffenen Rahmenvereinbarungen der Kultus- und Sozialministerkonferenzen (DZA, 1989a).

Eine über diesen Minimalkonsens hinausgehende bundeseinheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung — ein Altenpflegegesetz, das u. a. eine dreijährige Ausbildungszeit, Schulgeldfreiheit und eine Ausbildungsvergütung vorsieht, konnte bisher noch nicht die parlamentarischen Gremien passieren. (Das wiederholte Scheitern ist auf den Widerstand des Bundeslandes Bayern zurückzuführen, das auf der Länderhoheit bei der Regelung der Altenpflegeausbildung beharrt.) Angesichts sinkender Schülerzahlen bei einem gleichzeitig steigenden Bedarf an qualifizierten Pflegekräften wird ein solches Gesetz immer dringender gefordert. Ein Altenpflegegesetz zur Regelung der Altenpflege-Ausbildung wäre zudem ein wichtiger Beitrag, um dem Berufsbild mehr Konturen zu geben und die Attraktivität des Altenpflegeberufes zu fördern.

In der aktuellen Diskussion um die Notwendigkeit eines Altenpflegegesetzes und dessen Ausrichtung wird aus verschiedenen Perspektiven der Versuch unternommen, Lösungen für zwei drängende Probleme in der Altenhilfe zu finden: dem quantitativen und dem qualitativen Problem (vgl. Meifort, 1992). In quantitativer Hinsicht geht es um die Frage, wie in einem möglichst kurzen Zeitraum eine möglichst große Zahl an qualifiziertem Personal ausgebildet werden kann. Das qualitative Problem besteht darin, sowohl die Ausbildung als auch die berufliche Tätigkeit so zu gestalten, daß das Pflegepersonal den Belastungen des Berufes begegnen kann sowie befähigt ist, Arbeitsprozesse zufriedenstellend zu gestalten, entsprechend den Bedürfnissen der Klienten und den eigenen.

Zu jedem Problemkreis liegen verschiedene Strategien, die zu einer Lösung beitragen sollen, vor. So werden im Zusammenhang mit dem quantitativen Problem die Altenpflegehelferinnen-Ausbildung sowie eine Verkürzung der Ausbildungsdauer durch Anrechnung von Pflegezeiten in der Familie vorgeschlagen (vgl. Entwurf der Koalition für ein Altenpflegegesetz). Beide Vorschläge sind problematisch, sie leisten der Vorstellung von Pflege als „Jederfraufähigkeit" Vorschub, für die keine besonders hohe Qualifikation benötigt wird. Sie tragen somit weniger zu größerer Attraktivität der Berufsausbildung als

vielmehr zu einer Deprofessionalisierung des Pflegeberufes bei. Die Anrechnung von Pflegezeiten in der Familie deutet zudem eine unzulässige Gleichsetzung von privaten, freiwilligen Hilfen mit beruflichen Standards an. Die vorgesehene Helfer/innenqualifikation — den Altenpflegehelfer/innen soll in der beruflichen Tätigkeit weitgehend die Grundpflege zugewiesen werden — schafft eine fachlich nicht haltbare Hierarchisierung zwischen Grund- und Behandlungspflege.

Beide in der Diskussion befindlichen Lösungsvorschläge greifen zu kurz, da sie zwar eventuell den Berufseinstieg erleichtern, jedoch insgesamt dem Berufsbild Altenpfleger eher schaden. Weiter gedacht werden müssen statt dessen Ansätze zu einem flexibleren Ausbildungskonzept, das beispielsweise stufenweise an eine Vollausbildung heranführt und Pausen zwischen den einzelnen Abschnitten ermöglicht (vgl. Meifort, 1991 a) sowie Alternativen, sei es durch Weiterbildung, Umschulung oder Seiteneinstieg, offen läßt.

Zur Lösung der qualitativen Problemlage, wie über die Ausbildung Pflegekräfte entsprechend den Belastungen des Berufes qualifiziert werden können und somit die Verweildauer im Beruf Altenpfleger steigt, werden zwei Ansätze diskutiert: Die Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sowie die Veränderung der Ausbildungsinhalte mit dem Ziel, damit die Passung zwischen Ausbildung und Berufsrealität zu steigern (vgl. Meifort & Paulini, 1984).

Formale Zugangsvoraussetzungen (z. B. Mindestalter, schulische Zugangsvorschriften) haben bis heute nicht zu einer deutlichen Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe beitragen können. Darüber hinaus muß gefragt werden, ob es bei dem bestehenden Personal-Nachwuchsnotstand sinnvoll ist, den Zugang zur Ausbildung zu erschweren. Eine verbesserte Vergütung, die den Belastungen des Berufes Rechnung trägt, Mindestanforderungen an die Qualifikation des Lehrerpersonals an den Altenpflegeschulen, verbesserte Qualifikation und Freistellung der Praxisanleiter und Mentoren sowie die Festschreibung von Curricula sind demgegenüber formale Aspekte, von denen zu erwarten ist, daß sie zu einer Aufwertung des Berufsbildes beitragen.

Eine Frage, die in der Diskussion um die Altenpflegeausbildung einen wichtigen Stellenwert einnimmt, ist die Frage nach der Passung von Ausbildungsinhalten und Berufsrealität. Diese Passung hat unter hochkomplexen Bedingungen zu erfolgen, die sich aktuell in vielen Aspekten widersprechen. Einige seien im folgenden genannt:

— Eine hohe Berufsmotivation bei den Auszubildenden steht einem frühen Berufsausstieg und einer hohen Fluktuation gegenüber (Brandt, Dennebaum & Rückert, 1987; Mahnkopf, 1992).

— Die vorhandenen Rahmenbedingungen der Altenhilfeeinrichtungen können den weitgefächerten Bedürfnislagen der heterogenen Gruppe alter Menschen bislang nicht gerecht werden. Die Zunahme der Hochbetagten, der steigende Anteil chronisch kranker sowie psychogeriatrischer Patienten stellen einen veränderten Hilfs- und Pflegebedarf dar.

— Die Angebotsformen der Altenhilfe differenzieren sich zunehmend aus, das heißt, Altenpfleger müssen befähigt sein, Aufgaben in der offenen, ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe zu erfüllen.

— Die Ausbildung zielt schwerpunktmäßig auf eine Tätigkeit im stationären Bereich — die hauswirtschaftliche Versorgung Älterer ist deshalb nur begrenzt Bestandteil der Ausbildung, eine Tatsache, die sich auf die ambulante Versorgung negativ auswirken kann (Bauer-Söllner, 1992; Meifort, 1991 b).

Es ist unstrittig, daß die Ausbildungsinhalte entsprechend der sich verändernden Klientenstruktur der stationären und ambulanten Einrichtungen verändert werden müssen. Gefordert wird im medizinisch-pflegerischen Bereich eine Verstärkung der Inhalte aus der Behandlungspflege und Krankenbeobachtung. Aber auch eine stärkere Berücksichtigung rehabilitativ-therapeutischer, psychogeriatrischer, psychosozialer sowie hauswirtschaftlicher Inhalte ist unerläßlich. Mit dem Einlösen dieser Forderungen wäre zwar eine bessere Passung von Ausbildung und Berufspraxis erreicht, es drängt sich jedoch sofort die Frage auf, ob ein derart umfangreicher Katalog im Zeitraum einer dreijährigen Ausbildungszeit überhaupt geleistet werden kann und soll.

Eine Alternative zur dreijährigen Ausbildung könnte die generelle Neuordnung aller Pflegeberufe sein, die eine gemeinsame inhaltliche Grundausbildung mit anschließender zielgruppenspezifischer Fachbildung vorsieht, wie sie vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) zu Beginn der 80er Jahre vorgeschlagen wurde und derzeit erneut diskutiert wird.

Altenpflegeausbildung in den neuen Bundesländern

In der ehemaligen DDR gab es den Beruf Altenpfleger/Altenpflegerin nicht, nur vereinzelt boten kirchliche Träger eine Altenpflegeausbildung an, deren Absolventen jedoch gegenüber Krankenschwestern/Krankenpflegern erhebliche Nachteile in Kauf nehmen mußten. Die fehlende, aber immer wieder angekündigte, bundeseinheitliche Ausbildungsordnung hat deshalb in den neuen Bundesländern zu einer großen Unsicherheit beigetragen. Es existieren derzeit etwa 100 Ausbildungsangebote, die sich an unterschiedlichen Ausbildungsrichtlinien orientieren und nicht immer staatlich anerkannt sind. Sächsische Schulen haben beispielsweise die Rahmenlehrpläne des Landes Baden-Württemberg übernommen, Sachsen-Anhalt greift auf die Richtlinien aus Nordrhein-Westfalen zurück, dort kann jedoch wegen fehlender gesetzlicher Regelungen im Land nur eine vorläufige staatliche Anerkennung gewährt werden (KDA, 1992).

Zur Qualifikation der Ausbilder

Eine wesentliche Größe bei der Qualifikation von Auszubildenden ist die Qualität der Ausbilder sowohl

für den theoretischen als auch den praktischen Unterricht. Finanzierungsengpässe bei den vielfach kleinen Altenpflegeschulen führen zum Problem der nicht-adäquaten Ausstattung mit qualifizierten Lehrkräften (Schmitz-Scherzer et al., 1992). Die meisten Schulen arbeiten mit einer großen Zahl nebenamtlicher Dozenten, für die Qualifikationsanforderungen keinesfalls hinreichend geregelt sind. Ähnliches gilt für die praktische Ausbildung. Der deutliche Anstieg der Weiterbildungsangebote zur „Praxisanleitung in der Altenpflege" (vgl. Kapitel 18.6.2) weist zwar darauf hin, daß vermehrt auch der praktischen Ausbildung Bedeutung zukommt. Zu bemängeln ist jedoch,

— daß es keine verbindlichen Qualifikationsanforderungen an die Praxisanleiter gibt,

— daß die Weiterbildungsangebote je nach Anbieter in der zeitlichen Dauer (und damit vermutlich auch in ihren Inhalten) erheblich voneinander abweichen und

— daß Praxisanleitung, durch die fehlende Teilfreistellung der Anleiter in den praktischen Ausbildungsstätten weiterhin eine „Nebensache" bleiben muß.

Den veränderten Anforderungen der Altenhilfe (beispielsweise ein sich zunehmend ausdifferenzierendes Klientel; eine breitere Aufgabenstellung, die Prävention genauso umfaßt wie rehabilitative Maßnahmen und eine Veränderung in den Anforderungen an die beteiligten Berufsgruppen) muß ein entsprechendes Fort- und Weiterbildungsangebot gegenüberstehen, welches den unterschiedlichen Mitarbeitergruppen ermöglicht, fachliche Defizite auszugleichen und sich beruflich weiterzuqualifizieren.

Fort- und Weiterbildung in der Altenhilfe

Bisherige Studien zur Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Altenarbeit stammen überwiegend aus den 80er Jahren und entstanden auf der Grundlage des Informationsdienstes beim DZA (Donicht-Fluck, 1988; Pallenberg, 1980; Schmidt, 1989). Eine Analyse des damit erfaßbaren Angebotsspektrums zeigt, daß sich die Angebote in einem Zeitraum von ungefähr zehn Jahren vervierfacht haben, mit mehr als 800 Angeboten im Jahr 1988. Eine qualitative Bewertung der aktuellen Fort- und Weiterbildungssituation vorzunehmen, ist äußerst schwierig, da Kriterien zur Einschätzung und Beurteilung der Qualität von Angeboten bislang nicht formuliert sind, abgesehen von einer allgemeinen „Checkliste" zur Qualität beruflicher Weiterbildung, die erst vor kurzem vom Bundesinstitut für Berufsbildung entwickelt wurde (BIBB, 1991).

Die quantitative Erfassung des Angebotsspektrums, so wie sie derzeit von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie vorgenommen wird (Koch & Kühnert, 1992), ermöglicht eine detaillierte Abbildung der Trägerlandschaft und einen profunden Einblick in die Struktur und Themenschwerpunkte der Angebote. Darüber hinaus liefert sie Informationen über die Zielgruppen, die Veranstaltungsformen sowie die regionale Verteilung im ehemaligen Bundesgebiet. Die Analyse unterscheidet Angebote der Fortbildung von denen der Weiterbildung.

Fortbildungsangebote sind kurzfristige Veranstaltungen, die die Möglichkeit bieten, berufsspezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen zu erläutern, zu vertiefen und zu erweitern. Unter Weiterbildung werden längerfristige Veranstaltungen zusammengefaßt, die in der Regel mit einem qualifizierten Abschluß enden und zu einer veränderten Berufsbezeichnung führen können (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DVÖPF), 1980).

Die Analyse von Koch & Kühnert (1992) weist für das Jahr 1990 insgesamt 1 707 Fort- und Weiterbildungsangebote durch öffentliche und nicht-öffentliche Träger nach. Zu den öffentlichen Trägern zählen Einrichtungen des Bundes, des Landes, der Kommunen oder Kreise, zu den nicht-öffentlichen gehören die kommerziellen Träger (private Institute) und die freien Träger [Diakonie, Caritas, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV), Arbeiterwohlfahrt (AWO), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Bildungswerke der Berufsverbände und Gewerkschaften]. Dabei wurden im Jahr 1990 von den freien Trägern mehr als 90 % der Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen angeboten. 71 % aller Angebote wurden allein von den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrt gemacht. Die öffentlichen und kommerziellen Träger spielen als Anbieter eine untergeordnete Rolle (7 %). Für das Jahr 1991 sah das Verhältnis ähnlich aus (Koch & Kühnert, 1992).

67 % aller Angebote werden als mehrtägige Seminare und 16 % als eintägige Veranstaltungen angeboten. Seltener sind Blockseminare, Fachtagungen (je 5 %) und Kursreihen (4 %) sowie beratende und mobile Fortbildung (je 1 %).

53 % der Veranstaltungen richteten sich an Mitarbeiter/innen allgemein, 22 % an Leitungskräfte und 9 % speziell an examinierte Pflegekräfte. An Verwaltungskräfte adressiert waren 4 % der Angebote, je 3 % an nicht-examinierte Pflegekräfte und Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, 2 % an Hauswirtschaftler/innen, Übungsleiter/innen und Lehrkräfte, wobei Mehrfachnennungen möglich sind (Koch & Kühnert, 1992). Der hohe Anteil von Veranstaltungen, die nicht auf einen speziellen Teilnehmerkreis zugeschnitten sind, ermöglichten einerseits unterschiedlich qualifizierten Kräften die Teilnahme und den Informationsaustausch, andererseits können zu allgemein gehaltene Veranstaltungsankündigungen dazu führen, daß sich nur wenige wirklich angesprochen fühlen.

Für die neuen Bundesländer können keine Angaben zu Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen gemacht werden. Der Schwerpunkt innerhalb der Qualifizierungsmaßnahmen liegt in den neuen Bundesländern im Bereich der Ausbildung. Die Auseinandersetzung mit neuen Ausbildungsgängen und die zahlreichen Angebote zur Umschulung von Personen anderer Berufsgruppen lassen die Fort- und Weiterbildung zur Zeit in den Hintergrund treten.

Zur Weiterbildung

Für 1990 liegen 221 Weiterbildungsangebote vor (Koch & Kühnert, 1992). Davon sind 45 % Angebote zur Funktions-Weiterbildung, 32 % Angebote der Fach-Weiterbildung, 8 % einzelne Maßnahmen zur Heimleiterqualifizierung und 6 % zur Schulung von Unterrichtskräften für die Ausbildung von Altenpflegeschülern sowie einige sonstige Angebote (9 %), die auf die Vermittlung grundlegender Kenntnisse für nicht-examinierte Pflegekräfte im ambulanten Bereich abzielen.

Tabelle 33

Art und Zahl der Weiterbildungsangebote (n = 221 für 1990)

Art	%	(absolut)
Praxisanleitung	*13*	(29)
Gruppenleitung	*13*	(28)
Stationsleitung	*10*	(22)
Pflegedienstleitung	*5*	(11)
Management	*2*	(5)
Leitung von Sozialstationen	*2*	(5)
Sozialpflegerischer Dienst	*<1*	(2)
Funktions-Weiterbildung insgesamt	*46*	(102)
Hauswirtschaft	*12*	(26)
Gerontopsychiatrie	*11*	(24)
Altentherapeut	*6*	(13)
Gemeindepflege	*3*	(6)
Geriatrie	*<1*	(2)
Fach-Weiterbildung insgesamt	*32*	(71)
Heimleiter-Qualifizierung	*6*	(16)
Unterrichtskräfte	*5*	(12)
Sonstige	*10*	(20)
insgesamt	*100*	(221)

Quelle: Koch & Kühnert, 1992

Funktions-Weiterbildung umfaßt alle Weiterbildungsangebote, die zur Ausübung von Leitungsfunktionen in der Altenpflege befähigen. Dazu gehörte die Weiterbildung zur Praxisanleitung (13 %), zur Gruppen- und Stationsleitung (23 %), zur Pflegedienstleitung (5 %) und zur Leitung von Sozialstationen, zum Management sowie zum Sozialpflegerischen Dienst (5 %). Der Praxisanleitung kommt eine Schlüsselrolle zu, da durch den zunehmenden Ausbau dieses Funktionsbereichs eine Verbesserung der Ausbildungsqualität erzielt werden kann und sich somit langfristig die Pflegequalität in den Einrichtungen der Altenhilfe erhöht (Koch & Kühnert, 1992).

Die Fach-Weiterbildung umfaßt Angebote, die für neue Aufgaben qualifizieren. Dazu gehörten die Bereiche Hauswirtschaft (12 %), Gerontopsychiatrie (11 %), Altentherapeut (6 %), Gemeindepflege (3 %) und Geriatrie (1 %). Die Weiterbildung zum Altentherapeuten wird dabei fast ausschließlich von einem einzigen kommerziellen Träger angeboten und ist erst seit kurzer Zeit in den Angebotskatalogen zu finden. Schmidt (1989) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die Bezeichnung „Altentherapeut" fälschlicherweise Einheitlichkeit suggeriert, wo ein eher unklares Konglomerat unterschiedlicher Zielsetzungen, Inhalte und Adressaten ein deutliches Profil hinter der Bezeichnung vermissen läßt.

Funktions-Weiterbildungen sind häufiger als Fach-Weiterbildungen. Dies hängt wahrscheinlich mit der langen Dauer von Fach-Weiterbildungen zusammen, die berufsbegleitend oder in Vollzeit mindestens ein bis zwei Jahre dauern. Zwar ist auffallend, daß in früheren Erhebungen der Weiterbildungslehrgang „Fachhauswirtschafter für ältere Menschen" noch nicht aufgetaucht ist und damit nun Hauswirtschaftskräfte für eine Tätigkeit in ambulanten Einrichtungen zur Versorgung älterer Menschen gewonnen werden sollen, doch wird generell sichtbar, daß „das derzeitige Angebot an Qualifizierungsmaßnahmen den zu beobachtenden Veränderungen und Entwicklungen der Altenhilfe nicht gerecht wird" (Koch & Kühnert, 1992, S. 26). Denn dann müßte sich das Primat ambulanter vor stationärer Versorgung deutlicher in der Zahl der Weiterbildungsangebote niederschlagen.

Weiterbildungsmaßnahmen werden nahezu ausschließlich von freien Trägern angeboten. Hervorzuheben ist dabei der relativ hohe Anteil von Weiterbildungsmaßnahmen gewerkschaftlicher Träger, die insbesondere Funktions-Weiterbildung anbieten (vgl. Tabelle 34).

Eine vergleichbare Tendenz findet sich für 1991 (bei unterschiedlicher Kategorisierung). Aus 145 Weiterbildungsangeboten (Maier & Oswald, 1992) läßt sich

Tabelle 34

Zahl der Weiterbildungsangebote und deren Träger (n = 221 für 1990)

Träger	%	(absolut)
Diakonisches Werk	*27*	(60)
DPWV	*14*	(31)
Gewerkschaftliche Bildungswerke	*13*	(28)
Arbeiterwohlfahrt	*12*	(27)
Caritas	*10*	(23)
Bildungswerke der Berufsverbände	*1*	(3)
DRK	*< 1*	(2)
Sonstige	*16*	(35)
freie Träger insgesamt	*95*	(209)
öffentliche Träger	*0*	(0)
kommerzielle Träger	*5*	(12)
insgesamt	*100*	(221)

Quelle: Koch & Kühnert. 1992

die oben genannte inhaltliche Rangfolge bestätigen und außerdem feststellen, daß Weiterbildungsmaßnahmen größtenteils berufsbegleitend stattfinden und mehrheitlich auf Mitarbeiter der mittleren Leitungsebene (Stationsleitungen, Leitungen von Wohn- und Pflegegruppen) ausgerichtet sind (vgl. ausführlich Tabelle 10 im Anhang).

Zur Fortbildung

Die zugrundeliegende Analyse der FFG für das Jahr 1990 gliedert 1 486 Fortbildungsangebote (= 100 %) in sieben thematische Subkategorien. Die Autorinnen unterscheiden Angebote zum institutionellen Bereich (26 %) (z. B.: Management, Verwaltung, Hauswirtschaft), zum pflegerischen Bereich (24 %) (z. B.: Alten-, Krankenpflege, Gerontopsychiatrie, Geriatrie), zum psycho-sozialen Bereich (16 %) (z. B.: Psychohygiene, Kommunikation, Angehörigenarbeit, Sterben und Tod), zum sozialgerontologischen Bereich (11 %) (z. B.: Arbeit mit Älteren, Alternspsychologie), zum präventiven und rehabilitativen Bereich (10 %) (z. B.: Freizeitgestaltung, Therapie, Gesunderhaltung), zum öffentlichen Bereich (8 %) (z. B.: Altenpolitik, Öffentlichkeitsarbeit) und zum berufskundlichen Bereich (6 %) (z. B.: Rechts-, Berufskunde). Nahezu ein Viertel der Fortbildungsveranstaltungen ist dem pflegerischen Bereich zugeordnet, wobei an erster Stelle die Alten- und Krankenpflege steht. Veranstaltungen zur Pflegeplanung und -dokumentation, zur ambulanten Pflege und zur Pflege nach Bobath scheinen gegenwärtig von besonderem Interesse zu sein. In dieselbe Richtung weist eine bereits oben erwähnte Werbeträgeranalyse des Jahres 1991, die 1 422 Fortbildungsangebote einbezog (Maier & Oswald, 1992). Ein Vergleich beider Analysen über grundsätzliche Aussagen hinaus wäre nicht zulässig, da die Kategorisierungen nicht deckungsgleich sind (vgl. Tabelle 11 im Anhang). Die eindeutige inhaltliche Zuordnung einer Veranstaltung wird oft erschwert durch fehlende und/oder unpräzise Ausschreibungen.

Regionale Differenzierung

Vergleicht man das Angebot an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, aufgegliedert nach Bundesländern, so ergibt sich folgende Rangfolge: An erster Stelle stehen Baden-Württemberg (22 %) und Nordrhein-Westfalen (21 %), gefolgt von Hessen (14 %), Bayern (12 %), Niedersachsen (9 %) und Hamburg (7 %). Wenige Angebote gibt es in Rheinland-Pfalz (5 %), Bremen (5 %), Berlin (3 %) und Schleswig-Holstein (2 %) (Koch & Kühnert, 1992). In dieselbe Richtung weisen auch Ergebnisse von 1991 (Maier & Oswald, 1992). Die Position der Länder Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Hessen hängt auch damit zusammen, daß dort überregionale (private) Anbieter bzw. die Bundesvertretungen einiger Spitzenverbände ihren Sitz haben.

Die Fortschreibung einer solchen Analyse bzw. der Vergleich mit bereits vorliegenden Studien liefert Indikatoren für die Entwicklung von Inhalten der Fort- und Weiterbildung. Entwicklungstendenzen in der Fort- und Weiterbildung, wie der Ausbau von Seminaren zur Praxisanleitung oder praxisbegleitender Fortbildung und Supervision sowie die Entwicklung von neuen Berufsbildern (Fachpfleger Gerontopsychiatrie) können auf diese Weise beschrieben werden. Findet man bei Schmidt (1989) beispielsweise noch wenige Weiterbildungsangebote zur Praxisanleitung, so sprechen die Ergebnisse der FFG dafür, daß gerade diese Angebote wesentlich häufiger geworden sind. Im Bereich der Fortbildung gilt dies beispielsweise für Veranstaltungen zu den Themen Bobathkonzept, Desorientiertheit/Demenz, Angehörigenarbeit, aber auch Existenzgründung/Selbständigkeit und Naturheilkundliche Pflege. Allerdings ist bei quantitativen Analysen zu berücksichtigen, daß eine Diskrepanz zwischen erfaßten und angebotenen Veranstaltungen und zwischen den angebotenen und den tatsächlich durchgeführten Veranstaltungen besteht. Auch über die Teilnehmerzahl ist nichts bekannt. Die Angebote sind zudem kaum vergleichbar, da die Titel der Veranstaltungen nur wenig Informationen über die konkreten Inhalte liefern und keine Aussagen über Qualität der Angebote noch Qualifikation der Lehrkräfte und Referenten zulassen. Erst qualitative Analysen des Fort- und Weiterbildungsangebots und dessen Nutzung könnten gesicherte Aussagen u. a. zu inhaltlichen Defiziten, methodisch-didaktischen Problemen oder Transfereffekten von Qualifizierungsmaßnahmen erbringen.

Eine bisher ebenfalls noch unbekannte Größe von zentraler Bedeutung stellen Angaben über die Nachfrage und Nutzung von Fort- und Weiterbildung dar (Schmidt, 1989, S. 19). Eine rein quantitative Erweiterung und qualitative Anhebung des bestehenden Angebotes ist nicht ausreichend, wenn es darum geht, die Pflegequalität mittels Fort- und Weiterbildung zu verbessern. Es muß den Pflegenden darüber hinaus ermöglicht werden, an den Veranstaltungen teilzunehmen. In diesem Zusammenhang sind künftig die Bedingungsfaktoren und deren Größen zu ermitteln, die sich fördernd (Freistellung vom Dienst, Lohnersatz, Betreuungsmöglichkeiten für Kinder während der Seminare, Aufstiegsmöglichkeiten nach absolvierten Weiterbildungen, ausreichende Information über das Angebot durch die Arbeitgeber und Träger) oder hemmend (Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt, berufliche Mehrfachbelastungen durch die Arbeitsbedingungen, zu große Entfernung zwischen Wohnort und Bildungsinstitution, fehlende Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Anbieter untereinander) auf die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auswirken.

Anpassung der Verordnungen in der EG — Auswirkungen auf die Bundesrepublik Deutschland

Die Ausbildung zu sozialpflegerischen Berufen in Einrichtungen der Altenhilfe in Europa ist stark länderspezifisch und nicht vergleichbar. Harmonisierungsbemühungen und neuere Entwicklungen in bezug auf den Europäischen Binnenmarkt und die europäische Vereinigung beobachtet die Kultusministerkonferenz der Länder. Die Zuständigkeit des Bun-

desministeriums für Familie und Senioren ist aufgrund der Kulturhoheit der Länder und der konkurrierenden Gesetzgebung der einzelnen Bundesländer begrenzt (dies verzögert den Abschluß eines entsprechenden Gesetzes zur bundeseinheitlichen Regelung der Altenpflegeausbildung). Es liegen seitens der Kultusministerkonferenz allerdings bereits Empfehlungen zur Anerkennung von Studienleistungen und Berufsabschlüssen innerhalb Europas vor.

Die „Hochschuldiplom-Anerkennungsrichtlinie"

Die Richtlinie des Rates Nr. 89/48/EWG vom 21. Dezember 1988 über eine allgemeine Regelung zur Anerkennung der Hochschuldiplome, die eine mindestens dreijährige Berufsausbildung abschließen, trat am 4. Januar 1991 in Kraft. Im Gegensatz zu sogenannten „sektoriellen" Richtlinien, die nur für einen bestimmten Berufstand mit exakt definiertem Berufsbild gelten, ist dieser „globale" Ansatz der Anerkennung individuumsbezogen und soll die Ausübung der jeweiligen beruflichen Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat ermöglichen. Er erlaubt also eine Anerkennung unabhängig vom speziellen Berufsbild der Hochschulabsolventen.

Wesentliche Inhalte der Richtlinie: Sie ist allgemein und harmonisiert keine Ausbildungsbedingungen. Ausbildungsanforderungen bleiben der Kompetenz der Mitgliedstaaten überlassen. Die Regelungen des beruflichen Standesrechts in den Mitgliedstaaten bleiben unberührt. Sie richtet sich nur an vollqualifizierte Berufsangehörige, nicht an Personen, die noch in der Ausbildung sind. Ein Aufnahmestaat darf einem Angehörigen eines Mitgliedstaates den Zugang zu einer reglementierten beruflichen Tätigkeit (Tätigkeitsmonopol, Titelmonopol) nicht verweigern, wenn dieser das Hochschuldiplom besitzt, das im Herkunftsland für diesselbe berufliche Tätigkeit erforderlich ist. Ausnahmen und Ausgleichsmechanismen bei unterschiedlicher Dauer und unterschiedlichem Inhalt der Ausbildungen sind vorgesehen, beispielsweise der Nachweis von Berufserfahrung oder absolvierte Anpassungslehrgänge und Eignungsprüfungen.

Vorschlag für eine zweite Richtlinie

Im Sommer 1989 wurde der Vorschlag für eine ergänzende Richtlinie vorgelegt, die alle Befähigungsnachweise für reglementierte Berufe einschließt, die nicht unter die „Hochschuldiplom-Richtlinie" fallen. Dieser Richtlinienvorschlag ist Gegenstand der Diskussion im Ministerrat. Sie soll im Juli 1992 in Kraft treten. Sie wird im freiberuflichen Bereich vor allem für die gesetzlich geregelten, nicht-ärztlichen Heilberufe von Bedeutung sein.

Der Richtlinienvorschlag führt zwei weitere Niveaus neben dem bestehenden Ausbildungsniveau der „Hochschuldiplom-Richtlinie" (Abitur + mindestens dreijähriges Hochschulstudium) ein. Das zweite Niveau umfaßt sogenannte kurze Studiengänge (Abitur + ein- oder zweijähriges Hochschulstudium), die in der Bundesrepublik Deutschland nicht existieren (aber beispielsweise in Frankreich und Großbritannien). „Nach dem nunmehr vorgelegten, geänderten Vorschlag der Kommission fallen in das zweite Niveau auch die in einigen Mitgliedstaaten, insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland und Luxemburg, bestehenden Berufsausbildungen im Bereich der paramedizinischen Berufe sowie der Gesundheitshandwerke. Auch wenn es sich nach der Rechtsordnung dieser Mitgliedstaaten nicht um „Hochschul"-Ausbildungsgänge handelt, so ist doch das Niveau dieser kurzen Ausbildungen den kurzen Studiengängen vergleichbar. Für die paramedizinischen Berufe wird dabei verlangt, daß die Ausbildung an einer Berufsfachschule eine Dauer von mindestens drei Jahren hat oder aber von zwei Jahren mit anschließender einschlägiger Berufserfahrung in einer anerkannten Einrichtung (Berscheid & Kirschbaum, 1991). Das erste Niveau umfaßt alle Ausbildungsgänge, die nicht den vorher genannten Kriterien entsprechen.

19. Lebenslagen und Lebensformen im Alter

19.1 Einführung

Die in diesem Bericht vorgenommene Analyse der gesundheitlichen, psychischen und sozio-ökonomischen Situation alter Menschen in Deutschland hat immer wieder Hinweise auf mehr oder minder deutlich hervortretende gruppenspezifische und interindividuelle Unterschiede in deren Erleben und Verhalten erbracht. Die neuere Altersforschung zählt die Aufdeckung unterschiedlicher Alternsformen und der sie beeinflussenden Lebensbedingungen im Alter zu ihren wichtigsten Aufgaben.

Lebensbedingungen und Lebensformen im Alter umfassen sehr vielfältige Aspekte der objektiven Verhältnisse und subjektiven Wahrnehmungen, Leistungen und Handlungen der älter werdenden Menschen. Wenn diese in ihrem Zusammenhang gesehen werden, wird von „Lebenslage" gesprochen.

Sowohl die Gleichsetzung vom Alter mit einer allgemeinen, zwangsnotwendig eintretenden Mängellage wie die vorschnelle Verallgemeinerung von Beobachtungen über den Lebensstil der „Neuen Alten" auf die Befindlichkeit und das Verhalten älterer Menschen schlechthin sind wissenschaftlich unhaltbar. Gegenüber den „Defizit"modellen des Alterns sind die zahlreichen Belege auf die Alltagskompetenz eines weit überwiegenden Anteils der älteren Bevölkerung zu berücksichtigen, gegenüber den optimistischen Zukunftsvisionen der Promotoren der „Neuen Alten" beispielsweise die Lebenslagen „von älteren Lang-

frist-Arbeitslosen, gesundheitlich stark beeinträchtigten Früh-Invaliditätsrentnern, vielen älteren Frauen mit Einkommen auf existenz-minimalem Niveau oder gar von chronisch kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen" (Dieck & Naegele, 1989, S. 167). Das Herannahen der nachberuflichen Phase, der Eintritt in den Ruhestand und das Leben im Alter werden unterschiedlich erlebt, je nachdem ob Erwerbstätigkeit, Einkommen und Gesundheit, Wohnbedingungen und soziale Beziehungen stabil und gesichert oder gefährdet und unzulänglich sind. Die zu beobachtende relative Benachteiligung im Alter ist immer biographisch gestaltet und widersteht groben Verallgemeinerungen über das Alter.

Für die Altersgruppe der „jungen Alten" (55 bis 70 Jahre) wurden auf der Basis einer sozialwissenschaftlichen Erhebung bei 1 500 Frauen und Männern vier „Lebensstile" ermittelt, welche mit jeweils unterschiedlichen sozialen Lebenslagen korrespondieren. Danach werden immerhin 25 % der Befragten der Gruppe der „Neuen Alten" zugeordnet, welche die aus Medien bekannten aktiven und expansiven Verhaltensmuster aufweist. Die ökonomische Lage der dieser Gruppe Zugehörigen wird als „gutsituiert" beschrieben, akademische Berufe seien überdurchschnittlich häufig vertreten (Infratest et al., 1991, S. 86). Fast ein Drittel (31 %) wird als „pflichtbewußt — häusliche" ältere Menschen charakterisiert. In bescheidenem Wohlstand lebend seien für sie „Haus und Herd" Mittelpunkt. Vor allem Frauen und Bewohner von kleinen Landgemeinden gehörten zu dieser Gruppe. Fast so häufig (29 %) war ein Lebensstil der „Sicherheits- und Gemeinschaftsorientierung" anzutreffen, vor allem im „traditionellen Arbeitermilieu und im kleinbürgerlichen Milieu". Angst vor dem Verlust von Leistungsfähigkeit, vor möglichen materiellen Einschränkungen und fortschreitender Vereinsamung seien für Erleben und Verhalten dieser Gruppe bestimmend. Eine Kumulation von sozialen und materiellen Benachteiligungen sei schließlich für die Gruppe der „resignierten Älteren" kennzeichnend, die 15 % der befragten Stichprobe ausmachte.

Einer der ersten Kommentare zu dieser Studie verwies darauf, daß diese die etwa 6,7 Millionen umfassende Gruppe der über 70jährigen ausgespart habe, in der Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Einsamkeit und Armut viel stärker verbreitet seien (KDA-Info 1, 1991). Demgegenüber ist allerdings zu fragen, ob für die über Siebzigjährigen des Jahres 2000 die Lebensbedingungen und Lebensstile nicht besser sein könnten als für jene des Jahres 1990. Die Frage ergibt sich allein schon aus der Erfahrung, daß Sicherheitsorientierung, Angst vor Verlusten, aber auch Häuslichkeit und Gemeinschaftsbedürfnis mit den objektiven Bedingungen variieren, in denen Menschen leben. Eine Untersuchung an Stahlarbeitern hat beispielsweise deutlich gemacht, daß ein gefährdeter Gesundheitszustand und Einkommenseinbrüche durch die Pensionierung zu resignativ-pessimistischen Haltungen führen können (Amann, 1990).

Die Bedeutung politischer, ökonomischer und soziokultureller Einflußfaktoren sowie die unterschiedlichen Weisen ihrer Wahrnehmung und Verarbeitung — eben der Zusammenhang, der im Begriff der Lebenslage erfaßt werden soll — werden an der Situation älterer Menschen in den neuen Bundesländern erkennbar.

Deshalb wird im folgenden die Situation der älteren Generation in den neuen Bundesländern als erstes Beispiel für die Auswirkung bestimmter Lebensbedingungen auf Wohlbefinden und Verhalten im Alter erörtert.

Vorwiegend auf die alten Bundesländer beziehen sich die Ausgangsdaten für die Charakterisierung der Lebenslage „Armut im Alter" und ihrer sozialen und psychischen Anforderungen.

Das Zusammenwirken politischer, ökonomischer, kultureller und sozialpsychologischer Faktoren bei der Formung von Altersschicksalen wird an der Lebenslage älterer Ausländer dargestellt.

Die Interaktion, sei es angeborener, sei es vor der Altersphase erworbener physischer oder psychischer Behinderungen einerseits und sozialer, ökonomischer und physischer Konsequenzen dieser Behinderungen andererseits auf die Situation davon Betroffener im Alter soll wenigstens an einigen Formen solcher gesundheitlicher Beeinträchtigungen aufgewiesen werden.

Abschließend wird die Thematik auf der Basis der zahlreichen Unterschiede in den Chancen und Barrieren diskutiert, denen Frauen und Männern in ihrem Leben begegnen.

Die Vielfalt der Altersformen und ihrer physischen, sozialen und psychischen Hintergründe kann im vorliegenden Bericht nur beispielhaft aufgewiesen werden. Es ist jedoch zu hoffen, daß diese und andere im vorliegenden Bericht gegebenen Hinweise dazu helfen, die Oberflächlichkeit globaler Äußerungen über „den" alten Menschen offenzulegen.

19.2 Alte Menschen in den fünf neuen Bundesländern

Bei aller gegebenen Vielfalt von Lebenssituationen im Alter in der alten Bundesrepublik Deutschland und in den Regionen der ehemaligen DDR gibt es doch jeweils spezifische Bedingungen und Chancen der Lebensgestaltung, die beide Teile Deutschlands noch auf längere Zeit trennen. Die Restriktionen in der Teilhabe an den gesellschaftlichen, sozialen und ökonomischen Veränderungen, die in den neuen Bundesländern gegeben sind, erscheinen als so schwerwiegend, daß davon ausgegangen werden muß, sie prägten die Lebenslagen der betroffenen alten Menschen in erheblichem Maße.

Die folgenden Ausführungen stützen sich zum Teil auf repräsentativ erhobene empirische Daten, zum anderen auf Eindrücke und Berichte, u. a. aus den Medien.

Bei allen materiellen Einschränkungen und bei allem Repressionspotential des Staates DDR haben alte Menschen in der DDR ein hohes Maß an Sicherheit und gar Geborgenheit erlebt: Sicherheit hinsichtlich der Rahmenbedingungen, in denen sie sich bewegen konnten und die ihren materiellen Lebensstandard,

wenn auch auf überwiegend niedrigem Niveau, bestimmten, Geborgenheit vor dem Hintergrund des geltenden Konzeptes „komplexer Betreuung" der Bevölkerung und der daraufhin ausgerichteten Verpflichtung wichtiger gesellschaftlicher Gruppen.

Heute differenzieren sich die Einkommenshöhen im Alter aus, Vermögen in Form von Grundstücken und Häusern gewinnt an Wert, Nachbarschaften sowie Schulen und Betriebe sind nicht länger zur Altenbetreuung verpflichtet. Insoweit ergeben sich Chancen, aber auch Risiken und Unwägbarkeiten in deutlichem Bruch mit Lebensbedingungen der Vergangenheit. Damit gehen einher ein Erleben des Verfalls von Autorität in den Lebensumwelten alter Menschen im Osten (IfD Allensbach, 1991, S. 9) und eine größere Distanz zu der alten Bundesrepublik Deutschland (a.a.O., S. 16).

Sich vollziehende gesellschaftliche und wirtschaftliche Umbrüche in der ehemaligen DDR wirken auf das berichtete subjektive Wohlbefinden. Hohe Bewertungen erhalten Arbeit und Einkommen, also Bereiche, in denen die Entwicklungen im Vergleich zur alten Bundesrepublik Deutschland durchaus problemgeladen verlaufen. Hohe Unzufriedenheitswerte werden in den neuen Bundesländern für alle Altersgruppen ermittelt, darunter besonders ausgeprägt und negativ im Zeitablauf bei den 60jährigen und älteren. Ein Erklärungsansatz lautet: Die durchaus auch in der Bevölkerung der ehemaligen DDR vorhandene Tendenz zu höheren Zufriedensheitswerten bei den Älteren werde überlagert durch Beeinträchtigungen aufgrund von Verringerungen des sozialen Zusammenhalts und durch Sorgen um die eigene Einkommensentwicklung. Die sich ausprägende soziale Differenzierung und zugleich Polarisierung der Lebensbedingungen führe zu einem Bewußtwerden unterschiedlicher sozialer Lagen und der eigenen — möglicherweise benachteiligten — Position. Im Zeitablauf abnehmende Zufriedenheitswerte der Älteren in allen erfragten Lebens- und Erlebnisbereichen 1990 lassen vermuten, daß sich die alte Bevölkerung in einer Verliererposition sieht (Kretzschmar & Lindig, 1991 zum Untersuchungsansatz; Habich, Mäder, Krause & Priller, 1991). Allerdings sind diese „Zufriedenheits"werte längerfristig im Zusammenhang mit möglicherweise steigenden Aspirationsniveaus und verbesserten Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung zu sehen. Die genannte Positionsbeurteilung wird gespeist durch die Relation der eigenen Situation zu potentiellen Lebensstandards und Entfaltungsmöglichkeiten, wobei westliche Standards zum Vergleichsmaßstab dienen. Zugleich wendet sich der rigorose Bruch mit der DDR-Vergangenheit durch Gesellschaft und Politik gegen die Altersbevölkerung, die mit dieser Vergangenheit verbunden bleibt und für die die Nicht-Anerkennung von Werten und Leistungen früherer Jahre einen Verlust an eigener Lebenszeit bedeutet.

Veränderungen finden auch im familialen Bereich statt. Der gesellschaftliche Umbruch mit den ihn begleitenden Unsicherheiten schafft ein konfliktträchtigeres familiales Klima, die Distanz zwischen den Generationen — die bisher in der DDR nicht sehr ausgeprägt war — vergrößert sich (Allensbach, 1991, S. 20f.). Die zunehmende Mobilität der arbeitenden Bevölkerung (siehe die Zahlen der Pendler und derjenigen, die im Westen der Bundesrepublik Deutschland Arbeit suchen und dort einen Arbeitsplatz gefunden haben) und die Veränderungen in den Lebensumständen der jüngeren Generationen der Familien (Arbeitslosigkeit, insbesondere hohe Arbeitslosigkeit der Frauen) erzwingen schwierige Grundvoraussetzungen für das Zusammenleben innerhalb der Familien, die durchaus als Bruch empfunden werden können.

Die jetzt alte Generation in der Bevölkerung der ehemaligen DDR wird langfristig eine Anhebung ihres Lebensstandards im materiellen Bereich erleben. Auch wenn die Zukunftsentwicklung so beurteilt wird, bleibt doch für die Einzelperson die Frage, ob sie dies noch erleben wird. Aktive Beiträge zur Veränderung im Materiellen können die jetzt Alten kaum leisten, da sie immer früher und in ungewohnter Weise aus dem Erwerbsleben ausscheiden müssen und insoweit auch mangelnde Wertschätzung als Arbeitskraft erfahren. Erst allmählich wird von der älteren Generation unter den Alten realisiert, daß durch die Dynamisierung der Renten im Rentensystem der Bundesrepublik Deutschland ihre bisher bestehende relative Einkommensbenachteiligung ausgeglichen wird (während die DDR keine automatische Anpassung an die Lohnentwicklung kannte. Deshalb waren die älteren Jahrgänge, die früher Rente bezogen hatten, auf ein vergleichsweise niedrigeres Alterseinkommen festgelegt). Dennoch gibt es unter den Rentnern abgrenzbare Gruppen mit deutlichen Benachteiligungen. Die eigenständige Sicherung der Frauen durch ihre Erwerbstätigkeit sowie durch die Berücksichtigung typischer Lebensereignisse im Rentenrecht der DDR (Kindererziehungszeiten, Pflegezeiten, Ausgleich geringerer Zahl von Erwerbsjahren) wird im bundesrepublikanischen Rentenrecht und unter den neuen Arbeitsmarktbedingungen einer stärkeren Abhängigkeit der Frauen von abgeleiteten Rentenansprüchen weichen und zum Teil zu Schlechterstellungen führen. Die verbreiteten Mindesteinkommen des Rentenrechts der DDR sicherten bei stark subventionierten Lebenshaltungskosten inklusive Heimkosten ein Leben ohne formale Diskriminierung. Dies wird sich ändern, wenn die Mindestrenten der Übergangszeit von fünf Jahren an Bedeutung verlieren, die Pflegesätze in Heimen steigen, Gebühren für ambulante Dienste berechnet werden und somit ein wachsender Teil von alten Menschen in den fünf neuen Bundesländern von der bisher unbedeutenden Sozialhilfe abhängig wird. Die „soziale Gefährdung" durch Sozialhilfeabhängigkeit wird in der Bevölkerung der ehemaligen DDR noch stärker erlebt als in der alten Bundesrepublik Deutschland.

Im Falle der alten Menschen in den fünf neuen Bundesländern führen nicht primär die im Vergleich zu den Älteren im Westen bzw. im Vergleich zu den Jüngeren in der östlichen Bundesrepublik Deutschland anderen materiellen Lebensbedingungen zu der Ermittlung einer anderen, sehr spezifischen und problematischeren Lebenslage, sondern vielmehr subjektive Verarbeitungen der Umbruchsituation, Einstellungen zu den Veränderungen und Bewertungen der eigenen Situation. Es sind insbesondere die sub-

jektiven Komponenten, die ihre andere und im Durchschnitt niedrigere Lebensqualität bedingen.

19.3 Armut im Alter

Was Armut sei, wird heute vorsichtiger zu definieren und umschreiben versucht, als dies vor Jahren noch der Fall war. Gerade die wiederholten Einkommenserhebungen in Mitgliedsländern der Europäischen Gemeinschaft haben deutlich gemacht, mit welchen methodischen Schwierigkeiten die Abgrenzung von Armutsquotienten verbunden ist. So ist in den westlichen Industrieländern das Konzept der „absoluten Armut" — auf Menschen bezogen, die unterhalb des sie erhaltenden Existenzminimums leben — nicht länger relevant. Für die gesellschaftspolitische Diskussion von Bedeutung ist die „relative Armut", die sich als Kumulation von Unterversorgungsbereichen materieller, sozialer und psychischer Art definiert und die gemessen wird an dem Abstand der Armutspopulation und ihrer Ressourcen und Potentiale von einem gesellschaftlichen Durchschnitt bzw. einem Normbereich des Zumutbaren und Normalen. Armut wird erfahren als relative Benachteiligung (Deprivation) in der Verfügbarkeit finanzieller Mittel, in der sozialen Teilhabe am kulturellen Leben und in der aktiven Freizeitgestaltung. Armut verwehrt oder erschwert den Ausgleich psycho-sozialer Belastungen durch positive Erlebnisse, sie verändert Verhaltensweisen potentiell in Richtung von Lethargie, Selbstausgrenzung, Ablehnung der Umwelt. Menschen in Armut, die mit Verwaltungsstellen in Kontakt treten, deren Aufgabe es ist, bei der Gestaltung des Lebens in Armut der Bewältigung verbundener Probleme Hilfestellung zu leisten (Armutsverwaltung) — sei diese Hilfe nun materieller oder immaterieller Natur —, unterliegen nicht selten dem Gefühl der Diskriminierung, der Selbstwahrnehmung eines sozialen Abstiegs, des nach außen dokumentierten Statusverlustes (Paritätischer Wohlfahrtsverband, 1989; Leibfried & Tennstedt, 1985; Townsend, 1979).

Es ist insoweit falsch, die Einkommensarmut mit Armut insgesamt oder gar mit den Ausprägungen einer „Kultur der Armut" gleichzusetzen. Einkommensarmut ist ein prägendes Element der Lebenslage „Armut", das neben niedrigerem Bildungsstand, gesundheitlichen Schädigungen, sozialen Beeinträchtigungen und psychischen Belastungen zum Ausgangspunkt einer Armutskarriere werden kann. Wesentlich für Armutskarrieren ist die Dauer und die Häufigkeit des Lebens in Armut; nur Langzeitarmut führt zur Herausbildung und Einbeziehung in Kulturen der Armut. In den Jahren 1984 bis 1989 haben von allen deutschen Haushalten in der Bundesrepublik Deutschland 8 % mindestens einmal die 50 %-Armutsmarke unterschritten, rund 2 % lagen mehr als die Hälfte dieser 5 Beobachtungsjahre unterhalb dieser Armutsgrenze (Hauser, 1988; Rendtel & Wagner, 1991).

Eine differenzierte Politik hat jedoch langfristige und komplexe Entwicklungen als systematisch auszuwählende Ansatzpunkte ins Auge zu fassen; defizitäre Erwerbsbiographien, Armutskarrieren, die lebensgeschichtlich entstehen und sich im Alter verschärfen (Amann, 1989), Gruppen von Armutskarrieren nach geschlechts-, bildungs- und regionalspezifischen Kriterien sind solche Ansatzpunkte. Solchen Gruppen steht andererseits die Minorität derer gegenüber, denen es sehr gut geht.

Zur Messung der Einkommensarmut in abgestufter Ausprägung hat sich ein statistisches Verfahren durchgesetzt, das die Relation des Armutseinkommens zum Durchschnittseinkommen beziffert (40 %, 50 %, 60 %). Empfehlungen der EG-Kommission folgend gilt ein Einkommen von 50 % des Durchschnittseinkommens eines Landes als Schwelle der Einkommensarmut. Diese Grenze liegt in aller Regel oberhalb der Schwelle des Sozialhilfebezuges und hat den Vorteil, rein statistisch definiert zu sein. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß die Sozialhilfeschwelle der Regelsätze der Bundesrepublik Deutschland von der Warenkorbfestsetzung 1975 bis zur Einführung des Statistikmodells der Regelsatzberechnung 1989 um etwa 30 % abgesunken ist und daß die Alterspopulation zusätzlich ab 1981 eine Minderung des Alterszuschlages von 30 % auf 20 % des Regelsatzes hinnehmen mußte (Fichtner, 1985; Naegele, 1984; Schellhorn, 1990).

Armut im Alter kann sich als Fortsetzung einer Armutskarriere darstellen, die in der Jugend oder während der Erwerbsphase begonnen hat. Die Lohnbezogenheit der Rente und die auf 60 % reduzierte abgeleitete Rentenberechtigung der Witwen/Witwer ohne eigene selbstverdiente Alterssicherung führen — insbesondere bei relativ kurzen Erwerbsphasen oder bei erheblichen Einbrüchen in die Arbeitskarrieren — zu Einkommensarmut im Alter, stehen keine anderen Finanzmittel zur Verfügung. Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeit im Alter als Folge von chronischer Krankheit und Behinderung führen bei einem Teil der Altersbevölkerung zur Abhängigkeit von fremden Hilfeleistungen, insbesondere von Pflegeleistungen, die im Falle ihrer Entlohnung entweder aus eigenem Einkommen und Vermögen (bzw. jenem der Ehepartner und Kinder) oder aus Mitteln der Sozialhilfe finanziert werden müssen. Pflegebedürftigkeit und Heimbedürftigkeit sind typische Risiken des Alters in der Bundesrepublik Deutschland, die eng mit Einkommensarmut gekoppelt sind und in ihrer Folge sich mit kumulierten Benachteiligungen in anderen Lebenslagemerkmalen verbinden. Die Besonderheit der Armut im Alter ist ihre Dauer. Denn aus eigener Kraft kann sich der alte Mensch mangels entsprechender Verdienstchancen kaum aus der Situation der Einkommensarmut befreien. Ist die Inanspruchnahme von Sozialhilfe bei alten Menschen selbst überwiegend mit einem Gefühl der sozialen Diskriminierung verbunden (und dies ist als Teil der Armutssituation zu begreifen), so führt der Verzicht auf die Inanspruchnahme der Sozialhilfe potentiell zu Unterversorgungen mit gesundheitserhaltenden und die soziale Teilhabe fördernden Gütern und Dienstleistungen. Dieser Verzicht ist besonders deutlich bezogen auf die Gruppen, die an der Schwelle der Sozialhilfeabhängigkeit stehen und bemüht sind, diese zu vermeiden. Hinreichend bekannt ist der Verzicht auf Hauspflegedienste, sobald die Krankenkassen die Kosten nicht länger tragen und entweder Eigenfinan-

zierung oder Sozialhilfefinanzierung eintreten müßte (Bujard & Lange, 1978; Hartmann, 1981; Arbeitsgruppe „Armut und Unterversorgung", 1988).

Auch oberhalb der Sozialhilfeschwelle führt relative Einkommensarmut häufig zu unzureichenden Wohnbedingungen. Wohnungen ohne Zentralheizung, ohne vollwertige sanitäre Ausstattung, bei mehrgeschossiger Bauweise ohne Aufzug, unter Umständen in Wohngebieten mit schlecht ausgebauter Infrastruktur gelegen, potenzieren die Auswirkungen von Leistungseinschränkungen und Mobilitätseinbußen. Sie fördern die Abhängigkeit von der Hilfe Dritter, und dies um so mehr im Falle von Ein-Personen-Haushalten, in denen nur reduzierte Selbsthilfepotentiale vorhanden sind. Betroffen von Armut im Alter sind insbesondere alte alleinstehende und alleinlebende Frauen. Es ist diese Personengruppe, die gleichfalls ein relativ hohes Risiko der Heimübersiedlung zu tragen hat (Garms-Homolová et al., 1982).

Nach dem sozio-ökonomischen Panel bestimmte 1986 (das letzte Auswertungsjahr) die Altersarmut nicht mehr das soziale Erscheinungsbild der Armut wie in den 60er Jahren. Dennoch sind 19 % der Altershaushalte (Haushaltsvorstand 65 Jahre und älter) 1986 (gegenüber 13 % 1983) unterhalb oder an der 50 %-Grenze der Armut. 9 % erreichen oder unterschreiten die 40 %-Grenze (gegenüber 6 % 1983) und befinden sich somit innerhalb der mit „strenger Armut" umschriebenen Lebenslagen (Hübinger, 1991, S. 66). In diesen Zahlen ist die Gruppe der in Institutionen lebenden alten Menschen mit Sozialhilfeabhängigkeit nicht enthalten, die auf mindestens 3 % der über 65jährigen geschätzt werden muß im Bezugsjahr 1986 (Hauser & Hübinger, 1991; Hübinger 1991).

19.4 Ältere Ausländer (und Aussiedler)

Ausländer sind Personen ohne deutsche Staatszugehörigkeit, d. h. es sind auch Staatenlose und Personen mit ungeklärter Staatszugehörigkeit der Gruppe der Ausländer zugeordnet. Mitglieder der Stationierungsstreitkräfte sowie der diplomatischen und konsularischen Vertretungen werden in der amtlichen Statistik dabei nicht berücksichtigt. Für die Lebensbedingungen und die Lebensplanung mitentscheidend ist die Zugehörigkeit zu der Gruppe der sogenannten Arbeitsmigranten (die aus Gründen der Erwerbstätigkeit oder im Rahmen der Familienzusammenführung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen sind) bzw. zur Gruppe der Flüchtlinge und Asylsuchenden (die ihr Herkunftsland aus Gründen kriegerischer Konflikte, der Verfolgung, der Armut verlassen haben). Eine dritte, dem rechtlichen Status nach den Ausländern nicht zugeordnete Gruppe mit teilweise verbundenen und folglich hier behandelten Problemen ist jene der deutschstämmigen Bevölkerung, die aus anderen Ländern in die Bundesrepublik Deutschland einwandert, um hier auf Dauer zu bleiben (Aussiedler). Allen ist gemein, daß sie sich mit einem von der inländischen deutschen Bevölkerung teilweise abweichenden ethnischen, kulturellen, religiösen Hintergrund und einer anderen Sozialisation und regionalen Bindung und Prägung in dem Aufnahmeland zurechtfinden und einrichten müssen — für eine ungewisse Zeit oder auf Dauer. Für Arbeitsmigranten wie für Flüchtlinge und Asylsuchende gilt, daß die politische und wirtschaftliche Situation in ihren Herkunftsländern einen deutlichen Einfluß auf den Rückkehrwillen und das tatsächliche Rückkehrverhalten hat. Die Aussiedler haben, wenigstens dem deklarierten Willen nach, eine Entscheidung auf Dauer getroffen. Diese Unterscheidung ist insoweit von Bedeutung, als sie die Migrationsziele und damit die Lebensorientierung und die Lebensgestaltung im Alter in hohem Maße tangiert. Da die Bundesrepublik Deutschland sich nicht als Einwanderungsland versteht, haben die Arbeitsmigranten ihren Aufenthalt ursprünglich als provisorisch aufgefaßt. Die Ausrichtung der Migration auf die letztendliche Rückkehr in das Herkunftsland hat tendenziell eine Integration in das gesellschaftliche und soziale bis hin zum politischen Gefüge des Aufnahmelandes erschwert.

Im Jahre 1990 gab es insgesamt 163 000 Asylbewerber aller Altersklassen (StBA, 1991f, S. 2073) in der alten Bundesrepublik Deutschland. Des weiteren werden für das Jahr 1989 insgesamt 68 526 Einbürgerungen genannt, darunter 50 794 sogenannte Anspruchseinbürgerungen (a. a. O.). Bei der letztgenannten Gruppe handelt es sich um Personen, die, ohne die deutsche Staatsangehörigkeit zu besitzen, Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind (a. a. O., S. 50), das heißt, Aussiedler in einer anderen Terminologie. Zu den wichtigsten Herkunftsländern zählen, mit von Jahr zu Jahr unterschiedlichen Gewichtungen, Polen, die Republiken der ehemaligen Sowjetunion, Rumänien. Aufschlüsselungen im Hinblick auf das Alter von 65 und mehr Jahren enthält die allgemein zugängliche amtliche Statistik zu den hier benannten Gruppen nicht. Doch ist von einem relativ geringen Anteil älterer Menschen insgesamt auszugehen. Bei den Asylsuchenden ist ihr Anteil sehr gering. Bei den Aussiedlern ist er etwas höher, da ganze Familien zum Teil gezielt Umzugspläne durchsetzen. Im übrigen haben Aussiedler in der Bundesrepublik Deutschland Anspruch auf Rentenleistungen in Anlehnung an das Rentenrecht der Bundesrepublik Deutschland (Binne, 1991), das heißt, es fehlt ihnen nicht an hinreichender sozialer Sicherung oberhalb der Schwelle der Sozialhilfe.

Die Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland kamen zu hohen Anteilen aufgrund der gezielten Politik der Anwerbung ausländischer Arbeitnehmer in den Jahren 1955 bis 1973, das heißt, bis zu dem Jahr, in dem seitens der Bundesregierung ein Anwerbestopp verfügt wurde. Diese Arbeitsmigranten und ihre Familien kommen aus Ländern, die zum Teil bereits EG-Länder waren (Italien) bzw. in der Zwischenzeit geworden sind (Griechenland, Spanien, Portugal) sowie aus Jugoslawien, der Türkei, Marokko und Tunesien. Bei der Anwerbung wurden die ausländischen Arbeitnehmer Gesundheitsprüfungen unterzogen, so daß sie zum Zeitpunkt ihrer Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland eine positive Auswahl unter gesundheitlichen Aspekten darstellten. Der Wunsch nach Verbesserung der Einkommenschancen bzw. ihrer sozialen Situation durch die Aufnahme von Erwerbsarbeit im Ausland charakterisiert diese Bevölkerungsgruppe.

Über die Größenordnung der Arbeitsmigranten und der sonstigen Ausländer ohne Flüchtlinge und Asylsuchende in der alten Bundesrepublik Deutschland unterrichtet Tabelle 35.

Tabelle 35

Ältere Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland nach Anwerbeländern und aus sonstigen Staaten (65jährige und ältere) (30. September 1990)

Anwerbeland	Männer	Frauen	insgesamt
Griechenland	2 900	2 500	5 400
Italien	8 700	5 900	14 600
Jugoslawien	5 400	4 100	9 500
Marokko	500	100	600
Portugal	500	400	900
Spanien	2 300	1 900	4 200
Tunesien	100	—	100
Türkei	4 000	3 900	7 900
Sonstige	52 700	54 100	106 800
insgesamt	77 100	72 900	150 000

Quelle: Dietzel-Papakyriakou, 1991, S. 17 (Tab. 9), S. 19 (Tab. 10)

Ein Anteil von 29 % der insgesamt 150 000 Personen entstammt den ursprünglichen Anwerbeländern für in der Bundesrepublik Deutschland nachgefragte Arbeitnehmer. Weitere 22 % kommen aus den ehemaligen Ostblockländern, 18 % aus den Niederlanden, 13 % aus Österreich, 11 % aus den USA. Bisher bleibt der Anteil älterer Menschen an der Gesamtzahl der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländer gering: Es handelt sich um 3 % (differenziert in 2,6 % der Männer und 3,1 % der Frauen) von einer Gesamtzahl in der Größenordnung von 5,2 Millionen Ausländern.

Unter den Ausländern insgesamt sind die Männer deutlich überrepräsentiert, mit geringfügigen Ausnahmen in den Altersgruppen der 30- bis 40jährigen sowie der über 75jährigen, bei denen die Frauen leicht überwiegen. Diese Geschlechterproportionen sind u. a. Hinweis auf die Tatsache, daß es überproportional hohe Anteile lediger Männer unter den Ausländern gibt, insbesondere in der Altersklasse über 60 Jahre. Nach der Volkszählung von 1987 waren unter den 60jährigen und älteren Menschen ausländischer Nationalität rund 10 % ledig, 50 % verheiratet, 24 % verwitwet und 7 % geschieden. Es gibt keine Detailinformationen über die Kinderzahl und den Wohnort der Kinder alter Ausländer. Unzweifelhaft ist jedoch, daß die Anteile von Menschen mit Kindern sowie die Kinderzahlen allgemein höher liegen als bei der vergleichbaren deutschen Bevölkerung.

Die Arbeitsmigranten sind insoweit risikobehaftet, als sie weit überwiegend als Arbeiter in belastenden Berufszweigen und unter schwierigen Arbeitsbedingungen (u. a. Akkord- und Schichtarbeit) eingesetzt werden. Ausländische Frauen sind im Vergleich zu deutschen überproportional erwerbstätig, allerdings zum Teil in gering entlohnten oder in nicht registrierten Arbeitsverhältnissen. Die Teilnahme an Maßnahmen der Weiterqualifizierung ist gering, ebenso die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen trotz hoher Gesundheitsbeeinträchtigungen (die sich im Laufe der Zeit einstellen) und trotz hoher Anteile von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Die Arbeitslosenquoten sind überdurchschnittlich hoch.

Es ist zwischen den Lebensbedingungen und den Lebensschicksalen der ersten Generation der Arbeitsimmigranten (aus der sich die jetzt und in absehbarer Zeit hinzukommenden ausländischen Altersrentner rekrutieren) sowie der zweiten und den Nachfolgegenerationen zu unterscheiden. Doch ist in Hinblick auf die Arbeitsqualifikation, die beruflichen Entwicklungschancen, die Risiken bezogen auf Krankheit und Arbeitslosigkeit die Situation der zweiten Ausländergeneration kaum besser als jene der ersten. Damit einher gehen der Tendenz nach niedrigere Raten und vergleichsweise niedrigere Erwerbseinkommen. Die verschiedenen Generationen einer Familie von Arbeitsimmigranten bleiben unter solch schwierigen materiellen Bedingungen, zu denen ihr Status als ethnische und kulturelle sowie unter Umständen religiöse Minderheit hinzukommt, aufeinander angewiesen. Die Altersgeneration findet eine Aufgabe in der Versorgung der Familie, darunter der Enkel während der Erwerbstätigkeit der mittleren Generation, und auch deren finanzieller Absicherung. Ihr fällt darüber hinaus die Aufgabe zu, den nachwachsenden Generationen die angestammten ethnischen Traditionen und das ethnische Wissen zu vermitteln. Diese Aufgabe kommt den Älteren um so eher entgegen, je stärker sie sich in der Alterssituation im Ausland auf ihre Ethnizität und religiöse Prägung besinnen. Ausländerviertel mit einem dichter werdenden Netz spezifischer, ethnisch geprägter Infrastruktur und durch räumliche Nähe geförderter Kommunikation verstärken die Integration innerhalb dieser Subkultur und entfremden zugleich von der Gesellschaft und Kultur des Aufnahmelandes. Sie bieten die Chance gegenseitiger Hilfe und verfestigen doch — insbesondere in den innerstädtischen Wohnbereichen mit schlechtem und preiswertem Wohnungsbestand — tendenziell die soziale Ausgrenzung.

Ambivalenzen scheinen ohnehin die Alterssituation von Arbeitsmigranten zu prägen, die entscheidende Phasen ihres Lebens im Ausland verbracht haben. Die Migration ist überwiegend ursprünglich als zeitlich begrenzt, relativ kurzfristig konzipiert. Migrationsziel war bei den meisten Arbeitsmigranten zunächst die Verbesserung der Lebenssituation im Heimatland unter langfristiger Perspektive. Dieses Migrationsziel scheitert bei massiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen (die bei den alten Ausländern nicht selten sind), mangelndem Erwerbserfolg (u. a. infolge von Invalidisierung oder Arbeitslosigkeit), einer unzureichenden Alterssicherung (auch diese ist nicht selten angesichts zu geringer Beitragsjahre in der Bundesrepublik Deutschland). Die Rückkehr in das Ursprungsland kann sich letztendlich als eingestanden oder nicht eingestanden unattraktiv herausstellen, eben weil die Migrationsziele nicht erreicht wurden oder weil eine Entfremdung eingetreten ist, wichtige Bezugspersonen gestorben sind, die wirtschaftlichen

und politischen Bedingungen als nicht länger akzeptabel erscheinen etc. Die zweite Generation der Arbeitsimmigranten entscheidet sich überwiegend für den Verbleib im Aufnahmeland, sofern sie hier aufgewachsen ist. Doch die Familien sind unter Umständen dennoch getrennt, weil ein Teil der Kinder im Herkunftsland geblieben oder frühzeitig dorthin zurückgekehrt ist. Alltagspräferenzen auf der einen, Zukunftsorientierungen auf der anderen Seite fallen nicht selten auseinander. Die frühere hohe Rückkehrbereitschaft in das Heimatland im Alter nimmt ab; es entwickelt sich eine Tendenz, entgültige Entscheidungen hinauszuschieben, Optionen offenzuhalten. Gegen die Rückkehr haben sich bis zur Novellierung des Ausländergesetzes auch bei Rentnern aus anderen EG-Ländern die Unsicherheiten ausgewirkt, ob eine Wiederkehr in die Bundesrepublik Deutschland nach erfolgter Rückwanderung möglich ist. Im Falle frühzeitiger Rückwanderung gewonnene negative Erfahrungen mit den Modalitäten der Rentenbeantragung sowie im konkreten Falle unter Umständen reduzierte Leistungen der sozialen Sicherung (beispielsweise bei Erwerbsunfähigkeitsrenten, im Bereich des Gesundheitswesens etc.) stellen objektive Hinderungsgründe für die Umsetzung des Rückkehrwillens dar. Das Pendeln zwischen dem Herkunftsland und Aufnahmeland ist eine Form der Bewältigung von Ambivalenzen.

Konflikte zwischen den Generationen der Ausländerfamilien scheinen in einem der Elterngeneration tendenziell fremden sozialen und kulturellen Umfeld vorprogrammiert. Zugleich darf davon ausgegangen werden, daß im Zuge der Alterung der zweiten Migrantengeneration wiederum eine Annäherung der Generationen stattfindet und dies desto eher im Kontext der ethnischen Subwelten, je weniger ein sozialer Aufstieg in der Aufnahmegesellschaft gelingt. Die Generationen der Migrantenfamilien sind gegenseitig wichtige Ressourcen der Hilfe und Unterstützung, die Familien sind überwiegend insoweit „funktionstüchtig" und verfügen über durch ihre spezifische Kultur geprägte Solidaritätspotentiale. Gleiches gilt im übrigen für ethnisch homogene Nachbarschaften. Dennoch gibt es wenig Grund, sowohl die Familien als auch die Nachbarschaften zu idealisieren, ihre Unterstützungskraft als ohne Einschränkung gegeben anzusehen. Insbesondere in schweren Pflegesituationen sind diese sozialen Netzwerke, wie auch jene der deutschen Bevölkerung mit schwierigen Lebensverhältnissen, überfordert. Es ist absehbar, daß die Ausländerfamilien — ebenso wie die deutschen Familien — darauf angewiesen sein werden, organisierte und professionelle Dienste der Gesundheitsversorgung im Alter und der Altenhilfe in Anspruch nehmen zu können, um ein angemessenes (oder wenigstens hinreichendes) Versorgungsniveau sicherzustellen. Dabei gilt es, Mehrfachbenachteiligungen zu überwinden, die auf der Betroffenenseite in der Kombination von materieller Unterversorgung, hoher Prävalenz die Selbstversorgungsfähigkeit beeinträchtigender Krankheitszustände und die Problemsituation potenzierender schwieriger Wohnbedingungen liegen mögen sowie auf der Seite der Dienste in ihrer mangelnden Berücksichtigung ethnischer und religiöser Prägungen der potentiellen Klienten. Die Akzeptanz von Hilfeformen durch die Betroffenen, ein auch für die ältere deutsche Bevölkerung zunehmend wichtiges Thema, wird für die älteren Ausländer und ihre Familien zu einem entscheidenden Qualitätsmerkmal der Dienste. Teil dieser Thematik ist nicht nur der Dienstezuschnitt, die Möglichkeit der Verständigung, der Zugang des Personals zur Lebenswelt der Betroffenen, das kleinräumige und wohnortnahe Angebot, sondern auch und vor allem die Modalität der Dienstefinanzierung. Der Dienstefinanzierung aus eigenem Renteneinkommen sind Grenzen gesetzt. Wie die Rentenstatistik zeigt, liegen die Rentenanwartschaften 60jähriger ausländischer Versicherter insgesamt bei 57 % der Rentenanwartschaften deutscher Versicherter (differenziert sind es 87 % der Rentenanwartschaften bei den Frauen dieses Alters und 44 % bei den Männern) (Rehfeld, 1991, S. 484, Tab. 6). Dieser Umstand erklärt sich nicht so sehr aus niedrigeren Einkommen, denn im Durchschnitt liegt die persönliche Bemessungsgrundlage der 60jährigen Ausländer bei 111 % der Inländer (bei den Frauen sogar bei 128 % und bei den Männern bei 95 %), sondern durch die vergleichsweise geringe Zahl erreichter Versicherungsjahre, die Beitragszeiten der 60jährigen Ausländer erreichen nur 40 % gleichaltriger Inländer (differenziert in 54 % bei den Frauen und nur 44 % bei den Männern) (a.a.O., S. 484, Tab. 7, S. 486, Tab. 8). In diese Betrachtung nicht einbezogen sind jene ausländischen Rentenversicherten, die vor Erreichen des 60. Lebensjahres ihre versicherungspflichtige Tätigkeit beenden und u. a. unter Inanspruchnahme von Abfindungen in ihr Heimatland zurückkehren. Die Zahlen verdeutlichen die Hintergründe für zum Teil geringe Renteneinkommen, die ihrerseits im Falle der Inanspruchnahme sozialer Dienste zur Sozialhilfeabhängigkeit führen könnten. Doch hierzu kommt es nur in seltenen Fällen. Die Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe ist unter den Ausländern insgesamt und mit Sicherheit unter den alten Ausländern stark verbreitet, aus Unkenntnis der Möglichkeiten, aber auch aus Kenntnis der Gefahr, die bei Inanspruchnahme von Sozialhilfe in Hinblick auf den Verlust des Aufenthaltsrechtes bestehen kann. Betroffen sind insbesondere Arbeitsimmigranten aus Nicht-EG-Ländern. Nicht zuletzt bildet die Selbstachtung im Alter bei den ausländischen alten Menschen — wie bei den deutschen — eine starke Barriere gegen die Unterwerfung unter ein Verfahren der Bedürftigkeitsprüfung.

19.5 Altern und Behinderung

Die Bundesstatistik vom 31. Dezember 1989 über Schwerbehinderte weist 5 309 534 Personen mit einem Behinderungsgrad von 50 bis 100 % MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) aus. Davon waren 3 349 370 Personen über 60 Jahre alt. In diesem Abschnitt soll die Aufmerksamkeit auf die seit Geburt bzw. längere Zeit vor dem Eintritt in die Altersphase behindert gewordenen Personen gerichtet werden. Ihre Situation wird am deutlichsten in Berichten verschiedener Selbsthilfeorganisationen beleuchtet (vgl. Mann, 1992).

Der deutsche Blindenbund berichtete im Oktober 1991, daß von ihm 650 000 Blinde betreut werden, von

denen 3 % mehrfach behindert waren. Das Durchschnittsalter wird mit 70 Jahren, das Höchstalter mit 100 Jahren, der Anteil der über 60jährigen mit 70 % angegeben.

Im Bereich des Landesversorgungsamtes Nordrhein-Westfalen waren am 30. September 1991 7 808 männliche und 9 235 weibliche Blinde mit einer hundertprozentigen Erwerbsminderung erfaßt. Von diesen insgesamt 17 043 Blinden gehörten 11 207 zur Altersgruppe 66 bis 99 Jahre, 4 273 zur Altersgruppe 41 bis 65 Jahre.

Bezüglich der Wohnsituation berichtet der Bundesverband der Blinden, daß 70 % mit den Angehörigen zusammen wohnten, 5 % in Pflegeheimen für Behinderte, 10 % in Altenheimen und 15 % selbständig. Von den mehrfach Behinderten waren 70 % in Pflegeheimen für Behinderte untergebracht. Das Verhältnis von Versorgungsbedarf und Versorgungsstruktur wird als kaum zufriedenstellend, für die mehrfach Behinderten als keinesfalls zufriedenstellend bezeichnet. Dabei wird auf die seit 1970 ansteigende Zahl der Blindgeborenen verwiesen.

Von den Gehörlosen liegt bisher nur ein Bericht des Landesverbandes Niedersachsen vor, dem zufolge 10 % der insgesamt 2 000 Betreuten über 65 Jahre alt waren. Die Betroffenen wohnen fast ausnahmslos selbständig bzw. bei Angehörigen. Die Versorgungsstruktur wird als kaum zufriedenstellend, für mehrfach Behinderte als keinesfalls zufriedenstellend bezeichnet. Als besonders kritisch wird die geringe bzw. völlig fehlende Finanzierung von Gebärdendolmetschern bewertet.

Im Bundesverband der Kehlkopflosen sind 11 000 der insgesamt 19 000 Betreuten älter als 65 Jahre, das Durchschnittsalter liegt bei 48 Jahren, das der Ältesten bei 88 Jahren. Die Behinderten wohnen mit oder ohne Angehörigen in der eigenen Wohnung. Die Versorgungsstruktur wird als kaum zufriedenstellend bezeichnet.

Das Lebensalter der von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Muskelkrankheiten (Landesverband Niedersachsen) betreuten Körperbehinderten variiert zwischen 0 und 79 Jahren. Diese leben bei Angehörigen, in Pflegeheimen für Behinderte oder in der eigenen Wohnung. Als Forderung wird im Interesse der Behinderten die Eingliederung körperbehinderter Kinder in allgemeinbildende Schulen erhoben, da nur so die Grundlage geschaffen werden kann, daß sie später als behinderte Erwachsene ihr Leben im beruflichen und privaten Bereich selbständig meistern können. Außerdem wird die Forderung nach einer behinderten- und trotzdem familiengerechten Gestaltung von Wohnungen erhoben.

Das Kuratorium der ZNS-Kranken berichtete im November 1991 auf Grund einer Erhebung bei 1 899 Patienten, daß die Betreuten eine Altersspanne von 0 bis 90 Jahren aufweisen. Nur 9 % waren älter als 60 Jahre. Die von dieser Organisation erhobenen Forderungen beziehen sich sowohl auf die Akutversorgung Frischverletzter, den möglichst umgehenden Übergang von der Intensivstation in eine Rehabilitationsbehandlung und von dort in eine weiterführende Rehabilitation. Darüber hinaus seien Einrichtungen zur therapeutischen Langzeitpflege und für die Unterbringung von nicht rehabilitationsfähigen Patienten erforderlich.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte, die vor allem die von der Lebenshilfe für geistig Behinderte getragenen Einrichtungen vertritt, führte im Jahre 1988 eine Erhebung durch, wobei Angaben von 96,3 % der angefragten 350 Werkstätten ausgewertet wurden. Insgesamt waren in diesen Werkstätten 72 486 geistig Behinderte, 8 416 psychisch Behinderte und 6 342 Körperbehinderte tätig. Der Anteil der über 60jährigen lag bei 1 %, 48,7 % waren bis zu 30 Jahre alt. Nach einer Erhebung des Landesverbandes Niedersachsen der Lebenshilfe wohnten von 13 696 behinderten Mitarbeitern im Jahre 1988 3 756 in Wohnstätten außerhalb der Familie. Für das Jahr 1998 werden unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zu- und Abgänge etwa 21 000 behinderte Mitarbeiter in den Werkstätten dieses Landesverbandes geschätzt. Für diese seien rund 6 600 Wohnstättenplätze erforderlich. Nach Erfahrungen aus diesem Bereich und im Landesverband Nordrhein-Westfalen ist die bisher vom Elternverband der Lebenshilfe getragene Finanzierung von erforderlichen Neu- und Umbauten für derartige Wohnstätten kaum ausreichend, um den künftigen Bedarf zu dekken, da vielfach noch eine hohe Belastung durch Schulden für die ersten Wohnheime besteht. Die Kreisvereinigung Stadthagen der Lebenshilfe hebt die besondere Notlage hervor, welche bezüglich der Unterbringung schwerstbehinderter Menschen bei angestrebter ortsnaher Versorgung besteht.

Die besonderen Probleme, die sich bei der Unterbringung geistig und psychisch Behinderter in Zukunft ergeben werden, gehen aus der großen Zahl jugendlicher und erwachsener Personen dieser Behindertengruppen hervor. So standen laut Datenbestand des Landesversorgungsamtes Nordrhein-Westfalen am 30. September 1991 1 667 geistig Behinderten der Altersgruppen 66 bis 99 Jahren 17 262 in der Altersgruppe 41 bis 65 Jahre und 16 709 in der Altersgruppe 26 bis 40 Jahre gegenüber.

Ähnlich sind die Anteile der verschiedenen Altersgruppen bei den psychisch Behinderten: 3 949 alten psychisch Behinderten (66 bis 99 Jahre) stehen im Bereich des Landesversorgungsamtes Nordrhein-Westfalen 12 163 Behinderte dieser Gruppe im Altersbereich 41 bis 65 Jahre und 4 630 im Altersbereich 26 bis 40 Jahre gegenüber. Diese Relationen zwischen alten und im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter stehenden Behinderten sind u. a. eine Folge der „Euthanasie"-Maßnahmen im Dritten Reich, deren Grausamkeit wenige Behinderte entgingen.

Zu der Wiedergutmachung unserer Gesellschaft gegenüber diesen Behinderten sollte ein durchgängiges System der Hilfe gehören, das über individuelle Lösungsansätze hinausgeht. Die Lücke zwischen dem aktuellen sowie zukünftigen Bedarf an Hilfen für die Versorgung behinderter alter Menschen und den zur Verfügung stehenden Mitteln ist zu groß, als daß sie allein auf herkömmliche Weise durch additiven Auf- und Ausbau einschlägiger Dienste und Einrichtungen zu schließen wäre. Um ein qualitativ vertretbares

Niveau der Versorgung garantieren zu können, müssen die Werkstatt- und Wohnmöglichkeiten aufeinander abgestimmt und erweitert werden. Um dem Alterungsprozeß zu begegnen, müssen die Lebensbereiche, in die der Behinderte sozial eingebunden ist, möglichst erhalten und Brüche im Lebensverlauf vermieden, gleichzeitig aber die Anforderungen an ihn modifiziert werden.

Dies sind nur einige Hinweise auf die sehr unterschiedlichen Lebenslagen und Probleme behinderter Personen in der Jugend, während des Erwachsenenalters und als Summe vieler erfahrener Einschränkungen in den Entwicklungschancen im Alter. So unterschiedlich diese Behinderungsformen und ihre Auswirkungen auf die Lebenssituation auch sind, so hatten sich viele Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen und viele erwachsene Behinderte eine Verbesserung ihrer Lage durch das UNO-Jahr für Behinderte 1981 erhofft. Nach dem Urteil der Betroffenen und in der Behindertenarbeit Tätigen sei aber in den zehn Jahren seit dieser UNO-Aktion, die ja in der Bundesrepublik Deutschland mit einem großen Aufwand an Öffentlichkeitsarbeit mitgetragen wurde, vieles schlechter statt besser geworden. So berichten die „Nürnberger Nachrichten" vom 8. Juni 1991:

> „Die behindertengerechte Wohnung ist so schwer zu finden wie eine Stecknadel im Heuhaufen, meint der frühere Leiter des Fachbereichs Behinderte/Nichtbehinderte am Bildungszentrum zu Beginn seiner Klage. 67 000 Pflichtarbeitsplätze für diesen Personenkreis sind in Bayern unbesetzt, während die Betroffenen in Werkstätten für Behinderte abgeschoben werden. Die Umsorgten werden wieder eingemauert. Und der Rathausplatz erhält Kopfsteinpflaster, damit auch ja kein Rollstuhlfahrer drüber kommt."

Diese Tendenz zur Ausgliederung von Behinderten während des jüngeren und mittleren Erwachsenenalters muß notwendigerweise Folgen für deren Altersschicksal haben. Dies gilt auch für manche Betreuungsformen für erwachsene Behinderte, die vor allem unter dem Gesichtspunkt einer wenigstens einigermaßen gewinnbringenden Beschäftigung gesehen werden. Manche in der Frühförderung beispielsweise behinderter Personen erzielten Fortschritte können dabei verlorengehen. Die von manchen Fachministerien und professionellen Kräften in der Behindertenarbeit als unvermeidlich angesehene Frühalterung von Behinderten wäre vermeidbar, wenn die Förderung der psychischen und körperlichen Aktivität auch bei dieser Gruppe von Menschen als wichtigste Altersprophylaxe angesehen würde.

19.6 Geschlechtsspezifische Aspekte

In diesem Bericht wurde mehrfach darauf verwiesen, daß sich bestimmte Problemfelder, Lebenssituationen und Lebensaufgaben für Männer und Frauen im Alter unterschiedlich darstellen. Einige dieser Unterschiede sind stärker biologisch begründet (z. B. höhere Lebenserwartung der Frauen). Die meisten dieser Differenzen hängen allerdings nicht mit einer den beiden Geschlechtern eigenen Wesensverschiedenheit zusammen, sondern sind das im Alter kumulierte Resultat einer lebenslangen bzw. lebenslang wirksamen geschlechtsspezifischen Sozialisation in einer arbeitsteilig organisierten Gesellschaft.

Betrachtet man beispielsweise die zahlenmäßige Verteilung der Geschlechter-Relation der über 60jährigen (63 % Frauen vs. 37 % Männer), dann wird die sogenannte „Feminisierung des Alters" als zentrales Merkmal des Strukturwandels des Alters augenfällig. Auch hinter dem Merkmal „Hochaltrigkeit" verbirgt sich die Tatsache, daß es sich bei den „Hochbetagten" vorwiegend um Frauen handelt. Betrachtet man darüber hinaus den Aspekt der Alterssicherung als eine zentrale Rahmenbedingung für die Lebenslage im Alter, dann stellt sich gleichfalls für Männer und Frauen die Situation unterschiedlich dar. Denn in Anbetracht einer Vielzahl von zumeist abgeleiteter oder aber nur in geringem Ausmaß eigenständig erworbener Alterssicherung steht fest: Armut im Alter ist weiblich. Bezieht man zusätzlich die Informationen über Haushalte im Alter mit ein und betrachtet die Art und Weise der Haushaltszusammensetzung als einen Indikator für soziale Einbindung, dann können alleinstehende (verwitwete) alte Frauen, in Ein-Personen-Haushalten lebend, mehr oder weniger ausreichend materiell abgesichert, als Modal-Typus „des alten Menschen" in unserer Gesellschaft gelten. Das „männliche Gegenstück" wäre dann der in einer langjährigen ehelichen Beziehung lebende berentete alte Mann als „Kopf" eines Zwei-Personen-Haushaltes mit einem (halbwegs) ausreichenden monatlichen Einkommen. Betrachtet man zudem die herrschenden öffentlichen „Altersbilder", dann kann man feststellen, daß Frauen im Alter in der Regel „versteckter" sind, d. h. weniger häufig erwähnt werden, zeitlich früher als Männer mit der Alter(n)sthematik in Verbindung gebracht und negativer und in eingeschränkterem Rahmen dargestellt werden (vgl. Lehr & Niederfranke, 1991).

Bevor im folgenden geschlechtsspezifische Aspekte der Lebenssituation älterer Menschen aufgezeigt werden sollen, ist es notwendig, zwei mögliche Mißverständnisse vorab zu klären:

(1) Es geht nicht darum zu suggerieren, Frauen seien im Vergleich mit Männern generell im Alter benachteiligt, die Probleme der Männer im Alter seien im Gegensatz zu denen der Frauen eher unbedeutend. Es geht darum, die Probleme einer vorgeblich „geschlechtsneutralen" Sichtweise zu vermeiden und spezifische Problemfelder zu identifizieren, von denen Männer oder Frauen entweder häufiger/stärker (z. B. das Lebensereignis Partnerverlust im Alter betrifft Frauen zahlenmäßig viel häufiger als Männer) oder aber anders betroffen sind (beispielsweise hat das Lebensereignis Partnerverlust für Frauen und Männer jeweils andere sozioökonomische Konsequenzen). Denn interventionsbedürftige Kontexte und Problemlagen für Frauen im Alter lassen sich häufiger identifizieren als es für Männer der Fall ist (z. B. Arbeitslosigkeit, Verwitwung, Institutionalisierung, Pflegetätigkeit, herabgesetztes subjektives Wohlbefinden etc.).

(2) Es geht nicht darum zu suggerieren, Männer und Frauen ließen sich im Alter auf einheitliche und

generalisierbare, mehr oder weniger typische Problemlagen reduzieren bzw. über bestimmte Merkmale (beispielsweise der Einsamkeit und Pflegebedürftigkeit) bestimmen. Innerhalb beider Geschlechter sollte daher jeweils die Palette von Variationsformen, die Varianz berücksichtigt werden. Die zentralen differenzierenden Merkmale, die die jeweilige Pluralität der Lebensstile und Lebenssituationen ausmachen, unterscheiden sich dabei möglicherweise bei Männern und Frauen (z. B. kommt dem Merkmal Familienstand bei Frauen im Alter ein stärker differenzierender Stellenwert zu als bei Männern; für Männer spielen hingegen auch in der nachberuflichen Phase Aspekte der beruflichen Biographie zumeist noch eine wichtige differenzierende Rolle) (Müller-Daehn & Fooken, 1992).

Einer der auffälligsten Unterschiede in den Lebenssituationen von Männern und Frauen wird am Merkmal Familienstand deutlich. Im Alter verheiratet zu sein, ist ein quasi normativer Bestandteil der männlichen, nicht aber der weiblichen „Normalbiographie". Allerdings gilt unabhängig vom Geschlecht, daß die Zahl der „alten Ehen" in Anbetracht der längeren Lebenserwartung erheblich zugenommen hat — ein Phänomen, welches historisch gesehen in dieser Quantität vergleichsweise neu ist. Im Rahmen der entweder von dem Mann oder von beiden Ehepartnern praktizierten Ruhestandsregelungen (die im letzteren Fall aufeinander abgestimmt werden müssen) steht dann zumeist eine Neu-Koordination der Arbeitsteilung im Haushaltsbereich bzw. bei den familialen Aufgaben an. Bestehende Dominanz und Entscheidungsstrukturen müssen zumeist neu etabliert werden, Interessenlagen können kollidieren. Für den Mann besteht die Gefahr des Verlustes von sinn- und identitätsstiftenden Aktivitäten und zunehmender Abhängigkeit bzw. möglicher Pflegebedürftigkeit. Für die Frau droht entweder eine Kompetenzbeschneidung in bislang von ihr erfolgreich gemeisterten Domänen oder eine Überforderung aufgrund von möglichen Versorgungsbedürfnissen des Mannes. Für beide besteht die Gefahr einer zunehmenden sozialen Isolierung infolge eines starken Aufeinander-Bezogen-Seins und einer Vernachlässigung eigenständiger Lebensbereiche und Kontakte.

Die Fähigkeit zu einer autonomen Lebensführung bekommt eine zunehmende Bedeutung bei dem für Frauen quasi normativ zu erwartenden Ereignis des Partnerverlustes (vgl. Fooken, 1990). Verwitwet zu sein, ist für Frauen bereits als „junge Alte" die häufigste Familienstandsform. Innerhalb der Gruppe der Witwen besteht allerdings eine große interindividuelle Variabilität beispielsweise hinsichtlich des Zeitpunktes der Verwitwung, der finanziellen Absicherung, der psycho-sozialen Ressourcen und Kompetenzen für die Lebensbewältigung als alleinstehende Person. Dabei ist eine generelle Etikettierung alter Witwen als abhängige und hilfsbedürftige gesellschaftliche Problemgruppe fehl am Platz. Viele Frauen sind in der Lage bzw. sind durchaus daran interessiert, vorhandene oder bislang nicht immer gelebte Potentiale und Bedürfnisse beispielsweise nach Bildung, nach sozialem Engagement zu verwirklichen. Hier geht es darum, von gesellschaftlicher Seite entsprechende Angebote und Betätigungsfelder anzubieten. Daneben gibt es allerdings auch Gruppen verwitweter Frauen im Alter, bei denen ein Behandlungs- und Interventionsbedarf vorliegt. Zum Teil können auftretende Probleme im Rahmen von Selbsthilfegruppen bearbeitet werden; dies gilt allerdings nur für einen kleineren Teil betroffener Frauen. Ein verstärkter Bedarf nach unterstützenden Maßnahmen findet sich aber vor allen Dingen bei solchen verwitweten Frauen, bei denen im Lebenslauf Benachteiligungen im Bildungsbereich, in der ökonomischen Absicherung, in der Nutzung sozialer Netzwerke etc. kumulierten, die langjährige Armutskarrieren aufweisen, die gesundheitlich stark belastet sind und aus eigener Kraft heraus ihre Situation nicht verändern können. Für Männer hingegen stellt sich die Situation des Partnerverlustes zumeist etwas anders dar. Zum einen haben sie keine auch nur annähernd so große Gruppe von gleichgeschlechtlichen Mitbetroffenen, d. h. auch weniger „Modelle", wie es bei den Frauen der Fall ist. Zudem trifft Männer das Lebensereignis Verwitwung zumeist in einem weitaus höheren Lebensalter. Die Mortalitäts- und Morbiditätsrate ist bei verwitweten Männern im Alter deutlich höher (siehe z. B. auch die bei ihnen erheblich höhere Suizidrate). Hier scheint insbesondere das erste halbe Jahr eine Zeit großer Gefährdung zu sein (vgl. Bojanowsky, 1986). Andererseits erfahren verwitwete Männer, zumindest dann, wenn sie in intakte soziale Netzwerke eingebunden sind, in der Regel vergleichsweise viel soziale Unterstützung. Auch der vergleichsweise hohe Anteil verwitweter Männer an der — insgesamt allerdings relativ geringen — Zahl von Eheschließungen im Alter würde hierfür sprechen. Da sie zumeist mit dem Partnerverlust keine Verminderung ihres monatlichen Einkommens erfahren, sind sie — bei dem häufig anstehenden Problem der Verrichtung haushälterischer Arbeiten — eher in der Lage, externe instrumentelle Unterstützung zu finanzieren.

Als geschlechtsspezifisch different hinsichtlich der zahlenmäßigen Bedeutung erweisen sich auch die anderen Formen des Familienstands. So finden sich deutlich mehr ledige Frauen im Alter als Männer. Entgegen der herrschenden negativen Stereotype findet sich in der Gruppe der ledigen Frauen im Alter vergleichsweise viel subjektives Wohlbefinden und eine kompetente Lebensbewältigung. Dies gilt vor allen Dingen für ledige Frauen mit qualifizierter Ausbildung und entsprechend langjähriger Berufstätigkeit. Als unter Umständen problematisch kann sich bei ihnen die zumeist gegebene Tatsache der Kinderlosigkeit und des damit im Alter deutlich reduzierten familiären Netzwerkes als Quelle von Unterstützung erweisen. Hier wächst sicherlich der Bedarf für professionelle Hilfsangebote. Allerdings finden sich auch andere Problemgruppen unter den älteren ledigen Frauen. Es sind dies vor allen Dingen schlecht ausgebildete und sozial nur unzureichend abgesicherte Frauen. Möglicherweise wird bei zukünftigen Kohorten lediger Frauen im Alter auch die Gruppe lediger Mütter stärker als bisher als gefährdete Gruppe zu Buche schlagen, bei denen zum Teil die Armutskarrieren im frühen und mittleren Erwachsenenalter vorprogrammiert werden. Ledige Männer im Alter spielen zahlenmäßig eine äußerst geringe Rolle. Im

mittleren Erwachsenenalter gelten ledige (wie überhaupt alleinstehende) Männer als Risikogruppe hinsichtlich der Mortalitäts- und Morbiditätsraten. Man wird davon ausgehen können, daß sie, wenn sie bis zum Beginn der Altersphase überlebt haben, sich zumeist durch eine kompetente Lebensführung auszeichnen. Ähnlich wie bei den ledigen Frauen steht dann auch bei ihnen das Problem der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung an. Dies gilt insbesondere auch für die vergleichsweise große Gruppe lediger Männer unter den Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1991).

Der Anteil Geschiedener an der Bevölkerungsgruppe alter Menschen ist (noch) vergleichsweise gering. Auch hier überwiegen die Frauen deutlich. Dieser Trend wird sich, wenn man die Zahlen aus den neuen Bundesländern betrachtet, sicherlich noch verstärken. Die Situation der Geschiedenen im Alter, unabhängig davon, ob sie im mittleren Erwachsenenalter oder erst im höheren Alter geschieden wurden, ist innerhalb der Sozialwissenschaften wenig erforscht. Einzig die große finanzielle Benachteiligung der älteren geschiedenen Frauen ist belegt. Diese Aussage ist gerade in den neuen Bundesländern von höchster Aktualität, da die geschiedenen Frauen dort keinen eigenen Unterhaltsanspruch hatten und infolge der hohen Arbeitslosigkeit bei Frauen ab 40/45 Jahre ganz massiv von sozialem Abstieg und Armut bedroht sind. Auch in emotionaler Hinsicht erleben sich viele Frauen, deren zumeist langjährige Ehen im Alter geschieden werden, insbesondere dann, wenn eine traditionelle Familienorientierung bei ihnen vorlag, als erheblich beeinträchtigt. Hier bedarf es sicherlich einer größeren Zahl von Beratungs- und Hilfsangeboten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede manifestieren sich weiterhin im Rahmen verschiedener Lebenskontexte. Bezieht man dies auf Fragen des Wohnens und der Raumnutzung im weiteren Sinne, dann differieren die Lebenssituationen von Männern und Frauen erheblich. Entsprechend den unterschiedlichen Familienstandsformen stellen sich Fragen und Entscheidungen bezüglich der Wohnsituation im Alter für Männer in der Regel in geringerem Maße als für Frauen. Männer leben zumeist mit ihrer Ehepartnerin zusammen in einer oft langjährig vertrauten Umgebung. Sie verfügen häufiger über Pkws und Fahrpraxis und können sich zumeist in ihnen bekannter Weise im öffentlichen Nahraum bewegen. In der Regel können sie damit rechnen, daß sich diese Situation bis zu ihrem Tod nicht ändern wird. Als schwierig erweist es sich dann auch in solchen Fällen, in denen Männer plötzlich alleinstehend und/oder pflegebedürftig sind, entsprechende Wohn- bzw. Unterbringungsmöglichkeiten ausfindig zu machen. Frauen hingegen müssen ohnehin stärker mit Veränderungen ihrer wohnlichen und räumlichen Lebenswelt rechnen. Das betrifft zum einen die Tatsache, daß Frauen überwiegend — fast erwartungsgemäß — irgendwann allein in Ein-Personen-Haushalten leben (werden). Zudem leben Frauen häufiger als Männer in Wohnungen mit Substandard. Dies ist eine Problemkonstellation, die verschärft für die alten Frauen in den neuen Bundesländern zutrifft. Andererseits gibt es aber auch die gegenteilige Situation, daß Frauen, wenn sie nach einem Partnerverlust in ihrem alten Kontext bleiben, über zu viel Wohnraum verfügen. In Anbetracht einer bei Frauen stärker als bei Männern verbreiteten Angst davor, Opfer von kriminellen Delikten zu werden, in Anbetracht einer geringeren Verfügbarkeit über Pkws und in Anbetracht der zuweilen schwierigen Nutzungsmöglichkeiten von öffentlichen Verkehrssystemen beschränken sich Frauen im Alter weitaus stärker auf den häuslichen Binnenraum und auf die unmittelbare Nachbarschaft als Männer. Selbst die Nutzung des öffentlichen Nahraumes wird von ihnen häufig als bedrohlich und damit erschwert erlebt. Aber nicht nur im Rahmen von Privathaushalten, sondern auch im Bereich der Institutionalisierung stellt sich die Situation für Männer und Frauen ganz unterschiedlich dar. Bei „dem alten Menschen im Heim" handelt es sich zumeist um eine alte Frau im Heim. Angesichts dieser Situation erscheint es verständlich, daß es fast ausschließlich Frauen sind, die sich an der Schwelle zum Älterwerden mit Fragen des Wohnens und möglicher Wohnmodelle im Alter, welche zumeist kollektive Lebensformen mit individuell-autonomer Lebensführung verknüpfen wollen, beschäftigen und darauf Antworten suchen.

Ein weiterer Lebenskontext, in dem sich augenfällig geschlechtsspezifische Differenzen ergeben, ist der Bereich des Berufes, der Übergänge zwischen Beruf und Ruhestand und der verschiedenen quasi-beruflichen Betätigungsfelder. Im Kapitel 3 wurde bereits deutlich gemacht, daß die ohnehin gegebene Altersdiskrimierung in der Berufs- und Arbeitswelt Frauen in noch stärkerer bzw. teilweise subtilerer Weise betrifft als Männer. Dies gilt für unterschiedlichste Aspekte wie beispielsweise für die Datierung des Beginns einer kritischen, weil „vermittlungsbehindernden" Altersgrenze (bei Frauen früher), für den bei Frauen noch geringeren Anteil der Erwerbsbeteiligung, für die individualisierende Attribuierung struktureller Bedingungen („Frauen haben immer das falsche Alter": Sind sie jung, könn(t)en sie Kinder bekommen, sind sie mittelalt, gelten sie aufgrund vorhandener Kinder als sozial nicht genügend unabhängig, sind die Kinder herangewachsen, gelten sie als zu alt), für die fast nur bei Frauen vorgegebenen Wiedereingliederungschancen nach Berufsunterbrechung oder für den bei Frauen stärkeren Anstieg der Langzeitarbeitslosigkeit. Ist die Erwerbsquote in den höheren Altersgruppen bei den Männern eher zurückgegangen, hat sich die Erwerbsbeteiligung der Frauen trotz aller oben genannten Probleme hingegen eher erhöht. Dies allerdings hängt wiederum mit dem nur für Frauen typischen Anstieg des Anteils an Teilzeitarbeit zusammen. Eine weitere geschlechtsspezifische Differenz ergibt sich hinsichtlich der Altersgrenzen. So liegt die „Frauenaltersgrenze" fünf Jahre vor der „männlichen" Regelaltersgrenze. Dies gilt allerdings nur bei Vorliegen bestimmter Kriterien (15 Jahre Wartezeit und mindestens zehn Pflichtbeitragsjahre nach dem 40. Lebensjahr), so daß gerade Frauen mit langjährig unterbrochenen Erwerbsverläufen jenseits der 60 tendenziell häufiger erwerbstätig sind, als es bei den Frauen mit den kontinuierlichen Erwerbsmustern, wie sie auch für Männer typisch sind, der Fall ist. Auch der Übergang in den Ruhestand stellt sich für Frauen oft anders als für Männer dar. Für Frauen erscheint dieses Lebensereignis stärker ambi-

valent besetzt. Sowohl das Ereignis selbst als auch der nachfolgend antizipierte Verhaltensspielraum verlangen den Frauen zumeist mehr Anpassungs- und Koordinationsleistungen bei der Frage der Integration von eigenen und den Bedürfnissen anderer ab als den Männern. Hier wird in Zukunft sicherlich die Frage der Synchronisation von Ruhestandsregelungen bei älteren Ehepaaren an Aktualität und möglicherweise auch paarspezifischer Brisanz gewinnen. Daß der Beruf auch für Frauen im Alter eine wesentliche identitätsstiftende Komponente besitzen kann, wird nicht zuletzt an den Frauen in den neuen Bundesländern deutlich. Aber nicht nur im Bereich von Arbeit und Beruf, auch im Hinblick auf das ehrenamtliche Engagement ergeben sich Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. Ungefähr zwei Drittel der ehrenamtlich Tätigen sind Frauen; dabei sind Frauen überwiegend im sozialen Ehrenamt tätig, Männer im politischen. Finden sich überhaupt Frauen im politischen Ehrenamt, üben sie die weniger prestigeträchtigen Tätigkeiten aus (vgl. Backes, 1991 a). Auch hier können sich im Zuge eines stärkeren Bewußtseins des eigenen Selbstwertes bei Frauen Änderungen ergeben.

Weitere geschlechtsspezifische Differenzen finden sich hinsichtlich der Sozialkontakte. Entgegen dem herrschenden Stereotyp der alten Frau als einem abhängigen und passiven Wesen erweist sich gerade das informelle soziale Netzwerk der Frauen im Alter als variantenreich und tragfähig. Gerade in kritischen Lebenssituationen appellieren Frauen eher als Männer an ihre soziale Umwelt und erfahren auf diese Weise Unterstützung. Männer hingegen scheinen in sozio-emotionaler Hinsicht stärker, als dies Frauen im Hinblick auf ihren Partner tun, ausschließlich auf ihre Ehepartnerin hin zentriert zu sein. Dies macht auch die erhöhte Gefährdung verwitweter Männer verständlich. Gilt für Frauen die Empfehlung, rechtzeitig soziale Kontakte nicht nur im familiären, sondern auch im außerfamilialen Bereich zu knüpfen und zu pflegen, so scheint es insbesondere für Männer wichtig, soziale Kontakte auch außerhalb der beruflichen Sphäre und formeller Rahmenbedingungen zu suchen. Kontaktmöglichkeiten und -barrieren stellen sich dabei für Frauen und Männer im Alter als unterschiedlich dar. Dies gilt insbesondere auch und gerade im Falle der Partnerlosigkeit. Hier haben Männer zumeist mehr Chancen, neue Intim-Partnerschaften mit zumeist dann deutlich jüngeren Partnerinnen einzugehen. Für Frauen hingegen ist selbst die Aufnahme einer nicht-sexuellen, aber engen gegengeschlechtlichen Beziehung schwierig. Noch schwieriger ist die Situation für ältere partnerlose Frauen mit Bedürfnissen nach Sexualität, ein Erlebensbereich, der traditionell Frauen ohne Partner abgesprochen wurde. Hier gibt es noch viel Korrekturbedarf am herrschenden Bild der asexuellen älteren Menschen bzw. Frauen (vgl. Fooken et al., 1989; v. Sydow, 1991). In den Rahmen von Sozialkontakten und sozialen Netzwerken ist für Frauen auch die Frage der Verfügbarkeit über ein soziales Unterstützungssystem angesichts des Themas Pflegebedürftigkeit einzuordnen. Dies gilt einmal für den Fall der eigenen Pflegetätigkeit seitens der älteren Frau (in der Regel ist die Pflege dann auf Eltern/Schwiegereltern oder auf den Ehemann bezogen), dies gilt aber auch für die eigene mögliche Pflegebedürftigkeit (z. B. die Frage der Pflegebereitschaft von Schwieger/Töchtern). Anders als in „männlichen Lebenskontexten" haben in den familialen Lebenszusammenhängen, die über die weibliche Linie laufen, die Fragen von sozialen Verpflichtungen, Abhängigkeiten, Schuldgefühlen, Solidarität etc. zumeist einen ganz anderen Stellenwert. Allerdings steht hier zu vermuten, daß zukünftige Generationen älterer Frauen, die im Rahmen ihrer Sozialisation sich nicht mehr so stark den traditionell weiblichen Werten wie Anpassung und Aufopferungsbereitschaft, sondern Werten wie Autonomie und Selbstverwirklichung verpflichtet fühlen, sich anders als ihre Mütter und Großmütter verhalten werden.

Interessanterweise ergaben sich bei aktuellen Umfragen in den alten und neuen Bundesländern (vgl. IfD Allensbach, 1991) hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens im Alter erhebliche geschlechtsspezifische Differenzen. Unabhängig von der Ost-/West-Zugehörigkeit äußern Frauen im Altersbereich 60 Jahre und älter erheblich mehr psychisches Unbehagen und eine gedämpftere Stimmungslage als Männer. Diese Tendenz, die sich auch in anderen Befragungen zur Lebenszufriedenheit immer wieder nachweisen läßt, kann sicherlich unterschiedlich bewertet werden. Zum einen können diese Diskrepanzen Ausdruck erlebter Belastungen und Benachteiligungen bei Frauen angesichts ihrer restriktiveren Lebenslagen sein (geringeres Einkommen, eher alleinstehend etc.). Zum anderen kann aber das Äußern von erlebten Belastungen und von „Leiden" auch als Ausdruck der Fähigkeit zur Selbstöffnung und zur realistischen Konfrontation mit Problemsituationen gesehen werden — eine Fähigkeit, die bei Frauen ja durchaus mit „Überlebensfähigkeit", d. h. mit ausgeprägter Langlebigkeit einhergeht (vgl. Fooken, 1984). In diesem Zusammenhang erscheint es erwähnenswert, daß Frauen zwar häufiger als Männer „Einsamkeitserleben" äußern, dieses aber nicht identisch ist bzw. sein muß mit dem Erscheinungsbild einer klinischen Depression. Andererseits ist im Hinblick auf psychische Störungen die Aussage zutreffend, daß Frauen in der Gruppe der schweren Depressionen deutlich überwiegen; Männer hingegen weisen im Alter eine ausgesprochen hohe Suizidrate auf (vgl. Kapitel 6).

Eine erhöhte Sensibilisierung gegenüber dem körperlichen Befinden und der eigenen Gesundheit findet sich gleichfalls häufiger bei älteren Frauen als bei Männern (vgl. IfD Allensbach, 1991). Frauen zeigen in diesem Sinne ein gesundheitsbewußteres Verhalten. Aber auch hinsichtlich der objektiven bzw. objektivierbaren Seite des Körpers und der gesundheitlichen Lage finden sich geschlechtsspezifische Differenzen, beispielsweise bei Multimorbiditätsmustern und Todesursachen. Diese hängen zum einen mit geschlechtsrollentypischen Formen der Lebensführung zusammen wie beispielsweise bei Männern der hohe Anteil an Bronchitiden (Rauchen) und bei Frauen der hohe Anteil an Diabetes mellitus (Übergewicht); zum anderen gibt es auch organische und strukturelle Besonderheiten wie beispielsweise bei den geschlechtsspezifischen malignen Tumoren (vgl. Kapitel 5). In diesem Zusammenhang sollte bei Frauen im

Sinne einer besseren gesundheitlichen Prophylaxe noch stärker als bisher der Zusammenhang zwischen den hormonellen Veränderungen in der Zeit des Klimakteriums und bestimmten frauentypischen Alterserkrankungen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter hergestellt werden. Dies gilt zum einen für die postmenopausale Osteoporose und zum anderen für den häufig tabuisierten Bereich der urogenitalen Beschwerden, insbesondere der Harninkontinenz. Dabei sollte es nicht in jedem Falle um eine weitere „Medikalisierung des weiblichen Körpers" (Honegger, 1983) gehen, sondern um die Stärkung von Selbsthilfe-Potentialen und um das Erkennen von psychosozialen Bedingtheiten und Anteilen somatischer Störungen.

Die postulierte Pluralität der Lebensbedingungen und Lebensstile zeigt sich nicht nur als interindividuelle Varianz innerhalb ein und derselben Generation älterer Menschen, sondern auch dann, wenn man verschiedene Geburtskohorten miteinander vergleicht (vgl. Lehr, 1987 b). Gerade für Frauen kann dabei konstatiert werden, daß ihre Entwicklungsbedingungen stärker von den zeithistorischen Wechselfällen und konjunkturellen Schwankungen abhängig sind, als es bei Männern der Fall ist. Die deutsche Vereinigung mit den einschneidenderen Konsequenzen für Frauen (z. B. Arbeitslosigkeit, veränderte Kinderbetreuungs-Systeme) ist hierfür ein höchst aktuelles Beispiel. Trotz einer Reihe von gemeinsamen oder zumindest ähnlichen Erfahrungen (z. B. niedrigeres Lohnniveau) ist den älteren Frauen in den neuen Bundesländern (und „älter" heißt hier unter Umständen schon ab 40) eine wesentliche Basis der Stiftung von Identität und Selbstwert entzogen worden. Grundsätzlich gilt aber auch für Frauen stärker als für Männer, daß die mögliche „Modellfunktion" vorhergehender Generationen für nachfolgende weniger eindeutig erscheint. Dies trifft auch und gerade für die Art und Weise der Auseinandersetzung mit dem Alter zu: Die Alter(n)sproblematik von Frauen wird sich in der Form sicherlich immer wieder ändern, damit in ihrem Kern aber nicht aufgehoben werden (vgl. Bakkes, 1991 b). Allerdings steht hier zu vermuten, daß die in den letzten Dekaden erfolgte Bildungsexpansion für Mädchen und Frauen und die damit einhergehende stärkere Berufsorientierung sich in einem verändertem (Selbst-)Verständnis als älterwerdende Frau niederschlagen wird. Dies heißt auch, daß der ganze Bereich der Bildung für das Alter und der Bildung im Alter sich vor allen Dingen auf die bei den Frauen veränderten Bedürfnisse einzustellen hat. Nicht zuletzt die Frauenbewegung, wenngleich zunächst stark von jungen Frauen getragen, hat bereits bewirkt bzw. wird in einer Art Vorreiterfunktion für zukünftige Generationen älterer Frauen bewirken, daß das Thema des weiblichen Älterwerdens offensiver und öffentlicher behandelt wird. In der bei weitem (noch) nicht so etablierten Männerbewegung steht allerdings die Diskussion des Themas des „männlichen Älterwerdens" noch in den Anfängen. Die Rahmenbedingungen des Dialogs zwischen den Geschlechtern haben sich in den vergangenen 20 Jahren geändert; dies betrifft die verschiedensten Lebensbereiche (z. B. hormonale Empfängnisverhütung, Aids, Gleichstellungsbeauftragte, Quotenregelungen, „Elternurlaub" etc.). Wenngleich von solchen Veränderungen jüngere Frauen und Männer stärker betroffen sind, werden sich die Konsequenzen absehbar auch in der Gruppe der Älteren niederschlagen. „Geschlechterpolitik" hat somit auch immer eine Relevanz im und für das Alter, Altenpolitik hat immer auch eine geschlechtsspezifische Dimension bzw. sollte immer auf möglicherweise geschlechtsspezifisch differente Auswirkungen hin überprüft und hinterfragt werden.

20. Empfehlungen der Sachverständigenkommission

(Die Zahlen in Klammern entsprechen dem Kapitel des Berichts, dem die Empfehlung inhaltlich zuzuordnen ist.)

20.1 Allgemeine Grundsätze

Gesellschaftspolitik muß die zahlreichen Einflüsse früherer Lebensabschnitte auf den Alternsprozeß berücksichtigen. Eine diesen Grundsätzen entsprechende Politik muß Gesundheitssituation, Familienverhältnisse, Arbeitsleben, kulturelle und soziale Teilhabe sowie die ökonomische Sicherung und Vorsorge mitberücksichtigen. Gesellschaftspolitik ist ohne eine altersintegrative Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik unvollständig. (3)

Politik sollte die bei älteren Menschen erhaltene Leistungsfähigkeit berücksichtigen und Möglichkeiten ihrer Nutzung unterstützen. Eigeninitiativen älterer Menschen, die sich positiv auf Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und soziale Integration im Alter auswirken, sollten stärker als bisher gefördert werden. Auch die Förderung der inner- und außerfamiliären Integration entspricht sowohl den Grundbedürfnissen älterer Menschen wie den Prinzipien einer humanen Politik. (7)

Altenpolitik muß versuchen, der Unterschiedlichkeit von Lebenslagen im Alter gerecht zu werden. Dort, wo diese Lebenslage die mehr oder minder kontinuierliche Fortsetzung des Lebens ermöglicht, gilt es Aktivitäten und Interessen zu fördern, dort aber, wo Beeinträchtigungen unterschiedlichster Art die Fähigkeit des einzelnen übersteigen, mit seiner Lage zurechtzukommen, müssen die geeigneten Formen der Hilfe und Unterstützung gefunden und bereitgestellt werden. (19)

Für alte Menschen in den fünf neuen Bundesländern muß die Politik dafür Sorge tragen, daß die Gesamtheit ihrer Lebensaspekte beachtet wird. Sie können ihre Position durch Teilnahme am Erwerbsleben nicht mehr verbessern und sind im vollen Umfang auf

Transferleistungen und soziale Sicherung angewiesen. Ihre Lebensqualität sollte jedoch nicht allein unter materiellen Aspekten beurteilt werden. (19)

20.2 Zur Politik für ältere Arbeitnehmer und zur sozialen Sicherung

Ältere Arbeitnehmer — besonders solche mit geringen Berufs- und Beschäftigungschancen — dürfen nicht aus primär arbeitsmarktpolitischen oder auch demographischen Erwägungen in ihrer sozialen Sicherheit benachteiligt werden. (3)

Beschäftigung von älteren Arbeitnehmern muß sowohl für die Arbeitgeber wie für die Arbeitnehmer attraktiver werden. Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbschancen haben sich gleichermaßen auf die Erhaltung gegebener Beschäftigungschancen wie auf die Erhöhung der Wiederbeschäftigungschancen zu richten. (3)

Bei frühzeitigem Austritt aus der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand müssen geregelte und sozial abgefederte Wege aufrechterhalten werden. (3)

Zum Nutzen auch der älteren Arbeitnehmerinnen ist eine allgemeine Verbesserung der Berufschancen und Karrieremöglichkeiten für Frauen anzustreben. Eine verstärkte Flexibilität der Arbeitszeitgestaltung ist sinnvoll und kommt beiden Geschlechtern zugute. (3)

Auch nach Inkrafttreten des Rentenreformgesetzes 1992 besteht für die Alterssicherung ein Anpassungs- und Änderungsbedarf. Im Interesse einer möglichst weitgehenden Kontinuität und Stabilität dieser Sicherung sollte bald eine Klärung über die Weiterentwicklung des Systems herbeigeführt werden. (12)

Spezielle in der nächsten Zeit zu bewältigende Aufgaben sind die Verbesserung der Alterssicherung der Frauen und die stärkere Berücksichtigung von Familienleistungen in der Sozialversicherung (Bundesverfassungsgericht, 7. Juli 1992). Die Reformdebatte sollte umgehend im engen Kontext zu den vorhergenannten allgemeinen Anpassungszwängen geführt werden, die vor allem auch die Angleichung der Versorgungsverhältnisse in den neuen Bundesländern berücksichtigen muß. Das bestehende Alterssicherungssystem gewährleistet nicht eine ausreichende Absicherung der Pflege. Der internationale Vergleich zeigt, daß gegenüber punktuellen Änderungen des bestehenden Sozialversicherungsrechts eine spezielle soziale Institution — zum Beispiel soziale Pflegefallabsicherung — diesem Bedürfnis am weitestgehenden entsprechen kann. Hier besteht unverändert ein dringender Handlungsbedarf. Maßnahmen zur Verhinderung von Altersarmut sind dringend angezeigt. Erforderlich dafür ist eine Verbesserung der Datenlage. (12)

Soweit die Pflege außerhalb eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses erfolgt, ist die soziale Absicherung der Pflegenden zu verbessern. Dies gilt insbesondere für den Fall des Alters: Zumindest sollten Pflegezeiten gleich wie Kindererziehungszeiten angerechnet werden. Die Normen des europäischen Rechtes sind auch hier zu berücksichtigen. (12)

20.3 Zur Gesundheitspolitik

Die Kommission empfiehlt eine frühzeitig beginnende intensivere Aufklärung über Maßnahmen zur Prävention (zum Beispiel Körperhygiene, gesunde Lebensweise, Vorsorgeuntersuchung und schulische Gesundheitserziehung). (8)

Das Angebot an Vorsorgeuntersuchungen muß unter Einbeziehung höherer Altersstufen ausgebaut werden. Um ältere Menschen zur Teilnahme zu motivieren, ist die Information über die erweiterten Möglichkeiten und den Nutzen von Vorsorge- und vorsorglichen Untersuchungen zu verstärken. (8)

Um eine bewußte Auswahl im Hinblick auf eine physiologisch bedarfsgerechte Kost zu ermöglichen, sollte eine Kennzeichnungspflicht für Hersteller bezüglich der in Nahrungsmitteln enthaltenen Nährstoffe (Eiweiß, Fett, Kohlehydrate, Vitamine, Mineralstoffe) eingeführt werden. (8)

Möglichkeiten zur Erhaltung und Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter sind zu optimieren, z. B. durch neue Lerninhalte oder neue Formen der Wissensvermittlung; entsprechende Bildungseinrichtungen sind verstärkt zu fördern. (8)

Interdisziplinäre Forschungsprojekte sollten sich vor allem mit psychischen, sozialen, ökologischen und medizinischen Risikofaktoren verstärkt befassen. (8)

Erhalt der Kompetenz ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für Wohlbefinden. Kompetenzförderung sollte interdisziplinär angelegt, d. h. sowohl auf den körperlichen als auch auf den psychischen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Bereich bezogen sein. (7)

Auch im Alter sind psychische und physische Veränderungspotentiale vorhanden und damit positive Entwicklungen möglich. Deshalb sind therapeutische und rehabilitative Interventionsmaßnahmen sinnvoll und entsprechende Voraussetzungen mit Nachdruck zu schaffen und zu fördern. (7)

Die Kommission empfiehlt die Verbesserung und Förderung der ärztlichen Versorgung, der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation durch

— Steigerung der Qualifikation zur geriatrischen/psychogeriatrischen Behandlung und Rehabilitation durch Errichtung selbständiger spezieller Abteilungen, teilstationärer Einrichtungen, ambulanter Praxen sowie durch Schaffen geeigneter wohnortnaher Institutionen,

— Auf- und Ausbau ambulanter, vorstationärer und teilstationärer Versorgung im Rahmen der Altersmedizin in Anbindung an selbständige Krankenhausabteilungen und Kliniken,

— Vernetzung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungseinrichtungen mit solchen der Rehabilitaton und Pflege,

— Schaffen von Diagnosezentren (assessment units), welche über Art und Notwendigkeit einer einzusetzenden Behandlung bzw. einer Institutionalisierung mitzuentscheiden haben,

— Entwickeln integrativer Therapiekonzepte, in denen physische, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt sind,

— Gewährleistung einer Erhaltenstherapie,

— Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den gesundheitlichen und sozialen Diensten in interdisziplinärer Zusammenarbeit,

— Verbesserung der Versorgungs- und Betreuungskonzepte für psychisch kranke oder/und behinderte alte Menschen durch Gewähren besserer Zeitdeputate für Zuwendung und Beratung bei Patienten und Angehörigen sowie durch Einbeziehen des therapeutischen Teams in Betreuungs- und Beratungsprozesse. (9)

Um die Vorausetzungen für eine sichere Arzneimitteltherapie zu verbessern, müssen die erforderlichen Informationen über Arzneimittelwirkungen im Alter Ärzten, anderen gesundheitlichen Sozialberufen sowie Patienten vermittelt werden. (10)

Bei Arzneimitteln sind konsequenter als bisher altengerechte Verpackungen und Darreichungsformen zu verwenden. (10)

20.4 Zur Pflegebedürftigkeit im Alter

Der nicht einheitlich definierte Begriff der „Pflegebedürftigkeit" bedarf vor dem Hintergrund der Bestimmungen im Gesundheits-Reformgesetz (1989) einer neuen, allgemeinverbindlichen Definition. Diese muß langfristig dazu führen, daß eine gleichrangige Anerkennung der Risiken aus akuten und chronischen Erkrankungen erreicht wird, was im Interesse alter Menschen dringend zu fordern ist. (11)

Hilfeangebote von Sozialstationen und anderen ambulanten Diensten sind auszubauen und sollten neben einer kontinuierlichen Unterstützung bei der körperlichen Pflege auch die psychosozialen Belange miteinbeziehen können. (11)

Um das Risiko der Pflegebedürftigkeit angemessen auffangen zu können, müssen Vorkehrungen getroffen werden, daß zeitgleich die Leistungsqualitäten in ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen angehoben werden. Entsprechende Standards zur Beurteilung sind zu schaffen. Durch höhere Leistungsqualitäten kann zudem die Attraktivität dieses Arbeitsgebietes für das Pflegepersonal verbessert werden. (11)

Rehabilitation chronisch kranker älterer Menschen stellt auch eine Hilfe für pflegende Angehörige dar. Zu ihrer verstärkten Realisation sind flächendeckend Tageskliniken und Tagespflegeeinrichtungen vorzuhalten und unter akzeptablen Bedingungen zugänglich zu machen. (11)

Selbsthilfegruppen sowie Beratungsstellen für Angehörige stellen ein wichtiges Element zur Garantie angemessener Pflege dar und sind deshalb zu fördern. (11)

Die Zunahme schwerstpflegebedürftiger und insbesondere psychisch gestörter älterer Menschen erfordert dringend mehr und besser qualifiziertes Pflegepersonal. (11)

Bei der ambulanten Versorgung sollte die Bundesrepublik Deutschland auf Erfahrungen des Auslandes zurückgreifen und hauswirtschaftliche Leistungen als einen wesentlichen Pfeiler dieser Versorgung in Angebot und Finanzierung sicherstellen. (11)

Pflegende Angehörige müssen in die Lage versetzt werden, durch Kenntnisse über die jeweils möglichen Hilfe- und Pflegeangebote die zur Gestaltung ihrer eigenen Lebenssituation angemessenen Hilfen in Anspruch zu nehmen. (17)

Zum Erhalt von Familienpflege, auch hinsichtlich der angemessenen Versorgung Alleinlebender, ist die Sicherstellung von Dienstleistungen auch an Wochenenden sowie nachts zu garantieren. (17)

Der Minderung der Lebensqualität pflegender Angehöriger ist u. a. durch den Ausbau der Tagesbetreuung und Kurzzeitpflege, der Bereitstellung der notwendigen pflegerischen und rehabilitativen Hilfsmittel und dem Angebot psychologischer Beratung zu begegnen. (17)

Zur Entlastung dauerpflegender Angehöriger sind Möglichkeiten zur befristeten Unterbringung von Pflegeabhängigen in stationären Einrichtungen bereitzuhalten. (18)

Für betreuende Angehörige, die erwerbstätig sind, sollten in begründeten Ausnahmefällen eine befristete Arbeitszeitverkürzung oder Freistellung ohne negative soziale Auswirkungen ermöglicht werden. (18)

Bei vorhandener Hilfsbedürftigkeit ist eine Information von Betroffenen und Helfern über das Krankheitsgeschehen und über die dadurch bedingten Funktionseinbußen äußerst wünschenswert. Informationen über die jeweils erforderliche Art der Versorgung in der Häuslichkeit und möglicher Rehabilitation sollten sie ergänzen. (15)

Die Probleme der Pflegefallabsicherung erfordern dringend eine Lösung.

20.5 Zur Familienpolitik

In den alten und noch mehr in den neuen Bundesländern stellt die Familie einen hohen Wert für ältere Menschen dar. Deshalb muß Altenpolitik stets in eine fortschrittliche Familienpolitik integriert bleiben. (16)

Die Selbständigkeit älterer Menschen wie die gegenseitige Erreichbarkeit ihrer Kinder sollten mit geeigneten sozialen, wohnungspolitischen sowie arbeits- und tarifrechtlichen Maßnahmen gefördert werden. (16)

Angesichts von Tendenzen zur „Singularisierung" in unserer Gesellschaft sollte die Entwicklung und Bei-

behaltung außerfamiliärer Kontakte im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter gefördert werden, z. B. durch die Ermöglichung von Berufstätigkeit auch für Mütter. (16)

Im Hinblick auf eine Veränderung der demographischen Struktur ist eine langfristig angelegte Gesamtpolitik zu fordern, welche das Leben für Kinder auch im nächsten Jahrhundert lebenswert macht und zugleich die Bereitschaft zur Übernahme von Elternpflichten erhöht. (1)

20.6 Zur Wohnungs- und Verkehrspolitik

Die Qualität des Wohnens alter Menschen wird mehr durch das allgemeine Wohnungsangebot und die generell verfügbaren Infrastrukturen der Wohngebiete als durch Spezialangebote bestimmt. Deshalb sollten allgemeine Maßnahmen wie barrierefreies Bauen und Wohnen gefördert werden. (13)

Unzureichende Wohnbedingungen gefährden die Selbstversorgungsfähigkeit älterer Menschen. Dieses Risiko trifft insbesondere die materiell schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen (Hochaltrige, Alleinstehende, Frauen). Auf seine Beseitigung bezogene Maßnahmen in einer größeren Zahl von Politikbereichen (Städtebau, Wohnungsbau incl. Sanierung, Wohngeld, ambulante Altenhilfe, Sozialhilfe und Rentenpolitik u. a.) sind verstärkt durchzuführen. Dies gilt insbesondere für die neuen Bundesländer. (13)

Um die zur Sicherung des Verbleibs von Hochbetagten in angestammten Wohnungen erforderlichen Anpassungen der Wohnungen und Wohnausstattung vornehmen zu können, sind neue Akzente und Fördermaßnahmen notwendig, die schnellere und unbürokratische Hilfe auf breiter Basis ermöglichen. (13)

Aus familien- und altenpolitischer Sicht ist die Angleichung der Wohnungen in den neuen Bundesländern an den Standard von jenen der alten Bundesländer dringend erforderlich. (13)

Zur Kompensation funktioneller Einschränkungen im Alter müssen Stadt- und Verkehrsplaner, Architekten und Techniker zukünftig Bedarfe älterer Menschen konsequenter berücksichtigen. (7)

Öffentliche Verkehrsmittel sollten so beschaffen sein, daß sie allen Bürgern eine Nutzung ohne Schwierigkeiten gestatten. (14)

Die Erlaubnis zum Führen eines Fahrzeugs sollte altersmäßig nicht begrenzt werden, allerdings müssen Gesundheitszustand, insbesondere Seh- und Hörfähigkeit, dieses zulassen. Mögliche Auswirkungen von Medikamenten sind zu berücksichtigen. (14)

Für Fußgänger sind möglichst hindernisfreie Gehwege und Übergänge zu schaffen. Der Nahverkehr sollte insgesamt benutzerfreundlicher gestaltet werden. (14)

Bei der Planung von Verkehrsinformationen für Ältere sollten nicht nur sachliche Aspekte, sondern auch psychische Barrieren in ihren Auswirkungen berücksichtigt werden. (14)

20.7 Zur Selbstversorgung, Altenarbeit und Altenhilfe

Für ältere Menschen in Problemlagen sollte die zugehende Altenberatung entwickelt werden, welche alle Sachbereiche der Selbstversorgung umfassen muß. (18)

Ein umfassendes Finanzierungskonzept für die Sicherung unterschiedlichster Hilfen zur Aufrechterhaltung der Selbstversorgung ist erforderlich, wenn die häusliche Versorgung eine echte Alternative zur dauernden Heimversorgung sein soll. (18)

Wie in den europäischen Nachbarstaaten, so wird es auch in der Bundesrepublik Deutschland erforderlich sein, langfristig hauswirtschaftliche Leistungen für ältere Menschen zu einem Grundpfeiler der Altenhilfe auszugestalten. Gesetzliche Grundlagen für ihre Bereitstellung und Finanzierung sind zu erarbeiten. (18)

In allen Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe ist eine weitere Professionalisierung der Mitarbeiter erforderlich, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. (18)

Für Planung und Erfolgskontrolle ist die Entwicklung von Qualitätskriterien für alle Leistungsbereiche der Altenhilfe dringend. (18)

Die bisher existierende Trennung zwischen den Systemen des Gesundheitswesens und der sozialen Dienste incl. jener der Altenhilfe bedarf der Auflockerung und — wo immer möglich — der Aufhebung, um die Rahmenbedingungen für die institutionalisierte Altenhilfe zu verbessern. (18)

Um den Pflegenotstand nachhaltig zu beheben, sollten die besonderen psychischen und physischen Belastungen der Pflegeberufe abgebaut, ungenügende Personalschlüssel aufgestockt, eine unverändert bestehende Benachteiligung des Altenpflegeberufs im Vergleich zu dem der Krankenpflegeausbildung und -entlohnung beseitigt sowie möglicherweise integrierte Ausbildungsgänge für das Pflegepersonal angeboten werden. (18)

Damit der Grundsatz „ambulante Hilfe vor stationärer Versorgung" greifen kann, ohne die stationäre Pflege zu vernachlässigen, sind die erforderlichen finanziellen und personellen Voraussetzungen für die ambulanten Dienste zu schaffen bzw. zu verbessern. (18)

Die Weiterentwicklung und Förderung von Instrumenten der offenen Altenarbeit im Hinblick auf Selbsthilfeinitiativen Älterer, generationsübergreifende Aktivitäten u. ä. sollte erfolgen, um Lebensqualität zu erhalten. (18)

Um eine weitgehende Autonomie in der privaten Haushaltsführung im Alter zu erhalten, sind spezielle Entscheidungs- und Handlungskompetenzen erforderlich. Um diese rechtzeitig zu vermitteln, sind Haushalts- und Verbraucherinformation intensiv zu fördern. (15)

Angemessene Selbständigkeit im Alter darf nicht durch unzureichende materielle Ressourcen gefährdet werden. Einkommenschwachen älteren Men-

schen sind Informationen über einkommenssteigernde und aufwandsmindernde Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, z. B. in Form zugehender Altenberatung. (15)

20.8 Zu besonderen Lebenssituationen und Lebenslagen im Alter

Alle Maßnahmen, Initiativen und Empfehlungen im Bereich der Altenpolitik haben geschlechtsspezifische Auswirkungen, die berücksichtigt, überprüft und hinterfragt werden müssen. (19)

Die Politik der Bundesrepublik Deutschland ist darauf ausgerichtet, in der Bevölkerung insgesamt Erscheinungsformen von Armut zu vermeiden. Dies ist — vor allem für ältere Menschen — nicht in vollem Umfang gelungen. Deshalb ist die Politik aufgerufen, geeignete Maßnahmen zur Verhinderung sozialer Gefährdung bis hin zur Armut zu entwickeln, ganz besonders bezogen auf ältere Menschen und ihre spezifischen Lebensrisiken sowie die Gegebenheiten in den neuen Bundesländern. (19)

Gesonderte ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote können vereinzelt für ältere Menschen mit unterschiedlicher ethnischer Herkunft notwendig sein, um deren Bedürfnissen gerecht zu werden. (19)

Besondere Maßnahmen sind erforderlich, um Ausländerfamilien in schwieriger sozialer Lage die Versorgung alter Angehöriger zu ermöglichen, ohne die soziale Integration der nachfolgenden Generation zu gefährden. (19)

Auf kommunaler, landes- und bundespolitischer Ebene sind neue Modelle der Hilfe und Zusammenarbeit zur Lösung von Problemen älterer Menschen zu entwickeln, die seit früheren Lebensabschnitten oder von Geburt an körperlich, geistig oder psychisch behindert sind. (19)

Den Lebensqualitäten und Zukunftsperspektiven älterer Menschen in den neuen Bundesländern ist besondere Aufmerksamkeit seitens der Politik zuzuwenden. (19)

20.9 Zu Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Selbstversorgung erfordert Kenntnisse und Fertigkeiten in allen Sachbereichen der privaten Haushaltsführung. Der Ausbau entsprechender Angebote in Schul- und Erwachsenenbildung könnte im Alter zur Vermeidung von Abhängigkeiten beitragen. (15)

Konzepte fachspezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle in der Altenarbeit, Behandlung, Rehabilitation und Versorgung alter Menschen beteiligten Berufe, ergänzt um Modelle interdisziplinärer Zusammenarbeit (case-management), sind zu entwikkeln. (9)

Geriatrischer und gerontologischer Wissensstoff ist in medizinische Studienpläne und Prüfungsordnungen aufzunehmen. (9)

Einrichtung von Lehrstühlen für die verschiedenen Bereiche der Gerontologie an den wissensschaftlichen Hochschulen.

Intensive Fort- und Weiterbildung auf den Gebieten der Geriatrie und Gerontologie (für Ärzte, Psychologen, Erziehungswissenschaftler, Soziologen u. a.) sollte gewährleistet sein. (9)

Eine bundeseinheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung ist dringend erforderlich. (18)

20.10 Zur Alternsforschung

Psychologische, soziologische und wirtschaftswissenschaftliche Forschung stellen wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Altenpolitik dar. Interdisziplinäre Forschung ist bevorzugt zu unterstützen.

Forschungsvorhaben der experimentellen und klinischen Gerontologie zu den Mechanismen der Alternsprozesse, deren genetische Faktoren einerseits, Umweltbedingungen und medizinische Risikofaktoren andererseits sind dringend zu fördern. Derartige Projekte sollten unter der Leitung von in der Gerontologie ausgewiesenen Wissenschaftlern stehen. (4)

Es sind institutionelle und personelle Voraussetzungen zu schaffen, damit zukünftig statt der bisher vorherrschenden Querschnittsuntersuchungen auch Längsschnittstudien durchgeführt werden können. (4)

Als Voraussetzung für eine Weiterentwicklung von Prävention, Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen muß die medizinisch-epidemiologische Forschung intensiviert werden. (5 und 6)

Die erhobenen epidemiologischen Daten sollten schneller zugänglich sein als bisher und müssen auch bei über 70jährigen gewonnene Erkenntnisse berücksichtigen. (5 und 6)

Ihre Datenerhebung muß auf einer einheitlichen Nomenklatur und wissenschaftlich abgesicherten Diagnosen aufbauen. Diese und eine weiterentwikkelte Gesundheitsberichterstattung sind Voraussetzung für eine professionelle Einschätzung der Konsequenzen für die Gesellschaft (Gesundheitskosten, Krankenhausbetreuung, Arztdichte). (5 und 6)

Besonderes Augenmerk ist den Ursachen für die Zunahme somatischer und psychischer Erkrankungen, darunter insbesondere mit chronischer Ausprägung, sowie dem gleichzeitigen Auftreten mehrerer chronischer Krankheiten (Multimorbidität) zu widmen. Insbesondere sind Daten aus ambulanter Behandlung und Versorgung in die Untersuchung miteinzubeziehen. (5 und 6)

Ursachen berufsspezifischer Morbidität und Mortalität sind durch Follow-up-Studien über den Ruhestand hinaus zu untersuchen. (5 und 6)

Medizinischer, insbesondere geriatrischer, psychogeriatrischer und sozialökonomischer Versorgungsfor-

schung bezüglich Diensten und Einrichtungen und ihrer Rückwirkung auf Lebensqualität, Effektivität und Wirtschaftlichkeit sind zu intensivieren. (9)

Die klinisch-pharmakologische Forschung muß zukünftig Besonderheiten der Pharmakodynamik, Pharmakokinetik, Bioverfügbarkeit, Interaktion und Langzeitwirkung bei älteren Menschen, insbesondere bei Hochbetagten, aufdecken und berücksichtigen. (10)

20.11 Zur Öffentlichkeitsarbeit

Die Unterrichtung der Öffentlichkeit über gegenwärtige und zukünftige demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und die daraus ableitbaren Konsequenzen einer gemeinsamen Verantwortung erfolgen. (1)

Die Altersstruktur der Bevölkerung sollte stärker als bisher die Orientierung in allen Politikbereichen bestimmen. Wertende Begriffe wie „Alterslast" oder „Überalterung" sind zu vermeiden, da es keine Norm für eine „richtige" Zusammensetzung der Bevölkerung gibt. Beim Nachweis statistischer Daten über die ältere Bevölkerung sollte eine differenzierende und weitgehend einheitliche Untergliederung nach dem Alter erfolgen. (1)

Das Wechselspiel zwischen der Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung durch Verlängerung der Lebenserwartung und der Rückgang der Geburtenzahlen muß klar herausgestellt werden; die unterschiedlichen demographischen Gegebenheiten in Ost und West und der Einfluß der Wanderungsprobleme auf alle gesellschaftlichen Bereiche sind zu verfolgen. (1)

Damit sich in der Gesellschaft ein differenziertes Altersbild durchsetzt, müssen in der öffentlichen Diskussion Stereotype durch wissenschaftlich fundierte Aussagen ersetzt werden. Das setzt voraus:

— ausführliche Berichte in den Medien über die verschiedenen Formen des Alterns,

— sachadäquate Weitergabe von Informationen über Gesundheitszustand und Hilfebedarf älterer Menschen,

— Information über die Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung von Kompetenz und Anpassungsfähigkeit auch bei Vorliegen chronischer Erkrankung und Behinderung,

— schnelle Vermittlung neuer gerontologischer Erkenntnisse in allgemeinverständlicher Form. (2)

Die Öffentlichkeit, und insbesondere ältere Menschen, sollten darüber aufgeklärt werden, daß eigene Aktivitäten, die Bereitschaft, Neues zu lernen, sowie die Anpassung an sich verändernde Anforderungen eine wichtige Voraussetzung für Selbständigkeit im Alter darstellen. (7)

Literatur

Abelin, T. & Schlettwein-Gsell, D. (1986). Behinderungen und Bedürfnisse Betagter. **Schweizer medizinische Wochenzeitschrift, 116,** 1524—1542.

Abelin, T., Schlettwein-Gsell, D., Minder, Ch., Marti-Nagy, Z. & Skaleric, K. (1985). **Die sozialmedizinische Lage der Betagten in der Schweiz,** I. Der Bedarf an Pflege- und Haushaltshilfe der Betagten unter städtischen Bedingungen. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.

Abler, R.M. & Fretz, B.R. (1988). Self-efficacy and competence in independent living among oldest old persons. **Journal of Gerontology, 43,** 138—143.

AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der FU Berlin; Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der GHS Kassel (1991). **Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande.** Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit (Bd. 82). Berlin: DZA.

Akhtar, A.J., Broe, G.A., Crombie, A., McLean, W.M.R., Andrews, G. & Caird, F.I. (1973). Disability and dependence in the elderly at home. **Age and Ageing, 2,** 102—111.

Alber, J., Guillemard, A.M. & Walker, A. (1991). **The Impact of Social and Economic Policies on Older People in the European Community.** EC Observatory on Older People, first report. Unveröff. Manuskript.

Alder, A.G., Adam, J. & Arenberg, D. (1990). Individual-differences assessment of the relationship between change and initial level of adult cognitive functioning. **Psychology and Aging, 5,** 560—568.

Allensbach Archiv IFD-Umfrage 036 (1950).

Allensbach Archiv IFD-Umfrage 5008 (1988).

Allensbach Archiv IFD-Umfrage 5062 (März 1992).

Amann, A. (1985). **The Changing Age Structure of the Population and Future Policy.** Council of Europe: Population Studies no. 18. Strasbourg 1985.

Amann, A. (1989). **Die vielen Gesichter des Alters.** Wien: Verlag der österr. Staatsdruckerei.

Amann, A. (1990). Zu den biographischen Brüchen der Pensionierung oder der lange Atem der Erwerbslosigkeit. In E. Hoff (Hrsg.), **Die doppelte Sozialisation Erwachsener.** Weinheim: Juventa.

Amann, A. (1992). **Älterwerden in der bäuerlichen Welt.** Notizen über eine österreichische Gemeinde in Innsbruck (in Planung).

Amery, A., Brixko, P., Clement, D. et al. (1985). Mortality and morbidity results from the European Working Party on high blood pressure in the elderly trial. **Lancet, 1985 I,** 1349—1354.

Amann, A. & Bohmann, G. (1991). Gegenwart und Zukunft des Alterns. Last oder politisches Potential? **Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 16** (1), 43—60.

Amann, A., Bohmann, G., Herrmann, W., Költringer, R., Nemeth, G. & Wieser, G. (1992). **Ältere Arbeitnehmer in Österreich.** Wien: Forschungsbericht des WISDOM.

Angele, J. (1991). Budgets ausgewählter privater Haushalte 1990. **Wirtschaft und Statistik, 7,** 473—480.

Ansley, J. & Erber, J.T. (1988). Computer interaction: Effects of attitudes on performance in older adults. **Educational Gerontology, 14,** 107—199.

Antonucci, T.C. (1985). Personal characteristics, social support and social behavior. In R.H. Binstock & E. Shanas (Hrsg.), **Handbook of aging and the social sciences.** New York: Van Nostrand Reinhold.

Arbeitsgruppe „Armut und Unterversorgung" (1988). **Vom Elend der Armutsverwaltung.** Fachpolitische Stellungnahme zur Finanzkrise und Gewährungspraxis in der Sozialhilfe. Frankfurt/Main: Vervielfältigung.

Arbeitsgruppe Fachbericht über Probleme des Alterns (1982). **Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland: Geschichte — Situationen — Perspektiven.** Bd. 40 Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, 3 Bände. Berlin: DZA.

Arbeitsgruppe für Altersforschung München (1989). **Die ambulanten pflegerischen und häuslichen Dienste in der Landeshauptstadt München — Bestandserhebung und Bedarfsanalyse.** Sozialreferat der Landeshauptstadt München in Zusammenarbeit mit dem Presse- und Informationsamt (Hrsg.). München.

Arnold, K. (1990). Kognitive und handlungsbezogene Prozesse in der Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten. **Zeitschrift für Gerontologie, 23,** 275—283.

Arnold, K. & Lang, E. (1989a). **Altern und Leistung.** Reihe sozialwissenschaftlicher Daten der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 6. Hamburg.

Arnold, K. & Lang, E. (1989b). Ergebnisse einer Umfrage zum Altersbild in der Bundesrepublik Deutschland. **Zeitschrift für Geriatrie, 2,** 383—389.

Arnold, K. & Lang, E. (1989c). **Wie sieht man die Älteren, und wie sehen sie sich selbst?** Reihe sozialwissenschaftliche Daten der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin Band 3. Stuttgart.

Atchley, R.C. (1989). Continuity theory of aging. **The Gerontologist, 29,** 183—189.

Auf dem Weg zum Krankenhaus 2000 (1989). **15. Deutscher Krankenhaustag und Interhospital 89 vom 6.—9. Juni 1989 in Hannover.** Köln, Stuttgart, Berlin.

Bäcker, G. & Steffen, J. (1991). Reichtum im Westen — Armut im Osten. **WSI-Mitteilungen, 44** (5), 292—307.

Bäcker, G., Bispink, R., Hofemann, K. & Naegele, G. (1989). **Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland,** Band 1: Arbeit-Einkommen-Qualifikation (2. Aufl.) Band 2: Gesundheit-Familie-Alter-soziale Dienste (2. Aufl.). Bonn.

Bäcker, G., Dieck, M., Naegele, G. & Tews, H.-P. (1989). **Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen.** Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Düsseldorf: Satz + Druck GmbH.

Backes, G. (1991a). Ehrenamtliche Arbeit älterer Frauen ein Beitrag zu ihrer sozialen Integration? **ifG Frauenforschung, 9** (3), 89—100.

Backes, G. (1991b). Was bedeuten sich verändernde Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen für ihre künftige Situation im Alter. In C. Gather, U. Gerhard, K. Prinz & M. Veil (Hrsg.), **Frauen-Alterssicherung.** Lebensläufe von Frauen und ihre Benachteiligung im Alter (S. 266—276). Berlin: Edition sigma Bohn.

Backhaus-Maul, H., Schütte, C. & Vogel, D. (1991). Eine allgemeine Dienstpflicht als Mittel zur Lösung des Pflegenotstands — Neue Kultur des Zwangshelfens? **Zeitschrift für Sozialreform, 37** (6), 349—366.

Baldock, J. & Evers, A. (1991). Versorgungssysteme für ältere Menschen im europäischen Überblick. In J. Kytir & R. Münz (Hrsg.), **Alter und Pflege.** Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos. Schriftenreihe Gesundheitsökonomie 3 (S. 11—42). Berlin: Blackwell Wissenschaft

Baltes, M.M. & Wahl, H.W. (1989). The behavioral and social world of the institutionalized elderly: Implications for health and optimal development. In M. Ory, R.P. Abeles (Eds.), **Aging, health, and behavior** (pp. 102—121). Baltimore: John Hopkins Press.

Baltes, M.M. & Gutzmann, H. (Hrsg.). (1990). **Brennpunkt Gerontopsychiatrie.** Hannover: Vincentz Verlag.

Baltes, P.B. (1984). Intelligenz im Alter. **Spektrum der Wissenschaft, 5,** 46—60.

Baltes, P.B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Ansätze. **Psychologische Rundschau, 41,** 1—24.

Baltes, M.M. & Baltes, P.B. (Hrsg.). (1986). **The psychology of control and aging.** Hillsdale, London: Lawrence Erlbaum.

Baltes, M.M., Sowarka, D., Neher, K.M. & Kwon, S. (1992). Kognitive Intervention mit alten Menschen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Baltes, P.B., Dittmann-Kohli, F. & Dixon, R.A. (1986). Multidisciplinary propositions on the development of intelligence during adulthood and old age. In A.B. Soerensen, F.E. Weinert & L.R. Sherrod (Eds.), **Human development and the life course** (pp.467—508). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Baltes, P.B. & Kliegl, R. (1986). On the dynamics between growth and decline in the aging of intelligence and memory. In K. Poeck, H.J. Freund & H. Gänshirt (Eds.), **Neurology** (pp. 1—33). New York: Springer.

Baltes, P.B., Sowarka, D. & Kliegl, R. (1989). Cognitive training research on fluid intelligence in old age: What can older adults achieve by themselves? **Psychology and Aging, 4,** 217—221.

Baltes, P.B. & Mittelstraß, J. (Hrsg.). (1992). **Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung.** Berlin: de Gruyter.

Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G. & Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence and total mortality: a 25-year follow-up study of 255 physicans. **Psychosomatic Medicine, 45,** 59—63.

Batelle-Institut (1982). **Eignungen und Auswirkungen von informationstechnisch ausgestalteten Arbeitsplätzen.** Frankfurt/M. und Tübingen: Forschungsbericht.

Bauer-Söllner, B. (1991). Institutionen der offenen Altenhilfe — aktueller Stand und Entwicklungstendenzen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung.** (S. 57—234). Berlin: DZA.

Bauer-Söllner, B. (1992). Hauswirtschaftliche Dienste in ambulanter und stationärer Altenhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Bildungsaspekten. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Bayrische Architektenkammer (Hrsg.). (1989). **Wohnen im Alter — Perspektiven einer Lebensform.** München: Akademie für Fort- und Weiterbildung der Bayrischen Architektenkammer.

Bayrischer Sparkassen- und Giroverband BSGV (Hrsg.). (1988). **Senioren.** Eine Untersuchung der GfK Marktforschung. Nürnberg.

Bayrisches Staatsministerium des Innern. Oberste Baubehörde (1992). Barrierefreie Wohnungen. Leitfaden für Architekten, Fachingenieure und Bauherren zur DIN 18 025 Teil 1 und Teil 2, Ausgabe 1992. Vergleichende Betrachtung und Erläuterungen. In **Arbeitsblätter „Bauen und Wohnen für Behinderte"**, Teil 2. München.

Behrend, Ch. (1983). **Teilzeitarbeit/Job-sharing für ältere Arbeitnehmer.** Eine Alternative zur Frührente? Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 53. Berlin: DZA.

Bennett, A.D. (1980). Cost — effectiveness of rehabilitation for the elderly — Preliminary results from the community hospital research program. **Gerontologist, 20,** 284—287.

Bergener, M. (1987). **Psychogeriatrics — and international Textbook.** New York: Springer Pub. Comp.

Bergener, M. (1989). **Depressive Syndrome im Alter.** Stuttgart: Thieme.

Bergener, M. (1990). Die Rolle des Krankenhauses in der psychologischen geriatrischen Versorgung. In **Die 20 Thesen zur Entwicklung der Gerontopsychiatrie.**

Bergener, M., Husser, J., Köhler, H.D. & Mehne, P. (1979). **Die gesundheitliche und soziale Situation älterer Menschen in der Großstadt.** Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bd. 74. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

Bergener, M. & Friedel, B. (1987). **Psychopharmarka und Verkehrssicherheit.** Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr. Heft 60. Herausgegeben im Auftrag des Bundesministers für Verkehr von der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bereich Unfallforschung. Bonn.

Bergener, M. & Lang, E. (1990). Modell für eine neuzeitliche Gerontopsychiatrie. **psycho, 16,** 886—898.

Bergener, M & Kruse, A. (1992) Psychogeriatrische Beiträge zur Rehabilitation psychisch erkrankter älterer Menschen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Bergmann, K. & Cooper, B. (1986). Epidemiological and public health aspects of senile dementia. In A.B. Sorensen, F.E. Weinert & L.R. Sherrod (Hrsg.), **Human development: Multidisciplinary perspectives.** Social Science Research. New York: Council.

Bernard, W.D. (1986). **Jahresbericht 1985.** Geriatrisches Krankenhaus Elbroich. Unveröffentlichtes Manuskript.

Berscheid, G. & Kirschbaum, Ch. (1991). Freie Berufe in der EG. In I. Friedrich, G. Sabathil & H. Weiler (Hrsg.), **Unternehmenspraxis in der EG.** Band 5. Economica Verlag.

Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (1991) (19. Ausschuß) zu BT-Drucksache 12/434 — **Wohnen im Alter** — Förderung der Selbständigkeit in der Gemeinschaft — und BT-Drucksache 12/1571 — Wohnen im Alter, BT-Drucksache 12/1763 vom 6. Dezember 1991.

Biener, K. (1990). **Präventive Gerontologie.** Bern: Huber.

Binne, W. (1991). Unterschiedliches Rentenniveau für Aussiedler und Übersiedler — ein Verstoß gegen das Gleichheitsgebot des Grundgesetzes? **Deutsche Rentenversicherung, Heft 7,** 493—504.

Birren, J.E. & Livingston, J. (Eds.). (1985). **Cognition, stress, and aging.** Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Birren, J.E. & Schaie, K.W. (Hrsg.). (1990). **Handbook of the psychology of aging** (3rd ed.). San Diego: Academic Press.

Blaschke, D., Hofbauer, H. & Hoffmann, E. (1983). Einstellungen älterer Arbeitnehmer zum Übergang in den Ruhestand. **Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung**, Bd. 75 (S. 211—229). Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Blosser-Reisen, L. (1981). Haushaltsführung als Problembereich älterer Menschen aus sozialökonomischer Sicht. **Hauswirtschaft und Wissenschaft, 29** (1), 16—26.

Blosser-Reisen, L. (1990). Selbständige Lebens- und Haushaltsführung bei Behinderungen im Alter mit Hilfe neuer Technologien. **Zeitschrift für Gerontologie, 23** (1), 1—11.

Blosser-Reisen, L. (1992). Lebensstile Älterer und Versorgungsleistungen im Wandel. **Hauswirtschaft und Wissenschaft, 40** (4), 162—169.

Blücher, V.G., Büchler, W. & Schweizer, W. (1976). **Lebensbedingungen der älteren Menschen von Steffisburg.** Bern: Soziologisches Institut der Universität.

Blumberger, K.J. & Lang, E. (1963). Symptomatologie und Herzdynamik beim Corpulmonale. **Ärztliche Forschung, 17** (7), 345—359.

Böcher, W. & Geiler, M. (1981). **Ältere und Behinderte im Straßenverkehr.** Köln: AFO-Institut.

Bohl, E.-M. & Beck, M. (Hrsg.). (1991). **Die Qualitätsfrage in der ambulanten Versorgung.** Berlin: Gericke GmbH.

Bojanowsky, J.J. (1986). **Verwitwete — Ihre gesundheitlichen und sozialen Probleme.** Weinheim, München: Psychologie Verlags-Union.

Borgers, D. (1989). **Epidemiologie und Gesundheitswissenschaft.** Hamburg: Argument.

Bortz, W.M. (1982). Disuses and Ageing. **Jama, 248,** 1203—1208.

Brandenburg, H. (1992). Ältere Menschen und ihre Medikamente. In A. Niederfranke, U. Lehr, F. Oswald & G. Maier (Hrsg.), **Altern in unserer Zeit.** Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche (S. 253—263). Heidelberg, Wiesbaden: Quelle & Meyer.

Brandt, F. (1989). Stationäre und teilstationäre Behandlung älterer Menschen. In Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Soziales Baden-Württemberg (MAGFS) (Hrsg.), **Geriatrie.** Analysen und Vorschläge zu einer künftigen Versorgungsstruktur (S. 25—34). Stuttgart: MAGFS.

Brandt, H., Dennebaum, E. & Rückert, W. (1987). **Stationäre Altenhilfe.** Problemfelder — Rahmenbedingungen — Perspektiven. Freiburg: Lambertus.

Braun, H. (1991). Von der Behörde zum Unternehmen. **Blätter der Wohlfahrtspflege, 138** (7+8), 166—167.

Brehm, W. (1990). Aktiv und zufrieden altern mit Sport. In H. Baumann (Hrsg.), **Älter werden — Fit bleiben. Aktuelle theoretische und praktische Beiträge** (S. 73—82). Erlangen: Universitätsverlag.

Brody, E.M. & Ruff, G.E. (Eds.). (1986). **Aging and rehabilitation.** New York: Springer.

Brög, W. (1980). Mobilität behinderter Verkehrsteilnehmer. **Internationales Verkehrswesen, 32,** 405—407.

Brückner, A. (1990). **Leben mit der Alzheimerschen Krankheit: Aspekte der Lebenssituation pflegender Angehöriger.** Unveröff. Dipl. Arbeit der Universität Heidelberg.

Bruder, J. (1988). Filiale Reife — ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung, insbesondere dementer alter Menschen. **Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie, 1,** 95—101.

Bruder, J. (1989). **Die Versorgung schwer chronisch Kranker und älterer Kranker.** Neue Formen der Beratung und Betreuung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 23: Die demographische Herausforderung. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Gerlingen: Bleicher.

Bruder, J., Klusmann, D. & Lüders, I. (1981). Umgangsformen mit dementen Störungen in der Familie. **actuelle gerontologie, 11,** 156—158.

Bruder, J., Klusmann, D., Lauter, H. & Lüders, I. (1981). **Beziehungen zwischen Patienten und ihren Familienangehörigen bei chronischen Erkrankungen des höheren Lebensalters.** Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Hamburg.

Bühler, F.R., de Lèche, A.S., Schüler, G., Gutzwiller, F. & Baumann, F. (1976). Das Hypertonieproblem in der Schweiz. Analyse einer Blutuntersuchung an 21 589 Personen. **Schweizer Medizinische Wochenzeitschrift, 106,** 99—107.

Bühler, M. (1990). Vorsorgevollmacht zur Vermeidung einer Gebrechlichkeitspflegschaft oder Betreuung. **Zeitschrift für das Notariat in Baden-Württemberg BWNOtZ, 56** (1), 1—5.

Bujard, O. & Lange, U. (1978). **Theorie und Praxis der Sozialhilfe. Zur Situation der einkommensschwachen alten Menschen.** Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Bd. 56. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.

Bundesanstalt für Arbeit, Blätter zur Berufskunde (1985). **Altenpfleger/Altenpflegerin** (4. Aufl.). Bielefeld.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Hrsg.). (1987). **Grundsätze der Finanzierung und Selbstkostenermittlung ambulanter gesundheits- und sozialpflegerischer Dienste.** Bonn: BAGFW.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (1988). **Wohn- und Pflegeangebote für alte Menschen.** Fachliche Perspektiven und sozialpolitische Forderungen. Bonn: BAGFW.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (1991). **Checkliste — Qualität beruflicher Weiterbildung.** Berlin, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (1989). **Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten 1986.** Bonn: BMA.

Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.). (1982—1991). **Heime nach § 1 Heimgesetz.** Stand: 30. Juni des jeweiligen Jahres. Unveröffentlichte Statistik.

Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg). (1992). **1. Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung.** Bonn.

Bundesministerium für Frauen und Jugend (BMFJ) (Hrsg). (1991). **Ältere Frauen in der Auseinandersetzung mit Berufsaufgabe und Partnerverlust.** Erstellt A. Niederfranke et al. Bonn.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (Hrsg.). (1986). **Vierter Familienbericht. Die Situation der älteren Menschen in der Familie.** Bonn.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (Hrsg.). (1988). **Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung.** Bonn.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (1989a). **Daten des Gesundheitswesens.** Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. (BMJFFG) (1989b). **Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland.** Zahlen — Fakten — Perspektiven. Abschlußbericht zu einem Forschungsprojekt. Entwurf. Bonn.

Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (BMBau) (Hrsg.). (1991a). **Ältere Menschen und ihr Wohnquartier. Modellvorhaben des Experimentellen Wohnungs- und Städtebaus.** Bonn.

Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (BMBau) (Hrsg.). (1991b). **Wohngeld- und Mietenbericht 1990.** Manuskriptdruck.

BR-Drucksache 390/91.

BR-Drucksache 466/84 vom 5. Oktober 1984. **Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung wohnungsrechtlicher Vorschriften** (Wohnungsvereinfachungsgesetz 1984 — WoVereinfG 1984).

BT-Drucksache 7/4200 (1975). **Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung** (7. Wahlperiode). Bonn.

BT-Drucksache 10/1943 vom 5. September 1984. **Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit.** Bonn.

BT-Drucksache 12/1067 (1991). **Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christina Schenk und der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN — BT-Drucksache 12/995 Pflegesituation in den neuen Bundesländern.** Drucksache 12/1067 vom 15. August 91. Bonn.

BT-Drucksache 12/2356 vom 27. März 1992. **Wohngeld- und Mietenbericht 1991.**

BT-Drucksache 12/2601 vom 14. Mai 1992. **Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Wohngeldsondergesetzes.**

Bürger, M. (1960). **Altern und Krankheit als Problem der Biomorphose** (4. Auflage). Leipzig: VEB Georg-Thieme.

Burley, L.E., Currie, C.T., Smith, R.G. & Williamson, J. (1979). Contribution from geriatric medicine within acute medical wards. **Brit. medical journal, II,** 90—92.

Campbell, A.P., Converse, P. & Rodgers, W. (1976). **The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions.** New York: Russell Sage Foundation.

Caspi, A. (1987). Personality in the life course. **Journal of Personality and Social Psychology, 53,** 1203—1213.

Cassel, J., Heyden, S., Bartel, A.G., Kaplan, B.H., Tyroler, H.A., Cornoni, J.C. & Hames, C.C. (1971). Occupation and physical activity and coronary heart disease. **Archives of international medicine, 128,** 920—924.

Clemens, W. (1979). **Analyse klinisch-geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland.** Berlin: DZA.

Cohen, G.D. (1988). **The brain in human aging.** New York: Springer Publ. Comp.

Cooper, B. (1989). Epidemiologie psychischer Erkrankung im Alter. In D. Platt (Hrsg.), **Handbuch der Gerontologie,** Band 5: Neurologie, Psychiatrie (S. 73—90). Stuttgart, New York: Fischer.

Cooper, C.L. & Markides, K. (Eds.). (1989). **Aging, stress and health.** Chichester: Wiley.

Coper, H. (1989). Medikamentöse Beeinflussung von Leistungsstörungen. In E. Lang (Hrsg.), **Praktische Geriatrie** (S. 61—65). Stuttgart: Enke.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1989). Personality continuity and the changes of adult life. In M. Storandt & G.R. Van den Bos (Eds.), **The adult years: Continuity and change** (S. 112—132). Washington: American Psychological Association.

Craik, F.I.M. (1977). Age differences in human memory. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), **Handbook of the psychology of aging** (S. 384—420). New York: Van Nostrand Reinhold.

Cramer, U. & Karr, W. (1991). **Lebensalter und Dauer der Arbeitslosigkeit.** Unveröffentl. Manuskript (IAB). Nürnberg.

Däbritz, S. (1991). Altenhilfe in Deutschland-Ost. Erfahrungen, Positionen, gemeinsame Perspektiven. **Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 71** (8), 256—260.

Dahlem, O. (1989). Zum Pflegenotstand in der stationären Altenhilfe. **Altenheim, 28** (10), 456—461.

Dall, J.L.C. (1992). **Geriatric Rehabilitation in European Perspective.** Symposium des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Fragen geriatrischer Rehabilitation. Bonn, 31. August 1992.

Dan, J. (1983). Der Landarzt und die komplexe Situation der älteren Bürger. **Zeitschrift für Alternsforschung, 38,** 75—78.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (1984). **Ernährungsbericht.** Frankfurt: DGE.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (1988). **Ernährungsbericht.** Frankfurt: DGE.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (1991). **Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr.** Frankfurt: Umschau.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DVÖPF) (Hrsg.). (1980). **Fachlexikon der sozialen Arbeit.** Frankfurt am Main: DVÖPF.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DVÖPF). (1989). **Gutachtliche Äußerung: Neues Bedarfsbemessungssystem für die Regelsätze in der Sozialhilfe: Ableitung der Regelsätze für sonstige Haushaltsangehörige.** Frankfurt am Main: DVÖPF.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DVÖPF) (Hrsg.). (1991). Sozialstationen auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Lösungsbeiträge aus dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG). **Nachrichtendienst des DVÖPF, 71** (3), 78—82.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hrsg.). (1991). **Lebensverhältnisse älterer Menschen in der früheren DDR und im früheren Bundesgebiet.** Das Sozioökonomische Panel; Basisbefragung für die ehemalige DDR; 6. Welle für die alte Bundesrepublik. Berlin: Unveröff. Material.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.). (1989a). **Arbeitsmaterialien: Zusammenstellung der für die Altenpflegeausbildung relevanten Verordnungen und Erlasse der Bundesländer sowie der Rahmenvereinbarung der Bundesländer von 1985 — Stand September 1989.** Berlin: DZA.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (1989b). **Synopse der Verordnungen und Erlasse der Bundesländer zur Altenpflege-Ausbildung sowie der Rahmenvereinbarung der Bundesländer über die Ausbildung und Prüfung von Altenpflegern und Altenpflegerinnen.** Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 76. Berlin: DZA.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) & Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.). (1991). **Heimkonzepte der Zukunft.** Berlin, Köln: DZA.

Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e.V. (DW) (1989). **Arbeitsbericht 1988/89.** Stuttgart: DW.

Dieck, M (1979). **Wohnen und Wohnumfeld älterer Menschen in der Bundesrepublik.** Heidelberg: Quelle & Meyer.

Dieck, M. (1985). Prozesse im Zusammenhang mit der Senkung der faktischen Ruhestandsgrenzen. In M. Dieck, G. Naegele & R. Schmidt (Hrsg.), **„Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt — eine neue Ruhestandsgeneration?** (S. 95—116). Berlin: DZA.

Dieck, M. (1987a). Die ältere Generation im Spiegelbild der großen Regierungserklärungen von 1949 bis 1987. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), **Die ergraute Gesellschaft** (S. 189—218). Berlin: DZA.

Dieck, M. (1987b). Gewalt gegen ältere Menschen im familiären Kontext — ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. **Zeitschrift für Gerontologie, 20,** 305—313.

Dieck, M. (1990). Not der Pflege, Not der Behandlung, Not der Hauswirtschaft — Untersuchung nationaler Akzentuierung im internationalen Kontext. In R.-M. Schütz, R. Schmidt & H.P. Tews (Hrsg.), **Altern zwischen Hoffnung und Verzicht.** Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität. XVIII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie 1990 (S. 208—229). Lübeck.

Dieck, M. (1991a). **Einleitung: Lebensbedingungen alter Menschen in Stadt und Land in deutscher und europäischer Perspektive.** AG Gesundheitsanalysen/Interdisziplinäre AG: Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Band 82 (S. IX—XXIV). Berlin: DZA.

Dieck, M. (1991b). Wohnen. In W.D. Oswald, W.M. Herrmann, S. Kanowski, U.M. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), **Gerontologie.** Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe (2. überarb. u. erw. Aufl.) (S. 645—655). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Dieck, M. (1992). Besondere Perspektiven des Alterns und des Alters im vereinten Deutschland. In P.B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.), **Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung** (S. 640—667). Berlin, New York: W. de Gruyter.

Dieck, M. & Naegele, G. (1989). Die „neuen Alten" — Soziale Ungleichheiten vertiefen sich. Ein Thesenpapier. In F. Karl & W. Tokarski (Hrsg.), **Die „neuen Alten".** Gerontologische Schriften (S. 167—181). Kassel: Gesamthochschule Kasseler gerontologische Schriften.

Dierl, R. (1989). **Zwischen Altenpflegeheim und Seniorenstudium: Alter und Alte als Zeitungsthema.** Forum 11. Köln: KDA.

Dietzel-Papakyriakou, M. (1991). Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Diewald, M. (1986). Sozialkontakte und Hilfeleistungen in informellen Netzwerken. In W. Glatzer & R. Berger-Schmitt (Hrsg.), **Haushaltsproduktion und Netzwerkhilfe. Die alltäglichen Leistungen der Haushalte und Familien** (S. 51—85). Frankfurt: Campus.

Digman, J.M. & Inouye, J. (1986). Further specifications of the five robust factors of personality. **Journal of Personality and Social Psychology, 50,** 116—123.

Dilling, H., Weyerer, S. & Castell, R. (1974). **Psychiatrische Erkrankungen in der Bevölkerung.** Stuttgart: Enke.

Doering, M., Rhodes, S. & Schuster, M. (1983). **The Aging Worker: Research and Recommendations.** Beverly Hills: Sage Publications.

Doka, K.J. (1988). The meaning and significance of great-grandparenthood. **The Gerontologist, 28,** 192—197.

Domnick, H. (1991). Instrumentalisierung und Orientierung — gesellschaftliche Funktionen des Managements. **Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 42** (8), 292—298.

Donicht-Fluck, B. (1988). Fortbildung in der Altenarbeit. **Blätter der Wohlfahrtspflege, 135** (7), 177—179.

Driver, L. (1986). Neue Dienstleistungsformen als Folge der demographischen Entwicklung und ihre Auswirkung auf die Diakonie-/Sozialstationen. In **Dokumentation der Tagung des Diakonischen Werks der evangelischen Kirche von Westfalen-Münster vom 12. März 1986** (15 Seiten), Westfälische Diakonissenanstalt Sarepta. Bielefeld/Bethel (Manuskriptdruck).

EG-Hinweise (1989). **Die Regelung der Arzneimittel in der Europäischen Gemeinschaft, Band III**, Hinweise zur Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit der für den Menschen bestimmten Arzneimittel, Klinische Prüfung von Arzneimitteln bei alten Menschen (S. 147—152). Kommission der Europäischen Gemeinschaft. Brüssel, Luxemburg.

Egner, E. (1969). Haushalt und Hauswirtschaft in marxistischer Sicht. **Verbraucherdienst, Ausgabe B, XIV** (2), 36—41.

Eiff, A.W. v. (1984). Pathophysiologie und Ätiologie der essentiellen Hypertonie. **Münchner Medizinische Wochenschrift, 126,** 165—170.

Ellinghaus, D. & Schlag, B. (1984). **Alter und Autofahren.** Eine zukunftorientierte Studie über älterer Kraftfahrer. Uniroyal Verkehrsuntersuchung 11. Aachen—Köln.

Ellinghaus, D., Schlag, B. & Steinbrecher, J. (1989). Leistungsfähigkeit und Fahrverhalten älterer Kraftfahrer. In Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.), **Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr** (S. 47—50). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

EMNID-Institut (1984). **Lebensbedingungen und Bedürfnisse älterer Menschen.** Bielefeld.

Engelbrech, G. (1987). Erwerbsverhalten und Berufsverlauf von Frauen: Ergebnisse neuerer Untersuchungen im Überblick. **Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 20** (2), 181—196.

Epstein, F.H. (1983). International Morality Trends and Secular Changes. **Preventive Medicine, 12**, 210—217.

Euler, M. (1990). Geldvermögen und Schulden privater Haushalte Ende 1988. Ergebnis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. **Wirtschaft und Statistik, 11,** 798—808.

EURO-ADVERTISING GmbH (Hrsg.). (1989). Typologie des Alterns im Zeichen des Wertewandels. **Blätter der Wohlfahrtspflege, 136** (7—8), 184—185.

Eurostat (1990). **Inequality and Poverty in Europe (1980—1985).** Luxembourg: Vervielfältigtes Manuskript.

Evans, J.G. (1988). The Epidemiology of the Dementias of the Elderly. In J.A. Brody & G.L. Maddox (eds.), **Epidemiology and Aging** (S. 36—53). New York: Springer Publ. Comp.

Evers, A. (1992). Megatrends im Wohlfahrtsmix. **Blätter der Wohlfahrtspflege, 139** (1), 3—7.

Eysenck, H.J. & Eysenck, M.W. (1987). **Persönlichkeit und Individualität: ein naturwissenschaftliches Paradigma.** München: Psychologie Verlags-Union.

Falk, J. & Jüttner, E. (1991). **Arbeitspapier zur Tagung der Sektion IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie.**

Feldmann, U. & Kahler, B. (1992). Die Zusammenarbeit öffentlicher und freier Träger der sozialen Arbeit in den neuen Bundesländern. **Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 72** (3), 76—81.

Fichtner, O. (1985). Warenkorb ohne Ende — oder: Das Ende des Warenkorbs? **Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 36** (5), 162—168.

Fiederle, X., Pfaff, W. & Kruse, A. (in Vorbereitung). **Bildung im Alter — theoretische Grundlagen und praktische Modelle.**

Field, D. (1991). Continuity and change in personality in old age — evidence from five longitudinal studies: Introduction to a special issue. **Journal of Gerontology, 46,** 271—274.

Filipp, S.H. (Hrsg.). (1990). **Kritische Lebensereignisse.** München: Psychologie Verlags-Union.

Finkel, S.I. (1990). Suicide in Later Life. In M. Bergener & S.I. Finkel (eds.), **Clinical and Scientific Psychogeriatrics** (S. 287—302). Vol.1 & 2. New York: Springer Publ. Comp.

Fischer, G.Ch. (1987). **Zur Betreuung älterer Patienten in der Allgemeinpraxis.** Habil. med. Johann Wolfgang Goethe — Universität Frankfurt am Main.

Fischer, W.Ch. (1982). **Entwicklung der privaten Hauswirtschaft.** Baltmannsweiler: Schneider.

Flade, A. (1990). Wohnen und Wohnzufriedenheit. In L. Kruse, C.-F. Graumann & E.-D. Lantermann (Hrsg.), **Ökologische Psychologie** (S. 484—492). München: Psychologie Verlags-Union.

Fluck, B. (1985). „Freigesetzte" Arbeitnehmer und die Rolle der Erwachsenenbildung: Sinnsuche, Krisenbewältigung oder Kompensationsangebot? In M. Dieck, G. Naegele & R. Schmidt (Hrsg.), **„Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt — eine neue Ruhestandsgeneration?** (S. 409—414). Berlin: DZA.

Fooken (1991). Kritische Lebensereignisse. In W.D. Oswald, W.M. Herrmann, S. Kanowski, U. Lehr, H. Thomae (Hrsg.), **Gerontologie.** Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe (2. überarb. u. erw. Aufl.) (S. 291—304). Stuttgart: Kohlhammer.

Fooken, I. (1984). Überleben im hohen Alter. Ein Vergleich „kurz-" und „langlebiger" Probanden der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). **Zeitschrift für Gerontologie, 17,** 340—358.

Fooken, I. (1985a). Old and female: Psychosocial concomitants of the aging process in a group of older women. In J.M.A. Munnichs, P. Mussen, E. Olbrich & P.C. Coleman (Eds.), **Life-span and change in a gerontological perspective** (S. 77—101). San Diego: Academic Press.

Fooken, I. (1985b). **The empact of sex differences on advanced longevity: Findings from the Bonner Longitudinal Study of Aging (BOLSA).** XIIIth. International Congress of Gerontology. New York.

Fooken, I. (1990). Partnerverlust im Alter. In Ph. Mayring & W. Saup (Hrsg.), **Entwicklungsprozesse im Alter** (S. 57—73). Stuttgart: Kohlhammer.

Fooken, I., v. Sydow, K. & Vetter, Chr. (1989). **Human Sexuality and Human Aging.** Abschlußbericht über eine empirische Studie im Auftrag der WHO-Kopenhagen. Bonn: Psychologisches Institut.

Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hrsg.). (1987). **Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen.** Berlin, Heidelberg: Springer.

Franke, H. (1983). Wesen und Bedeutung der Polypathie in der Altersheilkunde. In D. Platt (Hrsg.), **Handbuch der Gerontologie** (Band I) (S. 449—470). Stuttgart, New York: Fischer.

Franke, H. (1985). **Auf den Spuren der Langlebigkeit.** Stuttgart, New York: Schattauer.

Franke, H., Chowanetz, W. & Schramm, A. (1981). Klinische Probleme der Geriatrie. **Deutsches Ärzteblatt, 40**, 1861.

Frassine, I. & König, I. (1988). **„Mir haben sich eigentlich was Jüngeres vorgestellt" — Arbeit suchen ab 40.** Wien: Forschungsberichte aus Sozial- und Arbeitsmarktpolitik.

Freymann, H. & Lübbe, D. (1991). Möglichkeiten der Umwandlung von öffentlichen Krankenhäusern in Kapitalgesellschaften. **Führen und wirtschaften im Krankenhaus, 8** (5), 322—325.

Friedman, P. & Weimer, St. (1980). **Arbeitnehmer zwischen Erwerbstätigkeit und Ruhestand.** Köln: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik.

Friedrich, K. (1988). Das Wohnumfeld älterer Menschen. Sein Nutzungs- und Bedeutungswert. In A. Kruse, U. Lehr, F. Oswald & Chr. Rott (Hrsg.), **Gerontologie. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis** (S. 224—245). Heidelberg: Peutinger-Institut.

Friedrich, W. (1982). **Maßnahmen zur altersadäquaten Anpassung der Arbeitsbedingungen.** Dissertation: Oldenburg.

Fries, J.F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. **New England Journal of Medicine, 303,** 130—136.

Füsgen, I. (1988). **Alterskrankheiten und stationäre Rehabilitation.** Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

Gadomski, M. & Raichura, B. (1980). Rehabilitation in der Geriatrie. **Rehabilitation, 19,** 20—23.

Galster, G.C. & Hesser, G.W. (1981). Residential and satisfaction: Compositional and contextual correlates. **Environment and Behavior, 13,** 735—758.

Garms-Homolová, V., Hütter, U. & Leibing, Ch. (1982). Wohnbedingungen und Selbstversorgung im Alter. **Zeitschrift für Gerontologie, 15** (3), 150—157.

Garms-Homolová, V., Hütter, U. & Schaeffer, D. (1989). **Ambulante Dienste für alte Menschen: Bedarf und Barrieren.** Eine regionale Fallstudie zur häuslichen Versorgung durch Sozialstationen. Berichte der Arbeitsgruppe Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte Nr. 3. Berlin: FU Berlin.

Gaube, A. (1991). Wohnbedingungen älterer Bürger in der ehemaligen DDR. Ein Zwischenbericht zu Untersuchungen in Berlin-Köpenick. **Informationen zur Raumentwicklung, Heft 3/4,** 161—168.

Gaullier, X. (1990). Modernization and Older Worker Policies: An Appraisal of the French Experience. In H.L. Sheppard (Hrsg.), **The Future of Older Workers** (S. 105—121). Tampa-Florida: International Exchange Center on Gerontology.

Gemeinsame Erklärung der Regierungen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik zur Regelung offener Vermögensfragen (vom 15. Juni 1990). **Anlage III zum Einigungsvertragsgesetz.** BGBl. II 1990, S. 1237, 1238.

Gensior, S. (1985). Neue Techniken und Frauenarbeit. In M. Dieck, G. Naegele & R. Schmidt (Hrsg.), **„Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt — eine neue Ruhestandsgeneration?** (S. 146—159). Berlin: DZA.

Gerlach, H. & Malik, R (1992). Neue Bundesländer: Wirkungen der Modernisierungsförderung. **Bundesbaublatt, Heft 5,** 319—325.

Gertz, H.-J. & Kanowski, S. (1989). Epidemiologie. In M. Bergener (Hrsg.), **Depressive Syndrome im Alter.** Stuttgart, New York: Thieme.

Gladstone, J.W. (1988). Perceived changes in grandmother-grandchild relationships following a child's separation or divorce. **The Gerontologist, 28,** 66—72.

Glatzer, W. & Diewald, M. (1984). **Social Networks and social Support in the stages of the life cycle.** Unveröffentlichtes Manuskript.

Glatzer, W. & Zapf, W. (1984). **Lebensqualität in der Bundesrepublik.** Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt, New York: Campus.

Graf, E. (1990). **Ambulante private Pflegedienste für die häusliche Versorgung älterer Menschen — eine sinnvolle Ergänzung zu den gemeinwirtschaftlich arbeitenden Pflegediensten?** Unveröffentlichte Dipl.-Arbeit Universität Hohenheim.

Grond, E. (1987a). **Praxis der psychischen Altenpflege** (6. Aufl.). München-Gräfelfing: Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski.

Grond, E. (1987b). Zum Problem der Bewertung der Pflegebedürftigkeit im Alter. **Öffentliches Gesundheitswesen, 49** (4), 192—200.

Grossjohann, K. (1989). **Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland.** Kuratorium Deutscher Altershilfe (Hrsg.), Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Band 249). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Guillemard, A.M. (1989). The Trend Towards Labour Force Withdrawal and the Reorganization of the Life Course. In P. Johnson, Ch. Conrad, & D. Thomson (Hrsg.), **Workers versus Pensioners** (pp.164—180). Manchester: University Press.

Gürtler, J. & Spitznagel, E. (1983). Potentielle Beschäftigungswirkungen alternativer Ruhestandsregelungen. **Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 16,** 177—192.

Häberle, G.-F. (1987a). **Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik. Ergebnisse der Voruntersuchung.** Köln: KDA.

Häberle, G.-F. (1987b). **Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik — Sichtweise Betroffener — Ergebnisse von 20 Fallbeispielen.** KDA: Köln.

Habich, R., Häder, M., Krause, P. & Priller, E. (1991). Die Entwicklung des subjektiven Wohlbefindens vom Januar bis zum Herbst 1990 in der DDR und Ostdeutschland. In Projektgruppe „Das sozio-ökonomische Panel" (Hrsg.), **Lebenslagen im Wandel: Basisdaten und Analysen zur Entwicklung in den Neuen Bundesländern** (S. 323—356). Frankfurt/New York: Campus.

Haenel, Th. & Pöldinger, W. (1986). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), **Psychiatrie der Gegenwart,** Band 2: Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Häfner, H. (1986). **Psychische Gesundheit im Alter.** Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag.

Häfner, H. (1992). Psychiatrie des höheren Lebensalters. In P.B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), **Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung** (S. 151—179). Akademie der Wissenschaften zu Berlin. Berlin: Walter de Gruyter.

Hamm, H. (1991). Alte Patienten in der Allgemeinpraxis. Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten und geriatrische Probleme in der Allgemeinpraxis (GEGAM-Studie). **Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 67** (15), 1541—1550.

Hartenstein, W. (1989). Einstellungen älterer Kraftfahrer zum Straßenverkehr. In Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.), **Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr** (S. 51—58). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Hartmann, H. (1981). **Sozialhilfebedürftigkeit und „Dunkelziffer der Armut".** Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Bd. 98. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.

Haupt, R. (1980). Polypathie im höheren Alter. **Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 74,** 49—53

Hauser, R. & Hübinger, W. (1991). Die Caritas-Armutsuntersuchung. **Caritas, 92** (2), 80—90.

Hauser, R. (1988). **Ergebnisse der Armutsforschung in der Bundesrepublik Deutschland.** Akademie der Arbeit in der Universität Dortmund. Mitteilungen. Neue Folge 38. Frankfurt.

HDFT- Studie (1979). Hypertension detection and follow-up program cooperation group. Five year findings of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. II. Mortality by race, sex and age. **Jama, 242,** 2562, 2572.

Hedtke-Becker, A. (1990). **Die Pflegenden pflegen.** Eine Arbeitshilfe für Gesprächsgruppen. Freiburg: Lambertus.

Hegner, F. (1985). Öffentliche Förderung von Selbsthilfe und Selbstorganisation. In K.D. Keim & L.A. Vascovics (Hrsg.),

Wege zur Sozialplanung (S. 156—181). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Henrard, J.-C., Ankri, J. & Isnard, M.-C. (1991). Home-care services in France. In A. Jamieson (ed.), **Home Care for Older People in Europe.** A Comparison of Policies and Practices (p. 99—117). Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.

Herrmann, Ch. (1987). Die Rentenversicherung als politisches Potential — Rentenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland und unter der Bedingung steigender Altenquotienten. **Deutsche Rentenversicherung, 6,** 372—401.

Hettinger, T.H. (1986). **Isometrisches Muskeltraining** (5. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Heyden, S. (1981). **Präventive Kardiologie** (2. Aufl.). Studienreihe Boehringer Mannheim. Mannheim.

Hinschützer, U. (1988). **Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Altenhilfe.** Band I: Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. Band II: Pflegesatzvereinbarungen der Bundesländer. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit 73. Berlin: DZA.

Hirsch, R.D. (Hrsg.). (1990). **Psychotherapie im Alter.** Bern: Huber.

Hofbauer, H. (1982). Materialien zur Situation älterer Erwerbspersonen in der Bundesrepublik Deutschland. **Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 15,** 99—110.

Höft-Dzemski, R. (1987). **Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste (Kranken- und Altenpflege, Haus- und Familienpflege) im Bundesgebiet.** DVÖPF (Hrsg.), Schriftenreihe des BMJFFG Bd. 195. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

Hollmann, W., Rost, R., Dufaux, W. & Liesen, H. (1983). **Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Krankheiten durch körperliches Training.** Stuttgart: Hippokrates.

Holstein, B.E., Due, P., Almind, G. & Holsten, E. (1991). The home-help service in Denmark. In A. Jamieson (ed.), **Home Care for Older People in Europe.** A Comparison of Policies and Practices (p. 38—62). Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.

Holzapfel, H. (1990). Stadt und Verkehr der Zukunft. In T. Sieverts (Hrsg.), **Zukunftsaufgaben der Stadtplanung** (S. 103—131). Düsseldorf: Werner.

Honegger, C. (1983). Überlegungen zur Medikalisierung des weiblichen Körpers. In A.E. Imhof (Hrsg.), **Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit** (S. 203—214). Berliner Historische Studien, Bd. 9. Berlin: Junker & Humblot.

Hörl, J. (1986). Betreuungserfahrungen und Sozialbeziehungen älterer Menschen. **Zeitschrift für Gerontologie, 19,** 348—354.

Horn, J.L. & Cattell, R.B. (1966). Age differences in primary mental ability factors. **Journal of Gerontology, 21,** 210—220.

Horn, M. & Naegele, G. (1976). Gerontologische Aspekte der Anzeigenwerbung. **Zeitschrift für Gerontologie, 9,** 463—472.

Hübinger, W. (1991). Armut in der Bundesrepublik Deutschland. **Caritas, 92** (2), 59—67.

Idler, E.L. & Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality. **Journal of Gerontology, 46,** 55—65.

Igl, G. (1987). Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der sozialen Sicherheit. Eine rechtsvergleichende Untersuchung für die Bundesrepublik und Frankreich. In Max-Planck-Institut (Hrsg.), **Studien für ausländisches und internationales Sozialrecht** (Band 5). Baden-Baden: Nomos.

Igl, G. (1990). Beeinflussung sozialer Märkte. **Altenheim, 29** (4), 166—174.

Information zur Politischen Bildung Nr. 220 (1988). **Bevölkerungsentwicklung** (Abbildung Deutscher Rentenzahler 2000) (S. 8). München: Franzis-Verlag.

Institut für angewandte Sozialwissenschaften (INFAS) (1985). **Anzahl und demographische Statistik der Inhaber eines Pkw-Führerscheins im Bundesgebiet bis zum Jahre 2000.** Ergebnisse einer Modellrechnung.

Institut für angewandte Sozialwissenschaften (INFAS) (1989). **Lebenssituation, Einstellung und Verhalten älterer Autofahrer und Autofahrerinnen.** Schlußbericht zum Forschungsbericht 8511 der Bundesanstalt für Straßenwesen. Bonn.

Institut für Demoskopie Allensbach. (1989). **Familie 1989. Eine demoskopische Bestandsaufnahme.** Allensbach.

Institut für Demoskopie Allensbach (1990). **Lebensgefühl und Lebensqualität im Alter.** Allensbach.

Institut für Demoskopie Allensbach (1992). Alte Menschen in Ost- und Westdeutschland. Eine sekundärstatistische Analyse aus Allensbacher Repräsentativumfragen für die Sachverständigenkommission zur Fortsetzung des Altenberichts der Bundesregierung. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisenband zum ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Institut Infratest, Sozialforschung, Sinus u. H. Becker. (1991). **Die Älteren. Zur Lebenssituation der 55 — 70jährigen.** Bonn: J.H.W. Dietz Nachf.

Jamieson, A. (ed.). (1991). **Home Care for Older People in Europe.** A Comparison of Policies and Practices. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.

Japanese Research Society for Gastric Cancer (1968). **Rubes for the Gastric Cancer Study in Surgery and Pathology.** 6. Jap. Kanahara Publ. Tokio.

Kahn, H.A. (1963). The relationship of reportes coronary heart-disease mortality to physical activity of work. **American journal of public health and the Nation's health, 53,** 1058—1061.

Kaiser, J. (1990). Wohnungsmieten privater Haushalte im Januar 1988. Ergebnis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. **Wirtschaft und Statistik, 4,** 263—270.

Kämmer, K. (1991). Entwicklung des Pflegebedarfs: Situation, Probleme, Prognosen. In R. M. Schütz, R. Schmidt & H. P. Tews (Hrsg.), **Altern zwischen Hoffnung und Verzicht.** Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität (S. 194—207). Lübeck: Graphische Werkstätten.

Kane, R.L., Radosevich, D.M. & Vaupel, J.M. (1990). Compression of morbidity: issues and irrelevancies. In R.L. Kane, J.G. Evans & D. MacFadyen (Eds.), **Improving the health of older people: a world view** (pp. 30—49). Oxford: Oxford University Press.

Kannel, W.B., Wolf, P.A., McGee, D.L. et al. (1981). Systolic blood pressure, arterial rigidity, and risk of stroke: The Framingham Study. **Jama, 245,** 1442—1445.

Karl, F. & Nittel, D. (1988). „Zugehende stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen" — Zugangsformen und Interventionsmuster. **Zeitschrift für Gerontologie, 21** (1), 21—27.

Kastelein, M., Dijkkstra, A. & Schouten, A.A. (1989). **Care of the elderly in the Nederlands.** A review of policies and services 1950—1990. Leiden: Institute of Preventive Health Care.

Katschnig, H. (ed.). (1986). **Life events and psychiatric disorders: controversial Issues.** Cambridge: University Press.

Kaufmann, O., Kneusel-Herdliczka, M. & Wolf, J. (1992). Zur Regulierung des Übergangs in den Ruhestand in Deutschland, Frankreich, Holland und Österreich. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Kaukel, E. (1983). Lunge und Atmung im Alter — Physiologie und Atemtraining. In R.-M. Schütz (Hrsg.), **Praktische Geriatrie 3** (S. 17—27). Lübeck: Eigenverlag.

KDA **Info 1** (1991).

Kern, K.D. (1984). Gesundheitszustand der Bevölkerung. **Wirtschaft und Statistik, 2,** 338—342.

Kienlein-Kletschka, B. (1988). Körperhygiene und Kosmetik. In E. Lang (Hrsg.), **Praktische Geriatrie** (S. 24—26). Stuttgart: Enke.

Kipp, U. (1991). **Heimträger und Auswirkungen auf die Pflegesatzgestaltung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.** Unveröffentlichte Diplom-Arbeit Universität Hohenheim.

Klauder, W. (1986). Arbeitsmarktperspektiven bis 2000. **Sozialer Fortschritt, 3,** 49—57.

Klauder, W. (1989). Arbeitsmarkt und Ausscheiden Älterer aus dem Erwerbsleben — gegenwärtige und zukünftige Tendenzen und Probleme. **Sozialer Fortschritt, 38** (4), 85—95.

Klie, T. (1991). Heimaufsicht als Ritual. Von Kontrolle zur Kooperation. **Altenheim, 30** (9), 420—424.

Klie, T. (1992). **Das neue Betreuungsgesetz.** Altenheim, Teil I, 31(1), S.20—28; Teil II(2), S. 111—115; Teil III (3), S. 138—146.

Kliemke, Ch. (1989). Krankenwohnung — Kurzzeitpflege. Eine Begriffsklärung. **Geriatrie.** Analysen und Vorschläge zu einer künftigen Versorgungsstruktur. In Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (MAGFS) des Landes Baden-Württemberg (Hrsg.) (S. 95—104). Stuttgart: MAGFS.

Kliemke, Ch. & Wardelmann, B. (1989). Die „Privaten" in der Häuslichen Krankenpflege. **Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 8,** 498—504.

Kloeckner, J. (1988). Anmerkungen zum Unfallgeschehen im Fahrradverkehr. **Polizei, Verkehr, Technik, 33,** 173—176.

Kneusel-Herdliczka, M. (1990). Ältere Arbeitnehmer unter doppeltem Anpassungszwang. **Arbeitsmarkt, 5,** 50—53.

Knipscheer, K. (1986). Family Care for the Impaired Elderly; Possibilities for innovations. In W. Heuvel & G. Schrijvers (eds.), **Innovations in Health Care for the Elderly.** Lochem.

Knipscheer, K.C. (1989). Familiäre Pflege, Reife und erfolgreiches Altern. In M.M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), **Erfolgreiches Altern** (S. 142—148). Bern: Huber.

Knopf, M. (1987). **Gedächtnis im Alter.** Heidelberg: Springer.

Koch, A. & Kühnert, S.T. (1992). Das Fort- und Weiterbildungsangebot für professionelle Mitarbeitergruppen in der Altenarbeit in den alten Bundesländern. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Köcher, R. (1985). **Einstellungen zu Ehe und Familie im Wandel der Zeit.** Eine Repräsentativuntersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg. Stuttgart, Aalen: Graphische Betriebe Süddeutscher Zeitungsdienst.

Kohli, M. (1990). Das Alter als Herausforderung für die Theorie sozialer Ungleichheit. In P.A. Berger & St. Hradil (Hrsg.), **Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Soziale Welt** (S. 387—406). Sonderband 7.

Kohnert, M. (1991). Stationäre Altenhilfe in den neuen Bundesländern. Verwaltung des Mangels oder Chancen für neue Konzepte? **Blätter der Wohlfahrtspflege, 138** (7+8), 176—178.

Kohnert, M., Hennig, Ch., Gulbin, K., Schwitzer, K.-P., Ries, W. & Schwarz, J. (1992). Ergänzende Ergebnisse zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung aus den neuen Bundesländern. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Korth, C. (1967). Die Medizinische Universitätspoliklinik gestern und morgen. **Deutsche medizinische Wochenschriften, 92,** 1816—1821.

Krause, N. (1989). Issues of measurement and analysis in studies of social support, aging and health. In C.L. Cooper & K. Markides (Eds.), **Aging, stress and health** (pp. 23—37). New York: John Wiley & Sons.

Kreitmann, N. (1986). Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), **Psychiatrie der Gegenwart,** Band 2: Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Kretzschmar, A. & Lindig, D. (1991). Lebenslagen und soziale Strukturen im Umbruch. In Projektgruppe „Das sozioökonomische Panel" (Hrsg.), **Lebensdaten im Wandel: Basisdaten und -analysen zur Entwicklung in den Neuen Bundesländern** (S. 72—80) Frankfurt, New York: Campus.

Krug, W. & Reh, G. (1991). **Pflegebedürftige in Heimen.** Statistische Erhebungen und Ergebnisse. 2 Bände. Trier: Universität Trier (unveröffentlichtes Manuskript).

Kruse, A. (1984). The Five-Generation family. A pilot study. In V. Garms-Homolová, E.M. Hoerning & D. Schaeffer (Hrsg.), **Intergenerational relationships** (S. 115—124). Toronto: Hogrefe.

Kruse, A. (1987a). Familiäre Hilfeleistungen — eine kritische Analyse des Begriffes der „Pflegebedürftigkeit". **Zeitschrift für Gerontologie, 20,** 283—291.

Kruse, A. (1987b). Kompetenz bei chronischer Krankheit im Alter. **Zeitschrift für Gerontologie, 20,** 355—366.

Kruse, A. (1989a). Psychologie des Alters. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), **Psychiatrie der Gegenwart,** Band 8: Alterspsychiatrie (3. neubearb. Aufl.) (S. 3—58). Berlin: Springer.

Kruse, A. (1989b). Psychosoziale Aspekte bei der Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten. In P. Jacobi (Hrsg.), **Jahrbuch der medizinischen Psychologie,** Band II (S. 105—122). Heidelberg: Springer.

Kruse, A. (1992). **Kompetenz im Alter in ihren Bezügen zur objektiven und subjektiven Lebenssituation.** Darmstadt: Steinkopff (im Druck).

Kruse, A. & Kruse, W. (1990). Ambulante Rehabilitation älterer Patienten — Ein empirischer Beitrag aus der hausärztlichen Praxis. **Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 26,** 677—686.

Kühlewind, G. (1986). Beschäftigung und Ausgliederung älterer Arbeitnehmer. **Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 19,** 209—232.

Kühn, H. (1992). Steuerung durch Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Wettbewerb: Der Run auf den „rentablen Patienten"? **Krankenhausumschau, 61** (1), 25—28.

Kühnert, S. (1991). **Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim.** Eine Untersuchung über Begegnungsformen insbesondere über Konflikte und Zusammenarbeit. Frankfurt: Lang.

Kundrun, V. (1989). **Alte Menschen auf dem Lande.** Kultureller Wandel in einer Gemeinde im südlichen Niedersachsen. Beiträge zur Volkskultur in Norddeutschland. Münster: F. Coppenrath.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (1989). Infas-Befragung: Frauen dominieren in der Altenpflege. **KDA Presse- und Informationsdienst, 8/1989,** 8.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (1992). Landesarbeitsgemeinschaft Altenpflegeschulen in Sachsen-Anhalt. **KDA Presse und Informationsdienst, 3/1992,** 11.

Kurz, A., Feldmann, R., Müllers-Stein, M. & Romero, B. (1987). Der demenzkranke ältere Mensch in der Familie: Grundzüge der Angehörigenberatung. **Zeitschrift für Gerontologie, 20,** 248—251.

Kurz, A. & Lauter, H. (1992). Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation bei psychischen Störungen im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Kuypers, J.A., Bengtson, V.L. (1973). Competence and social breakdown: a sociopsychological view of aging. **Human Development, 16,** 177—189.

Labouvie-Vief, G. (1985). Intelligence and Cognition. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Hrsg.), **Handbook of the Psychology of Aging** (2nd. ed.) (pp. 500—530). New York: Van Nostrand Reinhold.

Lang, E. (1982). Belastbarkeit der älteren Patienten durch physiotherapeutische Heilmaßnahmen. **Aktuelle Gerontologie, 12,** 54—59.

Lang, E. (1983). Körperliche Aktivität und präklinische Geriatrie. In H. Oepen (Hrsg.), **Geriatrie als angewandte Gerontologie** (S. 34—40). Stuttgart, New York: Thieme.

Lang, E. (1988). (Hrsg.). **Praktische Geriatrie.** Stuttgart: Enke.

Lang, E. (1992). Geriatrische und Gerontopsychiatrische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Lang, E. & Arnold, K. (Hrsg.). (1985) **Vorbereitung auf das aktive Alter.** Stuttgart: Enke.

Lang, E. & Diepgen, T. (1988). Alter und Krankheit. In E. Lang (Hrsg.), **Praktische Geriatrie.** Stuttgart: Enke.

Lang, E. & Hubmann, M., (1977). Die systolischen Zeitintervalle in Abhängigkeit vom Lebensalter. **Zeitschrift für Alternsforschung, 32**, 509—513.

Lang, E. & Kohlschütter, S. (1980). Besonderheiten der Krankheitserkennung beim betagten Patienten. **Therapiewoche, 30,** 5270—5275.

Lang, E. & Stegmann, H. (1987). Kompetenzerhaltung durch körperliche Aktivität und Sport — kreislaufphysiologische und sportmedizinische Voraussetzungen. **Zeitschrift für Gerontologie, 20,** 331—335.

Lange, K. (1964). **Forschung und Planung in der Altenhilfe.** Dargestellt an einer Untersuchung im Landkreis Düsseldorf-Mettmann. Frankfurt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Lange, Ö. (1975). **Pflegebedürftige alte Menschen in Berlin.** Berlin: Senator für Arbeit und Soziales.

Laurinkari, J. (1988). Alte Menschen als Konsumenten. **GfK Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung, 2,** 154—163.

Lauter, H. & Kurz, A. (1989). Demenzerkrankungen im mittleren und höheren Lebensalter. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), **Psychiatrie der Gegenwart,** Band 8: Alterspsychiatrie (3. neubearb. Auflage) (S. 135—200). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Lawton, M.P. (1989). Behavior-relevant ecological factors. In K.W. Schaie & C. Schooler (Eds.), **Social structure and aging: Psychological processes** (pp. 57—78). Hillsdale: Erlbaum.

Lehr, U. (1979). **Interventionsgerontologie.** Darmstadt: Steinkopff.

Lehr, U. (1980). Die Bedeutung der Lebenslaufpsychologie für die Gerontologie. **Aktuelle Gerontologie, 10,** 257—269.

Lehr, U. (1982). Social-psychological correlates of longevity. In C. Eisdorfer (Ed.), **Annual review of gerontology and geriatrics, Vol. 3** (pp. 102—147). New York: Springer.

Lehr, U. (1985). Zur Beeinflussung von Alternsprozessen: Pflegebedürftigkeit oder Kompetenz im Alter? **Die Frau in unserer Zeit, 1,** 2—9.

Lehr, U. (1987a). Kompetenz im Alter. **Universitas, 9,** 879—890.

Lehr, U. (1987b). **Zur Situation der älterwerdenden Frau.** Bestandsaufnahme und Perspektiven bis zum Jahr 2000. München: Beck.

Lehr, U. (1989). Kompetenz im Alter — Beiträge aus gerontologischer Forschung und Praxis. In Chr. Rott & F. Oswald (Hrsg.), **Kompetenz im Alter** (S. 1—14). Vaduz: Liechtenstein Verlag.

Lehr, U. (1991a). Hundertjährige — ein Beitrag zur Langlebigkeitsforschung. **Zeitschrift für Gerontologie, 24,** 227—232.

Lehr, U. (1991b). **Psychologie des Alterns** (7. Aufl.). Heidelberg: Quelle & Meyer.

Lehr, U. & Minnemann, E. (1987). Veränderungen von Quantität und Qualität sozialer Kontakte vom 7. bis 9. Lebensjahrzehnt. In U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), **Formen seelischen Alterns** (S. 80—91). Stuttgart: Enke.

Lehr, U. & Thomae, H. (1987). (Hrsg.). **Formen seelischen Alterns.** Stuttgart: Enke.

Lehr, U., Schmitz-Scherzer, R. & Zimmermann, E.J. (1987). Vergleich von Überlebenden und Verstorbenen in der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie. In U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), **Formen seelischen Alterns** (S. 228—249). Stuttgart: Enke.

Lehr, U. & Niederfranke, A. (1991). Altersbilder und Altersstereotype. In W.D. Oswald, W.M. Herrmann, S. Kanowski, U.M. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), **Gerontologie.** Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe (2. überarb. u. erw. Aufl.) (S. 38—46). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Leibfried, S. & Tennstedt, F. (Hrsg.). (1985). **Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats.** Edition Suhrkamp N.F.233. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Lerner, R.M. (1984). **On the nature of human plasticity.** New York: Cambridge University Press.

Lesnoff-Caravaglia, G. (Ed.). (1988). **Aging in a technological society.** New York: Human Sciences Press.

Liefmann-Keil, E. (1969). Dienstleistungen im Gesundheitsbereich. Gibt es einen Pflegenotstand? In A. Blind, Chr. Feilser & H.S. Krupp (Hrsg.), **Sozialpolitik und persönliche Existenz.** Hans Achinger zum 70. Geburtstag (S. 155—169). Berlin: Duncker & Humblot.

Lucke, Ch. (1992). **Geriatrische Rehabilitation bei Hochbetagten.** Symposium des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Fragen geriatrischer Rehabilitation. Bonn, 31.8.1992.

Maas, H.S. & Kuypers, J. (1974). **From thirty to seventy: a forty-year longitudinal study of adult styles and personality.** San Francisco: Jossey-Bass.

Maaßen, H.J., Schermer, J., Wiegand, D., Zipperer, M. et al. (1992). **Sozialgesetzbuch Fünftes Buch — SGB V — Gesetzliche Krankenversicherung — GKV — Kommentar.** Ausgabe Juli 1992. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag, G. Schenck.

Mäckelburg, U., Ringe, J.D. & Meier-Baumgartner, H.P. (1989). Häufigkeit chronischer Erkrankung des Bewegungsappartes im geriatrischen Patientengut. In. R.-M. Schütz, **Praktische Geriatrie 9,** Lübeck: Eigenverlag.

Mager, C. (1991). Grundmuster und Grundelemente der Alterssicherung im internationalen Vergleich. In F. Zacher (Hrsg.), **Alterssicherung im Rechtsvergleich** (S. 549—609). Baden-Baden: Nomos Verlag.

Magnusson, D. (1988). **Individual development from an interactional perspective: A longitudinal study.** Hillsdale: Erlbaum.

Mahnkopf, W. (1992). Ausbildung. Helfen wollen steht im Vordergrund. Eine Untersuchung zur Motivation von AltenpflegeschülerInnen. **Altenpflege, 17** (1), 45—48.

Maier, G. & Oswald, F. (1992). **Fort- und Weiterbildungsangebote in der Altenarbeit 1991.** Unveröffentlichtes Manuskript.

Mann, B. (1992). Alter und Behinderung. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Manton, K.G. (1987). The linkage of health status changes and disability. **Comprehensive Gerontology A, 1**, 16—24.

Marx, L. (1990). Umwelt und Wohnen im Alter. In W.D. Oswald & U.M. Lehr (Hrsg.), **Altern. Veränderung und Bewältigung** (S. 139—148). Bern: Huber.

Mathey, F.J. (1991). Verkehrsteilnahme. In W.D. Oswald, W.M. Herrmann, S. Kanowski, U.M. Lehr & H. Thomae (Hrsg)., **Gerontologie.** Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe (2. überarb. u. erw. Aufl.) (S. 606—620). Stuttgart: Kohlhammer.

Maydell, B. von (1983). Betriebliche Altersversorgung. In **Sachverständigenkommission Alterssicherungssysteme, Darstellung der Alterssicherungssysteme und der Besteuerung von Alterseinkommen, Gutachten der Sachverständigenkommission**, Berichtsband 2, Bonn.

Maydell, B. von (1988). Die soziale Absicherung der Bäuerin. **Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch, 27** (11), 561—574.

Maydell, B. von (1992). Die Pflegefallabsicherung im europäischen Vergleich. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Meier-Baumgartner, H.-P. (1985). Aspekte der geriatrischen Rehabilitation. In R.-M. Schütz (Hrsg.), **Praktische Geriatrie 5** (S. 141—151). Lübeck: Eigenverlag.

Meier-Baumgartner, H.-P. (1991). **Geriatrische Rehabilitation im Krankenhaus.** Heidelberg, Wiesbaden: Quelle & Meyer.

Meier-Baumgartner, H.-P. (1992). Geriatrische Tageskliniken in Deutschland. **Geriatrie-Forschung, 2,** 69—75.

Meifort, B. (1991a). Berufsalltag und Arbeitswirklichkeit in der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung Pflegebedürftiger: Berufe, Bildungsvoraussetzungen und Arbeitsbedingungen im Berufsfeld Gesundheit. In B. Meifort (Hrsg.), **Schlüsselqualifikationen für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe** (S. 12—26). Magdeburg: Leuchtturm Verlag.

Meifort, B. (1991b). Qualifikationsstrukturen der Berufsentwicklung im gesundheits- und sozialpflegerischen Bereich. **Die berufsbildende Schule, 1/1991,** 19—33.

Meifort, B. (1992). Ausbildungssituation in der Altenpflege — Problemlagen und Lösungsansätze. In KDA Tagungsband, **Personalsituation in der Altenhilfe — heute und morgen.** Köln: KDA.

Meifort, B. & Paulini, H. (1984). Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nicht-ärztlichen Gesundheitsleistungen. In Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), **Berichte zur beruflichen Bildung.** Heft 76. Berlin.

Metzger, H.-D. (1989). Die Finanzierung stationärer Altenhilfeeinrichtungen. **Blätter der Wohlfahrtspflege, 136** (4), 92—94.

Ministerium des Inneren der DDR. (1990). **Statistische Analyse des Straßenverkehrunfallgeschehens in der DDR 1989.** Berlin.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg (1983). **Verhältnisse älterer Menschen.** Stuttgart: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (1974). Abschlußbericht der interdisziplinären Untersuchung über den Gesundheitszustand älterer Menschen unter besonderer Berücksichtigung ihres sozialen Status und ihrer gesellschaftlichen Kommunikation. **Bericht der Landesregierung über Altenhilfe, 2.** Düsseldorf.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (1989). **Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen.** Düsseldorf: MAGS.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (MAGFS) des Landes Baden-Württemberg (Hrsg.). (1986). **Ältere Menschen in Großstädten.** Stuttgart: MAGFS.

Ministerium für Gesundheitswesen der DDR (Hrsg.). (1980). **Sozialistisches Gesundheitsrecht.** Textausgabe für Ärzte und Zahnärzte. Berlin: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik.

Mittag, K. (1983). Zur Typologie und Differenzialdiagnostik der Pflegebedürftigkeit. **Zeitschrift für Gerontologie, 16** (4), 216—221.

Moffat, R. & Gilliam, T. (1979). Serum lipids and lipoproteins as affected by exercise: a review. **Artery, 6,** 1—19.

Möhlmann, H. & Zollmann, P. (1989). **Die gesundheitliche Situation in der Bundesrepublik Deutschland.** Sonderforschungsbereich 3. Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik. J.W. Goethe-Universität Frankfurt und Universität Mannheim.

Monk, A. & Cox, C. (1991). **Home Care for the Elderly.** An International Perspective. New York, Westport, London: Auburn House.

Morris, J. & Heady, J. (1953). Mortality in relation to the physical activity of work. A preliminary note on experience in middle age. **British journal of industrial medicine, 10,** 245—251.

Morris, J., Everitt, M., Pollard, R., Chave, S. & Semmence, A. (1980). Vigorous exercise in leisure-time: Protection against coronary heart disease. **Lancet, 8206,** 1207—1210.

Mühlum, A. & Oppl, H. (Hrsg.). (1991). **Handbuch der Rehabilitation.** Neuwied: Luchterhand.

Müller, H. (1989). Besser, billiger oder nur anders? Private Alten- und Pflegeheime — Beispiel Baden-Württemberg. **Blätter der Wohlfahrtspflege, 136** (1), 13—15.

Müller-Dahn & Fooken, I. (1992). Besondere Belange der Situation von Frauen im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisenband zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Münnich, M. (1991). Struktur der Einnahmen und Ausgaben in Rentnerhaushalten in den neuen Bundesländern. **Wirtschaft und Statistik, 11,** 750—756.

Munnichs, J.M.A. & Olbrich, E. (1985). Life-span and change in a gerontological perspective. In J.M.A. Munnichs, P. Mussen, E. Olbrich & P.C. Coleman (Eds.) (1985). **Life-span and change in a gerontological perspective** (S. 3—11). New York: Academic Press.

Munnichs, J.M.A., Mussen, P., Olbrich, E. & Coleman, P.C. (Eds.). (1985). **Life-span and change in a gerontological perspective.** New York: Academic Press.

Murphy, E. (1989). Depressionen im Alter. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), **Psychiatrie der Gegenwart,** Band 8: Alterspsychiatrie (3. neubearb. Auflage) (S. 225—251). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Mussen, P. (1985). Early adult antecedents of life satisfaction at age 70. In J.M.A. Munnichs, P. Mussen, E. Olbrich & P.C. Coleman (Eds.) (1985). **Life-span and change in a gerontological perspective.** (S. 45—62). New York: Academic Press.

Naegele, G. (1983). **Arbeitnehmer in der Spätphase ihrer Erwerbstätigkeit.** Bonn: Forschungsbericht des BMA.

Naegele, G. (1984). Zur aktuellen Reform des Sozialhilfe-Warenkorbs. **Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 35** (7), 242—255.

Naegele, G. (1985a). Überblick über die wichtigsten Ergebnisse des Forschungsprojektes „Arbeitnehmer in der Spätphase ihrer Erwerbstätigkeit". **Zeitschrift für Gerontologie, 18** (5), 251—259.

Naegele, G. (1985b). Frauen im Übergang vom Erwerbsleben in die Rente. In M. Dieck, G. Naegele & R. Schmidt (Hrsg.), **„Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt — eine neue Ruhestandsgeneration?** (S. 117—137). Berlin: DZA.

Naegele, G. (1987). **Der ältere Mitarbeiter im Betrieb — Erfahrungen und Zielsetzungen.** Wien: Vortrag, gehalten am 5. November 1987

National Center for Health Statistics USA (1989). **Vital and health statistics.** Washington, DC: US Government Printing Office.

Nell-Breuning, O. von (1976). Das Subsidiaritätsprinzip. **Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 27** (1), 1—9.

Nicodemus, S. (1992). Straßenverkehrsunfälle 1990 in den alten und neuen Bundesländern. **Wirtschaft und Statistik, 2,** 108—114.

Niederfranke, A. (1991). Älterwerden im Beruf: Berufs- und Lebensperspektiven älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. **Zeitschrift für Gerontologie, 24,** 251—256.

Niedermeyer, Ch. (1992). Verschuldung in Ostberlin und Brandenburg. **BAG-SB Informationen, 7** (2), 41—45.

Nissel, M. (1984). The family costs of looking after handicaps elderly relatives. In J.B. Williamson, A. Munley & L. Evans (Eds.), **Aging and society** (S. 185—204). New York.

Noelle-Neumann, E. (1978, 1979). **Werden wir alle Proletarier? Wertewandel in unserer Gesellschaft.** Zürich, Osnabrück: Edition Interfrom.

Noelle-Neumann, E. (1983). **Eine demoskopische Deutschstunde.** Zürich, Osnabrück: Edition Interfrom.

Noelle-Neumann, E. (1992). **Lebensgefühl und Lebensqualität im Alter.** Bericht. Allensbach.

Noelle-Neumann, E. & Strümpel, B. (1984). **Macht Arbeit krank? Macht Arbeit glücklich? Eine aktuelle Kontroverse.** München: Piper.

Noelle-Neumann, E. & Köcher, R. (1987). **Die verletzte Nation. Über den Versuch der Deutschen, ihren Charakter zu ändern.** Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.

Nürnberger Nachrichten vom 8.6.1991.

O'Bryant, S.L. (1982). The value of home to older people. **Research on Aging, 4,** 349—363.

o.V. (1991). Preise. **Wirtschaft und Statistik, 7,** 281—286.

o.V. (1991). Armee der Pflegenden. Zivildienst in Europa. **Aging in Europe, 2** (1), 52—54.

o.V. (1989). Gehen der Altenhilfe die Zivildienstleistenden aus? **Presse- und Informationsdienst des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Heft 1,** 11—12.

Oberender, P. (1989). Wieviel Markt im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist nötig und möglich, um der demographischen Herausforderung zu begegnen? In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), **Die demographische Herausforderung.** Beiträge zur Gesundheitsökonomie 23 (S. 377—409). Gerlingen: Bleicher.

Occupational Mortality (1978). **OCPS.** OCPS Selbstverlag.

OECD (1985). Sicherheit älterer Menschen im Straßenverkehr. Ergebnisse einer OECD-WHO-Forschungsgruppe. **Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 31,** 36—41.

OECD (1986). **Road Transport Research.** Guidelines for improving the safety of elderly road users. Organisation for Economic co-operation and Development.

OECD (1992). **Bericht über die Situation pflegebedürftiger älterer Menschen in den Mitgliedstaaten.** (In Vorbereitung).

Oestreicher, E., Schelter, K. & Kunz, E. (1989). **Bundessozialhilfegesetz mit Recht der Kriegsopferfürsorge.** Kommentar, Ausgabe Dezember 1990. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.

Olbrich, E. (1976). **Der ältere Mensch in der Interaktion mit seiner sozialen Umwelt.** Unveröff. Phil. Diss., Universität, Bonn.

Olbrich, E. (1983). Altern — soziale Aspekte. In U. Lehr (Hrsg.), **Altern — Tatsachen und Perspektiven** (S. 123—145). Bonn: Bouvier.

Olbrich, E. (1987). Kompetenz im Alter. **Zeitschrift für Gerontologie, 20,** 319—330.

Olbrich, E., Kruse, A. & Roether, D. (in Vorbereitung). **Bericht über die Untersuchung: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter.** Bundesministerium für Familie und Senioren.

Oliver, R. (1967). Physique and serum lipids of young London busmen in relation to ischaemic heart disease. **British journal of industrial medicine, 24,** 181—185.

Otten, M. (1985). Aspekte unterschiedlicher Lebenssituation im Alter: Senioren, vorzeitige Ruheständler und ältere Arbeitslose. In M. Dieck, G. Naegele & R. Schmidt (Hrsg.), **„Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt — eine neue Ruhestandsgeneration?** (S. 434—444). Berlin: DZA.

Ouslander, J.G., Kane, R.L. & Abrass, I.B. (1982). Urinary Incontinence in Elderly Nursing Home Patients. **Jama 248, 10,** 1194—1198.

Paffenbarger, R., Wing, A. & Hyde, M. (1978). Current exercise and heart attack risk. **Am. J. Epidemiol., 108,** 161—168.

Pallenberg, C. (1980). **Angebote der Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Altenarbeit/-hilfe 1979—1980.** DZA Band 29. Berlin: DZA.

Palmore, E. (1985). Predictors of the longevity difference. In E. Palmore, E.W. Busse, G.L. Maddox, J.B. Nowlin & J.C. Siegler (Eds.), **Normal Aging III** (pp.19—28). Durham, N.C.: Duke University Press.

Palmore, E.B. & Kiven, V.R. (1985). Change in life satisfaction. In E. Palmore, E.W. Busse, G.L. Maddox, J.B. Nowlin & J.C. Siegler (Eds.), **Normal Aging III** (pp.373—380). Durham, N.C.: Duke University Press.

Palmore, E., Nowlin, I.B. & Wang, H.S. (1985). Predictors of functioning among the old-old: A ten years follow-up. **Journal of Gerontology, 40,** 244—250.

Paritätischer Wohlfahrtsverband für die Bundesrepublik Deutschland (1989). **„. . . wessen wir uns schämen müssen in einem reichen Land . . .".** Armutsbericht des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes für die Bundesrepublik Deutschland. **Blätter der Wohlfahrtspflege, 136** (11 u. 12), 271—343.

Pfaff, A.B. & Asam, W.H. (1982). Die Versorgung alter Menschen im Spannungsfeld zwischen Selbstversorgung und Fremdhilfe. **Zeitschrift für Gerontologie, 15,** 139—141.

Planek, T.W. (1981). The effects of aging and driver abilities, accident experiences and licensing. In H.C. Foot, A.J. Chapman & F.M. Wade (Eds.), **Road safety: research and practice.** Easturne & New York.

Plett, P. (1990). Training Opportunities for Older Workers. In H.L. Sheppard (Hrsg.), **The Future of Older Workers** (S. 87—103). Tampa-Florida: International Exchange Center on Gerontology.

Poeck, K. (Hrsg.). (1991) **Klinische Neuropsychologie.** Heidelberg: Springer.

Poeck, K. (1992). Neuropsychologische Rehabilitation im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Polizeidirektion Leipzig (1990). **Straßenunfallgeschehen in der Stadt Leipzig 1989 und 1990.** Leipzig.

Post, F. (1972). Spezielle Alterspsychiatrie. In K.P. Kisker, H. Lauter, I.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), **Psychiatrie der Gegenwart** (Bd. 2) (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Prognos AG (1991). Teil 1: **Freie Wohlfahrtspflege im zukünftigen Europa. Herausforderungen und Chancen im europäischen Binnenmarkt.** Bank für Sozialwirtschaft GmbH (Hrsg.), Manuskriptdruck (S. 105). Köln, Berlin: Bank für Sozialwirtschaft.

Prokop, L. & Bachel, N. (1984). **Alterssportmedizin.** Wien, New York: Springer.

Putz, F. & Schwarz, K. (Hrsg.). (1984). **Neuere Aspekte der Sterblichkeitsentwicklung.** Wiesbaden: Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft Selbstverlag.

Radebold, H. (1989a). Ausdifferenzierung und Vernetzung von medizinischen, pflegerischen und sozialbetreuerischen Leistungen als regional- und strukturpolitische Aufgaben. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). **Die demographische Herausforderung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 23** (S. 189—210). Gerlingen.

Radebold, H. (1989b). Psycho- und soziotherapeutische Behandlungsverfahren. In D. Platt & K. Oesterreich (Hrsg.), **Handbuch der Gerontologie,** Band 5: Neurologie, Psychiatrie (S. 418—443). Stuttgart, New York: Gustav Fischer.

Rajala, S., Haavisto, M., Heikinheimo, R. & Mattila, K. (1983). Blood pressure and mortality in the very old. **Lancet, 1983 I,** 520—524.

Rehfeld, U. (1991). **Ausländische Arbeitnehmer und Rentner in der gesetzlichen Rentenversicherung.** Unveröffentlichtes Manuskript. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

Reichenwallner, M., Glatzer, W. & Bös, M. (1991). Die Einbindung älterer Menschen in familiäre, nachbarschaftliche und andere soziale Netzwerke in bezug auf empfangene und geleistete materielle und immaterielle Unterstützungen und Hilfen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung** (S. 1—56). Berlin: DZA.

Reimer, Ch. (1986) Prävention und Therapie der Suizidalität. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), **Psychiatrie der Gegenwart,** Band 2: Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Rendtel, U. & Wagner, G. (1991). Arbeitseinkommen und Einkommensarmut in Westdeutschland von 1984 bis 1989. **Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Wochenbericht, 58** (32), 457—462.

Rieder, H. (1990). Sport für Ältere — eine Herausforderung für alle. In H. Baumann (Hrsg.), **Älter werden — fit bleiben** (S. 23—33). Erlangen: Universitätsverlag.

Ries, W. (1980). **Risikofaktoren des Alterns aus klinischer Sicht.** Sitzungsberichte der Sächs. Akad. der Wissenschaften, Math.-nat. Klasse Bd. 114, H. 2.

Ries, W. (1984). Erfahrungen aus der Sicht des beratenden Arztes für Geriatrie eines Bereichs. In A. Lengwinat (Hrsg.), **Organisation des Gesundheitsschutzes für ältere Bürger** (S. 123—129). Berlin: Verlag Volk und Gesundheit.

Ries, W. & Sauer, I. (1991). **Biologisches Alter — Problem und Bericht.** Abhandlungen der Sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig. Berlin: Akademie-Verlag.

Rinder, L., Roupe, S., Steen, B. & Svanborg, A. (1975). 70-year old people in Gothenborg. A population study in an industrialized Swedish city. I. General presentation of the study. **Acta Medica Scandinavica, 198**, 397—407.

Risser, R., Steinbauer, J., Amann, A., Roest, F., Anderle, F.G., Schmidt, G.A., Lipovitz, O. & Teske, W. (1986). **Probleme älterer Personen bei der Teilnahme am Straßenverkehr.** Wien: Verkehrspsychologisches Institut.

Rodin, J., Timko, Ch. & Harris, S. (1985). The construct of control: Biological and psychological correlates. In C. Eisdorfer (ed.), **Annual review of gerontology and geriatrics** (Vol. 5) (pp. 3—55). New York: Springer.

Rompe, K. (1990). Unfallrisiken im Straßenverkehr. Möglichkeiten ihrer Erkennung. Darstellung und Reduzierung aus europäischer Sicht. In **Weltkongreß für Sicherheitswissenschaft.** Verlag TÜV Rheinland. Teil 2.

Roos, A. (1988). Institutionen der Hilfe für alte Menschen. In Staatsministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), **Altern als Chance und Herausforderung** (S. 183—193). Stuttgart: Staatsministerium.

Rösch, W. & Elster, K. (1977). Gastrointestinale Präkanzerosen. In Th. Gheorghiu (Hrsg.), **Das gastroentereologische Kompendium.** Baden-Baden: Witzrock.

Rosenmayr, L. (1983). **Die späte Freiheit.** Berlin: Severin & Siedler.

Rosenmayr, L. (1990). **Die Kräfte des Alters.** Wien: Verlag Edition.

Rössler, H. (Hrsg.). (1967). **Beiträge zur sozialistischen Konsumtionsforschung.** Wiss. Beiträge der Martin-Luther-Universität Halle. Bd. I und II.

Roth, M. & Kay, D.W.K. (1962). Psychoses among the ages. In H.T. Blumenthal (ed.), **Medical and Clinical Aspects of Aging** (pp. 74—96). New York: Columbia University Press.

Rott, Ch. (1988). Einstellung älterer Menschen zu technischen Innovationen. **Zeitschrift für Gerontologie, 21,** 225—231.

Rott, Ch. (1990). Veränderungen kognitiver Strategien im Alter. In R. Schmitz-Scherzer, A. Kruse & E. Olbrich (Hrsg.), **Altern — ein Prozeß lebenslanger Sozialisation** (S. 108—177). Darmstadt: Steinkopff.

Rubenstein, L.Z. (1984). Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. **New England Journal of medicine, 311,** 1664—1670.

Rückert, W. (1988). Die demographische Herausforderung an die Altenhilfe. In H. Braun, F. Karl & L. Veelken (Hrsg.), **Qualitätssicherung, Beratung, soziale Rehabilitation in der Altenarbeit.** Kasseler Gerontologische Schriften 5 (S. 16—39). Kassel: Gesamthochschule Kassel.

Rückert, W. (1989). Die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf Pflege-, Hilfs- und Versorgungsbedürftigkeit. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), **Die demographische Herausforderung.** Beiträge zur Gesundheitsökonomie 23 (S. 111—148). Gerlingen: Bleicher.

Rückert, W. (1991a). Not der Pflege — Wie ist der Pflegenotstand zu bewältigen? Ansätze zur Verbesserung der Situation in Bund, Ländern und Gemeinden — eine vorläufige Bilanz. In R.-M. Schütz, R. Schmidt & H.P. Tews (Hrsg.), **Altern zwischen Hoffnung und Verzicht.** Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität (S. 194—207). Lübeck: Graphische Werkstätten.

Rückert, W. (1991b). Versorgungssysteme. In W.D. Oswald, W.M. Hermann, S. Kanowski, U.M. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), **Gerontologie.** Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe (2. überarb. u. erw. Aufl.) (S. 621—631). Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

Rudinger, G. (1987). Intelligenzentwicklung unter unterschiedlichen sozialen Bedingungen. In U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), **Formen seelischen Alterns** (S. 57—65). Stuttgart: Enke.

Rühle, R. (1988). Zur Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen im Rahmen der verkehrspsychologischen Tauglichkeitsbewirkung. **Verkehrsmedizin und ihre Grenzgebiete, 35,** 105—123.

Ruland, F. (1991). Rentenversicherung. In B. Schulte & H.F. Zacher (Hrsg.), **Wechselwirkung zwischen dem europäischen Sozialrecht und Sozialrecht der Bundesrepublik Deutschland** (S. 47—81). Berlin: Duncker & Humblot.

Runge, H. J. (1967). **Erkrankungen der Atmungsorgane und Corpulmonale.** Diss. med. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987). **Medizinische und ökonomische Orientierung.** Jahresgutachten 1987. Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989). **Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung.** Jahresgutachten 1989. Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1990). **Herausforderung und Perspektiven der Gesundheitsversorgung.** Jahresgutachten 1990. Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991). **Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland.** Jahresgutachten 1991. Baden-Baden: Nomos.

Sailer, D. (1986). Altern und Ernährung. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), **Vorbereitung auf das aktive Alter** (S. 122—127). Stuttgart: Enke.

Sames, K. (1991). Mögliche Beiträge der Molekularbiologie zur Verhütung bzw. Beeinflussung sogenannter „Alterskrankheiten" und zur Verlängerung der Lebensspanne. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung** (S. 301—360). Berlin: DZA.

Schachner, C. (1987). Wie sich alte Menschen ihr Leben wünschen. Ergebnisse einer Umfrage. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Die ergraute Gesellschaft** (S. 387—404). Berlin: DZA.

Schaeffer, D. (1989). Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch kranken alten Menschen. **Zeitschrift für Sozialreform, 35** (11—12), 737—749.

Schaie, K.W. (1989). Individual differences in rate of cognitive change in adulthood. In V.L. Bengtson & K.W. Schaie (Eds.), **The course of later life: Research and reflections** (pp. 65—85). New York: Springer.

Schaie, K.W. & Willis, S.L. (Eds.). (1986). **Adult Development & Aging.** Toronto: Little, Brown and Company.

Schaie, K.W. & Willis, S.L. (1991). Adult personality and psychomotor performance: Cross-sectional and longitudinal analyses. **Journal of Gerontology, 46,** 275—284.

Schäuble, G. (1989). **Die schönsten Jahre des Lebens?** Stuttgart: Enke.

Schellhorn, W. (1990). Einführung eines neuen Bedarfsbemessungssystems für die Regelsätze in der Sozialhilfe. **Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 70** (1), 14—16.

Scherhorn, G. (1975). **Verbraucherinteresse und Verbraucherpolitik.** Göttingen: O. Schwartz & Co.

Schieber, G.J. & Poullier, J.-P. (1990). Overview of international comparisons of health care expenditures. In Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency. **OECD Social Policy Studies No.7** (S. 9—15), Paris: OECD.

Schildberg, F.W. & Kiffner, E. (1987). Chirurgische Therapie im höheren Lebensalter — Eine Standortbestimmung. In R.-M. Schütz (Hrsg.), **Alter und Krankheit** (S. 154—166). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Schlag, B. (1990). Empirische Untersuchungen zur Leistungsfähigkeit älterer Kraftfahrer. **Zeitschrift für Gerontologie, 23**, 300—306.

Schmachtenberg, W. & Ruthenberg, H.J. (1983). **Betriebliche Humanisierungsmaßnahmen für ältere Arbeitnehmer.** Fallstudie bei der Deutschen BP AG. Bonn: Forschungsbericht des Bundesministers für Forschung und Technologie.

Schmähl, W. (1991). Altern und Leistung im Beruf — einige Aufgaben und Fragen aus ökonomischer, speziell wirtschafts- und sozialpolitischer Sicht. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), **Altern und Leistung** (S. 197—207). Stuttgart: Enke.

Schmidt, H. (1977). **Der ältere Arbeitnehmer im technischen Wandel.** München, Wien: Hauser Verlag.

Schmidt, R. (1983). Befragung zu Ruhestandsmodellen. Erhebliche Entlastung des Arbeitsmarktes möglich. **Deutsche Angestelltenversicherung, 30,** 331—334.

Schmidt, R. (1989). **Die „schlaue" Altenhilfe. Zur Entwicklung des Fort- und Weiterbildungsmarktes in den achtziger Jahren.** DZA Bd. 77. Berlin: DZA.

Schmitz-Scherzer, R. & Thomae, H. (1983). Constancy and change of behavior in old age. In K.W. Schaie (Ed.), **Longgitudinal studies of adult psychological development** (pp.191—221). New York: The Guilford Press.

Schmitz-Scherzer, R. (1990). Pflegebedürftigkeit oder die mangelnde Berücksichtigung der Potentiale und Kompetenzen von kranken älteren Menschen. **Zeitschrift für Gerontologie, 23,** 284—287.

Schmitz-Scherzer, R., Bialke, R., Breitenstein, F., Heidlindemann, T. & Martin, Chr. (1992). **Besondere Belange im Altenpflegeberuf und Möglichkeiten der Intervention** (Unveröffentlichtes Manuskript).

Schneider, M., Sommer, J.H., Kececi, A., Scholtes, L. & Welzel, A. (1989). **Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich.** Laufende Berichterstattung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Ausgabe 1989. Augsburg: Basys GmbH.

Schneider, W.F. (1989). **Zukunftsbezogene Zeitperspektive von Hochbetagten.** Regensburg: Roderer.

Schöller, H. (1986). Diakoniestation — freigewerblich tätige Krankenpflegeunternehmen — ist Partnerschaft möglich? In **Dokumentation der Tagung des Diakonischen Werks der evangelischen Kirche Westfalen-Münster vom 12. März 1986,** Westfälische Diakonissenanstalt Sarepta (6 Seiten). Bielefeld/Bethel (Manuskriptdruck).

Schors, M.L. (1982). **Die Bedeutung der engeren Verwandtschaft für junge Familien. — Die Großeltern.** Unveröffentlichte Magisterarbeit. Sozialwissenschaftliche Fakultät — Fachgruppe Soziologie. Universität, Konstanz.

Schramm, A. (1988). Polypathie und Multimorbidität. In E. Lang (Hrsg.), **Praktische Geriatrie** (S. 81—84). Stuttgart: Enke.

Schramm, A., Franke, H. & Chowanetz, V. (1982). Multimorbidität und Polypathie im Alter. **Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 58,** 234—237.

Schulz, J. (1992). Zukunftchancen für den „Beratenden Arzt für Geriatrie"? In A. Niederfranke, U.M. Lehr, F. Oswald & G. Maier (Hrsg.), **Altern in unserer Zeit.** Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche (S. 293—297). Heidelberg, Wiesbaden: Quelle & Meyer.

Schulze-Jena, H. (1987). Beurteilung der Gesundheit alter Menschen und Wohlbefinden pflegender Angehöriger. **Zeitschrift für Gerontologie, 20,** 300—304.

Schütz, R.-M. (1987). Physiologische Alternsänderungen der Organsysteme. In R.-M. Schütz (Hrsg.), **Alter und Krankheit** (S. 9—22). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Schütz, R.-M. (1988). **Geriatrische Tageskliniken — Aufgabe und Chance für die Zukunft.** Expertengespräch der CDU: Herausforderung Pflege — Chance zu neuer Arbeit. Bonn 24. 2. 1988.

Schütz, R.-M. (1990). **Ausgewählte Daten aus der Krankenhausstatistik des Landes Schleswig-Holstein der Jahre 1970, 1975, 1980 und 1986.** Unveröffentlichtes Manuskript.

Schütz, R.-M. (1992). **Geriatrische Rehabilitation — Eine Standortbestimmung.** Symposium des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Fragen geriatrischer Rehabilitation, Bonn, 31.8.1992.

Schütz, R.-M. & Meier-Baumgartner, H.P. (1990). **Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen.** Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 6.

Schwabe, U. & Paffrath, D. (1989). **Arzneiverordnungsreport '89: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare** (Ergebnisse des GKV-Arzneimittelindex). Stuttgart: Fischer.

Schwan, M. & Steigerwald, B. (1992). Verbraucher- und Schuldnerprobleme in Ostdeutschland. **BAG-SB Informationen, 7** (2), 38—41.

Schwarz, K. (1988). Umfang der Erwerbstätigkeit nach dem Zweiten Weltkrieg. **Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 14** (3), 275—294.

Schwarz, K. (1989). Die Bildungsabschlüsse der Frauen und ihre Bedeutung für den Arbeitsmarkt, die Eheschließung und die Familienbildung. **Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 15** (4), 361f.

Schwitzer, K.-P. (1990a). Altenreport '90. Zur sozialen Lage der Altersrentnerinnen und Altersrentner in der ehemaligen DDR. **Blätter der Wohlfahrtspflege, 137** (10+11), 262—304.

Schwitzer, K.-P. (1990b). Zur sozialen Lage von AltersrentnerInnen in der DDR vor der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion. **WSI Mitteilungen, 43** (8), 492—498.

Sedgwick, A., Brotherhood, J.R., Harris-Davidson, A., Taplin, R. & Thomas, D. (1980). Long-term effects of physical training programme on risk factors for coronary heart disease in other-wise sedentary men. **British medicine Journal, 281,** 7—10.

Seewald, H. (1991). Wohngeld 1990 — Ergebnis der Wohngeldstatistik. **Wirtschaft und Statistik, 10,** 671—677.

Seidel, Ch. & Sengling, D. (1990). Über das Soziale in der sozialen Marktwirtschaft. Denkschrift des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in der DDR und der Bundesrepublik Deutschland zum deutsch-deutschen Einigungsprozeß. **Blätter der Wohlfahrtspflege, 137** (10+11), 254—261.

Shanan, J. (1991). Who and How: Some unanswered questions in adult development. **Journal of Gerontology, 46,** 309—316.

Shapiro, S., Weinblatt, E., Frank, C. & Sagar, R. (1965). The H.I.P. study of incidence and prognosis of coronary heart disease. **Journal of chronical diseases, 18,** 527—531.

Shephard, R.B., Simpson, P.C. & Sharp, I.F. (1966). Energy equivalent pressure. **Archives of surgery, 93,** 730—735.

Sheppard, H.L. (1991). The Future of Work for Older Persons. In R. Schmitz-Scherzer, A. Kruse & E. Olbrich (Hrsg.), **Altern — ein lebenslanger Prozeß der sozialen Interaktion** (S. 385—389). Darmstadt: Steinkopff.

Shimizu, M. (1992). Depression and Suicide in Later Life. In M. Bergener, K. Hasegawa, S.I. Finkel & T. Nishimura (Eds.),

Aging and Mental Disorders. New York: Springer Publ. Comp.

Socialdata (1983). **Kontinuierliche Erhebung zum Verkehrsverhalten (KONTIV).** Im Auftrag des Bundesministers für Verkehr (3 Bände). München.

Socialdata (1984). **Kontinuierliche Erhebung zum Verkehrsverhalten (KONTIV).** Im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr. München.

Socialdata: Brög, W., Häberle, G.-F., Mettler-Meibom, B. & Schellhaas, U. (1980). **Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger** Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit Bd. 80. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

Spector, W.D., Karz, S., Murphy, J.B. & Fulton, J.P. (1987). The hierarchical relationships between activities of daily living and instrumental activities of daily living. **Journal of Chronic Diseases, 40**, 481—489.

Spiegel, E. (1990). Schwerpunkte des sozialen Wandels — Perspektiven und Konflikte. In T. Sieverts (Hrsg.), **Zukunftsaufgaben der Stadtplanung** (S. 35—59). Düsseldorf: Werner.

Staatsministerium Baden-Württemberg (1988). **Altern als Chance und Herausforderung.** Bericht der Kommission „Altern als Chance und Herausforderung". Stuttgart.

Stadt Essen (1987). Der Oberstadtdirektor (Hrsg.). **Soziale Ungleichheit im Stadtgebiet.** Methoden der Erfassung sozial-kultureller und sozio-ökonomischer Disparitäten. Untersuchungen zur Stadtentwicklung. Bericht 56, Essen.

Stappen, B. (1988). **Formen der Auseinandersetzung mit Verwitwung im höheren Erwachsenenalter.** Regensburg: Roderer.

Statistisches Amt der DDR (Hrsg.). (1989). **Statistisches Jahrbuch 1989 der DDR.** Berlin: Staatsverlag der DDR.

Statistisches Amt der DDR (Hrsg.). (1990a). **Sozialstatistik 1990.** Kennziffernsammlung. Berlin: Stat. Amt.

Statistisches Amt der DDR (Hrsg.). (1990b). **Übersicht über die regelmäßigen repräsentativen Bevölkerungsbefragungen des Statistischen Amtes der DDR.** Berlin: Manuskriptdruck des Statistischen Amtes.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1972). **Bevölkerung und Wirtschaft 1872—1972.** Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1983). **Statistisches Jahrbuch 1983 für die Bundesrepublik Deutschland.** Stuttgart, Mainz: Kohlhammer.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1986). **Statistisches Jahrbuch 1986 für die Bundesrepublik Deutschland.** Stuttgart, Mainz: Kohlhammer.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1987). **Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1983.** Fachserie 15, H. 4. Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte. Stuttgart, Wiesbaden: Kohlhammer.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1988). **Statistisches Jahrbuch 1988 für die Bundesrepublik Deutschland.** Stuttgart, Mainz: Kohlhammer.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1990a). **Bevölkerung und Erwerbstätigkeit.** Fachserie 1, Reihe 3, Haushalte und Familien 1989. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1990b). **Langlebige Gebrauchsgüter privater Haushalte.** H. 1. Fachserie 15. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1988. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1991a). **Bevölkerung und Erwerbstätigkeit.** Fachserie 1. Volkszählung vom 25. Mai 1987 „Haushalte", Teil 1: Bevölkerung in Privathaushalten. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1991b). Fachserie 1: Volkszählung vom 25. Mai 1987, Heft 8: **Ergebnisse für nichtadministrative Gebietsgliederungen.** Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1991c). **Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1988.** Fachserie 15, H. 2. Vermögensbestände und Schulden privater Haushalte. Wiesbaden. Unveröff. Material. Stand: 15.04.1991.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1991d). **Einnahmen und Ausgaben ausgewählter privater Haushalte in den neuen Bundesländern.** 1. Halbjahr 1991. Arbeitsunterlage. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1991e). **Im Blickpunkt: Ältere Menschen.** Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1991f). **Statistisches Jahrbuch 1991 für das vereinte Deutschland.** Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1992a). Entwicklung der Bevölkerung bis 2030. **Wirtschaft und Statistik, 4,** 217f.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1992b). **EVS 1988.** Vorläufige Werte aus einer Unterstichprobe der Gesamtstichprobe. Stand: Februar 1992; Unveröffentlichtes Material. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1992c). Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 1: **Gebiet und Bevölkerung 1989.** Wiesbaden.

Stegmann, H. & Lang, E. (1988). Sport. In E. Lang (Hrsg.), **Praktische Geriatrie** (S. 47—57). Stuttgart: Enke.

Steinmann, B. (1980). Physiologische Alternsveränderungen als Risikofaktoren. **Aktuelle Gerontologie, 10,** 149—154.

Sternberg, R.B. (Ed.). (1990). **Wisdom: Its nature, origins, and development.** New York: Cambridge University Press.

Steuer, W. (1971). **Gesundheitsvorsorge — Grundlagen, Möglichkeiten, Praxis.** Stuttgart: Thieme.

Stevens, N. (1989). **Well-being in widowhood: A question of balance.** Nijmegen: De Stempel.

Stiefel, M.-L. (1985). **Hilfsbedürftigkeit und Hilfenbedarf älterer Menschen im Privathaushalt.** Berlin: DZA.

Stiefel, M.-L. (1987). Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im häuslichen Lebenszusammenhang. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), **Materialien und Berichte 21.** Förderungsgebiet Gesundheitspflege. Gerlingen: Bleicher.

Stiftung Warentest (Hrsg.). (1990). **Ratgeber Gesundheit: Rükkenschmerzen.** Berlin.

Stiftung Warentest (Hrsg.).(1992). Test Hilfsmittel für Behinderte und Ältere. Mehr Handicap als Hilfe. **test-Zeitschrift der Stiftung Warentest, 27** (2), 89—94.

Stolarz, H., Friedrich, K., Winkel, R., Wiese, M., Steveling, L., Hückelheim, C. & Simons, U. (1992). Wohnen und Wohnumfeld im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Süddeutsche Zeitung (Hrsg.). (1990). **Nr. 210**, S.23

Svanborg, A. (1988). The health of the elderly population: results from longitudinal studies with age-cohort comparisons. In D. Evered & J. Whelan (Eds.), **Research and the aging population** (p. 3—16). Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.

Svanborg, A., Sixt, E., Sundh, V. & Thornton, J.E. (1988). Subjective health in relation to aging and disease in a representative sample at ages 70, 75 and 79. **Comprehensive Gerontology A, 2**, 107—113.

Sydow, K. von (1991). **Psychosexuelle Entwicklung im Lebenslauf.** Eine biographische Studie bei Frauen der Geburtsjahrgänge 1895—1936. Regensburg: Roderer.

Tartler, R. (1961). **Das Alter in der modernen Gesellschaft.** Stuttgart: Enke.

Tews, H.P. (1991). **Altersbilder.** Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen und Einstellungen zu Alter. Köln: KDA.

Thieringer, R. (1991). Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus. **Das Krankenhaus, 83** (7), 337—343.

Thomae, H. (1983). **Alternsstile und Alternsschicksale.** Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.

Thomae, H. (1988). **Das Individuum und seine Welt** (2. völlig neu bearb. Aufl.). Göttingen: Verlag für Psychologie.

Thomae, H. (1989). Veränderungen der Zeitperspektive im höheren Alter. **Zeitschrift für Gerontologie, 22** (2), 58—66.

Thomae, H., Knorr, D. & Mathey, F.J. (1977). **Einstellungen und Verhaltensweisen älterer Fußgänger in der Großstadt.** Stuttgart: Kohlhammer.

Townsend, P. (1979). **Poverty in the United Kingdom.** A Survey of Household Resources and Standards of Living. Harmondsworth.

Uemura, K. (1988). International trends in cardiovascular diseases in the elderly. **European Heart Journal, 9 (Supplement D)**, 1—8.

Ungern-Sternberg, A. von, Illinger, H., Leutiger, H., Ostermann, K., Radebold, H., Schmidt, R., Sprung-Ostermann, B. & Weimann, G. (1986). Zur klinischen Rehabilitation von über 60jährigen Schlaganfall-Patienten. In R.-M. Schütz (Hrsg.), **Praktische Geriatrie 6** (S. 267—284). Lübeck: Eigenverlag.

United Nations (1991). **World Population Prospects 1990.** New York.

Vaskovicz, L.A. (1990). Soziale Folgen der Segregation alter Menschen in der Stadt. In L. Bertels & U. Herlyn (Hrsg.), **Lebenslauf und Raumerfahrung** (S. 55—79). Opladen: Leske und Budrich.

Vaskovicz, L.A., Franz, P. & Ueltzen, W. (1983). **Ursachen der räumlichen Segregation alter Menschen in bundesdeutschen Städten.** Forschungsbericht 12 der Sozialwissenschaftlichen Forschungsstelle der Universität Bamberg. Bamberg.

Veiel, H.O. (1986). Social support and mental disorder in old age: Overview and appraisal. In H. Häfner, G. Moschel & N. Sartorius (Eds.), **Mental health in the elderly** (pp. 78—87). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen (VZ-NRW) (1992). **Das Jahr 1991. Jahresbericht der Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen.** Düsseldorf: VZ-NRW.

Veterans Administration Cooperatives Study Group on Antihypertensive Agents (1970). Effects of treatment on morbidity in hypertension. **American Medicin Association., 213,** 1143—1147.

Vetter, N.J., Jones, D.A. & Victor, C.R. (1981). Urinary incontinence in the elderly at home. **Lancet, December 5,** 1275—1277.

Völlink, J. (1990). Patienten in Akutkrankenhäusern 1989. **Das Krankenhaus, 82** (12), 545—548.

Vortmann, H. & Wagner, G. (1992). Lebensverhältnisse älterer Menschen in der früheren DDR und im früheren Bundesgebiet. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), **Expertisen zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung** (1993). Berlin: DZA.

Wächtler, C. & Block, U. (Hrsg.). (1991). **Geronto-psychiatrische Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland** — Eine Informationsbroschüre. Hamburg: Druckerei AK Ochsenzoll.

Wahl, H.-W. & Schmid-Furstoß, U. (1988). Alltagsaktivität und Kontrolle im Alter. Eine Tageslaufstudie. **Report Psychologie, 13,** 24—30.

Wahl, H.-W. (1987). Behinderung in der Altersbevölkerung: Ergebnisse einer Feldstudie. **Zeitschrift für Gerontologie, 20,** 66—73.

Weinert, F.E. & Knopf, M. (1990). Gedächtnistraining im höheren Erwachsenenalter — Lassen sich Gedächtnisleistungen verbessern, während sich das Gedächtnis verschlechtert? In R. Schmitz-Scherzer, A. Kruse & E. Olbrich (Hrsg.), **Altern — ein lebenslanger Prozeß der sozialen Interaktion** (S. 91—102). Darmstadt: Steinkopff.

White, R. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. **Psychological Review, 66,** 297—334.

WHO (1980). World Health Organization: **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps.** A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Geneva: WHO.

WHO-Report (1989). **Health of the elderly Report of a WHO Expert Committee,** Technical Report Series 779. Geneva: WHO.

Wieltschnig, E. (1982). **Unabhängigkeit im Alter.** Bern, Stuttgart: Haupt.

Williams, R.B., Barefoot, J.C., Haney, T.L., Havvel, F.G., Blumenthal, J.R., Pyror, J.A. & Peterson, B. (1988). Type A behavior and angiographically document coronary atherosclerosis in a sample of 2 289 patients. **Psychosomatic Medicine, 50,** 139—152.

Williams, T.F. (Ed.). (1985). **Rehabilitation in the Aging.** New York: Raven Press.

Winkler, G. (Hrsg.). (1990). **Sozialreport '90. Daten und Fakten zur sozialen Lage in der DDR.** Berlin: Die Wirtschaft.

Wittenberg, R. (1986). Einstellung zum Autobesitz und Unsicherheitsgefühl älterer Menschen im Straßenverkehr. **Zeitschrift für Gerontologie, 19,** 400—409.

Wohlleber, C., Frank-Winter, A. & Kellmayer, M. (1991). **Leistungen und Kosten von Sozialstationen.** Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Materialien und Berichte. 34. Gerlingen: Bleicher.

Zacher, H.F. (Hrsg.). (1991). **Alterssicherung im Rechtsvergleich.** Baden-Baden: Nomos.

Zappolo, A.A. & Sundström, G. (1989). Long-term care for the elderly in Sweden. In T. Schwab (ed.), **Caring for an Aging World.** International Models for Long-Term Care, Financing and Delivery (p. 22—57). New York, St. Louis, San Francisco etc.: Mc Graw-Hill Information Services Company.

Zeman, P. (1989). **Trendbericht zur Altenhilfe — April 1989.** Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin: DZA.

Zenz, G., Eicken, B. von, Ernst, E. & Hofmann, C. (1987). Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige. Eine Untersuchung zur Praxis und Kritik des geltenden Rechts. In BMFJ (Hrsg.), **Bundesanzeiger 39** (S. 1—148). Bonn.

Anhang

Tabelle 1

Noch nicht 20jährige und 60jährige und Ältere in Deutschland 1900 — 1. Januar 1990

Jahr	Gesamtbevölkerung	Darunter					
		noch nicht 20jährige		60jährige und Ältere			
				insgesamt		Männer	Frauen
		1 000	% [3]	1 000	% [3]	% [4]	
Deutsches Reich							
1900 [1]	56 367	24 935	*44,2*	4 397	*7,8*	*45,1*	*54,9*
1910 [1]	64 926	28 398	*43,7*	5 114	*7,9*	*44,4*	*55,6*
1925 [1]	62 411	22 615	*36,2*	5 760	*9,2*	*45,4*	*54,6*
1939 [2]	69 317	22 205	*32,0*	8 511	*12,3*	*46,6*	*53,4*
Alte Bundesländer							
1950	50 958	15 554	*30,5*	7 151	*14,0*	*44,2*	*55,8*
1961	56 589	15 911	*28,1*	9 589	*16,9*	*41,1*	*58,9*
1970	61 001	18 125	*29,7*	11 804	*19,4*	*39,6*	*60,4*
1980	61 658	16 278	*26,4*	11 966	*19 4*	*36,6*	*63,4*
1990	62 679	13 071	*20,9*	13 075	*20,9*	*37,3*	*62,7*
Neue Bundesländer							
1950	18 388	5 844	*31,8*	2 972	*16,2*	*42,6*	*57,4*
1961	17 079	4 789	*28,0*	3 551	*20,8*	*40,0*	*60,0*
1970	17 086	5 280	*30,9*	3 770	*22,1*	*38,7*	*61,3*
1980	16 739	4 694	*28,0*	3 208	*19,2*	*35,0*	*65,0*
1990	16 434	4 183	*25,5*	3 007	*18,3*	*34,8*	*65,2*
Bundesgebiet vom 3. Oktober 1990							
1950	69 346	21 388	*30,8*	10 123	*14,6*	*43,7*	*56,3*
1961	73 668	20 700	*28,1*	13 139	*17,8*	*40,8*	*59,2*
1970	78 087	23 405	*30,0*	15 574	*19,9*	*39,4*	*60,6*
1980	78 397	20 972	*26,8*	15 174	*19,4*	*36,2*	*63,8*
1990	79 113	17 254	*21,8*	16 082	*20,3*	*36,8*	*63,2*

Quelle: Statistisches Bundesamt (eigene Zusammenstellung nach unveröffentlichter Mitteilung, 1992).

[1]) Jeweiliger Gebietsstand.
[2]) Gebietsstand vom 31. Dezember 1937.
[3]) In Prozent der Gesamtbevölkerung.
[4]) In Prozent der 60jährigen und älteren Bevölkerung.

Tabelle 2

Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren in den Staaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und weiteren Staaten 1990, 2000, 2010 und 2025

Land	1990		2000		2010		2025	
	1000	%	1000	%	1000	%	1000	%
EG-Länder								
Bundesrepublik Deutschland	16 276	20,4	19 140	23,6	20 351	25,9	23 564	32,5
	100		117		127		143	
Belgien	2 028	20,6	2 143	21,8	2 299	23,7	2 839	30,3
	100		106		113		140	
Dänemark	1 039	20,2	1 062	20,6	1 274	25,0	1 508	30,9
	100		102		123		145	
Frankreich	1 666	19,0	11 629	20,0	13 128	22,1	16 421	27,2
	100		109		123		154	
Griechenland	1 959	19,5	2 355	23,1	2 501	24,4	2 772	27,5
	100		120		128		142	
Großbritannien und Nordirland	11 734	20,5	11 679	20,0	12 974	22,0	15 988	26,8
	100		100		111		136	
Irland	521	14,0	535	13,1	634	14,2	912	18,4
	100		103		122		175	
Italien	11 412	20,0	12 983	22,7	14 106	25,1	16 260	30,7
	100		114		124		142	
Luxemburg	70	18,9	79	21,0	89	23,8	111	30,8
	100		113		127		159	
Niederlande	2 572	17,2	2 881	18,2	3 587	21,9	4 810	28,6
	100		112		139		187	
Portugal	1 851	18,0	2 033	19,2	2 184	20,2	2 702	24,7
	100		110		118		146	
Spanien	7 210	18,4	8 011	19,7	8 749	21,0	11 116	26,3
	100		111		121		154	
weitere Staaten								
Finnland	910	18,3	985	19,4	1 206	23,5	1 485	29,0
	100		108		133		163	
Schweden	1 951	23,1	1 900	22,2	2 214	25,8	2 489	29,0
	100		97		113		128	
Norwegen	893	21,2	862	19,9	976	22,1	1 242	27,6
	100		97		109		139	
Schweiz	1 322	20,0	1 467	21,7	1 741	25,6	2 091	30,8
	100		111		132		158	
Österreich	1 539	20,3	1 599	21,0	1 773	23,5	2 203	30,0
	100		104		115		143	
Ungarn	2 005	19,0	2 096	19,9	2 259	21,6	2 570	25,2
	100		105		113		128	
Tschechoslowakei	2 584	16,6	2 653	16,4	3 076	18,4	3 900	22,7
	100		103		119		151	
Polen	5 687	14,8	6 459	16,0	7 234	17,0	10 005	22,2
	100		114		127		176	
Vereinigte Staaten	42 119	16,9	44 704	16,8	54 217	19,3	79 469	26,5
	100		106		129		189	
Kanada	4 164	15,7	4 843	17,0	6 211	20,6	9 066	28,4
	100		116		149		218	
Japan	21 235	17,2	28 006	21,8	35 642	27,2	38 121	29,9
	100		132		168		180	

Quelle: Bundesrepublik Deutschland: Statistisches Bundesamt; übrige Länder: United Nations, Worlds Population Prospects 1990, mittlere Variante, New York, 1991 (eigene Zusammenstellung).

Tabelle 3

Anlage 1
Gesamtdeutschland
Bevölkerung ab 16 Jahre

Frage: ‚Wenn jemand sagt: „Die meisten alten Menschen in Deutschland sind einsam und niedergeschlagen. Würden Sie sagen, das stimmt, oder stimmt das nicht?"'

	Alte Bundesrepublik Deutschland %	Neue Bundesländer %
Stimmt	34	43
Stimmt nicht	42	30
Unentschieden, weiß nicht	24	27
	100	100
n =	550	519

Frage: ‚Wenn jemand sagt: „Die meisten älteren Menschen in Deutschland leben in Altersheimen. Würden Sie sagen, das stimmt, oder stimmt das nicht?"'

	Alte Bundesrepublik Deutschland %	Neue Bundesländer %
Stimmt	21	7
Stimmt nicht	54	65
Unentschieden, weiß nicht	25	28
	100	100
n =	518	534

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5062, März 1992.

Tabelle 4

Rangfolge der Diagnosen nach der Fallhäufigkeit je 10 000 der Bevölkerung Altersgruppe 80—84 Jahre, weiblich, DDR 1979 bis 1989

Rang 1989	Dg.-Nr. (ICD/9)	Kurzbezeichnung	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
1	436, 437	Somatisch zerebrospinale vasomotorische Krankheiten	141,6	152,9	161,6	167,6	166,2	178,9	196,2	195,4	190,1	196,6	190,9
2	412, 414	Somatisch-chronische Herzkrankheiten	91,9	97,4	105,0	114,0	111,4	119,1	132,1	125,0	126,1	127,0	124,5
3	820	Schenkelhalsfraktur	79,1	77,9	80,8	81,4	84,1	91,5	97,1	100,5	105,0	107,9	106,7
4	250	Diabetes mellitus	43,4	46,7	54,6	57,0	68,8	70,4	76,3	80,7	76,0	87,4	82,9
5	428	Herzversagen	42,7	49,1	50,1	59,5	59,0	64,5	68,9	71,7	78,4	71,2	71,5
6	440	Atherosklerose	64,1	64,6	64,4	68,3	72,7	73,3	82,8	71,1	74,2	69,4	64,1
7	366	Katarakt	46,4	48,6	55,1	58,6	59,3	56,4	58,8	58,9	66,2	68,9	71,4
8	574	Cholelithiasis	46,9	39,9	49,6	49,0	55,1	58,3	57,9	62,1	66,0	67,1	68,7
9	485	Bronchopneumonie	41,2	52,7	44,6	51,7	48,3	49,5	54,1	52,9	45,2	51,2	46,4
10	410	Akuter Myokardinfarkt	24,6	25,7	27,5	31,3	33,2	37,9	38,3	40,7	41,2	41,4	41,8

Quelle: Statistisches Jahrbuch der DDR, 1989 nach Kohnert et al., 1992.

Tabelle 5

Statements zum (Un-)Sicherheitsempfinden im Straßenverkehr nach Untersuchungsjahr

Statements	1975 (%)	1981 (%)	1984 (%)
1. Man hat oft die Straße erst zur Hälfte überquert, wenn die Ampel schon wieder auf „Rot" umschaltet	49	52	54
2. Es gibt zu wenig Fußgängerüberwege mit Zebrastreifen und Druckampelanlagen	34	41	43
3. Busse und Straßenbahnen haben zu hohe Trittbretter, so daß das Ein- und Aussteigen sehr mühsam ist	42	46	42
4. Das automatische Schließen und Öffnen der Türen von Bussen und Straßenbahnen ist schlecht eingerichtet, so daß man leicht eingeklemmt werden kann	27	35	32
5. Das Anfahren der Busse ist zu schnell und ruckartig, so daß man im Bus hin- und hergeschleudert wird	31	40	38
6. Die Gehwege an den Straßen sind mitunter zu schmal, so daß man oft bei entgegenkommenden Personen auf die Straße ausweichen muß	30	38	38
7. Die Fußwege sind häufig zu schmal, daß man Angst haben muß, angefahren zu werden	28	36	35
8. Busse und Straßenbahnen fahren zu bestimmten Tageszeiten viel zu selten	23	33	41
9. Kindern und Jugendlichen sollte es verboten werden, auf Bürgersteigen und Fußwegen mit ihren Fahrrädern und Mopeds zu fahren	57	56	54
10. Viele Auto- und Motorradfahrer fahren zu schnell und zu dicht an Bürgersteigen entlang	31	44	37
11. Viele Auto- und Motorradfahrer fahren zu schnell an Fußgängerüberwege heran und bremsen scharf ab	37	44	43
12. Viele Auto- und Motorradfahrer fahren zu dicht an haltende Straßenbahnen heran und behindern so das Ein- und Aussteigen	19	26	23
13. Es gibt zu wenig Personen, die einem im Bus oder in der Straßenbahn ihren Sitzplatz anbieten, wenn man behindert ist	32	36	39
14. Der Verkehr ist zu bestimmten Zeiten zu stark, daß man sich kaum noch auf die Straße wagt	29	39	39
15. Die Autos und Motorräder fahren so schnell, daß man sie oft erst in letzter Minute sieht	33	39	42
16. Dem heutigen Verkehr steht man oft hilflos gegenüber	27	36	38
17. In diesem Verkehr muß man als Fußgänger um sein Leben bangen	28	33	30
18. Als älterer Mensch fühlt man sich im heutigen Straßenverkehr benachteiligt	31	42	40
Basis (n)	3 107	1 545	1 094
Durchschnittlicher Anteil der Zustimmung (×)	32,7	40,1	39,3

Quelle: Wittenberg (1986)

Tabelle 6

Komponenten der Sozialhilfeschwellen[1]) 1988 in DM je Monat (alte Bundesländer)

	Allein-stehende	Ehepaare ohne Kinder
a) Regelsatzbetrag DM ab 1. September 1988 (rechnerischer Bundesdurchschnitt)	412	742
b) Mehrbedarf (20 % des Regelsatzes vom Haushaltsvorstand)	82	82
c) Einmalige Leistungen (15 % von a) und b))	74	124
d) Miete[2]) (nach EVS 1988)	324	458
e) Heizkosten (25 % von d))	81	115
Summe	973	1 504

Quelle: [1]) Eigene Berechnungen nach Tab. A1, Anlage 5 in: Gutachtliche Äußerung: Neues Bedarfsbemessungssystem ..., DVÖPF, 1989, auf der Basis unveröffentlichter Daten zur EVS 1988 des StBA, Stand: Februar 1990.

[2]) Die Durchschnittsmiete für Alleinstehende entnommen aus Tab. 1, S. 264, in: Kaiser, J. (1990). Wohnungsmieten privater Haushalte im Januar 1988. Sie gelten für Ein-Personen-Haushalte mit Haushaltsnettoeinkommen unter 1 200 DM/Monat. Mangels entsprechender Daten für Ehepaare ohne Kind wurde die Durchschnittsmiete von Zwei-Personen-Haushalten im Mittel aller Einkommensgruppen gewählt.

Tabelle 7

Komponenten der Sozialhilfeschwellen[1]) 1991 in DM je Monat (alte und neue Bundesländer)

	alte Bundesländer		neue Bundesländer	
	Allein-stehende	Ehepaare ohne Kinder	Allein-stehende	Ehepaar ohne Kinder
a) Regelsatzbetrag DM zum 1. Juli 1991 (rechnerischer Bundesdurchschnitt)	473	851	446	802
b) Mehrbedarf (20 % des Regelsatzes vom Haushaltsvorstand)	95	95	—	—
c) Einmalige Leistungen (15 % von a und b)	85	142	80	134
d) Miete	356[2])	496[2])	67[3])	102[3])
e) Heizkosten (25 % von d)	89	124	63[3])	102[3])
Summe	1 098	1 708	656	1 140

Quelle: [1]) Eigene Berechnungen nach Tab. A1, Anlage 5 in: Gutachtliche Äußerung: Neues Bedarfsbemessungssystem ..., DVÖPF, 1989, in den neuen Bundesländern (1991 ohne Mehrbedarf (b)).

[2]) Die Mieten in den alten Bundesländern wurden ausgehend von den Daten aus der EVS 1988 mit dem Preisindex für 1991 (1. Halbjahr) hochgerechnet. (Vgl. Preise. In: StBA, 1991c).

[3]) Die Mieten in den neuen Bundesländern sowie Energiekosten sind als Mittelwert für das Jahr 1991 errechnet aus: Münnich, 1991 sowie aus noch unveröffentlichten Daten des StBA für das 2. Halbjahr 1991.

Tabelle 8

Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland, Anzahl der Einrichtungen und Plätze insgesamt und nach Trägerschaft (Heime nach § 1 Heimgesetz)

Jahr (30. Juni)	Region	Einrichtungen[1] insgesamt		Einrichtungen nach Trägerschaft: öffentliche		frei-gemeinnützige		privat-gewerbliche	
		Anzahl	Plätze	Anzahl	Plätze	Anzahl	Plätze	Anzahl	Plätze
1981	Bundesgebiet	5 901	422 362	1 036	97 706	3 267	271 345	1 598	53 311
1982	Bundesgebiet	5 964	429 577	1 042	98 984	3 303	275 120	1 619	55 473
1983	Bundesgebiet	6 014	436 224	1 050	100 412	3 300	275 740	1 664	60 072
1984	Bundesgebiet	6 203	464 479	1 005	98 067	3 363	298 287	1 835	68 125
1985	Bundesgebiet	6 257	476 269	992	100 087	3 375	305 108	1 890	71 074
1986	Bundesgebiet	6 270	485 873	1 000	100 613	3 407	310 229	1 863	75 031
1987	Bundesgebiet	6 369	489 365	1 000	100 083	3 426	313 492	1 942	75 790
1988	Bundesgebiet	6 551	507 480	981	98 073	3 454	325 097	2 116	84 310
1989	Bundesgebiet	6 608	511 447	970	96 094	3 484	329 175	2 154	86 178
1990	alte Bundesländer	6 689	516 819	963	95 851	3 539	334 033	2 187	86 935
1991	alte Bundesländer (ohne Berlin)	6 353	493 257	796	77 525	3 423	327 907	2 134	87 825
1991	neue Bundesländer (ohne Berlin)	1 054[2]	93 524[2]	712[2]	74 514[2]	330[2]	18 250[2]	12[2]	760[2]
1991	Berlin (gesamt)	480	45 265	218	29 041	154	10 817	108	5 407
1991	Bundesgebiet (gesamt)	7 887	632 046	1 726	181 080	3 907	356 974	2 254	93 992

Quelle: Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.), Einrichtungen nach § 1 Heimgesetz, unveröffentlichte Statistik.

Anmerkungen: [1]) Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime, mehrgliedrige Einrichtungen, jedoch ohne Behinderten-Einrichtungen.
[2]) Ohne Altenwohnheime in Sachsen.

Tabelle 9

Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland, Anzahl der Einrichtungen und Betten insgesamt und nach Trägerschaft

Jahr (30. Juni)	Region	Krankenhäuser[1])		Krankenhäuser nach Trägerschaft					
		insgesamt		öffentlich		frei-gemeinnützige		privat-gewerbliche	
		Anzahl	Betten	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten
1980	Bundesgebiet	3 234	707 710	1 190	370 714	1 097	248 717	947	88 279
1981[2])	Bundesgebiet	3 189	615 603	1 162	359 482	1 091	247 563	936	88 558
1982[2])	Bundesgebiet	3 130	683 624	1 143	351 673	1 070	244 068	917	87 833
1983	Bundesgebiet	3 119	682 747	1 133	351 885	1 069	242 570	917	88 292
1984	Bundesgebiet	3 106	678 708	1 119	347 457	1 054	240 137	933	91 144
1985	Bundesgebiet	3 098	462 350	1 104	343 044	1 049	237 565	945	94 133
1986	Bundesgebiet	3 071	461 555	1 086	340 877	1 044	237 186	941	96 321
1987	Bundesgebiet	3 071	259 340	1 073	339 365	1 044	235 671	954	98 651
1988	Bundesgebiet	3 069	672 834	1 059	336 447	1 035	233 694	975	102 693
1989[3])	alte Bundesländer	3 069	652 921	1 059	336 447	1 035	233 694	975	102 693
1989[3])	neue Bundesländer	441	184 014	364	152 765	75	11 076	2	260
1989[3])	insgesamt	3 510	836 935	1 423	489 212	1 110	244 770	977	102 953

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Jahresgutachten 1991). Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Bonn: Manuskriptdruck. 1980 bis 1988: Tabellen T 523, S. 528 und T 525, S. 530; 1989: Tab. 13, S. 86.

Anmerkungen:
[1]) Akut- und Sonderkrankenhäuser.
[2]) Ohne 17 psychiatrische Krankenhäuser des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.
[3]) Stand: 31. Dezember 1989 für Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen; 31. Dezember 1988 für die übrigen Länder. Ausnahme: Berlin. Hier sind die Angaben von Berlin-Ost/Stand: 31. Dezember 1989 und Berlin-West/Stand: 31. Dezember 1988 zusammengefaßt worden.

Tabelle 10

Vergleich von Weiterbildungsangeboten 1990 (n = 221) und 1991 (n = 145)
Art und Zahl der Weiterbildungsangebote (n = 221 für 1990)

Art	in Prozent	(absolut)
Praxisanleitung	*13,0*	(29)
Gruppenleitung	*13,0*	(28)
Stationsleitung	*10,0*	(22)
Pflegedienstleitung	*5,0*	(11)
Management	*2,0*	(5)
Leitung von Sozialstationen	*2,0*	(5)
Sozialpflegerischer Dienst	*<1,0*	(2)
Funktions-Weiterbildung insgesamt	*46,0*	(102)
Hauswirtschaft	*12,0*	(26)
Gerontopsychiatrie	*11,0*	(24)
Altentherapeut	*6,0*	(13)
Gemeindepflege	*3,0*	(6)
Geriatrie	*<1,0*	(2)
Fach-Weiterbildung insgesamt	*32,0*	(71)
Heimleiter-Qualifizierung	*6,0*	(16)
Unterrichtskräfte	*5,0*	(12)
Sonstige	*10,0*	(20)
Summe	*100,0*	(221)

Quelle: Koch & Kühnert, 1992.

Art und Zahl der Weiterbildungsangebote (n = 145 für 1991)

Art	in Prozent	(absolut)
Heimleitung	*11,0*	(16)
Stationsleitung	*33,0*	(48)
Pflegedienstleitung	*12,0*	(17)
Altentherapeut	*1,5*	(2)
Unterricht (Altenpflegeschulen)	*8,5*	(12)
Praxisanleitung (mindestens 5tägig)	*24,0*	(35)
Gerontopsychiatrie	*6,0*	(9)
Seniorengymnastik	*1,5*	(2)
Medizinische Rehabilitation und Pflege	*0,5*	(1)
Schulleiter in der Altenpflege	*0,5*	(1)
Soziale Gerontologie	*1,5*	(2)
Summe	*100,0*	(145)

Quelle: Maier & Oswald, 1992.

Tabelle 11

Vergleich von Fortbildungsangeboten 1990 (n = 1 486) und 1991 (n = 1 422)
Art und Zahl der Fortbildungsangebote (n = 1 486 für 1990)

Art	in Prozent	(absolut)
Institutioneller Bereich	*26,0*	(380)
Pflegerischer Bereich	*24,0*	(350)
Psychisch-sozialer Bereich	*16,0*	(242)
Sozialgerontologischer Bereich	*11,0*	(163)
Prävention und Rehabilitation	*10,0*	(156)
Öffentlicher Bereich	*8,0*	(122)
Berufskundlicher Bereich	*6,0*	(83)
insgesamt	*100,0*	(1 486)

Quelle: Koch & Kühnert, 1992.

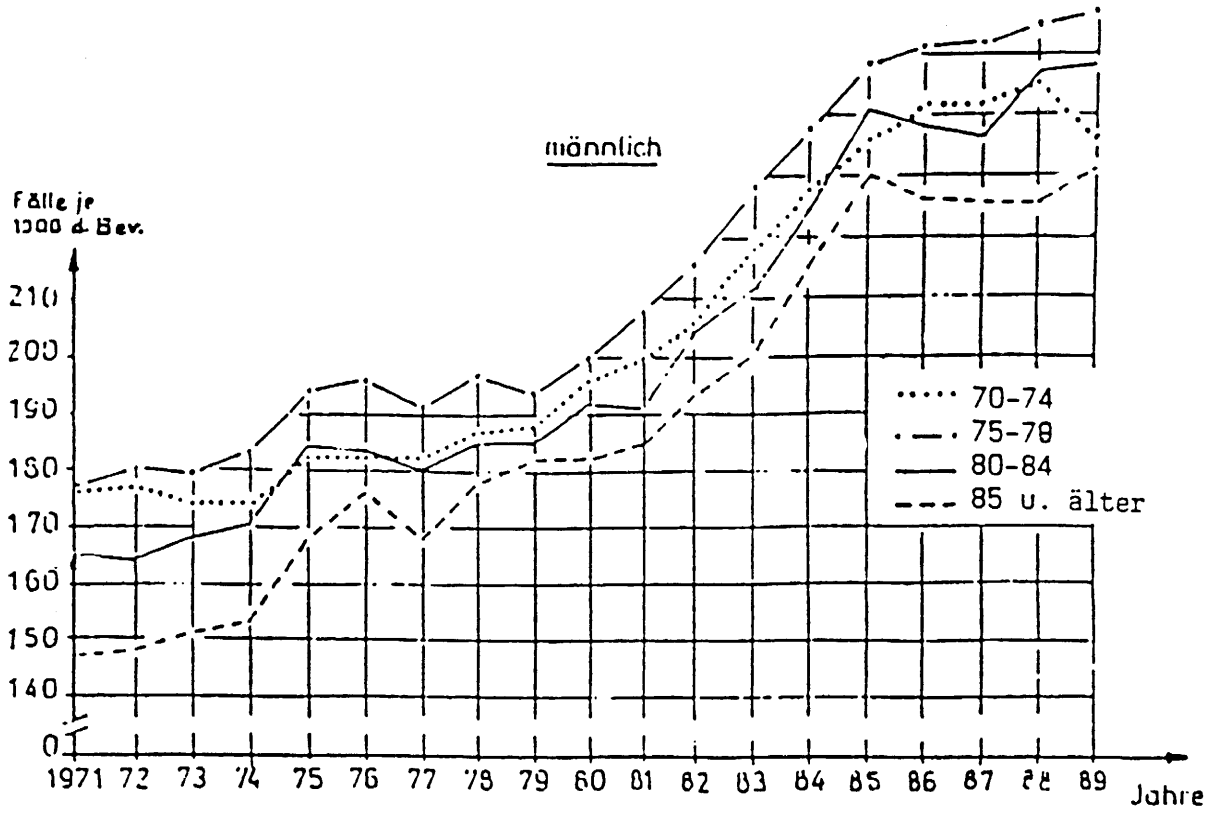
Art und Zahl der Fortbildungsangebote (n = 1 422 für 1991)

Art	in Prozent	(absolut)
Leitungsfunktionen	*12,8*	(182)
Mitarbeiter (Gruppen)	*24,5*	(349)
Arbeitskonzepte/Arbeitsformen	*38,3*	(544)
Fachwissen	*23,1*	(329)
Supervision	*1,3*	(18)
Summe	*100,0*	(1 422)

Quelle: Maier & Oswald, 1992.

Abbildung 1

Krankenhausfälle je 1 000 der männlichen Bevölkerung nach Altersgruppen — 1971 bis 1989



Quelle: Statistisches Jahrbuch der DDR, 1989 nach Kohnert et al., 1992.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53113 Bonn
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon: 02 28/3 82 08 40, Telefax: 02 28/3 82 08 44
ISSN 0722-8333