François Höpflinger

Hochaltrigkeit – Zur Lebenssituation der über 80-jährigen Frauen und Männer in der Schweiz

Einleitung – Hochaltrigkeit

Zwei zentrale Prozesse der letzten Jahrzehnte – erhöhte Lebenserwartung einerseits und Strukturwandel des Alters – trugen dazu bei, dass vermehrt zwischen dem dritten Lebensalter bzw. den 'jungen Alten' und dem vierten Lebensalter bzw. den 'alten Alten' unterschieden wird. Zum einen unterscheidet sich die Lebensgestaltung neu pensionierter Frauen und Männer wesentlich von der Lebenssituation von 80-jährigen und älteren Menschen. Zum anderen gelten aktivitätsorientierte Kompetenz- und Ressourcenmodelle – welche das Bild der 'jungen Alten' prägen – nur bedingt für sehr alte Menschen.

Gesellschaftlich ist auffallend, dass im Gegensatz zur positiven Aufwertung des dritten Lebensalters das hohe Alter weiterhin überwiegend mit negativen Attributen versehen wird. Dadurch konzentrieren sich auch demografische Bedrohungsszenarien immer mehr auf das hohe Lebensalter, etwa wenn von unbezahlbaren Gesundheitskosten im Alter oder Pflegenotstand die Rede ist. "Die 'jungen Alten' werden als aktive selbstverantwortliche Koproduzenten ihrer Lebensbedingungen angerufen, hochaltrige Menschen hingegen vorrangig als zu Pflegende, zu Betreuende und zu Versorgende wahrgenommen und verbleiben damit im Objektstatus." (Amrhein 2013: 13) Deshalb definieren sich selbst alte Menschen nicht als 'wirklich alt', solange sie weiterhin in einer privaten. Wohnform leben und über persönliche Entwicklungsspielräume verfügen.

Ab wann das hohe Alter bzw. Hochaltrigkeit beginnt, ist angesichts der ausgeprägten Heterogenität von Alternsprozessen umstritten, aber im Übergang vom höheren zum hohen Alter – vielfach zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr – steigen die Risiken gesundheitlicher Einschränkungen und sozialer Verluste (Partnerverlust u.a.) deutlich an. Wer lange lebt, gelangt früher oder später zwangsläufig an die Grenzen körperlichen Lebens, da sich im hohen Lebensalter die biologischen Abbauprozesse verstärken und zwar auch bei gesunder Lebensführung. Ein hohes Lebensalter ist nicht zwangsläufig mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gleich zu setzen, aber zentral für das hohe Lebensalter sind reduzierte Reservekapazitäten und eine erhöhte Vulnerabilität; zwei Prozesse, die auch mit dem Konzept der Fragilität (frailty) erfasst werden (Gasser et al. 2015).

Je älter Menschen werden, desto weiter greifen ihre persönlichen Erinnerungen in vergangene Gesellschafts- und Kulturepochen zurück. Gespräche mit sehr alten Menschen bieten Einblick in vergangene Zeitepochen. Gleichzeitig werden Leben und Werthaltungen alter Menschen durch vergangene lebensgeschichtliche Rahmenbedingungen mitgeprägt (Höpflinger 2013). Heutige 80-jährige Menschen wurden 1943 geboren und sie wurden zumindest als Kinder vom II. Weltkrieg und seinenFolgen geprägt. Noch stärker sind Kriegseffekte bei heute 90-Jährigen, die 1929 zur Welt kamen. Viele heute hochaltrige Menschen haben eine Kindheit und Jugend in Armut und Not erfahren und sie wuchsen oft in bäuerlich-gewerblichen Milieus oder in Arbeiterkreisen auf. Viele hochaltrige Frauen, aber auch manche hochaltrige Männer, konnten aus wirtschaftlichen Gründen keine weiterführende Ausbildung absolvieren, was ihre wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen im Alter reduziert hat. In den 1950er und 1960er Jahren – als heute alte Menschen ihre Familien gründeten - waren Ehe und Familie traditionell

geprägt, was bis heute familiale Pflegevorstellungen alter Frauen und Männer mitbeeinflusst. Durch die Prägung durch heute verschwundene Sprachformeln, Höflichkeitsgebräuche oder normativ-religiöse Werthaltungen sind im Kontakt zwischen hochaltrigen Menschen und jüngeren Menschen ausgeprägte Generationendifferenzen zu überwinden. Dies wird bei der (palliativen) Pflege sehr alter Menschen umso wichtiger, als im hohen Alter Langzeiterinnerungen an Bedeutung gewinnen (wogegen sich das Kurzzeitgedächtnis reduziert). Dadurch können Essen, Spiele, Musik, aber auch religiöse Werthaltungen aus der Kindheit wieder bedeutsam werden, ebenso wie früher erlebte Traumata (die teilweise aufgrund abnehmender Emotionskontrolle nicht mehr verdrängt werden können).

Alte Menschen ihrerseits leben in einer Gesellschaft, die von deutlich jüngeren Menschen dominiert wird. Dies gilt speziell auch für die Alterspflege, die nach modernen professionellen und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten jüngerer Generationen organisiert wird. Gleichzeitig bedeutet die körperliche, psychische und soziale Fragilität eines hohen Lebensalters, dass die Ressourcen abnehmen, sich proaktiv auf jüngere Menschen einzustellen. Im hohen Lebensalter können entstehende Generationendifferenzen zumeist nicht mehr von den alten Menschen bewältigt werden, sondern zentral ist eine Anpassung der jüngeren Generation (des Pflegepersonals) an die Lebensgeschichte und Werthaltungen der Vertreterinnen alter Generationen.

Im folgenden Forschungsdossier werden bedeutsame Entwicklungen zur Lebenssituation von 80-jährigen und älteren Frauen und Männer in der Schweiz vorgestellt und diskutiert. Allerdings ist die Datenlage zur Lebenssituation sowie zum gesundheitlichen und psychischen Befinden alter Menschen lückenhaft (unter anderem, weil Befragungen bei alten Menschen aufwendig sind bzw. ein Teil aufgrund demenzieller Erkrankung nicht befragt werden kann). Viele offizielle Statistiken beschränken sich auf die zuhause lebende Wohnbevölkerung (wodurch alte Menschen in Alters- und Pflegeheimen unberücksichtigt bleiben).

1 Langlebigkeit – demografische Trends

In den gut 140 Jahren nach 1876/80 hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung in der Schweiz verdoppelt, von 42 auf nahezu 84 Jahren. Die Pandemie (Covid-19) hat 2020 vorübergehend zu einem leichten Rückgang der Gesamtlebenserwartung beigetragen (Männer 2019: 81.9, 2020: 81.0, 2021: 81.6; 2022: 81.6; Frauen 2019: 85.6, 2020: 85.1, 2021: 85.7, 2022: 85.4).

Entsprechend hat sich der Anteil an Frauen und Männern stark erhöht, welche ihren 80. bzw. 90. Geburtstag zu feiern vermögen. Gleichzeitig hat sich aber auch die Restlebenserwartung 80-jähriger oder 90-jähriger Menschen erhöht. Während 80-jährige Frauen 1948/53 noch mit 5.7 Lebensjahre rechnen konnten, waren dies 2022 schon 10.4 Jahre. Ein 100-jähriger Geburtstag, früher eine seltene Ausnahme, wird häufiger und die Zahl an 100-jährigen und älteren Menschen erhöht sich rasch. Selbst das höchste Sterbealter hat sich nach oben bewegt. Das in der Schweiz erreichte Höchstalter - welches zwischen 1880 und 1920 bei 102 Jahren lag - erhöhte sich bis 1960 auf 104 Jahre. 2020 lag es allerdings schon bei mehr als 112 Jahren. Frau Rosa Rein (24.März 1897-14. Februar 2010) wurde 112 Jahre und 327 Tage alt. Im November 2020 verstarb im Alterszentrum Grünhalde (Zürich) Frau Alice Schaufelberger-Hunziker (geb. 11. Januar 1908) nach 112 Jahren und 295 Tagen.

Es zeigen sich somit zwei zentrale Entwicklungen: *Immer mehr Frauen und Männer erreichen* ein hohes Lebensalter und diejenigen, die alt sind, leben länger als frühere Generationen.

Anteil von Männern und Frauen ausgewählter Geburtsjahrgänge welche das 80, .90. und 100. Lebensjahr erreichten bzw. erreichen werden

Von 100 Geborenen erreichen ... % das angeführte Alter

	Männ	er		Fraue	n	
Geb.:	80	90	100	80	90	100
1900	22%	5%	0%	38%	13%	1%
1920	36%	12%	1%	58%	27%	2%
1940	56%	24%	2%	71%	41%	5%
1960	69%	37%	4%	80%	53%	10%
1980	80%	50%	7%	87%	64%	15%

Kursiv: Basierend auf Szenarien/Projektionen

Quelle: Bundesamt für Statistik, Kohortensterbetafeln 1876-2030. Neue Tabellen Mai 2019

(Tabelle px-x-0102020300_101)

Restlebenserwartung hochaltriger Frauen und Männer (1948/53-2022) Durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren im Alter von: Frauen 90 Männer 80 Frauen 80 Männer 90 5.7 2.9 1948/53 3.1 5.2 1978/83 7.8 3.8 6.3 3.4 9.1 4.2 7.5 2000 3.6 2022 10.4 4.8 8.8 3.9 Quelle: Bundesamt für Statistik, Sterbetafeln (Tabelle 01.04,02.03.01)

Zahlen	mäßige Entwicklung	der 100-jährige	n und älteren I	Menschen in der Schweiz
	Total	Frauen	Männer	
1880	2	2	0	
1888	0	0	0	
1900	2	2	0	
1910	2	2	0	
1920	3	2	1	
1930	7	4	3	
1941	17	11	6	
1950	12	9	3	
1960	23	19	4	
1970	61	45	16	
1980	179	136	43	
1990	277	214	63	
2000	787	676	111	
2010	1332	1114	218	
2020	1729	1419	299	
2022	1948	1601	347	
Quelle: \	Volkszählungen bis 2000, da	nnach Bevölkerungs	statistiken Bundes	amt für Statistik

Insgesamt wird für hochentwickelte Regionen mit ausgebauter sozio-medizinischer Versorgung eine weiter ansteigende Lebenserwartung erwartet. Auch das Bundesamt für Statistik (2020) rechnet in seinen Bevölkerungsszenarien für die Schweiz mit einer weiteren Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung. Je nach Szenarium wird davon ausgegangen, dass sich die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern bis 2050 auf 85.5 bis 88.8 Jahre erhöhen könnte. Bei Frauen wird bis 2050 eine Erhöhung zwischen 88.4 bis 91.0 Jahre erwartet.

Die Kombination von steigender Lebenserwartung und Altern geburtenstarker Nachkriegsjahrgänge (Baby-Boomers) trägt dazu bei, dass sich Zahl und Anteil alter Menschen rasant erhöhen. Je nach Bevölkerungsszenarium (Bundesamt für Statistik 2020) wird sich der Bevölkerungsanteil der 80-jährigen und älteren Menschen zwischen 2020 und 2040 von 5.3% auf 8.4-8.6% bis 11% Die Hochaltrigen gehören damit zur Bevölkerungsgruppe mit dem schnellsten Wachstum.

2 Gesundheitliches Befinden und Pflegebedürftigkeit im hohen Lebensalter

Mit steigendem Lebensalter erhöhen sich die gesundheitlichen Risiken und Einschränkungen, wobei viele alte Menschen gleichzeitig an verschiedenen diagnostizierten Erkrankungen leiden (Multimorbidität). In einer 2021 durchgeführten Erhebung erwähnten 58% der zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen zwei oder mehr diagnostizierte Erkrankungen (Pahud 2021). Besonders häufig diagnostiziert werden etwa Bluthochdruck, Glieder- & Gelenkschmerzen sowie kardiovaskuläre Erkrankungen (Herz- & Kreislauferkrankungen).

2.1 Subjektive Gesundheit

Was die Angaben zur subjektiven Gesundheit bei hochaltrigen Menschen (80+) betrifft, ist die Datenlage lückenhaft. Einerseits sind bei vielen Erhebungen die hochaltrigen Menschen untervertreten und andererseits wohnen nicht wenige alte Menschen gesundheitlich bedingt nicht mehr zuhause, sondern in einer Alters- und Pflegeeinrichtung.

Die wenigen vorhandenen Angaben deuten zumindest für die zuhause lebenden alten Menschen ebenfalls auf eine verbesserte subjektive Gesundheit hin. Der Anteil der zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen, die ihre Gesundheit positiv einschätzen, hat sich in den letzten Jahrzehnten tendenziell erhöht. *Mehr zuhause lebende alte Menschen als früher fühlen sich auch nach 80 gesundheitlich gut* (wobei zu berücksichtigen ist, dass massive gesundheitliche Probleme in diesem Alter oft zu einem Wechsel in eine stationäre Alters- und Pflegeeinrichtung beitragen).

Subjektive Gesundheit bei zuhause lebenden Menschen im Alter 80+				
	%-die ihre Gesundheit	als gut bis sehr gut einschätzen		
		Quelle		
1979 (GE, VS)	43%	1		
1994 (GE, VS)	51%	2		
2011 (GE, VS, BE, BS)	55%	3		
2013 (Deutschsprachige Schweiz)	58%	4		
2018 (CH)	60%	5		
2023 (CH)	56%	6		

1: GUGRISPA (Groupe Universitaire Genevois) 1983; 2: Lalive d'Epinay et al. 1997, 3: NCR Vivre-Leben-Vivere (SNF-Projekt CRSII 1_129922); 4: Age-Wohnerhebung 2013, 5: Age-Wohnerhebung 2018, vgl. Höpflinger et al. 2019. 5: Age-Wohnerhebung 2023 (Publikation in Vorbereitung).

Bei der Interpretation von Daten zur subjektiven Gesundheit im hohen Lebensalter sind allerdings zwei Vorbehalte anzubringen:

Erstens werden gesunde Menschen häufiger alt als Menschen, die schon früh an chronischen Erkrankungen leiden. Gesunde alte Menschen sind somit eine sozial ausgewählte Gruppe. Sie sind oft gut ausgebildet, wirtschaftlich abgesichert und sozial eingebettet. Daneben sind biologisch-genetische Faktoren von Bedeutung. Wer aus welchen Gründen auch immer früh gesundheitlich angeschlagen ist oder an vorzeitigen Alltagseinschränkungen leidet, stirbt früher oder wechselt früher in eine stationäre Alterseinrichtung. Dazu kommt der methodische Vorbehalt, dass alte Menschen, die an Demenz erkrankt sind oder die sich in einem Spital befinden, nicht befragt werden können.

Zweitens wird die Frage, ob die eigene Gesundheit 'gut' sei, im Alter nicht allein nach objektiven medizinischen Kriterien beantwortet. Bedeutsam ist der Vergleich mit gleichaltrigen und eventuell schon verstorbenen Bezugspersonen. Ein hoher Anteil an alten Menschen, die sich gesund fühlen, kann sich auch daraus ergeben, dass die Ansprüche an die Gesundheit sinken: Man fühlt sich noch relativ gesund, weil es gleichaltrigen Bekannten viel schlechter geht oder weil man trotz Beschwerden noch einigermaßen mobil und aktiv sein kann. In jedem Fall können subjektive Gesundheit und medizinische Krankheitsdiagnosen auseinanderfallen (Spitzer, Weber 2019), In einer Gesellschaft mit ausgebauter medizinischer Versorgung können sich auch objektiv erkrankte Menschen subjektiv gesund fühlen (beispielsweise, weil sie dank guter Pflege und Betreuung trotz chronischen Krankheiten keine bedeutsamen Alltagseinschränkungen erfahren).

2.2 Funktionale Gesundheit – körperlich bedingte Einschränkungen

Der Alltag im Alter wird vor allem mühsam, wenn gesundheitliche Probleme die Ausübung alltäglicher Aktivitäten erschweren bzw. verunmöglichen. Und je mehr Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind, desto stärker sind alte Menschen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Bei ausgeprägten funktionalen Einschränkungen wird ein Wechsel in eine betreute Alterswohnung oder in eine Pflegeeinrichtung oft unumgänglich (und entsprechend ist der Anteil an alten Menschen mit Alltagseinschränkungen bei Heimbewohnern sehr hoch).

Die Daten zum Anteil älterer Menschen, die bei grundlegenden alltäglichen Aktivitäten auf Hilfe angewiesen sind bzw. die nicht mehr selbständig haushalten können, sind wegen unterschiedlichen Erhebungs- und Frageformen nicht eindeutig zu vergleichen. Bei den zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen bewegt sich der Anteil der funktional

ziemlich bis stark eingeschränkten Personen je nach Erhebung und Erhebungsjahr zwischen 17% und 32%. Insgesamt hat mindestens ein Viertel der zuhause lebenden alten Menschen mit funktionalen Problemen zu kämpfen. Gemäss SILC-Daten weisen 14%-16% der über 85-jährigen zuhause lebenden Menschen starke Alltagseinschränkungen auf.

Funktionale Einschränkungen bei Aktivitäten des Alltagsle	ebens bei B	efragten im Alter
80+		
Zuhause lebende Personen		
1979 Genf: zuhause lebend*	32%	1
1994 Genf: zuhause lebend*	25%	1
2003 Deutschsprachige Schweiz	17%	2
2018 Deutschsprachige Schweiz	18%	2
2018 Gesamte Schweiz	21%	2
2023 Gesamte Schweiz	25%	2
Befragte Heimbewohner/innen		
2008/09: Heimbewohner/innen**	50%	3
2018: HeimbewohnerInnen (Deutsch- & Westschweiz)***	49%	2
2023: HeimbewohnerInnen (Deutsch- & Westschweiz) ***	50%	2
* %-in mindestens einer Alltagsaktivität eingeschränkt		
** %-welche mindestens eine Alltagsaktivität nicht mehr selbständig erfülle	en können	
*** ziemliche/schwere Einschränkungen im Alltagsleben		
1: Lalive d'Epinay et al. 2000, 2: Age-Wohnerhebungen (eigene Auswertung	gen), 3: Bundes	amt für Statistik 2010,

Gesundheitlich bedingte Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten bei zuhause lebenden älteren Menschen

% - seit mindestens 6 Monaten durch ein gesundheitliches Problem bei gewöhnlichen Aktivitäten vom täglichen Leben stark eingeschränkt

	65-74 J.	75-84 J.	85+ J.
SILC-Erhebung 2011	8%	10%	15%
SILC-Erhebung 2019	6%	8%	16%
SAKE-Erhebung 2020	5%	9%	14%

SILC: Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen.

SAKE: Schweiz. Arbeitskräfte-Erhebung (gr-d-13.06.01.08)

Im Zeitvergleich lässt sich kein klarer Trend erkennen. Dies kann damit zusammenhängen, dass sich zwei gegensätzliche Entwicklungen neutralisiert haben: Einerseits dürfte sich der Anteil der funktional unabhängigen älteren Menschen dank besserem Gesundheitszustand leicht erhöht haben. Andererseits hat der Trend zu ambulanter Pflege ebenso wie der vermehrte Bau von hindernisfreien Wohnungen dazu beigetragen, dass Menschen mit funktionalen Einschränkungen länger zuhause leben können (wodurch sich der Anteil funktional eingeschränkter zuhause lebender alter Menschen erhöht).

Erwartungsgemäß leben funktional abhängige und pflegebedürftige alte Menschen häufig in Alters- und Pflegeheime (und gut die Hälfte der befragbaren Heimbewohner und Heimbewohnerinnen sind funktional eingeschränkt. Zu erwarten sind hier steigende Tendenzen, da immer mehr Alters- und Pflegeeinrichtungen nur noch alte Menschen mit nachgewiesener Pflegebedürftigkeit aufnehmen).

Zentral für ein selbständiges Leben im Alter ist speziell das Gehvermögen, etwa um sich ohne Hilfe in der eigenen Wohnung zu bewegen oder selbständig einkaufen zu können. Soweit ersichtlich hat sich die Gehfähigkeit zumindest bei zuhause lebenden alten Menschen in den letzten Jahrzehnten verbessert. Sowohl regionalen Daten als auch Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen weisen darauf hin, dass heute mehr 80-jährige bzw. über 74-jährige Menschen mindestens 200 Meter ohne Schwierigkeiten oder Hilfe zu Fuß gehen können als dies in früheren Jahrzehnten beobachtet wurde. Dies kann auch das Resultat verbesserter medizinische Interventionen (Hüft- und Knieoperationen) zurückgeführt darstellen. Dennoch ist die Gehfähigkeit bei gut einem Fünftel der 80-jährigen und älteren Bevölkerung eingeschränkt. Erwartungsgemäß erhöht sich der Anteil der (zuhause lebenden) Personen mit Mobilitätsproblemen mit dem Alter. Nach einer 2021 durchgeführten Erhebung bei 80-jährigen und älteren Personen erhöht sich der Anteil der Befragten mit Schwierigkeiten beim Gehen von 8% bei den 80-84-Jährigen auf 15% bei den 85-89-Jährigen und auf 38% bei den 90-jährigen und älteren Befragten (Borkowsky 2022: 91).

Gehvermögen bzw. Gehfähigkeit im Alter – zuhause lebende Menschen 80+

%-Anteil der Menschen, die nicht ohne Schwierigkeiten oder Hilfe mindestens 200 Meter zu Fuß gehen können

Erhebung 1979: Genf/Zentralwallis	45%
Erhebung 1994: Genf/Zentralwallis	36%
Erhebung 2018: Alle drei Sprachregionen	19%
Erhebung 2021: Alle drei Sprachregionen	15%
Erhebung 2023: Alle drei Sprachregionen	19%

Quelle: 1979 & 1994: Lalive d'Epinay 2000, 2018: Age-Wohnreport 2018 (eigene Auswertung, vgl, Höpflinger et. al. 2019). 2021: Borkowsky 2022: Abb. 20, 2023: Age-Wohnerhebung 2023 (in Arbeit).

Alltagsrelevante Einschränkungen im Alter können auch aufgrund von Hörbehinderungen auftreten. Ausgeprägte Hörprobleme belasten soziale Kontakte und können zur sozialen Isolation beitragen (Höglinger et al. 2022). Risikofaktoren für eine Höreinschränkung sind namentlich eine hohe Lärmbelastung bei der Arbeit sowie schlechte körperliche Werte (Adipositas, Diabetes, zu hoher Cholesterinspiegel). Die Häufigkeit alltagsrelevanter Höreinschränkungen steigt mit dem Alter an und bei den 90-jährigen und älteren Personen leiden gemäss einer neueren Erhebung mehr als siebzig Prozent unter hörbedingten Kommunikationsproblemen (Borkowsky 2022: 31). Allerdings ist der Anteil der funktional hörbeeinträchtigen älteren Menschen in den letzten Jahrzehnten gesunken, primär auch weil mehr Personen ein Hörgerät verwenden (vgl. Höglinger et al. 2022).

Auch wahrnehmbare Einschränkungen des Sehvermögens – bis hin zur Altersblindheit – schränken eine selbständige Lebensführung ein, etwa im Haushalt oder beim Einkaufen. Die Häufigkeit einer nicht mehr korrigierbaren Sehbehinderung steigt vor allem nach dem 80.

Lebensjahr rasch an und bei den 95-jährigen und älteren Personen waren 2019 51% von einer Sehbehinderung oder von Blindheit betroffen (Spring 2019). Hör- und Sehbeeinträchtigungen im Alter erhöhen das Risiko depressiver Symptome, Einsamkeitsgefühle und Gedächtnisprobleme und starke Seheinschränkungen können einen Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erfordern, wobei spät erblindete alte Menschen in Heimen angepasste architektonische Strukturen und spezielle pflegerische Begleitung und Betreuung benötigen (Heussler et al. 2016).

2.3 Demenzielle Erkrankungen

Die Verbreitung von Demenzerkrankungen in der Bevölkerung ist in hohem Maße altersassoziiert. Während Demenzen unterhalb von 65 Jahren nur sehr selten auftreten, kommt es ab dem 65. Lebensjahr zu einer raschen Zunahme von Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen. Der Anteil an demenziell erkrankten Menschen ist vor allem im hohen Lebensalter ausgeprägt (85-94-Jährige: 30%, 95+-Jährige 45%).

	Alter:				
	30-64 J.	65-74 J	75-84 J.	85-94 J.	95+ J.
Insgesamt	0.2%	2.5%	10.9%	30.1%	45.1%
Frauen	0.2%	2.5%	11.6%	33.6%	48.8%
Männer	0.2%	2.4%	10.1%	23.1%	32.4%

Die Inzidenz der Demenz in der Bevölkerung ab 65 Jahren in wohlhabenden Ländern wird auf insgesamt 1 bis 2% pro Jahr geschätzt. Dabei steigen die Inzidenzraten im Altersgang ebenfalls stark an, ausgehend von etwa 0,5% bei den 65- bis 69-Jährigen auf etwa 10% pro Jahr bei den über 90-Jährigen (Ziegler, Doblhammer 2009).

Der Anteil der Alzheimer-Demenz an allen Demenzfällen wird in epidemiologischen Studien traditionellerweise auf zwischen 50% und 70% geschätzt, während vaskuläre Demenzen (VD) 15 bis 25% der Fälle ausmachten (Busch 2011). Diese Schätzungen sind jedoch vorsichtig zu interpretieren, da sie auf älteren Studien basieren, die unterschiedliche und über die Zeit veränderte Diagnosekriterien verwendet haben. Detaillierte neuropathologische Studien weisen darauf, dass sich bei einem Großteil der Demenzkranken gemischte neuropathologische Befunde finden lassen (Wharton et al. 2011), also sowohl Zeichen einer neurodegenerativen Schädigung im Sinne einer Alzheimer-Pathologie, als auch Zeichen einer vaskulären Hirnschädigung. Es wird heute zunehmend vermutet, dass bei vielen Demenzfällen diese synergistisch wirkenden Schädigungsmechanismen gleichzeitig bestehen, wenn auch mit unterschiedlich ausgeprägter Dominanz der einen oder der anderen Form.

Gleichzeitig zeigt sich, dass neuere Generationen von Frauen und Männer andere kognitive Entwicklungen und Alternsprozesse erfahren als frühere Generationen (Clouston et al. 2021). So besteht die Vermutung, dass durch höhere Bildung neuer Generationen alter Menschen kognitive Reserven geschaffen werden, die helfen, die Krankheit in noch höhere Alter zu verdrängen. Auch Medikamente können zur Verzögerung demenzieller Erkrankungen beitragen. Dazu kommt, dass ein Fünftel bis ein Drittel der Demenzerkrankungen – und dabei vor allem vaskuläre Demenzformen – durch geeignete Lebensstilfaktoren (Nichtrauchen, hohe körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung) verhindert werden könnten.

Neuere Analysen deuten jedenfalls darauf hin, dass in wohlhabenden Ländern das Risiko an diversen Formen von Demenz zu erkranken, eher sinkt. Eine Analyse von sieben Längsschnittstudien aus den USA und Europa 1988-2015 weist auf sinkende Inzidenzraten von Demenz (minus 13% pro Jahrzehnt) hin (Wolters et al. 2020). Ein weiterer Zeitvergleich über 22 Jahre lässt erkennen, dass ein reduziertes Risiko einer demenziellen Erkrankung vor allem durch zwei Hauptfaktoren ausgelöst wurde: Entscheidend ist erstens eine steigende schulischberufliche Ausbildung der Bevölkerung und Bildungsinvestitionen erhöhen nicht nur Lebensqualität, sondern auch die kognitiven Fähigkeiten. Ein bedeutsamer Faktor ist zudem ein reduziertes Risiko schwerer Schlaganfälle und anderer kardio-vaskulärer Risiken, sei es durch Vorbeugung oder sei es durch bessere Behandlung (Skoog et al. 2017). Eine Meta-Analyse von 53 Studien weist darauf hin, dass sich die Inzidenz von Demenz in den letzten 40 Jahren reduziert hat, aber dies gilt allerdings noch nicht für Alzheimer Demenz, wo bisher kaum sinkende Inzidenzraten feststellbar waren (Gao 2019).

Das sinkende Risiko an Demenz zu erkranken wird zudem teilweise durch eine erhöhte Überlebenszeit bei Demenz kompensiert (Prince et al. 2016). Darauf weist auch eine Studie, welche Inzidenz und Prävalenz von Demenz zwischen 1996 und 2015 in Dänemark analysierte: Während die Inzidenz von Demenz seit 2003 kontinuierlich sank, hat sich die gesamte Prävalenzrate dagegen weiter erhöht (Taudorf et al. 2019). Oder in anderen Worten: Das Risiko an Demenz zu erkranken, ist in Europa sinkend, aber wenn alte Menschen mit Demenz länger überleben, steigt die Zahl an demenzerkrankten Menschen trotzdem an.

Kurz- und mittelfristig ist es somit wahrscheinlich, dass die Zahl demenzkranker Menschen geringer sein wird als es lineare Projektionen andeuten. Aber auch bei positiver Entwicklung ist - zumindest in den nächsten Jahrzehnten - mit steigenden Zahlen zu rechnen, speziell wenn die geburtenstarken Jahrgänge die risikoreichen Jahre des Alters erreichen.

3 Zur Lebenssituation hochaltriger Frauen und Männer

3.1 Haushalts- und Wohnsituation

Bis ins höchste Lebensalter lebt die Mehrheit alter Menschen in einer privaten Wohnung, wobei in der Schweiz Klein- und Kleinsthaushalte dominieren. Nur 4% der 80-jährigen und älteren Menschen leben und wohnen in einem Haushalt mit drei und mehr Personen. Dies bedeutet, dass in der Schweiz nur sehr wenige alte Frauen und Männer zusammen mit ihren erwachsenen Kindern zusammenleben. Ein Zusammenleben alter Elternteile mit Angehörigen im gleichen Haushalt ist die Ausnahme. Das Muster des 'getrennten Leben und Haushalten' im Alter entspricht dem intergenerationellen Muster von 'Intimität auf Abstand': Jede Generation lebt autonom, was jedoch enge und regelmässige Kontakte zwischen den Generationen nicht ausschliesst (Isengard 2018, Szydlik 2023).

In der deutschsprachigen Schweiz wohnten 2023 gut 85% der 80-jährigen und älteren Menschen in einem privaten Haushalt (im Vergleich zu 78% im Jahr 2003). *Mit steigendem Lebensalter wird Alleinleben häufiger, primär aufgrund einer Verwitwung*. Der Anteil alleinlebender alter Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten erhöht (und dürfte sich weiter erhöhen). Alleinleben erhöht das Risiko einer Vereinsamung und trägt dazu bei, dass Hilfe und Pflege ausserhäuslich organisiert werden muss (was aufwendig und teuer werden kann).

Verteilung der	älteren	Bevölkerung nach	h Haushaltsgrösse:	Deutschsprachige	Schweiz
2003 und 2023					

	Alter 65-79 J.	80+ J.
2003		
Privat: eine Person (alleinlebend)	28%	42%
Privat: zwei Personen (Paar)	63%	33%
Privat: drei und mehr Personen	6%	3%
Kollektiv: Alters- und Pflegeheim	3%	22%
2023		
Privat: eine Person (alleinlebend)	38%	53%
Privat: zwei Personen (Paar)	52%	28%
Privat: drei und mehr Personen	8%	4%
Kollektiv: Alters- und Pflegeheim	2%	15%

Basierend auf Wohnumfragen 2003 und 2023 sowie statistischen Daten zum Anteil der in Alters- und Pflegeeinrichtungen lebenden Bevölkerung.

Anteil ältere	r zuhause lebender	Menschen ir	n einem Einper	sonenhausha	lt
	Frauen		Männer		Quelle:
	65-79 J.	80+ J.	65-79 J.	80+ J.	
1970	32%	39%	10%	19%	1
1980	40%	55%	13%	25%	1
1990	41%	62%	14%	27%	1
2018	48%	71%	26%	32%	2
2023	59%	69%	32%	50%	3

1 Sauvain-Dugerdil et al. 1997, 2: Age-Wohnerhebung 2018 (Höpflinger et al. 2019) 3: Age-Wohnerhebung 2023 (eigene Auswertung)

In jedem Fall sind größere Haushaltseinheiten bei älteren Menschen relativ selten geworden. Gemäß haushaltsstatistischen Angaben wohnten 2021 nur 1.1% aller zuhause lebenden 65-jährigen und älteren Menschen in einem Mehrfamilienhaushalt (Haushalte mit mindestens zwei unabhängigen Familienkernen). Weitere 1.3% lebten mit nicht verwandten Menschen zusammen, in sogenannten Nichtfamilienhaushalten (worunter auch Alterswohngemeinschaften fallen). Eine 2021 durchgeführte Erhebung bei 80-jährigen und älteren Personen ergab analog tiefe Werte (2% der Befragten lebten in Haushaltungen von 3 und mehr Personen) (Borkowsky 2022: 8). Auch die Age-Wohnerhebung 2023 bestätigt die Konzentration der älteren Bevölkerung auf Kleinhaushalte. Von den befragten Menschen im Alter 65+ lebte nur eine geringe Minderheit mit drei oder mehr Menschen zusammen (deutschsprachige Schweiz: 7%, französischsprachige Schweiz: 8%)

Bei der Interpretation von Haushaltsstatistiken ist allerdings eine wesentliche Einschränkung zu beachten: Die Erfassung von Haushaltungen beruht auf formell definierte Haushaltseinheiten. Als Haushalt gilt jede Wohneinheit mit eigenem Kochherd und Bad. So werden beispielsweise sieben ältere Frauen und Männer, die in einer Altershausgemeinschaft wohnen, aber je über eine eigene private Wohneinheit mit Bad (und eigener Postanschrift) verfügen, statistisch als sieben Einpersonenhaushalte erfasst. Ein alter Vater, der im Haus seiner Tochter

lebt und von ihr gepflegt wird, aber über eine eigene Einliegerwohnung verfügt, ist statistisch gesehen alleinlebend. Ein pensionierter Mann, der nach einer Scheidung eine neue Partnerbeziehung aufbaut, mit der neuen Partnerin aber nicht im gleichen Haushalt lebt, verfügt zwar über eine enge Partnerbeziehung, aber beide – der Mann und seine Partnerin – werden haushaltsstatistisch als zwei "Singles" gezählt. Eine zusätzliche Komplexität kann sich ergeben, wenn Menschen über zwei Haushalte verfügen (z.B. Wochenaufenthalt in der Stadt, Wochenendaufenthalt in den Bergen).

3.2 Alters- & Pflegeheime

Bis Mitte des 20. Jahrhunderts waren die Bürgergemeinden für die Versorgung armer, kranker und alter Menschen verantwortlich und entsprechend wurden lokale Bürger-, Armen- & Altersheime eingerichtet, häufig an Randlagen angesiedelt, mit viel Land und Gärten zur Selbstversorgung und Selbstfinanzierung durch die Bewohner, die unabhängig von ihrem Alter zur Arbeit in der Landwirtschaft oder im Garten verpflichtet waren. In faktisch allen damaligen Armen- und Altenhäuser galten strenge Hausordnungen (inkl. Verbot des Besuchs von Wirtshäusern, Tanzplätzen und des Konsums von alkoholischen Getränken im Heim) (vgl. Brändli 2022). Der institutionelle Charakter vieler kommunaler Altersheime war bis in die 1950er Jahre und teilweise darüber hinaus, vorherrschend. Eine Modernisierung (inkl. Professionalisierung) der kommunalen Alterspflege erfolgte erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Namentlich zwischen 1970 und Mitte der 1990er Jahre wurde die stationäre Alterspflege in vielen Regionen der Schweiz ausgebaut, einerseits durch eine Modernisierung kommunaler Alterseinrichtungen und andererseits durch den Bau neuer Alters- und Pflegeheime. In dieser Periode erhöhte sich der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen, die in institutionellen Wohnformen lebten von 18% (1979) auf fast 22% (1990). Ab Mitte der 1990er Jahre und vor allem nach 2000 wurden ambulante Pflegestrukturen (Spitex) gefördert. Gleichzeitig wurden mehr altersgerechte bzw. hindernisfreie Wohnungen erstellt. Dies erlaubte ein längeres Verbleiben alter Menschen in privaten Haushaltungen. Gekoppelt mit einem Trend zu einer längeren behinderungsfreien Lebenserwartung führte dies in den letzten Jahrzehnten zu einem Rückgang im Anteil an stationär gepflegten alten Menschen.

• •	e und ältere chen Einrichtu				Haushaltungen	bzw.	in	sozio-
	%	Anteil in instit	tutio	nellen Hausha	lltungen*			
1970		17.6%			C			
1980		20.2%						
1990		21.5%						
2000A		22.3%						
	0/0-1	Anteil in sozio	me	dizinischen Ei	nrichtungen			
2000B		20.5%			•			
2005		19.1%						
2018		15.3%						
2021		14.5%						

*Bis 2000A: Kollektive Haushalte nach Volkszählungen (Alters- & Pflegeheime, Spitäler, Klöster, Gefängnisse, ab 2000B: soziomedizinische Einrichtungen.

Zwischen 2000 und 2019 reduzierte sich der Anteil an 80-jährigen und älteren Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen lebten, von 20-21% auf 15%. Die Covid-19-Pandemie hat diesen Trend zusätzlich verstärkt. 2020 wurden 4% weniger Menschen in Alters- und Pflegeheime betreut als 2019.

Die Aufteilung nach Geschlecht verdeutlicht die ausgeprägten Unterschiede der Wohnform im hohen Lebensalter zwischen Männern und Frauen. Da Frauen im Alter häufiger – etwa durch Verwitwung – nicht mit einer Partnerpflege rechnen können, wohnen mehr alte Frauen als Männer in Alters- und Pflegeheimen. Dies wird dadurch verstärkt, dass Frauen im Alter häufiger als Männer an chronischen Erkrankungen leiden, die ein selbständiges Leben und Wohnen erschweren oder verunmöglichen, aber nicht sofort zum Tod führen (z.B. Herzinsuffizienzen statt Herzinfarkte).

Geschlecht	t 2000 und 202	20		_
	Frauen		Männer	
	2000	2020	2000	2020
80-84 J.	14.8%	7.7%	8.7%	4.5%
85-89 J.	29.6%	17.6%	17.7%	9.8%
90-94 J.	47.2%	33.8%	29.7%	19.5%
95+ J.	62.3%	52.2%	40.9%	33.4%

Zwar steigt der Anteil der stationär gepflegten Frauen und Männer mit dem Alter weiterhin an, aber selbst 90-jährige und ältere Menschen leben heute öfters zuhause als dies früher der Fall war. Die Verlagerung von stationär zu ambulanter Pflege stößt in einem sehr hohen Alter allerdings auf Grenzen, etwa weil bei hohem Pflegebedarf die Kosten einer ambulanten Pflege höher werden als die Kosten einer stationären Pflege oder weil im hohen Alter primär demenzielle Einschränkungen ein Leben zuhause verunmöglichen. Entsprechend ist etwa bei 95-jährigen und älteren Frauen ein Alters- und Pflegeheimaufenthalt weiterhin häufig.

In den letzten Jahren hat sich durchschnittliche Eintrittsalter in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erhöht (2008: 80.9 Jahre, 2021: 84.9Jahre). Ein hohes Eintrittsalter führt einerseits dazu, dass Pflegeheimbewohner und Pflegeheimbewohnerinnen häufig multimorbid sind und an ausgeprägten funktionalen und hirnorganischen Einschränkungen leiden, was entsprechend intensive professionelle Pflegeleistungen erfordert. Mehr als sechzig Prozent der heutigen Pflegeheimbewohnerschaft leiden an hirnorganischen Erkrankungen (Demenz u.a.). Andererseits verkürzt ein hohes Eintrittsalter die Aufenthaltsdauer. 2021 lebten Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen durchschnittlich 2.8 Jahre in dieser Einrichtung. Allerdings verdecken die Durchschnittswerte bedeutsame Lebensunterschiede, etwa zwischen alten Menschen, die kurz vor ihrem Lebensende in eine Pflegeeinrichtung wechseln und alten Menschen, die lange stationär gepflegt werden (beispielsweise demenzerkrankte alte Menschen ohne kardiovaskuläre Erkrankungen).

Ansteigend ist auch die Zahl alter Menschen, die nur vorübergehend – etwa nach einem Spitalaufenthalt – in ein Pflegeheim ziehen (Übergangspflege). Dies gilt – wie eine entsprechende Studie zeigt (Bachmann et al. 2022) – vor allem alleinlebende Menschen in

sozial benachteiligten Situationen (geringer Bildungshintergrund, wenig finanzielle Ressourcen).

	2017		2021	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Unter 1. J.	55.7%	42.7%	56.3%	42.7%
1 J. – unter 3 J.	24.3%	23.2%	23.2%	24.0%
3- unter 5 J.	9.8%	14.4%	10.8%	15.1%
5+ J.	10.2%	18.7%	9.7%	18.2%

Die Trends gehen in die Richtung, dass nur noch stark pflegebedürftige alte Menschen in Pflegeheimen betreut werden. Der Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen dürfte das Eintrittsalter in ein Pflegeheim weiter erhöhen und damit die Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen weiter verkürzen. Festzustellen ist zudem ein Trend in Richtung einer verstärkten Auflösung der klassischen Zweiteilung "Zuhause oder Heim". Diverse Zwischenformen und flexible Betreuungsstrukturen werden wichtiger, etwa durch betreute Wohnformen, dezentralisierte Pflegewohngruppen oder Formen einer Übergangspflege im Pflegeheim (Kurzaufenthalt nach Spitaloperation, um danach wieder in die private Wohnung zu ziehen.

Die Covid-19-Pandemie hat Alters- und Pflegeheime stark betroffen. Einerseits kam es in vielen Alters- und Pflegeheimen zu einer Häufung von Infektionen und Todesfällen (in der ersten Welle auch weil die Heime auf die Pandemie kaum vorbereitet waren und zeitweise Schutzmaterial fehlte). 2020 verstarben 34'572 BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen. Dies waren 4'856 mehr als 2019 (Anstieg der Todesfälle um 16.3%). Ein Hauptgrund liegt in der hohen Vulnerabilität vieler Heimbewohner und Heimbewohnerinnen (hoher Anteil multimorbider alter Menschen, die in enger Berührung mit anderen Menschen (Pflegepersonal, Mitbewohner) in einer kollektiven Einrichtung leben. Andererseits wurden Pflege- und Wohnkonzepte der Heime – die jahrelang auf ressourcenorientierte Normalisierung des Lebens im Heim ausgerichtet waren – durch Schutzmaßnahmen und Besuchsverbote zurückgeworfen (etwa weil sonst übliche Veranstaltungen oder Familienfeiern wegfielen oder das Personal mit Maske und Schutzanzug pflegen musste usw.). Damit wurden negative Bilder zu Alters- und Pflegeheimen erneut aktualisiert.

3.3 Ehe- und Familiensituation alter Menschen

Die Lebenssituation wird auch im Alter in starkem Masse durch die Ehe- und Familiensituation beeinflusst. Wichtig ist etwa, ob man in einer engen Partnerschaft lebt oder nicht sowie ob man Nachkommen (Kinder, Enkelkinder) aufweist oder nicht. Bei Entscheiden für oder gegen einen Wechsel in eine Alterseinrichtung spielen Angehörige eine bedeutsame Rolle (in positiver wie negativer Hinsicht). In jedem Fall führt das Vorhandensein von Angehörigen, dass entsprechende Entscheide nicht als rein individuelle Entscheide wahrgenommen werden, sondern oft als Paar- oder Familienentscheidung definier wird. Dies kann positiv sein, im Sinne einer gemeinsam getroffenen Entscheidung, aber auch negativ – im Sinne einer unerwünschten Einmischung.

3.3.1 Ehebeziehungen im Alter – ausgeprägte geschlechtsbezogene Unterschiede

Wenn alte Menschen in einer Partnerschaft leben, ist der Partner bzw. die Partnerin zumeist die wichtigste Bezugs- und Ansprechperson. Bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit übernehmen Lebenspartnerin bzw. Lebenspartner häufig bedeutsame Pflegeleistungen, teilweise allein oder teilweise zusammen mit anderen Angehörigen oder professionellen Fachkräften (Otto et al. 2019). Im höheren Lebensalter sinkt teilweise die wahrgenommene praktische partnerschaftliche Hilfe, da der Partner bzw. die Partnerin ebenfalls altersbezogene Einschränkungen erfahren kann. Und mit steigendem Lebensalter erhöht sich erwartungsgemäß das Risiko einer Verwitwung. Entsprechend sinkt der Anteil verheirateter Frauen und Männern mit steigendem Lebensalter.

		Alter		
		80-84	85-89	90+
Frauen	1950	12%	5%	2%
	1970	14%	7%	3%
	1990	21%	11%	4%
	2010	31%	17%	6%
	2020	37%	22%	9%
Männer	1950	40%	28%	16%
	1970	52%	37%	25%
	1990	64%	51%	35%
	2010	72%	63%	46%
	2020	72%	65%	49%

Bei der Analyse von Partnerbeziehungen im Alter sind sowohl geschlechtsspezifische als auch generationenbezogene Unterschiede zu beobachten:

Aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede der Lebenserwartung (Frauen leben länger als Männer), kombiniert mit geschlechtsspezifischem Heiratsverhalten (Männer heiraten häufig

eine jüngere Frau) ist Verwitwung im höheren Lebensalter primär 'Frauenschicksal'. Unterschiede der Wiederverheiratungsraten (Männer heiraten auch im höheren Lebensalter häufiger erneut) verstärken die geschlechtsspezifischen Differenzen zusätzlich. Vom Unterstützungspotenzial 'Partnerin' profitieren somit Männer im Alter in weitaus stärkerem Masse als Frauen. Dazu kommt, dass langjährig verheiratete Männer ihre Ehebeziehung und die Unterstützung durch ihre Partnerin höher einstufen als gleichlang verheiratete Frauen (Perrig-Chiello, Margelisch, 2022).

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden zeigen sich interessante Wandlungsprozesse. So ist auffällig, dass der Anteil alter Paare in den letzten Jahrzehnten angestiegen ist. Waren 1970 beispielsweise erst 52% der 80-84-jährigen Männer verheiratet, waren es 2020 72%. Auch bei den 80-84-jährigen Frauen hat sich der Anteil verheirateter Frauen von 14% auf 37% erhöht. Darin widerspiegeln sich zum einen die Auswirkungen einer angestiegenen Lebenserwartung, wodurch sich die Chancen erhöht haben, gemeinsam alt zu werden. Zum anderen entstammen heutige alte Frauen und Männer - die zumeist in den Nachkriegsjahrzehnten ihre Familien gründeten - ehe- und familienfreundlichen Geburtsjahrgängen. So ist heute etwa der Anteil an ledigen Frauen geringer als früher. Umgekehrt hat sich der Anteil an geschiedenen Personen erhöht (auch wenn ihr Anteil bei alten Menschen geringer ist als bei jüngeren Pensionierten). Leicht ansteigend ist auch der Anteil an getrenntlebenden Paaren im Alter. Schätzungsweise 3-4% der zuhause lebenden über 80-jährigen Menschen pflegen zwar eine enge (neue) Partnerschaft, leben aber in getrennten Haushaltungen.

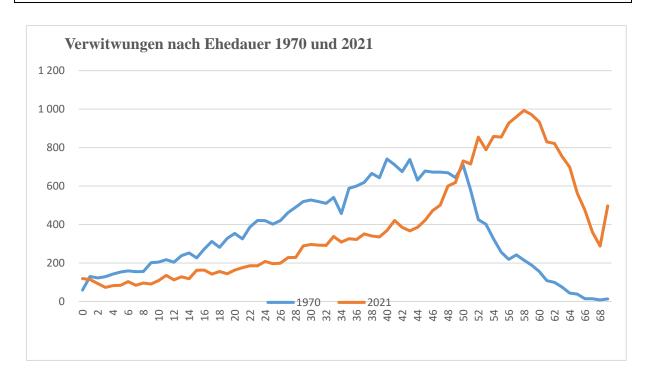
3.3.2 Verwitwung – Partnerverlust durch Tod

In vorindustriellen Gesellschaften mit geringer Lebenserwartung war eine frühe Verwitwung ein häufiges Schicksal und die Ehedauer bis zum Tod der Ehefrau bzw. des Ehemannes war wesentlich geringer als heute. In der Stadt Basel lag die durchschnittliche Ehedauer bis zur Verwitwung in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts bei gut 20 Jahren und Ende des 18. Jahrhunderts bei etwas weniger als 28 Jahren. In der Gemeinde Zollikon (Kanton Zürich) lag sie zwischen 1650 und 1750 bei 24 bis 25 Jahren (Letsch 2017: 556). Heute liegt die durchschnittliche Ehedauer bis zum Partnerverlust durch Tod bei mehr als 48 Jahren.

Das Risiko – speziell von Frauen – vor dem 60. Altersjahr eine Verwitwung zu erfahren, blieb bis ins 19. Jahrhundert hoch (Höpflinger 2020). Mit steigender Lebenserwartung sank die Wahrscheinlichkeit eines frühen Partnerverlusts allerdings deutlich. Entsprechend hat sich der Anteil von verwitweten 60-65-Jährigen im Zeitverlauf reduziert und dies gilt auch für höhere Altersgruppen. Zwischen den Geburtsjahrgängen 1906/10 und 1936/40 reduzierte sich der Anteil der Witwen bei den 80-84-jährigen Frauen von 60% auf 44% und bei den gleichaltrigen Männern von 25% auf 14%. Bei diesen Zahlen ist allerdings zu berücksichtigen, dass sie nur den Anteil an verwitweten Frauen und Männer aufzeigen, nicht jedoch die Häufigkeit einer Verwitwung (da ein Teil der Verwitweten erneut heiratet und damit erneut zum Zivilstand ,verheiratet' wechseln).

Auch die nachfolgende Abbildung illustriert die zeitliche Verschiebung von Verwitwung in den letzten Jahrzehnten. In vielen Fällen erfolgt ein Partnerverlust erst nach mehr als 50 Ehejahren und die allermeisten verwitweten Menschen befinden sich gegenwärtig im Rentenalter.

Verwitwete Frauen und Männe	r in verschied	enen Geburtsj	ahrgängen
	%-verwitw	et im Alter von	:
	60-64 J.	70-74 J.	80-84 J.
Frauen der Geburtsjahrgänge:			
- 1906/10	19.5%	38.3%	60.0%
- 1916/20	18.7%	37.1%	57.7%
- 1926/30	16.9%	31.0%	53.7%
- 1936/40	12.1%	24.9%	44.3% *
- 1946/50	8.3%	17.9%*	-
- 1956/60	6.8% *	-	
	%-verwitw	et im Alter von	:
	60-64 J.	70-74 J.	80-84 J.
Männer der Geburtsjahrgänge:			
- 1906/10	4.3%	11.3%	25.2%
- 1916/20	3.9%	9.7%	20.0%
- 1926/30	3.5%	7.6%	17.9%
- 1936/40	2.7%	6.6%	14.4% *
- 1946/50	2.1%	5.1% *	-
- 1956/60	1.7%*	-	
*Basierend auf Angaben für 2018			
Quelle: Eidg. Volkszählungen und ab 20	000: Statistik der I	Bevölkerungsbewe	egung (eigene Umrechnungen)



Quelle: Bundesamt für Statistik: Statistik der Bevölkerungsbewegungen

Partnerverlust durch Tod bedeutet heute zumeist das Ende einer langjährigen Partnerbeziehung mit allen persönlichen Konsequenzen die sich aufgrund der Beendigung einer engen und intimen Lebens- und Haushaltsgemeinschaft für den überlebenden Partner bzw. die überlebende Partnerin ergeben. Entsprechend gilt Verwitwung als bedeutsames kritisches Lebensereignis mit negativen psychischen und sozialen Folgen (Perrig-Chiello et al. 2015a). Vor allem die erste Zeit nach einer Verwitwung ist durch eine erhöhte Anfälligkeit für körperliche und psychische Erkrankungen gekennzeichnet. Die Bewältigung einer Verwitwung hängt längerfristig sowohl von den Umständen des Partnerverlustes als auch von den sozialen und psychischen Ressourcen des überlebenden Partners oder der überlebenden Partnerin ab. "Eines der häufigsten Befunde der Trauerforschung ist, dass Menschen, die zuvor an psychischen Störungen litten (z.B. klinische Depression oder Angststörungen), mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im Umgang mit einem Verlust Schwierigkeiten erleben. Folglich gelten vorangegangene psychische Probleme als erheblicher Risikofaktor." (Boerner 2012: 233)

Ein Zeitvergleich (1979 und 2011) der subjektiven Bilanzierung einer Verwitwung im Alter ließ folgendes erkennen (Höpflinger et al. 2013, Perrig-Chiello et al. 2015b):

Zum ersten wurden finanzielle Probleme einer Verwitwung in neueren Erhebungen seltener erwähnt. Dies ist damit verbunden, dass in der Schweiz die Altersvorsorge in den letzten Jahrzehnten ausgebaut wurde. Zum zweiten wurde ein Mangel an sozialen Kontakten nach einer Verwitwung in aktuelleren Erhebungen weniger häufig angeführt, was mit einer verbesserten sozialen Integration und verstärkten familialen wie außerfamilialen Sozialbeziehungen älterer Menschen verbunden sein dürfte.

Während sich bei den wirtschaftlichen und sozialen Gegebenheiten (finanzielle Probleme, soziale Kontakte) eher Verbesserungen in der Lebenslage nach einer Verwitwung zeigten, war dies bei psychischen Dimensionen (wie Einsamkeit, Lebenssinn) nicht der Fall. Sinnzweifel wurden je nach Erhebungsjahr von einem Fünftel bis zu einem Viertel der verwitweten Befragten angeführt. Auch der Zwang nach einem Partnerverlust, allein verantwortlich zu sein und alles selber zu machen, wurde von manchen Befragten als schwerwiegende Herausforderung eingestuft. An erster Stelle der negativ erlebten Aspekte einer Verwitwung stand Einsamkeit.

Was sich in den letzten Jahrzehnten zudem kaum verändert hat, ist die Tatsache, dass Verwitwung hauptsächlich ein Frauenschicksal darstellt. Frauen erleiden deutlich häufiger eine Verwitwung als Männer und in allen Altersgruppen sind Witwen häufiger als Witwer. Dies ist auf drei Faktoren zurückzuführen: Erstens weisen Frauen eine insgesamt höhere Lebenserwartung auf als Männer (wodurch sie häufiger ihren Partner überleben). Zweitens ehelichen Männer in den meisten Fällen eine jüngere Partnerin und ein großer Altersunterschied zwischen Ehemann und Ehefrau erhöht das Risiko einer Frau den Partner zu überleben. Drittens tendieren Männer nach einer Verwitwung häufiger als Frauen dazu, erneut zu heiraten. Ein Grund ist, dass Männer für ihr Wohlbefinden stärker auf eine Partnerbeziehung angewiesen sind als Frauen. Ein anderer Grund ist aber, dass Männer im Alter – als demografische Minderheit – bessere "Heiratschancen" vorfinden als Frauen.

3.3.3 Nachkommenschaft – Kinder und Enkelkinder

Die heute alten Frauen und Männer – als Vertreter und Vertreterinnen ehe- und familienfreundlicher Generationen – haben grossmehrheitlich Nachkommen. Erwachsen gewordene Kinder sind im Alter oft bedeutsame Bezugs- und Unterstützungspersonen. Auffallend ist allerdings, dass bei den 65-74-Jährigen bzw. den neuesten Rentnergenerationen der Anteil der Kinderlosen höher liegt als bei den über 75-Jährigen. Dies widerspiegelt die Tatsache, dass sich in den letzten Jahrzehnten der Anteil kinderlos bleibender Frauen und Männer erhöht hat, primär weil Beruf und Familie in der Schweiz wegen fehlender familienexterner Kinderbetreuung auf lange Zeit auf massive Vereinbarkeitskonflikte stiessen. Dies bedeutet, dass in Zukunft auch bei den über 80-jährigen Frauen und Männer der Anteil an Kinderlosen ansteigen wird.

Der Anteil an Kinderlosen ist bei den Heimbewohnern nicht höher als bei zuhause lebenden alten Menschen. Das Fehlen von Nachkommen ist heute kein bedeutsamer Faktor für einen Heimeintritt mehr, im Gegensatz zu früher, wo Kinderlose in Heimen übervertreten waren (Guilley 2005: 123). Sowohl bei den zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Eltern als auch bei den Heimbewohnern geben über neunzig Prozent an, enge und nahe Kontakte zu ihren Kindern zu pflegen.

Nachkommenschaft im Alter 2018

Zuhause lebende Personen: Heimbewohner 65-69 70-74 75-79 80+ 80+ 80+ Kinder 77% 79% 86% 87% * 80% Enkelkinder 57% 66% 75% 81% * 76%

CH: gesamte Schweiz (gewichtete Daten) (N: 2198 zuhause lebende Personen, 407 Heimbewohner 80+ in Westund Deutschschweiz

* Unterschiede nach Altersgruppe signifikant auf 1% (Chi-Quadrat-Test) (Quelle: Höpflinger et al. 2019)

Die Mehrheit der älteren und alten Menschen hat auch Enkelkinder und sie sind als Grosseltern intergenerationell teilweise auch im hohen Lebensalter engagiert (Höpflinger 2016). Der zunehmende Anteil an Kinderlosen widerspiegelt sich allerdings auch darin, dass der Anteil älterer Menschen ohne Enkelkinder zugenommen hat, namentlich bei den jüngeren Geburtsjahrgängen. Der Trend zu später Familiengründung bei jungen Menschen verstärkt die Tendenz zu wenigen Enkelkindern, die oft spät geboren werden.

Erwartungsgemäss können nicht alle alten Menschen auf Nachkommen bzw. Angehörige zählen, sei es wegen Todesfällen oder wegen Kinderlosigkeit. Die nachfolgende Tabelle gibt Hinweise auf den Anteil älterer Frauen und Männer ohne (überlebende) Angehörige. Der Anteil an älteren Personen ohne Familienangehörige liegt bei 9-10%. Diese Personen sind besonders stark auf ausserfamiliale Kontakte und Unterstützungsnetzwerke (etwa Nachbarschaftshilfe oder professionelle Dienste) angewiesen. Soziodemografische Szenarien deuten darauf, dass Zahl und Anteil alter Menschen ohne Familienangehörige ansteigen werden (Knöpfel et al. 2020).

 $^{^{1}}$ Im hohen Lebensalter werden auch Urenkel häufiger, allerdings fehlen Studien zur Bedeutung von Urgrosselternschaft.

19

Altere Personen ohne Familienangehörige 2018				
	Ohne Fam	ilienangehörige		
	Männer	Frauen		
65-69 J.	7%	9%		
70-74 J.	8%	9%		
75-80 J.	3%	10%		

4 Zur wirtschaftlichen Lage im hohen Lebensalter

Dank allgemeiner Wohlstandssteigerung und Ausbau der Altersversorgung hat sich die wirtschaftliche Lage vieler älterer Menschen in den Nachkriegsjahrzehnten verbessert und seit den 1980er Jahren gilt die Gleichung "alt gleich arm" als überholt. Der Anteil an wohlhabenden bis reichen älteren Menschen ist in den letzten Jahrzehnten angestiegen, wodurch die älteren Menschen zu einer wichtigen Nachfragegruppe auf vielen Konsum- und Finanzmärkten, aber auch auf dem Wohnungs- und Immobilienmarkt wurden. Die zunehmende Zahl von wohlhabenden Pensionierten war allerdings seit den 1990er Jahren nicht mit einer sichtbaren Reduktion des Anteils von einkommensschwachen älteren Menschen begleitet. Der Trend der letzten Jahrzehnte verlief auch bei älteren Menschen in Richtung ausgeprägter sozio-ökonomischer Ungleichheiten (Meuli, Knöpfel 2021).

Einen bedeutsamen Einfluss auf die Einkommenshöhe im Rentenalter haben speziell Bildungsniveau, ehemalige berufliche Position, Lebensform und Wohnort: Menschen ohne nachobligatorische Ausbildung weisen im Alter ein höheres Armutsrisiko auf als Menschen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Alleinlebende ältere Menschen sind häufiger einkommensschwach als Menschen, die als Paar leben. Das Faktum, dass Frauen im Alter häufiger allein leben als Männer, führt – neben geringeren Rentenansprüchen – dass Frauen im Alter häufiger unter Armut leiden als gleichaltrige Männer (vgl. Bundesamt für Sozialversicherung 2023). Zudem sind ältere Menschen in ländlichen Gemeinden stärker armutsgefährdet als jene in Städten und Agglomerationen (Pro Senectute 2022). Daneben spielt auch die Nationalität mit und die älteren Menschen ausländischer Nationalität weisen ein höheres Armutsrisiko auf als gleichaltrige Schweizer und Schweizerinnen. Dies ist damit verbunden, dass es sich gegenwärtig bei einem wesentlichen Teil der ausländischen AHV-Rentner und AHV-Rentnerinnen um ehemalige unqualifizierte Arbeiter und Arbeiterinnen handelt, die geringe Renten beziehen.

Dass sich in den letzten Jahrzehnten kein allgemeiner Trend zu deutlich weniger Altersarmut ergab, wird auch darin sichtbar, dass sich der Anteil von AHV-Rentnern und AHV-Rentnerinnen, die Ergänzungsleistungen zur AHV beziehen, zwischen 2005 und 2021 nicht wesentlich verändert hat. Mit steigendem Alter erhöht sich der Anteil an Frauen und Männer, die Ergänzungsleistungen zur AHV beziehen, auch weil im hohen Lebensalter Ergänzungsleistungen zur AHV oft zur Finanzierung von Pflegekosten bzw. Pflegeheimaufenthalte notwendig werden. Gut 20% der 80-jährigen und älteren Frauen beziehen entsprechende Leistungen, verglichen mit 11% bei den 80-jährigen und älteren Männern ².

 2 Zu berücksichtigen ist dabei, dass nicht alle mit Anrecht auf Ergänzungsleistungen diese Leistungen auch beziehen. Die Nichtbezugsquote lag 2022 bei gut 16% (Pro Senectute 2023).

_

zur AHV beziehen 2008-2	021		
	2008	2015	2021
Total 80+-jährig	18.8%	18.6%	16.5%
Männer 80+-jährig	12.1%	12.8%	11.3%
Frauen 80+-jährig	22.2%	22.1%	19.8%

5. Technische Hilfsmittel im hohen Lebensalter

Der technologische Wandel – von digitalen Kommunikationsformen bis zu haushaltstechnologischen Verbesserungen – berührt auch das Leben alter Menschen. Moderne Technik kann Funktionseinbussen bei alten Menschen kompensieren und der Einsatz moderner Assistenzsysteme und Haushaltstechnologien kann selbständiges Wohnen bei funktionalen Einschränkungen erleichtern und Wohnsicherheit erhöhen (Künemund, Fachinger 2018). Ebenso erlauben digitale Kommunikationsformen alten Menschen regelmässige Kontakte mit entfernt lebenden Bezugspersonen. Bei gutem Design und leichter Bedienbarkeit kann moderne Technologie durchaus 'altersfreundlich' sein, da sich damit auch bei eingeschränkter funktionaler Gesundheit neue Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten ergeben.

Die Technikakzeptanz bei älteren Menschen ist ansteigend, weil mehr Menschen alt werden, die schon längere Erfahrungen mit neuen Technologien gemacht haben. "Technische Hilfsmittel, welche auf gefährliche Situationen hinweisen, vor diesen schützen oder in Notfällen für Hilfe sorgen, haben unter der älteren Bevölkerungsgruppe am meisten Akzeptanz." (Knöpfel et al. 2018: 197)

Der Anteil älterer Menschen, die zuhause über einen Internet-Anschluss verfügen, hat sich in den letzten Jahrzehnten erhöht. Dies gilt sowohl für die 65-79-jährigen Personen als auch für die 80-Jährigen und älteren Menschen. Allerdings verfügte auch 2023 fast die Hälfte der zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen noch über keinen Internet-Anschluss und wie in den Vorjahren sinkt die Nutzung des Internets mit steigendem Lebensalter. Im hohen Lebensalter können auch sensorische und kognitive Einschränkungen (Seheinschränkungen, Gedächtnisprobleme usw.) den Gebrauch digitaler Geräte begrenzen.

Zuhause Notrufsys		+ in der deutschs	sprachigen Schweiz: Internet und
	Internet-Anschluss	Nutzen Internet	Haben ein Notrufsystem *
2003	3%	-	-
2008	11%	-	-
2013	12%	10%	9%
2018	50%	37%	11%
2023	53%	45%	38%
* 2023 inkl	. Notfallarmband		
Quelle: Age	e-Wohnerhebungen (eigene Au	iswertungen)	

Eine Detailanalyse (logistische Regression) zeigt, dass neben dem Alter auch soziale und gesundheitliche Einflussfaktoren die Nutzung des Internets im Rentenalter beeinflussen. So erhöht sich die Internet-Nutzung mit steigendem Bildungsniveau. Gleichzeitig sinkt Nutzung des Internets beim Vorhandensein funktionaler Einschränkungen deutlich. Alleinlebende nutzen das Internet signifikant weniger häufig als Personen in einer Paarbeziehung; ein Hinweis auf den Einfluss sozialer Netzwerke für digitalen Umgang. Während 2018 noch ein leichter Geschlechterunterschied festzustellen war, ist dieser Unterschied 2023 verschwunden.

Die häufig diskutierten und angepriesenen Notrufsysteme haben sich – zumindest bei den zuhause lebenden alten Menschen – erst in den letzten Jahren stärker durchgesetzt. Der Anteil der befragten 80-jährigen und älteren Personen die über ein Notrufsystem verfügten erhöhte sich zwischen 2018 und 2023 von 11% auf 38% (auch weil neue, bedienungsfreundliche Geräte (Notfallarmbänder, Apps auf dem Mobiltelefon usw. eingeführt wurden. Eine Detailanalyse (logistische Regression) lässt erkennen, dass bei zuhause lebenden Befragten vor allem funktionale Einschränkungen und ein hohes Lebensalter den Gebrauch eines Notrufsystems positiv beeinflussen. Zusätzlich verwenden Alleinlebende ein Notrufsystem signifikant häufiger als gleichaltrige Personen in Paarbeziehungen. Andere Variablen (wie Bildungsniveau, Geschlecht oder finanzielle Lage) sind aktuell irrelevant.

Altern in einer technisierten Umwelt kann sowohl anregend als auch anspruchsvoll sein. Der Nutzen vieler technischer Innovationen im Alter wird erst bei guter sozialer Begleitung und Unterstützung realisiert. Der Nutzen moderner Hörgeräte beispielsweise wird oft erst nach guter Einführung und begleitetem Hörtraining optimal. Für einen positiven Einsatz neuer Technologien im Alter ist häufig das soziale Netz entscheidend. Erst ein Zusammenspiel von Technologie und sozialer Unterstützung führt zu einer optimalen Nutzung einer neuen Technologie im Alter (Künemund; Fachinger 2018). So erweist sich beispielsweise eine Kombination von Internet-Einkäufen und Transportdiensten oft als optimale Lösung, da sich alte Menschen übers Internet informieren können, ohne auf den Besuch eines Einkaufsladens verzichten zu müssen. Intensive elektronische und telefonische Kontakte alter Menschen mit Angehörigen oder Freunden werden vor allem positiv erlebt, wenn sich immer wieder persönliche Kontaktmöglichkeiten ergeben. Ebenso erhöht sich die Motivation im höheren Lebensalter neue digitale Kommunikationsmittel zu verwenden, wenn damit die Kontakte zu erwachsenen Kindern, Enkelkindern oder Freunden gestärkt werden können.

Sachgemäss variieren Akzeptanz und Ausstattung mit modernsten Technologien und Haushaltsgeräten im Alter nach Einkommen und Bildungshintergrund. Das Alter ist deshalb durch ausgeprägte soziale Unterschiede im Umgang mit neuen Wohn-, Haushalts- und Kommunikationstechnologien geprägt. Auf der einen Seite erleben wir mehr Menschen, die auch im hohen Lebensalter die verfügbaren technischen Möglichkeiten optimal zur Gestaltung zur Erweiterung ihrer Handlungsspielräume Wohnumwelt, oder für Beziehungsmöglichkeiten nutzen. Auf der anderen Seite sind wir mit einer beträchtlichen Minderheit alter Menschen konfrontiert, die aus wirtschaftlichen Gründen, aufgrund kognitivsensorischer Einschränkungen oder einfach wegen Technikresistenz auf moderne Mittel verzichten (müssen) und für welche die zunehmende Technisierung der Welt zum unüberwindbaren Hindernis bei der Bewältigung des Alltags wird. Es ist deshalb sorgsam darauf zu achten, dass Vertreter und Vertreterinnen früherer Generationen nicht durch eine ausschliessliche Fixierung auf digitale Prozesse - etwa beim Zahlungsverkehr oder bei Reiseangeboten - sozial ausgeschlossen werden. Dies gilt namentlich für alte Frauen und Männer mit wenig Bildung und/oder wenig wirtschaftlichen Ressourcen.

6 Lebenszufriedenheit, psychische Befindlichkeit und Einsamkeit im hohen Lebensalter

Die Datenlage zur Lebenszufriedenheit und zur psychischen Befindlichkeit alter Frauen und Männer in der Schweiz ist lückenhaft. Dies hat einerseits damit zu tun, dass Befragungen mit sehr alten Menschen – etwa aufgrund von Höreinschränkungen oder körperlicher Fragilität – aufwendig sind und bei vielen Erhebungen sind die über 80-Jährigen schlecht vertreten. Andererseits sind im hohen Alter manche Menschen nicht befragbar, etwa wegen Demenz. Zudem fehlen aktuelle gesamtschweizerische Erhebungen zum Wohlbefinden alter Heimbewohner und Heimbewohnerinnen.³

Ein erster Vergleich zeigt keine Abnahme der Lebenszufriedenheit im hohen Lebensalter und pensionierte Menschen sind gesamthaft zufriedener als Personen im Erwerbsalter. Auch die nachfolgende Tabelle weist selbst bei sehr alten Menschen (85+) auf insgesamt hohe Zufriedenheitswerte hin.

	Zuhause lebende Personen im Alter von:				
	55-64 J.	65-74 J.	75-84 J.	85+ J.	
Mittelwerte einer Skala von 0-10 *					
Allgemeine Lebenszufriedenheit	8.0	8.3	8.3	8.4	
Zufriedenheit mit:					
- eigener Gesundheit	7.5	7.6	7.3	7.3	
- persönlichen Beziehungen	8.2	8.4	8.6	8.7	
- freier Zeit	7.5	9.0	9.0	9.4	
- (Freizeit)-Aktivitäten	7.7	8.5	8.4	8.6	
(=======)					
* Je höher der Wert, desto zufriedener					
Quelle: Schweiz. Haushaltspanel 2017/18	(Welle 19, gew	ichtete Daten)			

Auch Lebensfreude bzw. die Freude am Leben bleibt für eine Mehrheit auch sehr alter Menschen hoch, auch wenn die Werte tiefer liegen als bezüglich der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Bei zuhause lebenden alten Menschen zeigt sich keine generelle Abnahme der Lebensfreude (auch wenn sich der Lebenswille gegen Lebensende sehr rasch verringern kann). Was sich im hohen Lebensalter reduziert, ist nicht unerwartet das Gefühl voller Energie/optimistisch zu sein.

³ Die letzte Erhebung des Bundesamts für Statistik über Alters- und Pflegeheimbewohner stammt aus dem Jahr 2008/2009.

23

Quelle: Schweiz. Haushaltspanel 2017/18 (Welle 19, gewichtete Daten)

	Zuhause lebende Personen im Alter von:				
	55-64 J.	65-74 J.	75-84 J.	85+ J.	
Häufigkeit positiver Gefühle: *					
- Freude am Leben/Lebensfreude	7.3	7.5	7.4	7.5	
- voller Energie/Optimismus	7.1	7.1	6.9	6.6	
Häufigkeit negativer Gefühle: *					
- Wut/wütend sein	3.9	3.7	3.6	3.1	
- sich sorgen/besorgt sein	3.5	3.5	3.8	3.7	
- sich traurig fühlen	3.5	3.5	3.8	3.7	
- gestresst/nervös sein	2.6	2.0	2.0	2.0	
- depressiv/ängstlich	2.3	2.1	2.4	2.7	

Bei den negativen Gefühlen werden tägliche Sorgen und Traurigkeit im Alter relativ am häufigsten erwähnt, wogegen Stress und Angst weniger oft angeführt werden. Wutgefühle nehmen mit dem Alter eher ab, was mit zunehmender Gelassenheit älterer und alter Menschen zusammenhängt. Höhere Werte im Alter ergeben sich einzig in Bezug auf depressive Stimmungen und Ängstlichkeit. Diesbezüglich sind über 84-Jährigen häufiger betroffen als jüngere Befragte. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Depressivität und Ängstlichkeit mit ein Grund für einen Wechsel in eine stationäre Versorgungsstruktur sein können.

Gesamthaft gibt es nur wenige Hinweise darauf, dass sehr alte Menschen allgemein ein klar negativeres psychisches Wohlbefinden aufweisen als jüngere Menschen. Was die vorgestellten Angaben allerdings nicht wiederspiegeln, sind Veränderungen der psychischen Befindlichkeit am Lebensende. Oft, wenn auch nicht immer, ergeben sich massive Veränderungen des psychischen Befindens nicht aufgrund des hohen Lebensalters, sondern als Folge chronischfunktionaler Einschränkungen gegen Lebensende. Lebensmüde werden alte Menschen nicht so sehr weil sie alt sind, sondern weil das Leben gegen Lebensende mühsam und beschwerlich wird. ⁴

Die vorher angeführten Daten sind schon etwas älter, aber sie werden insgesamt auch durch neuere, aktuellere Erhebungen gestützt. So zeigt eine 2021 durchgeführte Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen des Bundesamts für Statistik zeigte, dass gut 77% der befragten über 74-jährigen zuhause lebenden Personen mit ihrem jetzigen Leben sehr zufrieden waren (und nicht unzufriedener als die jüngeren Pensionierten). Analoge Werte ergab eine 2021 durchgeführte Befragung von 80-jährigen und älteren Menschen (23% geringere Lebenszufriedenheit, 77% hohe Lebenszufriedenheit) (Borkowsky 2022: Abb. 31).

⁴ Das Konzept des 'terminalen Abbaus/Zusammenbruchs' (terminal decline) wird in diesem Rahmen (wenn auch kontrovers) verwendet: In den letzten Lebensmonaten kann sich die gesamte Lebenssituation (funktional, psychisch) schnell verschlechtern. Bei Menschen im hohen Lebensalter kann der Prozess des 'terminal decline' rasch und dramatisch erfolgen (lange Zeit trotz Fragilität selbständiges Haushalten möglich und dann plötzlich rascher funktionaler und kognitiver Zerfall), vgl. Hülür et al. 2019.

Auch die Angaben zum psychischen Wohlbefinden (sich glücklich fühlen versus entmutigt und deprimiert sein) weisen nicht auf eine abnehmende psychische Gesundheit im Alter hin.

	2017			2021		
	50-64	65-74	75+	50-64	65-74	75+
%-fühlt sich entmutigt oder						
deprimiert						
- nie/selten	71.2%	79.3%	75.7%	68.4%	76.1%	70.3%
- manchmal	23.5%	18.0%	20.5%	26.1%	20.4%	23.9%
- meistens/ständig	5.3%	2.7%	3.8%	5.6%	3.5%	5.8%
%-fühlt sich glücklich						
- nie/selten	6.4%	4.5%	5.8%	7.7%	5.1%	5.6%
- manchmal	21.7%	16.6%	18.8%	21.8%	18.4%	17.0%
- meistens/ständig	71.9%	78.9%	75.4%	70.5%	76.5%	77.4%
Fragestellung						
Wie häufig sind Sie in den letzten 4	Wochen entmut	igt und d	eprimiert gev	vesen? Ist das		

Erwartungsgemäß werden Lebenszufriedenheit und psychische Gesundheit auch im hohen Lebensalter durch Aspekte der aktuellen Lebenslage beeinflusst. Namentlich eine prekäre finanzielle Situation, eine schlechte (funktionelle) Gesundheit, geringe soziale Kontakte und ein geringes Aktivitätsniveau tragen zu reduzierter Lebenszufriedenheit bei, wie die 2022 durchgeführte Erhebung bei 80-jährigen und älteren Menschen illustriert (Borkowsky 2022).

Bei der Interpretation von Zufriedenheitswerten vor allem bei alten Menschen sind allerdings wichtige Einschränkungen zu beachten: Erstens werden Menschen mit gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Lebensqualität oder Menschen mit depressiven Symptomen häufiger gar nicht sehr alt. Zweitens leben sie häufiger in einer Alters- und Pflegeeinrichtung leben. Beide Prozesse (geringere Überlebensraten, Wechsel in eine Alterseinrichtung) tragen dazu bei, dass sich im hohen Alter bei den zuhause lebenden Personen gesamthaft höhere Zufriedenheitswerten ergeben (Selektivitätseffekte).

Eine hohe geäußerte Lebenszufriedenheit kann zudem gerade auch im höheren Lebensalter durch eine Reduktion der Lebensansprüche erreicht werden. Aussagen zur Lebenszufriedenheit können unter Umständen auch eine resignative Komponente einschließen (man ist zufrieden, weil man sich an die eingeschränkten Lebensmöglichkeiten im Alter angepasst hat usw.). Im hohen Lebensalter wird die geäußerte Lebenszufriedenheit zusätzlich nicht allein von der gegenwärtigen Lebenslage bestimmt, sondern sie wird auch durch vergangene Ereignisse mitbestimmt. Während in jungen Jahren die Lebenszufriedenheit durch wahrgenommene Zukunftsperspektiven beeinflusst wird, ist im hohen Lebensalter die Lebenszufriedenheit durch eine positive oder negative Interpretation der biografischen Vergangenheit beeinflusst: «Reminiszenzen, seien sie nun mit positiven oder negativen Gefühlen verbunden, haben eine besondere Bedeutung für das aktuelle Wohlbefinden; eine Tatsache, die auch in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen genutzt wird. (Perrig-Chiello 1997: 117). Wer auf

ein positiv erinnertes Familien- oder Berufsleben zurückgreifen kann, kann eher mit aktuellen Alltagseinschränkungen umgehen, als wenn traumatische oder unerledigte Dinge aus der Vergangenheit das Alter belasten. So zeigte sich in einer Sonderauswertung des Schweiz. Haushaltspanels 1999, dass befragte 40-79-jährige Personen, die angaben, eine 'harte Jugendzeit' erlebt zu haben, auch nach statistischer Kontrolle anderer Variablen (Geschlecht, Bildungshintergrund, Lebensform) signifikant weniger hohe Zufriedenheitswerte aufwiesen, als Befragte, die ihre Jugendzeit positiv in Erinnerung hielten (Höpflinger 2003: Tab. 4).

Noch ausgeprägter als in früheren Lebensphasen ist für die Lebenszufriedenheit und psychische Gesundheit alter Menschen (80+) das Zusammenspiel von Lebensgeschichte (inkl. bewältigte oder unbewältigte frühere Lebenskrisen) und aktuellen Lebensumständen (gesundheitlich, sozial, finanziell) zentral. Gleichzeitig sind bei der Analyse hochaltriger Menschen signifikante Selektionseffekte relevant, indem gesundheitliche, finanzielle oder psychische Belastungen die Lebenserwartung reduzieren (wodurch sehr alte Menschen eine sozial sehr selektive Gruppe darstellen).

6.1 Einsamkeit im Alter

Wenn negative soziale Entwicklungen im Alter angesprochen werden, steht das Thema von Einsamkeit im Vordergrund. 'Einsamkeit im Alter' ist eine verbreitete Thematik im Rahmen defizitärer Bilder zum Alter. Die Erhebung des Berner Generationenhauses (2019) zu Altersbilder zeigt, dass vor allem jüngere Menschen Einsamkeit im Alter betonen, wogegen dieses Thema bei älteren Befragten deutlich weniger gewichtet wird.

Festzustellen, ob Einsamkeit bei älteren Menschen in den letzten Jahrzehnten häufiger oder seltener wurde, ist allerdings schwierig. Erstens sind die Antworten zu Einsamkeitsgefühlen von der Frageform und den vorgelegten Antwortkategorien abhängig. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Frageformen variieren die vorhandenen Daten zu Einsamkeitsgefühlen älterer Frauen und Männer beträchtlich. Kulturelle Unterschiede können ebenfalls mitspielen. So ist der Begriff ,solitude' – wie er in französischsprachigen Erhebungen verwendet wird - inhaltlich breiter als der deutsche Begriff von Einsamkeit. Zweitens zeigt sich, dass sozial isolierte und zurückgezogene ältere Menschen eine Befragung eher verweigern als sozial gut integrierte Gleichaltrige (was speziell bei Quotensamples zu einer Untervertretung sozial isolierter Menschen führen kann). Zu beachten ist zudem, dass das Gefühl von Einsamkeit und soziale Isolation - definiert als Fehlen sozialer Beziehungen - nicht deckungsgleich sind. Einerseits fühlen sich nicht alle sozial isolierten Betagten einsam, andererseits ist Einsamkeit auch in einer Ehe denkbar. Soziale Isolation kann im hohen Lebensalter auch das Ergebnis eines gewollten sozialen Rückzugsprozess darstellen (Lang 2007).

Umstritten ist, ob das Risiko einer Vereinsamung im Alter ansteigt oder nicht. Teilweise wird eine u-förmige Beziehung zwischen Lebensalter und Einsamkeitsrisiko vermutet (hohe Werte im Jugendalter, tiefere Werte im Erwachsenenalter und erneut ansteigende Werte in der nachberuflichen Lebensphase). Empirisch zeigen sich im Lebensverlauf allerdings vielfach abnehmende Einsamkeitswerte. Auch eine EU-weite Studie weist darauf, dass die Häufigkeit von Einsamkeit mit dem Alter sinkt (auch wenn die sozialen und psychischen Folgen einer Vereinsamung im Alter ausgeprägter sein können als in jüngeren Lebensjahren (Berlingieri et al. 2023).

Eindeutig ist hingegen, dass in jedem Lebensalter die Ursachen sozialer Isolation und subjektiver Vereinsamung vielfältig sein können, von sozialer Randständigkeit, Armut, lebenskritischen Ereignissen (Tod naher Bezugspersonen, Verwitwung) bis hin zu Persönlichkeitsmerkmalen wie Neurotizismus. So wurde in der 2021 durchgeführten Erhebung bei 80-jährigen und älteren Personen feststellt, dass eine hohe Ausprägung auf der Neurotizismus-Skala signifikant mit Gefühlen der Einsamkeit assoziiert war (Borkowsky 2022: Zusatztabelle 50). Bei älteren Frauen und Männer ergeben sich besonders ausgeprägte und konsistente Beziehungen zwischen Einsamkeitsrisiken und Alleinleben sowie Partnerverlust. Bedeutsame Risikofaktoren sind auch ein begrenztes soziales Kontaktnetz und wenig soziale Aktivitäten nach der Pensionierung sowie eine schlechte subjektive Gesundheit und depressive Verstimmungen (Dahlberg et al. 2022). Teilweise handelt es sich um Wechselbeziehungen (wenig soziale Aktivitäten erhöhen Einsamkeitsrisiko und depressive Verstimmungen, was wiederum zu weniger sozialen Aktivitäten beiträgt). Wichtig um Vereinsamung im Alter zu vermeiden sind – neben einer guten Partnerbeziehung und guten Kontakten zu Familienangehörigen – namentlich auch Freunde als Vertrauenspersonen. Speziell beim Fehlen einer Partnerbeziehung im Alter – aufgrund einer Scheidung oder Verwitwung – treten Einsamkeitsgefühle häufiger auf, wenn keine Freunde bzw. Freundinnen vorhanden sind (Höpflinger 2019).

In sehr hohem Lebensalter kann erade der Verlust an gleichaltrigen Bezugspersonen zu einer Vereinsamung beitragen, da damit gleichgesinnte Menschen mit gleichem Generationenschicksal entfallen. In der schon früher erwähnten Erhebung bei 80-jährigen und älteren Menschen wurde gerade auch der Verlust an Weggefährten häufig als negativer Aspekt eines hohen Lebensalters angeführt. Dementsprechend erhöhte sich der Anteil der Befragten, die sich ziemlich oder sehr häufig einsam fühlten mit zunehmendem Alter (80-84-jährig: 9%, 85-89-jährig: 15%, 90+-jährig 18%) (Borkowsky 2022: 38). Eine Studie aus dem Tessin weist bei über 80-Jährigen auf eher hohe Einsamkeitswerte (20% leiden an Einsamkeit, verglichen zu nur 10% der 65-79-Jährigen) (Cavalli et al. 2021).

Die 2017 und 2021 durchgeführten 'International Health Policy Surveys' weisen zusätzlich darauf hin, dass gelegentliche Gefühle von sozialer Isolation bzw. Einsamkeit im hohen Alter relativ häufig sind (wogegen nur eher wenige Leute zugeben, oft einsam zu sein).

	eitsgefühle bei zuhause Erhebungen	ebenden Menschen 80+ gemäß "Internation	al Health-
Wie oft fi	ihlen Sie sich von andere	isoliert?	
2017	häufig hie und da	4% 19%	
2021	oft manchmal	6% 17%	
Quelle: Me	rçay 2017, Pahud 2021		

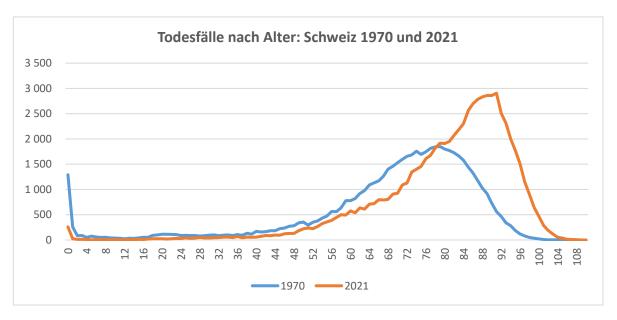
Einsamkeit variiert in diesen Erhebungen je nach Lebenslage. So leiden kranke, einkommensschwache und bildungsferne ältere und alte Menschen häufiger unter Einsamkeit

als gesunde, einkommensstarke und schulisch-beruflich gut ausgebildete Gleichaltrige (Merçay 2017, Pahud 2021).

Angesichts unterschiedlicher Frageformen und Antwortkategorien ist ein direkter Trendvergleich heikel, aber jedenfalls zeigt sich kein klarer langfristiger Trend zu ansteigenden Einsamkeitswerten bei älteren Menschen. Allerdings ergibt sich – aufgrund der demografischen Alterung – auch bei in etwa gleichbleibenden Einsamkeitswerten dennoch eine ansteigende Zahl an vereinsamten alten Menschen.

7 Lebensende und Sterben hochaltriger Frauen und Männer

Dank erhöhter Lebenserwartung sterben mehr Menschen erst in einem hohen Lebensalter. Das Alter beim Tod hat sich – wie die nachfolgende Grafik illustriert – erhöht. Dabei wird in der palliativen Care ⁵deutlich, dass hochaltrige Menschen beim Sterben andere Themen und Fragen beschäftigen als Menschen, die relativ früh versterben. Wer verfrüht stirbt, bedauert etwa unterbrochene Lebenspläne oder das Zurücklassen minderjähriger Kinder. Für Menschen im hohen Lebensalter sind Fragen der biografischen Aufarbeitung oft zentraler (teilweise dadurch verstärkt, dass im hohen Alter das Langzeitgedächtnis besser funktioniert als das Kurzzeitgedächtnis). Bei ausgeprägter Fragilität und merkbaren funktionalen Einschränkungen werden Lebensmüdigkeit und das Gefühl eine Belastung für Andere zu sein vermehrt angesprochen. Religiös-spirituelle Fragen sind generationenbedingt bei sehr alten Menschen stärker von früheren religiösen Orientierungen und Werten geprägt als bei jüngeren Sterbenden.



Die These, dass Sterben und Tod tabuisiert werden, stimmt nur bedingt, wenn überhaupt. In einer 2009 durchgeführten schweizerischen Bevölkerungsbefragung lag der Anteil an erwachsenen Menschen, die anführten schon einmal mit jemandem über das Sterben oder das eigene Lebensende gesprochen zu haben bei 63%. In der Wiederholungsbefragung 2017 waren es mit 66% sogar leicht mehr Befragte. Frauen sind zum Thema "Tod und Sterben' sensibilisierter als Männer, ebenso Menschen mit guter schulisch-beruflicher Ausbildung (Stettler et al. 2018). Allerdings wurden in dieser Befragung kaum hochaltrige Menschen

⁵ Zu Entwicklungen und Notwendigkeiten der Palliativen Care am Lebensende, vgl. Bundesrat & Bundesamt für Gesundheit 2020.

28

befragt und in der Schweiz sind Informationen zu den Einstellungen alter Menschen zu Tod und Sterben mangelhaft. Eine Ausnahme bildet eine im Rahmen des NFP 67 'Lebensende' durchgeführte Erhebung bei 280 über 74-jährigen Bewohner und Bewohnerinnen von Altersund Pflegeheimen in den Kantonen Waadt, Tessin und St. Gallen. Diese Erhebung ließ eine eher passive Haltung zum Tod erkennen (nahender Tod wird mehr oder weniger akzeptiert, aber nur in seltenen Fällen besteht ein aktiver Sterbewunsch (Monod et al. 2013). Ein Wunsch rasch zu sterben war in dieser Studie mit vier Faktoren assoziiert: a) depressive Symptome, b) unerfüllte spirituelle Bedürfnisse, c) Gefühl anderen Menschen zur Last zu fallen sowie d) demoralisierte Stimmung und Ängstlichkeit.

Zusätzliche Hinweise auf den Umgang mit Tod und Sterben im sehr hohen Lebensalter vermittelt die Heidelberger Hundertjährigen-Studie (Jopp et al. 2013). Die Hauptergebnisse sind im nachfolgenden Kasten zusammengefasst.

»Ich bin bereit, jeden Tag zu gehen – nur heute und morgen nicht!« – Hundertjährige zwischen Lebenswille und Todessehnsucht

Im Rahmen einer grossen Studie wurde eine repräsentative Stichprobe von Hundertjährigen aus der Region Heidelberg befragt (Jopp et al. 2013). Um sicherzustellen, dass so viele Hundertjährige berücksichtigt werden konnten, wurden nicht nur Informationen von noch auskunftsfähigen Hundertjährigen gesammelt, sondern auch Basisinformationen über nicht mehr auskunftsfähige Hundertjährige durch nahestehende Verwandte oder Betreuer (sog. Proxies) eingeholt.

Eine überwiegende Mehrheit (78%) auskunftsfähigen Hundertjährigen beantwortete dabei auch Fragen zum Thema Sterben und Tod. Dies verdeutlicht zweierlei; zum einen eine hohe Bereitschaft sich Endlichkeitsfragen zu stellen und über Gedanken zum eigenen Tode auszutauschen. Es bestanden keinerlei Hemmungen oder gar Ablehnung dieses sensible Thema mit den Interviewern zu besprechen. Es war sogar sehr einfach mit den Hundertjährigen hierüber ins Gespräch zu kommen. Zum anderen verdeutlicht die hohe Anzahl an Studienteilnehmern, die sich zum Thema äußerten, dass selbst Personen mit leichten bis mittelschweren kognitiven Einschränkungen sehr gut in der Lage sind, reflektiert und mit klaren Worten zu antworten. Die Hundertjährigen scheinen das Thema Sterben und Tod nicht, wie in der Literatur bisweilen beschrieben, an den Rand des Denkens zu drängen, bis etwa hin zur völligen Verdrängung aus Sprache und Handeln, sondern eher offensiv damit umzugehen. Eine der Fragen, die den Hundertjährigen gestellt wurde, lautete: »Ist das Lebensende etwas Bedrohliches für Sie?« Die Auswertung dieser Frage ergab ein eindeutiges Ergebnis: Lediglich eine einzige Person gab an, das Lebensende als etwas Bedrohliches zu erleben. Die Befunde zeigen, dass die meisten Menschen keine Angst vor dem Tod, jedoch vor der Art des Sterbens haben. Im Rahmen der Auswertung der offenen Antworten wurde ein weiterer wichtiger Aspekt deutlich, nämlich dass die Hundertjährigen den Tod als Teil des Lebens ansehen und ins eigene Leben integriert haben. Generell scheint eine akzeptierende Lebenshaltung sich gerade in sehr hohem Lebensalter positiv auszuwirken (vgl. Uittenhove et al. 2023).

Eine weitere gestellte Frage lautete: »Sehnen Sie sich den Tod herbei?« Auch diese sehr direkte Frage nach der Todessehnsucht ergab ein eindeutiges Ergebnis: Rund drei Viertel der Hundertjährigen (72 %) wollten noch nicht sterben und verspürten keinerlei Todessehnsucht.⁶ Nur 12 % der Hundertjährigen wiesen eine deutliche Todessehnsucht aufwiesen. Dies ist –

⁶ Anzuführen ist allerdings bei so hochaltrigen Menschen (grossmehrheitlich Frauen) ein klarer Selektionseffekt: Nur Personen mit hoher mentaler Kraft (und Lebenswille) werden überhaupt so alt. Dies kann bedeuten, dass die Häufigkeit einer Todessehnsucht bei 100-Jährigen geringer sein dürfte als etwa bei 80- bzw. 90-jährigen vereinsamten Menschen.

gemessen an den berichteten Verlusterleben und Belastungen, denen die Hundertjährigen ausgesetzt sind – eine erstaunlich geringe Anzahl. Verluste wurden von Hundertjährigen häufig berichtet: zum einen auf sozialer Ebene, denn die Betroffenen beklagten oft, dass um sie herum alle »weggestorben« seien. Zum anderen erleiden Hundertjährige auch auf physischer Ebene viele Verluste durch das Auftreten zahlreicher Erkrankungen. Auch das meist schlechte Hörund Sehvermögen führt dazu, dass die Hundertjährigen sehr auf sich selbst zurückgeworfen sind, da diese Sinneseinschränkungen Aktivitätsmöglichkeiten stark reduzieren. Ein Grund für Todessehnsucht war Einsamkeit. Menschen, die sich einsam fühlten, waren auch eher Personen, die Todessehnsucht äußerten. Insbesondere das Fehlen von Vertrauenspersonen war hierbei entscheidend.

7.1 Sterbeort in der Schweiz - Entwicklung

"Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung wünscht zwar, im vertrauten häuslichen Umfeld zu sterben, aber die meisten Menschen sterben heute im Spital und Pflegeheim. Nur ein kleiner Teil verstirbt zuhause." (Leitungsgruppe NFP 67 "Lebensende" 2017: 14). In einer 2017 durchgeführten schweizerischen Bevölkerungserhebung zur palliativen Pflege gaben über siebzig Prozent (72%) der Befragten an, dass sie am liebsten zu Hause sterben möchten (ähnlich viele wie in einer 2009 durchgeführten früheren Erhebung beobachtet wurde) (vgl. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS 2018).

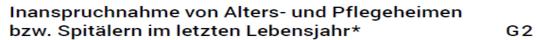
Zum Sterl	beort in der Schweiz - E	ntwicklung			
A) Allgem	eine Entwicklung				
Jahr	Bezug	Sterbeort			Quelle
		Zuhause/	Spital	Alters- &	
		Unterwegs		Pflegeheim	
1969	Alle Sterbefälle	38%	56%	6%	1
1989	Alle Sterbefälle	31%	55%	14%	1
2001	Alle Sterbefälle	29%	37%	34%	1
2011	Alle Sterbefälle	20%	40%	40%	2
2016	65+-jährig Verstorb.	19%	37%	44%	3
B) Sterbed	ort nach 80				
Jahr	Bezug	Sterbeort			Quelle
		Zuhause/	Spital	Alters- &	
		Unterwegs		Pflegeheim	
2001	80+-jährig Verstorb.	18%	30%	52%	1
2007	75+-jährig Verstorb.	15%	34%	51%	4
	90+-jährig Verstorb.	5%	20%	75%	4
2011	70-89-j. Verstorb.	19%	42%	39%	2
	90+-jährig Verstorb.	2%	20%	78%	2
	et al. 2004, 2: Bundesa Dousse, Pellegrini 2019, 4				(Stat-Tab), 3:

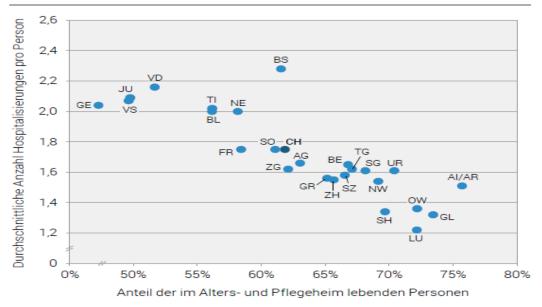
Die vorliegenden Angaben illustrieren allerdings eine diesen Wünschen entgegengesetzte Entwicklung: Der Anteil von Personen, die nicht in einer stationären Umgebung (Spital, Heim)

versterben, in den letzten Jahrzehnten gesunken ist. Angestiegen ist vor allem der Anteil derjenigen, die ihr Lebensende in einem Alters- und Pflegeheim verbringen. 2016 lebten 44% der 65-jährigen und älteren Verstorbenen in einem Alters- und Pflegeheim. Dabei nimmt der Anteil der Menschen, die in Pflegeheimen sterben, mit steigendem Alter markant zu (und von den über 90-jährigen Verstorbenen sterben nahezu vier Fünftel in einer Alters- und Pflegeeinrichtung).

Der Sterbeort variiert nach Geschlecht. "Während Männer verhältnismässig häufig zuhause oder im Spital sterben, verbringt fast die Hälfte der Frauen die letzte Lebensphase in einem Pflegeheim; bei den Männern ist es lediglich ein Viertel." (Leitungsgruppe NFP 67 Lebensende 2017: 14). Aber auch soziale Faktoren sind bedeutsam. So versterben alleinstehende Menschen mit tiefem sozialem Status und Menschen ohne Nachkommen häufiger im Heim (Bachmann et al. 2017: 29ff.).

Gleichzeitig lassen sich in der Schweiz beim Anteil an älteren Menschen (65+), die ihr letztes Lebensjahr teilweise oder ganz im Alters- und Pflegeheim verbringen, je nach Langzeitpflegepolitik eines Kantons markante Unterschiede beobachten. In stärker auf eine Betreuung im Heim ausgerichteten Kantonen haben 70% bis 75% ihr letztes Lebensjahr teilweise oder ganz im Alters- und Pflegeheim verbracht. In Kantonen, die den Verbleib zuhause fördern, liegen die Werte mit rund 50% deutlich tiefer. Schweizweit lag der Durchschnitt im Jahr 2018 bei 62% (bezogen auf Personen ab 65 Jahren, die 2018 in einer Gesundheitseinrichtung starben).





Personen ab 65 Jahren, die 2018 in einer Gesundheitseinrichtung starben

Quelle: BFS - SOMED 2017-2018; MS 2017-2018 / Analysen Obsan

© OBSAN 2021

Quelle: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2021

7.3 Zur Gestaltung des Lebensendes

Wer auch im hohen Lebensalter über seine medizinische Behandlung bzw. Nichtbehandlung und sein Lebensende autonom bestimmen will, tut gut daran seine Wünsche zu einem Zeitpunkt zu deklarieren, wo Fragen der Urteilsfähigkeit noch nicht akut werden.

Im Rahmen der 2014, 2017 und 2021 durchgeführten 'International Health Policy Surveys' wurden zuhause lebenden älteren Menschen 65+ einige Fragen zur Behandlung am Lebensende und zur Mitgliedschaft in einer Sterbehilfeorganisation gestellt:

"Im Fall, dass Sie sehr krank oder verletzt würden und nicht selber entscheiden könnten, haben Sie mit der Familie, einem engen Freund(in) oder einer medizinischen Fachperson darüber gesprochen, welche Behandlung Sie wollen oder nicht wollen?"

Gibt es ein schriftliches Dokument, welches jemanden bestimmt, der Entscheidungen zu Ihrer Behandlung trifft, wenn Sie dies nicht mehr selber können?

Gibt es ein schriftliches Dokument, welches beschreibt, welche Behandlung Sie am Lebensende wollen oder nicht wollen?

Sind Sie Mitglied einer Organisation für ein selbstbestimmtes Lebensende wie z.B. Exit oder Dignitas?

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Antworten zu diesen Fragen.

Angeführte Planung zum Lebensende in der Schweiz						
Zuhause lebende Menschen im Alt	ter:	65-69	70-74	75-79	80+	
Mündlicher Patientenwunsch	2014	57%	52%	59%	48%	
	2017	54%	57%	61%	71%	
	2021	58%	63%	63%	74%	
Verantwortungsperson bestimmt	2014	20%	29%	28%	35%	
5 1	2017	25%	35%	39%	50%	
	2021	40%	47%	50%	54%	
Schriftliche Patientenverfügung	2014	20%	26%	27%	28%	
	2017	26%	35%	36%	48%	
	2021	35%	43%	48%	52%	
Mitgliedschaft bei						
Sterbehilfeorganisation	2014	4%	8%	5%	4%	
Ç	2017	5%	7%	8%	8%	
	2021	5%	9%	9%	8%	

Mehrheitlich wird angeführt, dass man seinen Behandlungswunsch schon mit einer Vertrauensperson angesprochen oder diskutiert habe. Namentlich 80-jährige und ältere Menschen erwähnten 2021 deutlich häufiger Behandlungswünsche als noch 2014. Allerdings bleibt ein mündlicher Patientenwunsch rechtlich unverbindlich. Wenn konkreter nach schriftlichen Dokumenten (Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung) gefragt wird, sind die

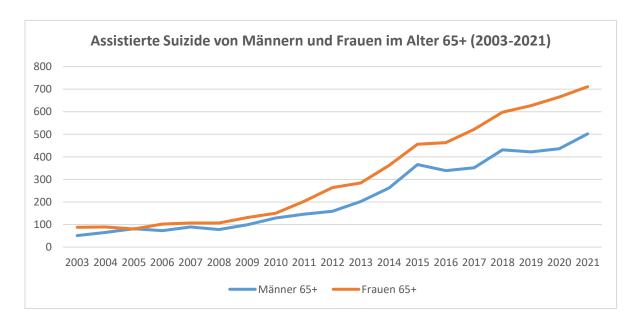
Werte deutlich geringer, wenn auch ansteigend: Während 2014 erst 28% der Menschen 80+ über eine schriftliche Patientenverfügung verfügten, waren es 2021 schon 52%.

Detailanalysen zeigen, dass Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung von Frauen heute nur noch leicht häufiger verfasst werden als von Männern. In der deutschsprachigen Schweiz sind solche schriftlichen Dokumente häufiger vorhanden als namentlich im Tessin. Bildungsferne ältere Menschen ebenso wie in die Schweiz zugewanderte Menschen sind zurückhaltender, was eine schriftliche Festlegung ihrer Behandlungswünsche betrifft.

Eine Mitgliedschaft bei einer Sterbehilfeorganisation wird ebenfalls häufiger angeführt. 2014 gaben 5% der zuhause lebenden Menschen 65+ an, Mitglied sein, 2021 waren es schon mehr als 7% (und weitere 7% sagten, sie hätten vor, Mitglied zu werden). Allerdings zeigen sich regionale und sprachkulturelle Unterschiede (Mitgliedschaft ist in Städten häufiger als auf dem Land, in der Deutschschweiz häufiger als namentlich im Tessin).

Tatsächlich wird Sterbehilfe in der Schweiz zunehmend in Anspruch genommen. Die Zahl der sogenannt "assistierten Suizide" bei älteren Männern und Frauen ist deutlich angestiegen. Motive für einen assistierten Suizid sind vor allem Krebsleiden und neurodegenerative Erkrankungen (wogegen 50% bis 70% der Menschen, die einen (unbegleiteten) Suizid begehen, an einer Depression leiden (Bundesamt für Gesundheit 2015: 13).

In jedem Fall zeigt sich nicht allein eine verstärkte Tendenz, das Altern zu gestalten, sondern auch Fragen einer aktiven bzw. vorbereitenden Gestaltung des Lebensendes gewinnen an Relevanz



Verwendete Literatur

- Amrhein L (2013) Die soziale Konstruktion von "Hochaltrigkeit" in einer jungen Altersgesellschaft, Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, 46,1: 10-15.
- Bachmann, N., Hug, S., & Bayer-Oglesby, L., 2017. Versorgung am Lebensende in der Schweiz. Literaturrecherche. Schlussbericht für den Schweizerischen Nationalfonds, Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Bachmann, Nicole; Zumbrunn, Andrea; Bayer-Oglesby Lucy (2022) Social and Regional Factors Predict the Likelihood of Admission to a Nursing Home After Acute Hospital in Older People With Chronic Health Conditions: A Multilevel Analysis Using Routinely Collected Hospital and Census Data in Switzerland, Frontiers in Public Health 10: 871778 (doi: 10.3389/fpubh.2022.871778).
- Berlingieri F., Colagrossi M., Mauri C. (2023). Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey. Fairness policy brief 3/2023. European Commission Joint Research Centre, JRC133351.
- Berner Generationenhaus (2019) Altersbilder der Gegenwart. Haltung der Bevölkerung zum Alter und zur alternden Gesellschaft, Bern (verfügbar via www.begh.ch).
- Boerner, Klaus (2012). Umgang mit Verwitwung. In: Hans-Werner Wahl, Clemens Tesch-Römer, J. Philipp Ziegelmann, (Hrsg.) Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 230-235.
- Borkowsky, Anna (2022). Menschen über 80, eine in unserer Gesellschaft vernachlässigte Gruppe!? Eine Umfrage der VASOS. Bern, VASOS / FARES.
- Brändli, Otto (2022) Aufgewachsen im Altersheim. Alters- und Pflegeheim Böndler in Bauma, Mönchaltdorf: Bubu AG.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2023) Wirtschaftliche Situation der Alleinlebenden in der Schweiz, Bern.
- Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS (2018) Estimations de la prévalence de la démence en Suisse, Berne.
- Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS (2018) Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleiche zur Erhebung von 2009, Schlussbericht, Bern: BASS.
- Bundesamt für Gesundheit (2015) Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz, Bern.
- Bundesamt für Statistik (2009), Sterbeort im Alter in der Schweiz 2007, Medienmitteilung vom 17. Sept. 2009, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2020) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020-2050, BFS Aktuell, Neuchâtel.
- Bundesrat & Bundesamt für Gesundheit (2020) Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende, Bericht vom 18.Sept. 2020, Bern.
- Busch, M. (2011) Demenzerkrankungen: Epidemiologie und Bedeutung vaskulärer Risikofaktoren, CardioVasc 2011; 11 (5): 32-38.
- Cavalli, Stefano; Cereghetti, Stefano; Pusterla, Elia R.G.; Zaccaria, Daniele (2021) Isolamente sociale e solidutine nell'anzianità, Lugano: SUSPI
- Clouston, Sean; Muniz-Terrera, Graciela et al. (2021) Cohort and Period Effects as Explanations for Declining Dementia Trends and Cognitive Aging, Population and Development Review, 47,4: 611-637.
- Dahlberg, Lena; McKee, Kevin J.; Frank, Amanda; Naseer, Mahwish (2022) A systematic review on longitudinal risk factors for loneliness in older adults, Aging & Mental Health 26/2: 225-249.

- Fischer, S.; Bosshard, G.; Zellweger, U., Faisst, K. (2004) Der Sterbeort: ,Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?', Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39: 467-474
- Füglister-Dousse, S.; Pellegrini, S. (2019) Aufenthaltsorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt. Analyse der Abfolge von Aufenthalten in Spital und Pflegeheimen, Obsan Bulletin 2/2019, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Gao, Sujuan; Burney, Heather et al. (2019) Incidence of Dementia and Alzheimer Disease over Time: A Meta-Analysis, Journal of the American Geriatrics Society 67, 7: 1361-1369.
- Gasser, N.; Knöpfel, C., Seifert, K. (2015) Erst agil, dann fragil. Übergang vom 'dritten' zum 'vierten' Lebensalter bei vulnerablen Menschen, Zürich: Pro Senectute.
- GUGRISPA (Groupe Universitaire Genevois) (1983) Vieillesses. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui, Saint-Saphorin: Georgi.
- Guilley, E. (2005) Das Leben in einem Heim, in: P. Wanner, C. Sauvain-Dugerdil et. al. Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik: 117-127.
- Heussler, Fatima; Wildi, Judith; Seibl, Magdalena (Hrsg.) (2016) Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen. Gerontagogik und gerontagogische Pflege Empfehlungen zur Inklusion, Zürich: Seismo.
- Höglinger, Dominic; Guggisberg, Jürg; Jäggi, Iolande (2022) Hör- und Sehbeeinträchtigungen in der Schweiz, Obsan-Bericht 1/2022, Neuchâtel: Schweiz. Gesundheitsobservatorium.
- Höpflinger, François (2003) Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden im höheren Lebensalter, in: Brigitte Boothe, Bettina Ugolini (Hrsg.) Lebenshorizont Alter, Zürich: vdf Hochschulverlag: 69-88 (2. Aufl. 2005)
- Höpflinger, François (2013) Das vierte Lebensalter gesellschaftliche und individuelle Dimensionen, in: Torsten Meireis (Hrsg.) Altern in Würde das Konzept der Würde im vierten Lebensalter, Zürich: Theologischer Verlag: 41-59.
- Höpflinger, François (2016) Grosselternschaft im Wandel neue Beziehungsmuster in der modernen Gesellschaft, Analysen & Argumente 209, Juli 2016, Konrad Adenauer Stiftung: Sankt Augustin.
- Höpflinger, François (2019) Freundschaften im höheren Lebensalter, in: Steve Stiehler (Hrsg.) Zur Zukunft der Freundschaft. Freundschaft zwischen Idealisierung und Auflösung, Berlin: Frank & Timme GmbH: 123-138.
- Höpflinger, François (2020) Bevölkerungswandel Schweiz. Soziodemografische und familiendemografische Entwicklungen im Langzeitvergleich (2022 aktualisierte Online-Studie via www.hoepflinger.com verfügbar (DOI: 10.13140/RG.2.2.35536.33288).
- Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy; Zumbrunn, Andrea (2011) Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern: Huber.
- Höpflinger, François; Spahni, Stefanie; Perrig-Chiello, Pasqualina (2013) Persönliche Bilanzierung der Herausforderungen einer Verwitwung im Zeit- und Geschlechtervergleich, Zeitschrift für Familienforschung, 25, 3: 267-285.
- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie; Spini, Dario (eds.) (2019) Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundfragen und regionale Unterschiede, Zürich: Seismo Verlag.
- Hülür, Gizem; Wolf, Henrike; Riese, Florian; Theill, Nathan (2019) Cognitive Change at the End of Life in Nursing Home Residents: Differential Trajectories of Terminal Decline, Gerontology. Behavioural Science Section 65: 57-67
- Knöpfel, Carlo; Pardini, Riccardo; Heinzmann, Claudia (2018) Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme, Zürich: Seismo.
- Knöpfel, Carlo; Meuli, Nora (2020) Alt werden ohne Familienangehörige. Explorative Studie, Muttenz: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.

- Künemund, Harald, Uwe Fachinger (Hrsg.) (2018) Alter und Technik. Sozialwissenschaftliche Befunde und Perspektiven, Berlin: Springer.
- Isengard, Bettina (2018) Nähe oder Distanz? Verbundenheit von Familiengenerationen in Europa, Leverkusen: Budrich Academic.
- Jopp, Daniela S.; Rott, Christoph; Boerner, Kathrin; Boch, Katrin; Kruse, Andreas (2013) Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen ud; Stärken des Lebens mit 100 Jahren, Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Lalive d'Epinay, Christian; Bickel, Maystre, Caroline; Bickel, Jean-François et al. (1997) Un bilan de santé de la population âgée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994), Cahiers médico-sociaux 41: 109-131.
- Lang, Frieder R. (2007) Motivation, Selbstverantwortung und Beziehungsregulation im mittleren und höheren Erwachsenenalter, in: Hans-Werner Wahl, Heidrun Mollenkopf (Hrsg.) Alternsforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns-Lebenslaufkonzeptionen deutschsprachigen Akademische im Raum, Berlin: Verlagsgesellschaft: 307-322.
- Letsch, Walter (2017) Demographic Aspects of the Early Modern Times. The Example of the Zurich Countryside in a European Perspective, Bern: Peter Lang Verlag.
- Leitungsgruppe NFP 67, Lebensende" (Hrsg.) (2017) Synthesebericht NFP 67, Lebensende", Bern. Schweizerischer Nationalfonds.
- Merçay, Clémence (2017) Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017, Obsan Dossier 60, Neuchâtel: Observatoire suisse de santé.
- Meuli, Nora; Knöpfel, Carlo (2021) Ungleichheit im Alter. Eine Analyse der finanziellen Spielräume älterer Menschen in der Schweiz, Zürich: Seismo.
- Monod, Stéfanie; Durst, Anne-Véronique; Rochat, Etienne et al. (2013) Wish to die in elderly patients: prevalence and associated factor, 66nd. Annual Scientific Program oft he Gerontological Society of America (GSA).
- NCR Vivre-Leben-Vivere (2016) (SNF-Projekt CRSII 1_129922) unter Leitung von Michel Oris und Pasqualina Perrig-Chiello: Datenset für 2011.
- Otto, Ulrich; Leu, Agnes; Bischofberger, Iren, et al. (2019) Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht des Forschungsprojets G01a des Förderprogramms Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020, Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Pahud, Olivier (2021) Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundessamtes für Gesundheit (BAG), Obsan-Bericht 07/2021, Neuchâtel.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (1997) Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen, Weinheim: Juventa.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Margelisch, Katja (2015a) Verwitwung im Alter im Längsschnitt (2012-2014), Forschungsdossier NCCR Lives IP12 Vulnerability and Growth (https://doi.org/10.7893/boris.67003)
- Perrig-Chiello, Pasqualina, Margelisch, Katia (2022) Langjährig verheiratete Frauen und Männer ein psychosoziales Portrait, Forschungsdossier Lives, Bern: Universität Bern. (https://doi.org/10.7892/boris.53373)
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Spahni, Stefanie; Höpflinger, François; Carr, Deborah (2015b) Cohort and Gender Differences in Psychosocial Adjustment to Later-Life Widowhood,

- Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, doi:10.1093/geronb/gbv004.
- Pilgram, Amélie; Seifert, Kurt (2009) Leben mit wenig Spielraum. Altersarmut in der Schweiz, Zürich: Pro Senectute.
- Prince, M.; Ali, G-C., Guerchet, M.; et al. (2016) Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia, Alzheimer's Research & Therapy, 8: 23, DOI 10.1186/s13195-016-0188-8.
- Pro Senectute (2022) Mitten unter uns, aber unsichtbar: Altersarmut ist weit verbreitet, Fachzeitschrift PSinfo 02/2022.
- Pro Senectute (2023) Altersmonitor Nichtbezug von Ergänzungsleistungen in der Schweiz, Teilbericht 2, Zürich.
- Sauvain-Dugerdil, Claudine; Kalmykova, Natalia; Guang Gu, Hong et al. (1997) Vivre sa vieillesse en Suisse. Les transformations des modes de résidence des personnes âgées, European Journal of Population 13: 169-212.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021) Hospitalisierungen von Betagten im letzten Lebensjahr, Obsan-Bulletin 4/2021, Neuchâtel.
- Skoog; Ingmar; Börjesson-Hanson, Anne et al. (2017) Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influence of education and stroke, Scientific Reports 7: 6136 (DOI: 10.1038/41598-017-05022-8).
- Spring, Stefan (2019) Sehbehinderung, Blindheit, Hörsehbehinderung: Entwicklung in der Schweiz, St. Gallen: SZB.
- Spitzer, Sonja; Weber, Daniela (2019) Reporting biases in self-assessed physical and cognitive health status of older Europeans, PLoS One, 14 (10): e0223426. (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223526).
- Szydlik, Marc (Hrsg.) (2023) Generationen zwischen Konflikt und Zusammenhalt, Zürich: Seismo-Verlag.
- Taudorf, Laerke; Norgaard, Ane et al. (2019) Declining incidence of dementia: A national registry-based study over 20 years, Alzheimer's & Dementia 15: 1383-1391.
- Uittenhove, Kim; Jopp, Daniela S.; Lampraki, Charikleia; Boerner, Kathrin (2023) Coping Patterns in Advanced Old Age: Findings from the Fordham Centenerian Study, Gerontology 69: 888-898 (DOI:10.1159/000529896).
- Wharton SB, Brayne C, Savva GM, et al. (2011) Epidemiological neuropathology: the MRC Cognitive Function and Aging Study experience. J Alzheimers Dis. 2011;25(2):359-72.
- Wolters, Frank J.; Chibnik Lori B.; Waziry, Reem et al. (2020) Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States. The Alzheimer Cohorts Consortium, Neurology 95: e519-e531 (doi:10.1212/WNL.000000000010022)
- Zentrum für Gerontologie (2012): Demenzbarometer 2012. Universität Zürich. Bericht zuhanden der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Zürich.
- Ziegler U, Doblhammer G (2009) Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002, Rostocker Zentrum Diskussionspapier Nr. 24/2009, Rostock.

Letzte Veränderung: 12. Oktober 2023.