

François Höpflinger ([www.hoepflinger.com](http://www.hoepflinger.com))

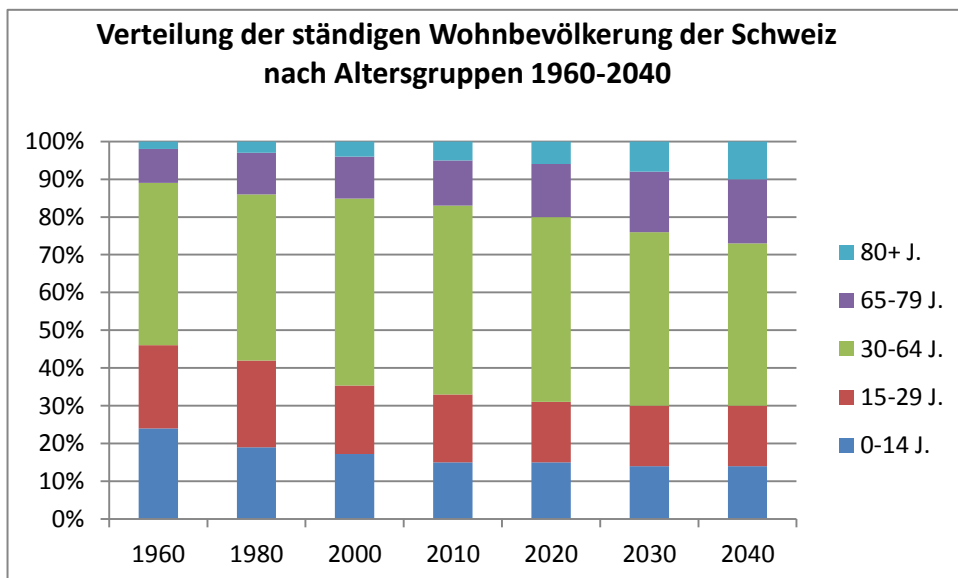
## Demographischer und gesellschaftlicher Wandel des Alters und Folgen für die Pflege im Alter

### Die zweite Lebenshälfte – dreifache Wandlungsprozesse

Die späteren Lebensphasen (50plus) unterliegen einem dreifachen Wandlungsprozess. Erstens ergibt sich eine rasche demographische Alterung der Bevölkerung. Zweitens kommen neue Generationen mit anderen Lebenshintergründen ins Alter, und drittens – damit verbunden – zeigen sich neue Modelle und Formen des Alterns. Alle drei Wandlungsprozesse beeinflussen sich gegenseitig, und nur der Einbezug aller Wandlungsprozesse ermöglicht ein differenziertes Verständnis neuer Entwicklungen der zweiten Lebenshälfte. Speziell die Kombination des Alterns sozial und kulturell mobiler Generationen und Modellen aktiven und kompetenzorientierten Alterns führen zu einer verstärkten Dynamik der späteren Lebensphase, die historisch neu ist. Davon werden auch Generationenverhältnisse und Generationenbeziehungen stark berührt.

### Demographischer Wandel und Trend zu Langlebigkeit

Wie andere europäische Länder erfährt auch die Schweiz einen Prozess doppelter demographischer Alterung: Die Altersstruktur der Bevölkerung verschiebt sich nach oben, und der Anteil an jüngeren Menschen sinkt, primär aufgrund eines seit Jahrzehnten tiefen Geburtenniveaus. Jugend wird zur demographischen Minderheit, wogegen Zahl und Anteil älterer Menschen deutlich ansteigen. Ein entscheidender Einflussfaktor der unmittelbaren demographischen Zukunft der Schweiz ist das Altern der geburtenstarken Jahrgänge (Baby-Boom-Generationen), die selbst wenige Kinder zur Welt brachten. Erst mit dem Absterben dieser Jahrgänge wird die demographische Alterung der Bevölkerung wieder rückläufig sein (wenn auch auf einem hohen Niveau).



Seit den 1970er Jahren wird die demographische Alterung zudem durch einen Alterungsprozess von oben her verstärkt, ausgelöst durch einen markanten – und lange Zeit unterschätzten - Anstieg der Lebenserwartung der älteren Bevölkerung. In diesem Rahmen steigen namentlich Zahl und Anteil hochaltriger Frauen und Männer rasch an.

Zwar war es auch in früheren Epochen möglich, dass Menschen ein hohes und sehr hohes Alter erreichten. Aber erst im späteren 20. Jahrhundert wurde hohes Alter zur erwartbaren Norm für eine Mehrheit der Bevölkerung. Die dramatischen Verschiebungen werden am besten verdeutlicht, wenn

man die Überlebensordnung verschiedener Geburtsjahrgänge vergleicht: Während von den 1880 geborenen Männern erst ein Drittel seinen 70. Geburtstag feiern konnte, sind es bei den 1930 geborenen Männern bereits zwei Drittel. Und von den 1940 geborenen Männern kann rund die Hälfte erwarten, den 80. Geburtstag zu erreichen. Da Frauen meist länger leben als Männer, ergeben sich hier noch höhere Zahlen, und zwei Drittel der 1930 geborenen Frauen können damit rechnen, den 80. Geburtstag zu feiern.

### Durchschnittliche Lebenserwartung in der Schweiz

	Durchschnittliche Lebenserwartung					
	bei Geburt	im Alter von:				
		60 J.	70 J.	80 J.	90 J.	99 J.
<b>A) Männer:</b>						
1889/1900	45.7	12.5	7.6	4.1	2.2	
1958/63	68.7	16.2	10.0	5.5	2.8	
1997/98	76.5	20.6	13.1	7.3	3.9	
1999/2000	76.9	20.8	13.3	7.4	3.9	
2010	80.2	23.0	15.1	8.4	4.2	3.5
<b>B) Frauen:</b>						
1889/1900	48.5	13.0	7.7	4.2	2.4	
1958/63	74.1	19.2	11.7	6.1	3.1	
1997/98	82.5	25.0	16.5	9.1	4.3	
1999/2000	82.6	25.0	16.5	9.1	4.3	
2010	84.6	26.6	17.9	10.2	4.8	3.4

Quelle: Schweiz. Sterbetafel. Statistische Jahrbücher der Schweiz

Geschlechtsspezifische Unterschiede in Lebensstil führen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Risikoverhalten. Männer führen häufiger ein risikoreiches und aggressives Leben, was sich in höheren Selbsttötungsraten, höherer Unfallmortalität und höherer suchtbedingter Mortalität ausdrückt. Frauen dagegen zeigen weniger oft ein gesundheitsschädigendes Verhalten, und sie konsultieren Ärzte früher und regelmässiger. Daneben spielen auch biologische Differenzen eine Rolle: Aufgrund hormonaler Unterschiede sind Frauen gegenüber kardiovaskulären Erkrankungen (Herzinfarkt usw.) besser geschützt. Der Monatszyklus sensibilisiert Frauen stärker für körperliche Irregularitäten. Frauen profitieren zudem generell von einem differenzierteren Immunsystem, da ein Frauenkörper differenziert zwischen erlaubtem Zellwachstum (Schwangerschaft) und krankhaftem Zellwachstum (Krebs) zu unterscheiden hat. Mit sozialer Gleichbehandlung und Entwicklung moderner Medizin können solche immunologische Unterschiede zu signifikanten geschlechtsspezifischen Mortalitätsunterschieden führen.

Seit 1990 hat sich im Übrigen die Differenz zwischen der durchschnittlichen Lebenserwartung der Frauen und jener der Männer wieder verringert, von damals 6.9 Jahre auf gegenwärtig nur noch 4.7 Jahre. Einer der Gründe ist die Lungenkrebssterblichkeit, die bei den Frauen häufiger wurde, bei den Männern hingegen eine abnehmende Tendenz zeigte. Gleichzeitig haben sich auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Unfallmortalität und Suizidalität etwas reduziert, auch wenn hier Männer weiterhin deutlich höhere Risikorate aufweisen. Die Haupttodesursachen im Alter bei Frauen wie Männer sind heute primär langsam verlaufende degenerative Erkrankungen. So sind 60% der Sterbefälle bei über 60-Jährigen auf Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebserkrankungen zurückzuführen, und ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung im Alter hängt dementsprechend stark von der Entwicklung degenerativer Krankheitsrisiken ab.

Im Übrigen hat sich in der Schweiz nicht allein die Lebenserwartung, sondern auch die 'behinderungsfreie Lebenserwartung' ausgedehnt. Die zusätzlichen Lebensjahre sind vielfach auch gewonnene gesunde Lebensjahre. 65-jährige Männer und Frauen in der Schweiz können heute damit rechnen, mehr als drei Viertel der ihnen verbleibenden Lebensjahre ohne massive Behinderungen zu erleben. Damit gehört die Schweiz zu den Ländern, in denen Menschen nicht nur lange leben, sondern auch relativ lange gesund bleiben. Ein zentraler Pfeiler dieser Entwicklung ist eine gut ausgebaute und qualitativ hoch stehende Alters- und Gesundheitsvorsorge.

### Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren und gesunde Lebensjahre 2010

	Frauen			Männer		
	A	B	B in % A	A	B	B in % A
Deutschland	20.9	7.1	34%	17.8	6.9	39%
Frankreich	23.4	9.8	42%	18.9	9.0	48%
Italien	22.1	9.9	45%	18.3	10.1	55%
Österreich	21.4	7.9	37%	17.9	8.5	47%
Schweiz	22.5	12.2	54%	19.0	11.5	61%

A: Durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren im Alter 65

B: Durchschnittliche gesunde Lebensjahre im Alter 65 (Lebenserwartung in Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/Beschwerden, erfasst anhand einer Selbsteinschätzungsfrage)

Quelle: Eurostat-Pressemitteilung 60/2012 vom 19. April 2012 (<http://ec.europa.eu/eurostat>)

Insgesamt betrachtet wird für die nächsten Jahrzehnte mit einer weiter steigenden Lebenserwartung ausgegangen. Gestützt auf Vorausschätzungen der künftigen wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungen hat auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Projektionen zur Entwicklung der Lebenserwartung bei der Geburt von 2002–2030 für mehrere Weltregionen erstellt. Laut dieser Analyse, die von einem stabilen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Entwicklung und Sterblichkeit ausgeht, dürfte die Lebenserwartung bei der Geburt in Ländern mit hohem Einkommen bei Männern und Frauen bis 2030 überall um weitere 4–5 Jahre steigen. Laut Bundesamt für Statistik dürfte gemäss angepasster Trendfortschreibung für die Schweiz die Lebenserwartung ab Geburt im Jahre 2050 bei Männern zwischen 82.5 und 87.5 Jahre betragen. Für Frauen werden Werte zwischen 87.5 und 91.5 Jahre erwartet. Vor allem für Männer sind die erwarteten Werte deutlich höher als noch 1995 berechnet wurde. Eine weitere Zunahme der Lebenserwartung - gerade auch bei der älteren Bevölkerung - ist hochwahrscheinlich, wobei aus heutiger Sicht bei Männern ein Anstieg der Lebenserwartung ab Geburt von gegenwärtig fast 80 Jahre bis 2050 auf zwischen 85 Jahre und 88 Jahre erwartbar ist. Für Frauen ist in der gleichen Periode ein Anstieg von aktuell 84 ½ Jahre auf gut 88 bis 92 Jahre durchaus erwartbar. In jedem Fall wird Langlebigkeit und Hochaltrigkeit in Zukunft noch weitaus bedeutsamer sein als dies schon heute der Fall ist, mit bedeutsamen Auswirkungen auf Rentensysteme, Erbvorgänge, Demenzerkrankungen oder Pflegeaufwendungen

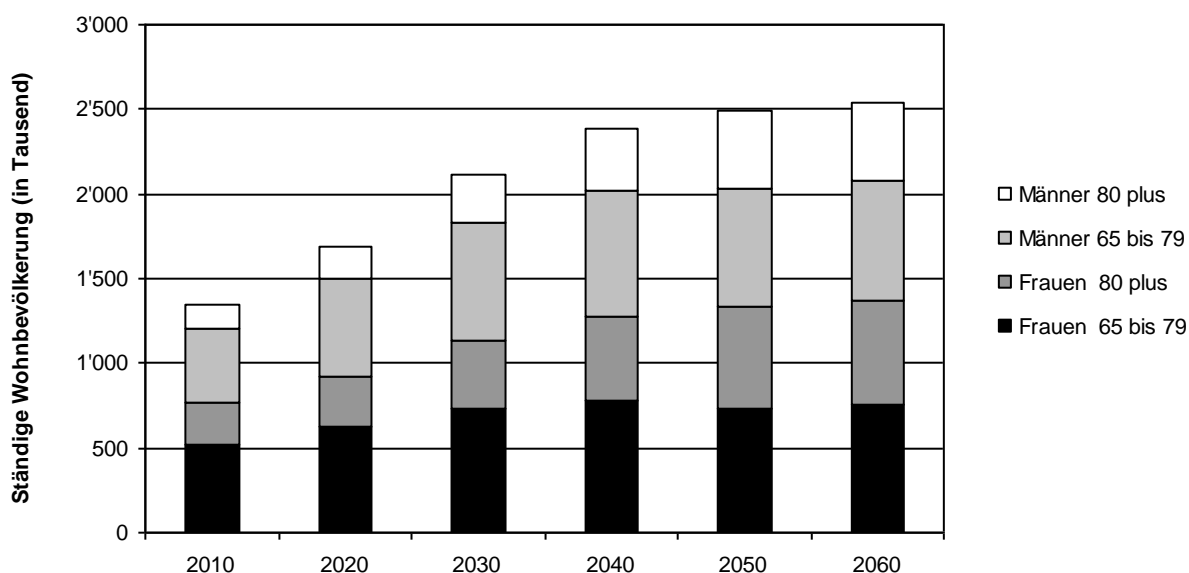
### Demographische Szenarien

Ein entscheidender Einflussfaktor der unmittelbaren demographischen Zukunft der Schweiz ist das Altern geburtenstarker Jahrgänge (Baby-Boom-Generationen), die selbst wenige Kinder zur Welt brachten. Erst mit dem Absterben der geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge wird die demographische Alterung der Bevölkerung wieder rückläufig sein, wenn auch auf einem hohen Niveau. Dank massiver Einwanderung jüngerer ausländischer Menschen erfuhr die Schweiz bisher allerdings eine gebremste demographische Alterung. Da Einwanderung vor allem in den urbanen Regionen der Schweiz ausgeprägt war und ist, wird damit die Verstärkung der Schweiz weiter

verstärkt, wogegen ländliche Regionen teilweise eine zusätzliche demographische Alterung durch die Abwanderung jüngerer Personen erfahren. Die regionalen Unterschiede der demographischen Altersstrukturen dürften aufgrund unterschiedlicher Migrationsprozesse eher zu- als abnehmen, was bei Szenarien zur Entwicklung der regionalen Arbeitsmärkte zu berücksichtigen ist (und je kleiner eine Planungsregion ist, desto stärker wird die demographische Zukunft durch Prozesse von Aus- und Einwanderung bestimmt).

Nach dem aktualisierten Referenzszenario A-00-2010 des Bundesamts für Statistik dürfte sich der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen an der schweizerischen Wohnbevölkerung zwischen 2010 und 2030 von 17.2% auf 24.0% erhöhen, um weiter anzusteigen, auf 27.7% im Jahre 2050. Ein besonders starker zahlenmässiger Anstieg wird sich bei hochaltrigen Menschen ergeben, und der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen an der schweizerischen Wohnbevölkerung steigt nach dem aktualisierten Trendszenario zwischen 2010 bis 2030 von gut fünf Prozent (4.9%) bis 2030 auf 7.8%, um 2050 einen Wert von 12.1% zu erreichen.

### Entwicklung der Bevölkerung 65plus gemäss dem mittleren Szenario A-00-2010, Schweiz, 2010-2060



Quelle: BFS-Szenario A-00-2010

### Prozesse der Gegenwart und der Zukunft: Demographische Alterung und Altern im Wandel gleichzeitig

In öffentlichen Diskussionen zu Altersfragen werden primär die demographischen Veränderungen – die Zunahme in Zahl und Anteil älterer Menschen – ins Zentrum gerückt. Die demographischen Prozesse sind unzweifelhaft bedeutsam, weil sie zum Beispiel die Entwicklung der Zahl und Grösse von Haushaltungen beeinflussen. Wenige Geburten bedeuten eine geringere Nachfrage nach Familienwohnungen, und mehr ältere Menschen bedeuten mehr Kleinhaushaltungen. Bei ausgeprägter demographischer Alterung einer Region können Bevölkerungszahl und Zahl an bewohnten Gebäuden rückläufig sein (sofern das Absterben alter Generationen nicht durch Einwanderung junger Menschen kompensiert wird).

Demographische Prozesse sind jedoch immer nur in Wechselwirkung mit sozialen und wirtschaftlichen Prozessen relevant, und ein häufig gemachter Grundfehler in vielen Diskussionen ist eine isolierte Betrachtung demographischer Entwicklungen ohne Berücksichtigung der gleichzeitig ablaufenden gesellschaftlichen Veränderungen. Gerade bei Altersfragen verbinden sich Prozesse demographischer Alterung mit Prozessen gesellschaftlichen Wandels in komplexer Weise, und

tatsächlich unterliegen heute späteres Erwachsenenalter und höheres Lebensalter dreifachen Wandlungsprozessen:

Erstens kommt es zu einer deutlichen demographischen Alterung der Bevölkerung, wobei zusätzlich zu niedrigen Geburtenraten auch die erhöhte Lebenserwartung von Bedeutung ist.

Zweitens erreichen neue Generationen, die sogenannten ‚Baby-Boom‘-Generationen, ein höheres Lebensalter. Es sind Generationen, die andere Bildungs-, Lebens- und Freizeitinteressen aufweisen als frühere Generationen, was sich auf ihre Lebensbedürfnisse auswirkt. Als ‚Babyboomer‘ werden die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegsjahre bezeichnet. Nach dem Zweiten Weltkrieg und in den Aufbaujahren der Nachkriegszeit kam es in den USA und Westeuropa zu einem Anstieg der Geburtenhäufigkeit (Baby-Boom). Die Tatsache, dass die geburtenstarke Babyboom-Generation selber weniger Kinder zur Welt brachten, ist ein wichtiger Auslöser für eine verstärkte demographische Alterung, wobei das allmähliche Altern der Babyboom-Generation zu drei Phasen beschleunigter demographischer Alterung führt:

Drittens – mit dem Älterwerden der Baby-Boom-Generationen verbunden – setzen sich neue Modelle und Formen des Alterns durch. Dies zeigt sich etwa darin, dass vermehrt kompetenzorientierte Modelle des Alterns betont werden. Entsprechend wird die zweite Lebenshälfte (50+) aktiver gestaltet als dies früher der Fall war. Gleichzeitig zeigt sich auch eine Tendenz, das ‚Altsein‘ später anzusetzen oder gar zu bekämpfen, etwa im Rahmen von ‚anti-aging‘-Bestrebungen.

Alle drei Wandlungsprozesse beeinflussen sich gegenseitig, und neben den quantitativ demographischen Veränderungen sind deshalb auch die Prozesse des Generationenwandels sowie neue Modelle des Alterns zu berücksichtigen, um zu verstehen, wie sich die Wohnbedürfnisse in der zweiten Lebenshälfte (50+) entwickeln. Vor allem die Kombination des Alterns sozial und kulturell mobiler Generationen mit neuen Modellen aktiven und kompetenzorientierten Alterns führt zu einer verstärkten Dynamik der späteren Lebensphase, die historisch neu ist.

### Befragung 2008/09: Ende Jung-sein und Beginn Alt-sein

	Alter der befragten Person:							Jahren
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
Jung sein endet mit:	34	38	41	42	43	45	48	Jahren
Alt sein beginnt mit:	60	62	66	65.	67	69	72	Jahren

Quelle: European Social Survey 2008/09 (gewichtete Daten)

### Identifikation mit post-modernen Lebenswerten – auch im höheren Lebensalter 2010

	% - Anteil, die sich mit diesem Lebenswert identifizieren *			
	Neue Ideen/Kreativität		Neue Aktivitäten/Abwechslung	
	Deutschland	Schweiz	Deutschland	Schweiz
55-64-jährig	58%	69%	43%	42%
65-74-jährig	56%	66%	42%	43%
Zum Vergleich:				
25-34-jährig	61%	61%	49%	54%

\* Antwortkategorien: Werthaltung entspricht mir/entspricht mir sehr.

European Social Survey 2010 (gewichtete Daten, eigene Auswertungen)

Der Struktur- und Generationenwandel des Alters weist gesellschaftspolitisch drei grundlegende Konsequenzen auf:

Erstens sagen Feststellungen, die über heutige ältere und betagte Menschen gemacht werden, wenig über die zukünftige Gestaltung des Alters aus. Entsprechend sind lineare Zukunftsszenarien zum Alter sozialplanerisch wenig sinnvoll. Vor allem die Kombination des Alterns sozial und kulturell mobiler Generationen mit neuen Modellen aktiven und kompetenzorientierten Alterns führt zu einer verstärkten Dynamik der späteren Lebensphase, die historisch neu ist. Dies führt auch zu deutlichen Veränderungen religiös-kirchlicher Orientierungen bei älteren Menschen.

Zweitens kommt es zwar zu einer demographischen Alterung der Bevölkerung, durch tiefe Geburtenraten einerseits (demographische Alterung von unten) und erhöhte Lebenserwartung älterer Frauen und Männer andererseits (demographische Alterung von oben). Aber dieser demographischen Alterung entspricht keine gesellschaftliche Alterung, sondern im Gegenteil – dank Ausdehnung eines jugendnahen Erwachsenenalters und aktiver Lebensgestaltung auch in der nachberuflichen Lebensphase – ergibt sich soziologisch gesehen eher eine sozio-kulturelle Verjüngung der Gesellschaft. In diesem Rahmen wird es fragwürdiger, das Alter 65 zur Definition der ‚Altersbevölkerung‘ zu benutzen, und auch Angebote zugunsten alter Menschen (wie Altersnachmittage usw.) sprechen immer häufiger erst hochaltrige Menschen an, wenn überhaupt.

Drittens wissen jüngere Generationen, dass sie in mancherlei Hinsicht anders alt werden (müssen) als ihre Elterngeneration. Umgekehrt wissen ältere Generationen, dass ihre Erfahrungen für nachkommende Generationen nicht mehr bestimmend sein können. Dies wirkt sich auf die intergenerationellen Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern und alternden Eltern aus, indem das Altern der eigenen Eltern für die nachkommende Generation zwar ein Prozess ist, der oft direkte Betroffenheit auslöst, gleichzeitig aber auch den Wunsch, anders alt zu werden.

## **Zur Ausdifferenzierung der späteren Lebensphasen – drittes und viertes Lebensalter**

Die erhöhte Lebenserwartung – namentlich älterer Frauen und Männer – sowie zeitweise auch vorzeitige Pensionierungen – haben zu einer zeitlichen Ausweitung der nachberuflichen Lebensphase geführt. Dadurch wurde die klassische Zweiteilung in Erwerbsbevölkerung und Altersrentner zu grob. In zunehmend mehr Diskussionen wird deshalb die ‚Altersbevölkerung‘ weiter aufgegliedert, oft mit behelfsmäßigen Begriffen wie ‚junge Alte‘ (Senioren) gegenüber ‚alte Alte‘ (Betagte). Oft wird heute auch zwischen dem dritten und vierten Lebensalter differenziert, wobei das dritte Lebensalter vor allem jüngere Altersrentner anspricht, wogegen sich das vierte Lebensalter primär auf hochaltrige Menschen bezieht. Neben der Stellung im Arbeitsmarkt wird deshalb zunehmend auch der funktionale Gesundheitszustand als Klassifikationsmerkmal für spätere Lebensphasen eingesetzt. Daraus ergibt sich beispielsweise folgende Klassifikation von Phasen im Lebenslauf älter werdender Erwachsener:

*1. Alternsphase: Noch erwerbstätige Senioren (50+):* Zwar sind Menschen in dieser Lebensphase noch erwerbstätig, aber der Übergang in die nachberufliche Phase zeichnet sich ab. Frühpensionierungen führen dazu, dass viele Arbeitnehmende schon vor 65 aus dem Erwerbsleben austreten oder ausgeschlossen werden (wobei der Trend zu Frühpensionierungen dazu beigetragen hat, dass Mitarbeitende schon mit 50/55 zu den älteren Arbeitnehmern gezählt werden (vgl. Clemens et al. 2005). Vielfach vor dem Rentenalter erfolgen auch der Wegzug der Kinder sowie die Geburt erster Enkelkinder, und damit das Erleben einer ersten familialen Altersrolle als Großmutter bzw. Großvater. Ebenfalls oft vor 65 erfolgt die Konfrontation mit dem Altwerden, der Pflegebedürftigkeit und dem Sterben der eigenen Eltern; alles Prozesse, die auch religiös-spirituell oft viel auslösen (die aber kirchlich kaum thematisiert werden). Da Menschen in dieser Lebensphase oft – wegen Erwachsenwerden der Kinder, aber auch dank Erbschaften – ein vergleichsweise hohes frei verfügbares Einkommen aufweisen, sind die noch erwerbstätigen

Senioren (50+) eine wichtige Zielgruppe für Immobilien-, Bank- und Wellness-Angebote geworden. Umgekehrt führen Prozesse von Invalidisierung und Langzeitarbeitslosigkeit bei einigen Gruppen älterer Erwerbstätiger aber auch zu erhöhten Risiken gegen Berufsende, die sich negativ auf den Übergang in die nachberufliche Lebensphase auswirken.

2. *Altersphase: 'Gesundes Rentenalter' (auch Drittes Lebensalter genannt):* Diese – sozialhistorisch relativ neue - Lebensphase ist durch eine Freisetzung von der Erwerbsarbeit und dank Ausbau der Altersvorsorge auch häufiger als früher durch eine relativ gute wirtschaftliche Absicherung gekennzeichnet. Dadurch können viele – wenn sicherlich nicht alle – Altersrentner und Altersrentnerinnen von einem relativ langen gesunden Alter profitieren, was es ihnen erlaubt, die erste Phase des Rentenalters autonom nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten und zu genießen. Diese Phase ‚später Freiheit‘ dauert sachgemäß unterschiedlich lang, und die Dauer des sogenannten ‚dritten Lebensalters‘ ist beispielsweise von den vorhandenen finanziellen und psychischen Ressourcen sowie den körperlichen Belastungen in früheren Lebensphasen abhängig. Gleichzeitig ist und bleibt das gesunde Rentenalter gesellschaftlich noch weitgehend unbestimmt und konturlos. Allerdings wird gegenwärtig immer stärker versucht, dieser Lebensphase durch neue Modelle eines aktiven, produktiven und kreativen Alters eine klare gesellschaftliche Kontur zu geben, auch um gesunde ältere Menschen gezielt in die gesellschaftliche bzw. intergenerationelle Verantwortung einzubeziehen.

3. *Altersphase: Lebensalter verstärkter Fragilisierung (frailty) (auch Viertes Lebensalter genannt):* Je nach früheren beruflich-biografischen Belastungen und familial-konstitutiven Faktoren treten altersbezogene Einschränkungen und Defizite früher oder später stärker hervor. Bei gesundheitsfördernder Lebensführung erhöhen sich die altersspezifischen Risiken, Defizite und funktionale Einschränkungen heute im Allgemeinen vor allem nach dem 80. Altersjahr. Das fragilisierte Alter – früher auch gebrechliches Alter genannt – ist eine Lebensphase, in der gesundheitliche Beschwerden und funktionale Einschränkungen ein selbständiges Leben nicht verunmöglichen, es aber erschweren. Funktionale Einschränkungen – wie Hörverluste, Seheinbussen, Gehschwierigkeiten, erhöhtes Sturzrisiko usw. – erzwingen eine Anpassung der Alltagsaktivitäten (wie Verzicht auf anstrengende Reisen oder Autofahren). Frauen und Männer im fragilen Lebensalter sind besonders auf eine gute Passung von Wohnumwelt und noch vorhandenen Kompetenzen angewiesen, ebenso wie sie vermehrt auf externe Hilfe bei ausgewählten Tätigkeiten des Alltags angewiesen sind (z.B. beim Putzen, Einkaufen). Im fragilen Alter müssen – bei oft noch guten geistig-kognitiven Fähigkeiten – die Grenzen und Einschränkungen eines alternden Körpers bewältigt werden. Es ist in dieser Lebensphase, wo das psychische Wohlbefinden stark durch Faktoren der ‚mental Kraft‘ bestimmt sind, und es ist in dieser Lebensphase, wo gerontologische Modelle der selektiven Optimierung mit Kompensation und Resilienzmodelle besonders relevant werden.

4. *Altersphase: Pflegebedürftigkeit und Lebensende:* Diese Lebensphase ist durch gesundheitlich bedingte Abhängigkeit charakterisiert. Selbständiges Leben ist kaum mehr möglich, und Menschen sind in dieser Lebensphase selbst bei einfachen Alltagsaktivitäten auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen. Es ist diese Lebensphase, welche meist angesprochen wird, wenn negative Stichworte zum Alter angeführt werden. Sachgemäß werden nicht alle alten Menschen gegen Lebensende pflegebedürftig, aber das Risiko von Pflegebedürftigkeit – und damit elementarer Abhängigkeit von Anderen – steigt im hohen Alter deutlich an, oft kombiniert mit Multimorbidität. Im hohen Lebensalter steigt namentlich auch das Risiko hirnorganischer Erkrankungen rasch an, und gut ein Drittel der über 90-jährigen Menschen ist demenzerkrankt. Die Tatsache, dass körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit heute oft später eintritt, jedoch altersbedingte demenzielle Erkrankungen bisher nicht verhindert werden können, führt dazu, dass der Anteil an hochaltrigen Pflegebedürftigen mit hirnorganischen Einschränkungen zunimmt, was besondere Herausforderungen für Pflege und

Sterbebegleitung bedeutet. Der Trend verläuft gegenwärtig in Richtung einer verstärkten Polarisierung von Pflegebedürftigkeit im (hohen) Alter: Neben einer großen Zahl alter Menschen, die kurz vor ihrem Tod eine Phase der Pflegebedürftigkeit erfahren, zeigt sich auch eine steigende Zahl von langjährig pflegebedürftigen Menschen (etwa Alzheimer Patienten ohne kardio-vaskuläre Risiken).

Die Ausdifferenzierung unterschiedlicher Phasen des Alters in einer Gesellschaft oft langlebiger Menschen führt allmählich zur Entwicklung von zwei unterschiedlichen Alterskulturen, mit jeweils anderen sozialen Schwerpunkten und teilweise gegensätzlichen sozial-ethischen Herausforderungen:

Erstens entsteht nach und nach eine *Kultur für das dritte Lebensalter* (Seniorenalter, gesundes Rentenalter): Für gesunde, aktive und kompetente Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte – und namentlich in der nachberuflichen Lebensphase – stehen Partizipation, Kompetenzerhalt und sozial sinnvolle Aktivitäten im Zentrum. Zu einer positiven Alterskultur in dieser Lebensphase gehören vielfältige Kontakte mit anderen Generationen, wie aber auch - zunehmend gefordert – die Pflicht, sich für andere Generationen einzusetzen. Eine positive und aktive Alterskultur des dritten Lebensalters wird immer mehr als eine zentrale Säule des Generationenvertrags in einer demographisch alternden Gesellschaft verstanden, da nur eine vermehrte soziale Nutzung der (wachsenden) Kompetenzen gesunder älterer Menschen eine Bewältigung der demographischen Herausforderungen erlaubt. Gleichzeitig stärkt eine positive Kompetenzkultur des Alters die soziale Integration älterer Menschen in ihrer nachberuflichen Lebensphase.

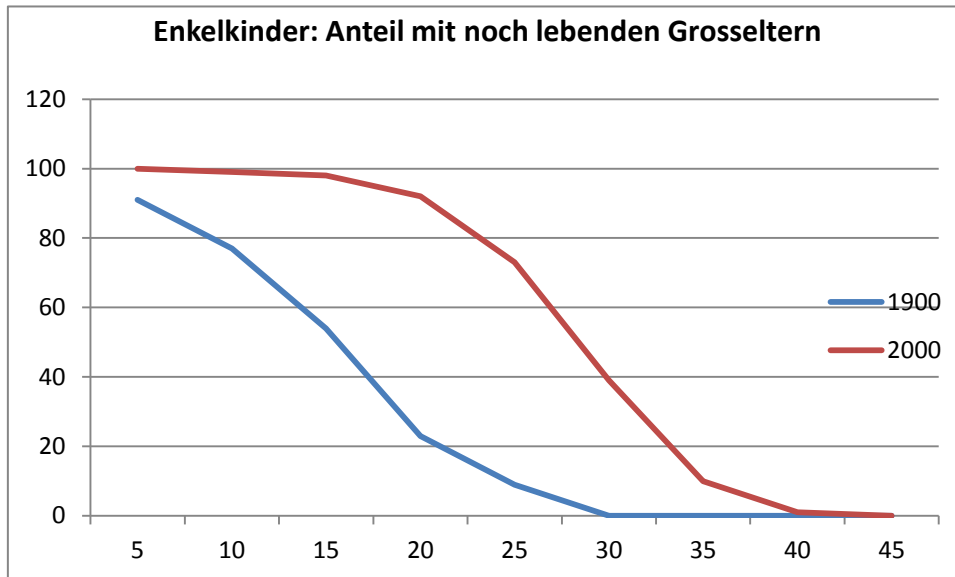
Zweitens kommt es zur weiteren institutionellen Verankerung einer *Alterskultur für das vierte Lebensalter* (fragiles Alter, Pflegebedürftigkeit, Lebensende). Bedeutsame – und traditionsreiche – Elemente dieser zweiten Alterskultur, die von einer verschlechterten Gewinn-Verlust-Bilanz des Lebens ausgeht, sind Solidarität, Unterstützung und Rücksichtnahme, aber auch die Anerkennung der Endlichkeit des Lebens. Es ist primär eine Solidaritäts- und Unterstützungskultur zugunsten abhängig gewordener alter Menschen, es ist aber auch eine Alterskultur, welche die Grenzen des Machbaren anerkennt. So formuliert wird deutlich, dass in einer Alterskultur für das vierte Lebensalter die normalen gesellschaftlichen Leistungsbegriffe disfunktional werden, und es ist in diesem Bereich, wo sich unweigerlich ethische Dilemmas öffnen, etwa zwischen Selbständigkeitserhalt und Unterstützung, zwischen Sicherheit und Autonomie, zwischen medizinischen Interventionen und würdevollem Sterben usw.

### **Zu den Folgen der Langlebigkeit für Generationenbeziehungen**

Unsere Gesellschaft entwickelt sich immer mehr zu einer Drei-Generationen-Gesellschaft und tendenziell sogar zu einer Vier-Generationen-Gesellschaft. War es in vergangenen Jahrhunderten die Ausnahme, wenn Kinder betagte Eltern oder Grosseltern erleben konnten, ist dies heute immer mehr die Norm. Dank der verlängerten Lebenserwartung überschneiden sich die Lebenszeiten von zwei oder drei Generationen einer Familie, namentlich der weiblichen Mitglieder, immer stärker. Während beispielsweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts mehr als die Hälfte der Grosseltern bei der Geburt eines Kindes schon verstorben war, haben heutige Kinder und Jugendliche mehrheitlich noch mehr als einen Grosselternanteil.

Damit sind vertiefte Drei-Generationen-Beziehungen (z.B. enge Kontakte zwischen Enkelkindern und ihren Grosseltern) - früher aus demografischen Gründen relativ selten - überhaupt erst möglich. Gleichzeitig werden früher seltene und ambivalente familiäre Rollensets häufiger, etwa wenn eine 45-jährige Frau gleichzeitig die Mutter eines heranwachsenden Sohnes und das 'Kind' betagter Eltern ist. Daraus können sich neuartige Rollenkonflikte ergeben, wie dies im Stichwort der Sandwich-Generation angetönt wird. So wird heute gut jede fünfte Frau im Lauf ihres Lebens mit einem zweiten familial-beruflichen Vereinbarkeitskonflikt (späte Erwerbsarbeit und Pflege betagter Elternteile) konfrontiert.





Unter intergenerationellen Gesichtspunkten stehen bei sehr alten Frauen und Männer vor allem zwei Aspekte im Zentrum: a) die Wirkung früherer Generationenprägungen und b) eine Veränderung der Stellung im gesellschaftlichen Generationenzusammenhang (vgl. Höpflinger 2011):

Je älter Menschen werden, desto weiter greifen ihre persönlichen Erinnerungen in vergangene Gesellschafts- und Kulturepochen zurück und Gespräche mit sehr alten Menschen bieten Einblick in vergangene Zeitepochen. Gleichzeitig werden Leben und Werthaltungen alter Menschen durch vergangene lebensgeschichtliche Rahmenbedingungen mitgeprägt. Manche heute hochaltrige Menschen haben beispielsweise eine vergleichsweise harte Kindheit und Jugend (in Armut und Not) erfahren, und sie wuchsen oft in traditionell bäuerlich-gewerblichen Milieus oder in Arbeiterkreisen auf. Viele hochaltrige Frauen, aber auch manche hochaltrige Männer, konnten aus wirtschaftlichen Gründen keine weiterführende Ausbildung absolvieren, was später auch die wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen im Alter reduziert hat. So sind Hochaltrige wirtschaftlich insgesamt weniger gut abgesichert als spätere Generationen, da sie noch weniger vom Wohlstandsgewinn der Nachkriegsjahrzehnte zu profitieren vermochten. Die Prägung durch heute verschwundene Sprachformeln, Höflichkeitsgebräuche oder normativ-religiöse Werthaltungen führt dazu, dass im Kontakt zwischen hochaltrigen Menschen und jüngeren Menschen ausgeprägte Generationendifferenzen zu überwinden sind. Hochaltrige Menschen können dies durchaus positiv erleben, etwa als Erfahrung eines gesellschaftlichen Fortschritts und Zufriedenheit darüber, dass es die jüngere Generation ‚einfacher hat‘. Es können aber auch negative Gefühle entstehen, wie Trauer über eine verlorene Jugend oder fehlende eigene Lebenschancen sowie - im Sinne eines gewissen intergenerationalen Neides - Vorbehalte gegenüber Jüngeren, die wirtschaftlich besser gestellt sind oder ‚verwöhnt werden‘

Eine zentrale Herausforderung der Arbeit mit sehr alten Menschen besteht deshalb darin, dass jüngere Personen kompetent mit Menschen umgehen, die einen gänzlich anderen sozio-kulturellen Erlebnishintergrund aufweisen, und im hohen Alter kumulieren und verstärken sich die sozio-kulturellen Generationendifferenzen in positiver wie negativer Weise. Gleichzeitig bedeutet die erhöhte körperliche, psychische und soziale Fragilität eines hohen Lebensalters, dass die Kompetenzen, sich aktiv auf jüngere Menschen einzustellen, eher abnehmen. Im hohen Lebensalter können Generationendifferenzen oft nicht mehr von den älteren Menschen selbst aktiv bewältigt werden, sondern zentral ist eine Anpassung der jüngeren Generation (etwa des Pflegepersonals) an die Lebensgeschichte und Werthaltungen der Vertreterinnen alter Generationen (Petzold, Horn, Müller 2011).

## **Pflegebedürftigkeit im Alter – Beobachtungen und Perspektiven**

### **Gesunde bzw. behinderungsfreie Lebenserwartung im Alter**

„Die Gesundheit im Alter ist das Resultat des Zusammenspiels einer Vielzahl von positiven wie negativen Einflussfaktoren. Die Einwirkungen dieser Faktoren akkumulieren sich von der Kindheit über die Jugend und das Erwachsenenalter bis ins Alter. Die im Determinantenansatz beinhaltete Lebenslaufperspektive berücksichtigt und betont zwei für gesundheitspolitische Massnahmen zentrale Punkte: erstens, die Gesundheit im Alter wird über das ganze Leben bestimmt, und zweitens, der individuelle gesundheitliche Zustand ist so unterschiedlich wie die individuellen Biografien der älteren Menschen.“ (Kickbusch et al. 2009: 130) Im höheren Lebensalter werden gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden häufiger, wobei neben dem Alter - wie angeführt - soziale und lebensgeschichtliche Faktoren das gesundheitliche Befinden entscheidend beeinflussen. So tragen frühere berufliche Belastungen dazu bei, dass etwa älter gewordene ausländische Arbeitskräfte im Rentenalter häufig mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben, wie Rückenprobleme oder Gelenk- und Gliederschmerzen. Speziell bei älteren Migranten aus Balkanländern wird im Alter ein besonders schlechter Gesundheitszustand festgestellt.

Bedeutsam für den zukünftigen Bedarf nach Pflegeleistungen im Alter ist nicht nur die weitere Entwicklung der Lebenserwartung, sondern auch die Entwicklung der gesunden bzw. behinderungsfreien Lebensjahre. Der Effekt der demographischen Alterung und namentlich der steigenden Lebenserwartung auf den Bedarf nach Pflegeleistungen wird abgeschwächt, wenn Menschen nicht nur länger leben, sondern auch länger gesund verbleiben bzw. später pflegebedürftig werden. Umgekehrt kann eine Ausdehnung der Lebenserwartung in schlechter Gesundheit die gesundheitspolitischen Effekte der demographischen Alterung zusätzlich verschärfen.

Die Lebenserwartung als Gesundheitsindikator ist nur in Gesellschaften aussagekräftig, wo Erkrankungen, wie etwa Infektionskrankheiten, rasch zum Tode führen. In Gesellschaften, in denen primär chronische und degenerative Erkrankungen - das heisst Krankheiten, die nicht oder erst später tödlich sind - auftreten, ist ein Anstieg der Lebenserwartung auch bei schlechterem Gesundheitszustand der Bevölkerung denkbar, etwa wenn mehr kranke Menschen dank Medizin und Pflege länger überleben. Gesundheitspolitisch angestrebt wird keine Ausdehnung kranker Lebensjahre, sondern eine Ausdehnung gesunder Lebensjahre. Deshalb wurde in den letzten Jahren vermehrt versucht, die Qualität der Lebensjahre zu erfassen. Dabei werden allerdings unterschiedliche Konzeptualisierungen verwendet, die methodische Unterschiede aufweisen (vgl. Bundesamt für Statistik 2009):

- a) Gesunde Lebenserwartung („healthy life expectancy“): Erfasst werden die Anzahl Lebensjahre, die in guter Gesundheit verbracht werden. Da Gesundheit ein breites Konzept mit verschiedenen Dimensionen darstellt, existieren unterschiedliche Definitionen einer Lebenserwartung in guter Gesundheit. In der Praxis wird die Lebenserwartung in guter Gesundheit oft als allgemeiner Begriff für Indikatoren verwendet, die Daten zur Sterblichkeit und zur Krankheitshäufigkeit (Morbidity) in einer einzigen Kennzahl verbinden. Der Indikator der gesundheitsbereinigten Lebenserwartung („health-adjusted life expectancy“) - wie er von der Weltgesundheitsorganisation WHO benützt wird - misst die bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre (wobei die nicht krankheitsfreien Lebensjahre von der gesamten Lebenserwartung abgezogen werden).
- b) Beschwerdefreie Lebenserwartung („painless life expectancy“): Gemessen wird die Zahl an Lebensjahren ohne massive körperliche Beschwerden (bezogen etwa auf Gelenk- und Gliederschmerzen, Rücken- und Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen usw.). Bisher noch kaum erfasst, dürfte die beschwerdefreie Lebenszeit - auch im Rahmen pharmakologischer Entwicklungen und neuer Konzepte palliativer Pflege - an Bedeutung gewinnen. Gerade im höheren Lebensalter ist

Beschwerdefreiheit - auch bei körperlichen Einschränkungen - ein zentrales Qualität der Lebensqualität.

- c) Behinderungsfreie Lebenserwartung („disability-free life expectancy“): Dieser Indikator ist ein Mass für die Zahl der Lebensjahre, die ohne funktionale Alltagseinschränkungen verbracht werden. Diese Masszahl kombiniert Daten zur altersspezifischen Sterblichkeit und zur altersspezifischen Häufigkeit funktionaler Einschränkungen. Umgekehrt erfasst die Lebenserwartung mit Behinderung („disabled life expectancy“) die durchschnittliche Anzahl von Jahren, die mit gesundheitlich bedingten funktionalen Alltagseinschränkungen verbracht werden. Durch den Vergleich des Verhältnisses zwischen behinderungsfreier Lebenserwartung und gesamter Lebenserwartung kann im Zeitvergleich überprüft werden, ob es zu einer relativen Ausdehnung oder im Gegenteil zu einer Verkürzung (Kompression) schwerer Morbidität im Alter gekommen ist.

Im Zusammenhang mit Fragen der Pflegebedürftigkeit im Alter und den damit verbundenen ambulanten und stationären Pflegeleistungen wird in der Schweiz primär die behinderungsfreie Lebenserwartung berechnet, wobei behinderungsfrei/behindert auf der Grundlage von Skalen zur Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens („activity of daily living“, ADL-Skala) gemessen wird. Die nachfolgende Tabelle zeigt die berechnete durchschnittliche Lebenserwartung ohne funktionale Behinderungen und die durchschnittliche Lebenserwartung mit funktionalen Alltagsbehinderungen für Männer und Frauen im Alter von 65 Jahren in der Schweiz.

<b>Zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung nach 65 in der Schweiz</b>				
	1981/82	1997/99	2002	2008*
Männer im Alter von 65 Jahren				
Lebenserwartung total	14.6	16.7	17.5	19.0
Behinderungsfreie Lebensjahre	11.5	13.0	14.6	16-17
Jahre mit Behinderungen	3.1	3.7	2.9	2-3
Frauen im Alter von 65 Jahren:				
Lebenserwartung total	18.5	20.6	21.1	22.2
Behinderungsfreie Lebensjahre	12.2	16.3	15.9	17-18
Jahre mit Behinderungen	6.3	4.3	5.2	4-5

Quelle: Bundesamt für Statistik 2009: Tabelle 3. \* Schätzung auf Grundlage aktuellster Daten zum Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung.

Deutlich wird zum einen, dass Frauen im Alter zwar mehr behinderungsfreie Jahre geniessen können als Männer, dass sie aber gleichzeitig auch länger behindert verbleiben. Zum anderen wird sichtbar, dass der Gewinn an behinderungsfreier Lebenserwartung mit 65 Jahren in den letzten Jahrzehnten in etwa parallel zu derjenigen der Restlebenserwartung anstieg, und zwar bei beiden Geschlechtern. Die simultane Erhöhung der beiden Indikatoren deutet darauf hin, dass die 65-jährige und ältere Bevölkerung in der Schweiz häufig lange behinderungsfrei altert, wobei gesundheitlich bedingte Einschränkungen des Alltagslebens vielfach erst im hohen Alter auftreten. Nach 1981/82 kam es zu einer leichten Kompression schwerer Morbidität, und der Anteil der behinderungsfreien Lebenserwartung an der gesamten Restlebenserwartung ab 65 stieg bei den Männern leicht und bei den Frauen deutlich an. Vor allem bei Frauen hat sich der Anteil der behindert verbrachten Rentenjahre substantiell reduziert, wogegen die Kompression schwerer Morbidität bei Männern geringer ausfiel.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die günstige Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz einher ging mit einer positiven Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung. Mit anderen

Worten: Die behinderungsfreie Lebenserwartung mit 65 Jahren stieg in den letzten dreissig Jahren ebenso an wie der Anteil der behinderungsfrei verbrachten Jahre an der Restlebenszeit. Diese Entwicklung steht im Einklang mit der These einer Kompression schwerer Morbidität auf eine relativ kurze Phase am Ende des Lebens, zumindest für eine bedeutsame Gruppe älterer Frauen und Männer. Da diese Entwicklung primär von der Häufigkeit chronischer Erkrankungen im Alter abhängig ist, die funktionale Einschränkungen (Behinderungen) nach sich ziehen, können sich dahinter verschiedene Prozesse verbergen: Die behinderungsfreie Lebenserwartung kann einerseits ansteigen, weil Menschen länger gesund verbleiben und chronische Erkrankungen im Alter nicht oder später eintreten. Andererseits kann das gleiche Ergebnis die Folge davon sein, dass chronische Erkrankungen - dank sekundärer Prävention, medizinischen Interventionen und besserer Rehabilitation - weniger häufig oder später zu funktionalen Alltagseinschränkungen führen (wie dies etwa zeitweise in Frankreich beobachtet wurde).

Die zukünftige Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung im Alter hängt primär von der Entwicklung wichtiger degenerativer Erkrankungen (namentlich von Herz-Kreislauf-Störungen, Krebsmorbidity) ab. Ein Ausschluss schwerer Morbidität aufgrund der wichtigsten degenerativen Erkrankungen könnte in Westeuropa zu einer Erhöhung der behinderungsfreien Lebenserwartung um rund 5 Jahre - gegenüber dem Stand von 2000 - führen. Umgekehrt kann eine zunehmende Häufigkeit schweren Übergewichts (Adipositas) und den damit verbundenen Begleiterkrankungen (wie Diabetes) zu einer Wende des Langzeittrends im Bereich der Behinderungshäufigkeit führen. Die aktuellen Trends von Adipositas könnten weltweit eine Einbusse an Lebenserwartung in guter Gesundheit von 2,8 Jahren nach sich ziehen.

Damit kann sich aufgrund einer gleichzeitigen Entwicklung zu ungesunder Lebensweise (zu wenig Bewegung, ungesunde Ernährung) und steigender sozialmedizinischen Interventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten eine verstärkte Diskrepanz zwischen der Lebenserwartung mit leichter Morbidität und der Lebenserwartung mit schwerer Morbidität ergeben. Oder in anderen Worten: Die nähere Zukunft des Alters kann durchaus darin bestehen, dass Menschen zwar noch länger leben, sie aber - etwa wegen häufigerem Übergewicht - länger ungesund verbleiben, ohne dass sie - wegen guter Pflege und guter medizinischer Versorgung - mehr behinderte Lebensjahre erleiden. Es ist auf jeden Fall zentral - und für die Pflegeangebote wichtig - zwischen leichter Morbidität und schwerer Morbidität - die zu alltagsrelevanten funktionalen Einschränkungen beiträgt - zu differenzieren. Zudem zeichnet sich aktuell eine gewisse Zweiteilung der Pflegebedürftigkeit im Alter ab: Auf der einen Seite findet sich eine grosse Gruppe von Menschen, die lange behinderungsfrei verbleiben und die erst gegen Lebensende eine oft relativ kurze Phase von Pflegebedürftigkeit erfahren. Auf der anderen Seite existiert eine Minderheit älterer Menschen, die längere Zeit behindert und pflegebedürftig verbleiben (etwa demenzerkrankte Menschen ohne kardiovaskuläre Risiken).

### **Pflegebedürftigkeit im Alter**

Im Alter und insbesondere im hohen Lebensalter ist Pflegebedürftigkeit allerdings oft nicht auf eine Ursache allein zurückzuführen, sondern sie ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener alters- und krankheitsbedingter Faktoren. Multimorbidität - das Zusammenwirken verschiedener Krankheiten - ist im hohen Lebensalter häufig. Gleichzeitig hängt Pflegebedürftigkeit davon ab, welche Alltagsaktivitäten als unabdingbar erachtet werden. Eine ältere Person im Rollstuhl kann bei geeigneter Lage und Ausrüstung ihrer Wohnung weiterhin selbstständig haushalten. Im Allgemeinen wird deshalb das Konzept der Pflegebedürftigkeit an elementare tägliche Verrichtungen geknüpft. Häufig werden zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit die ADL-Kriterien (activity-of-daily-living) verwendet: Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, sich selbst an- und auskleiden, zu Bett zu gehen oder das Bett zu verlassen, selbst die Körperpflege zu übernehmen und sich zumindest innerhalb der Wohnung zu bewegen.

Das Risiko von Pflegebedürftigkeit steigt - erwartungsgemäss - mit dem Alter an: Während bis zur Altersgruppe 75-79 deutlich weniger als zehn Prozent pflegebedürftig sind, sind dies schon mehr als 13% der 80-84-Jährigen und gut 34% der 85-jährigen und älteren Bevölkerung der Schweiz. Eine Schätzung für das hohe Alter deutet darauf hin, dass im hohen Alter von 90 Jahren und älter mit einer Pflegebedürftigkeit von über fünfzig Prozent zu rechnen ist.

Zusammengerechnet ergeben sich nach den Pflegequoten in nachfolgender Tabelle in der Schweiz für das Jahr 2008 um die 115'000 pflegebedürftige Frauen und Männer im Alter von 65 Jahren und höher. Die Eingrenzung der oberen Alterskategorie (85+) führt allerdings zu einer gewissen Ungenauigkeit, da die Zahlen für das hohe Alter nicht differenziert sind. Werden die Daten nicht nur nach fünf, sondern nach sechs Altersgruppen differenziert bzw. die Pflegequoten der 85-89 und 90+-Jährigen ausdifferenziert, erhöht sich die Zahl der als pflegebedürftig einzustufenden Menschen leicht (für 2008 auf 118'574 Personen). Ausgehend von der gewählten Definition (pflegebedürftig ist, wer bei den fünf erfassten ADL-Kriterien mindestens eine starke Schwierigkeit aufweist oder diese Tätigkeit nicht mehr selbstständig erfüllen kann) lässt sich somit schätzen, dass 2008 in der Schweiz zwischen 115'000 und 119'000 Menschen (65+) pflegebedürftig waren. Davon war mehr als die Hälfte älter als 84 Jahre.

#### Geschätzte Pflegequoten im Alter 2008

	Altersgruppen:				
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Pflegebedürftige in %: *					
Total	1.4%	3.5%	6.3%	13.3%	33.9%
Männer	1.1%	3.4%	7.2%	9.0%	23.3%
Frauen	1.7%	3.6%	5.7%	15.9%	38.2%

\* In Alters- und Pflegeheimen sowie zu Hause gepflegte Personen.

Bevölkerungsbasis: BFS, ESPOP 2008.

Quelle für Zahl an Pflegebedürftigen bzw. Pflegequoten: BFS, SOMED, BFS, ESPOP 2008, BFS, SGB 2007, BFS; ESAI, Analyse: Obsan/Höpflinger 2010.

Vgl. Höpflinger, Bayer-Oglesby, Zumbrunn 2011

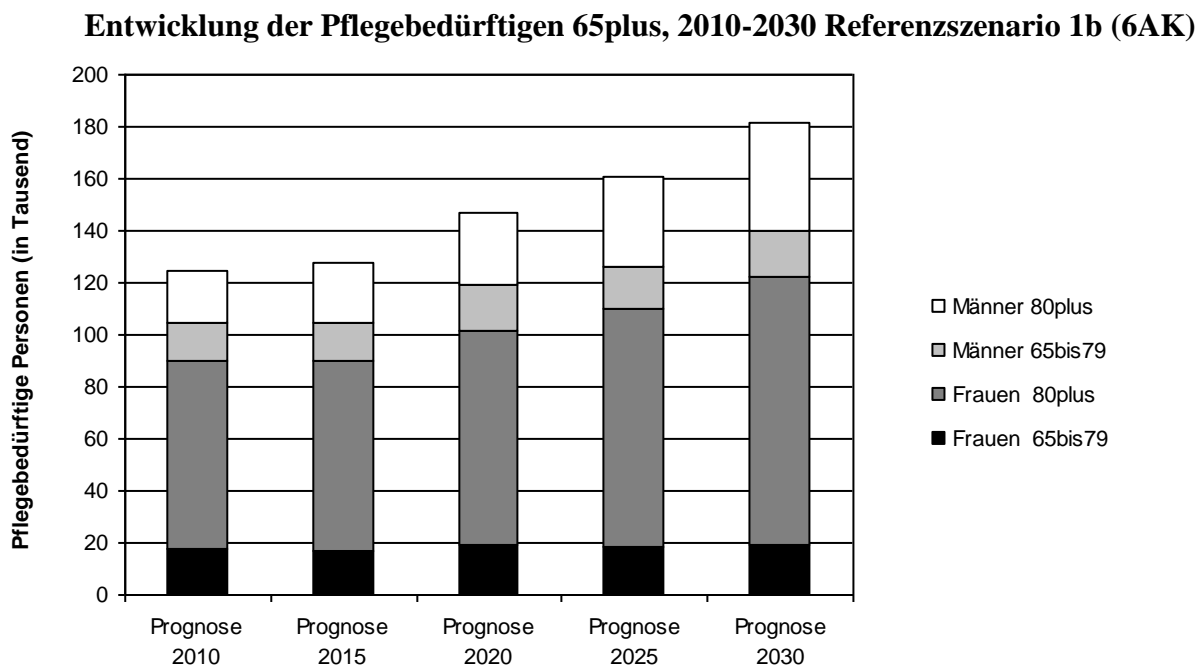
Im Alter sind mehr Frauen als Männer pflegebedürftig, auch weil mehr Frauen als Männer ein hohes Lebensalter erreichen. Im höheren Lebensalter sind zudem - mit Ausnahme der Altersgruppe 75-79 - auch die Pflegequoten von Frauen höher, etwa weil mehr Frauen bei Pflegebedürftigkeit länger überleben als gleich stark betroffene Männer. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei kardiovaskulären Risiken können beispielsweise dazu führen, dass Frauen im Alter häufiger an langjähriger Herzinsuffizienz leiden, wogegen Männer häufiger durch Herzinfarkte betroffen sind. In jedem Fall können geschlechtsspezifische Unterschiede der Pflegequoten diverse Ursachen aufweisen, und bei der Gruppe 85+ ist zusätzlich zu beachten, dass auch Unterschiede der Altersverteilung von Bedeutung sind. Frauen sind nicht primär deshalb im hohen Alter häufiger pflegebedürftig als Männer, weil sie ein höheres Risiko aufweisen, pflegebedürftig zu werden, sondern primär weil sie häufiger als Männer ein sehr hohes Alter erreichen und sie zudem auch bei Pflegebedürftigkeit oft länger überleben.

Von den Pflegebedürftigen im Alter 65+ werden 45-46% zu Hause gepflegt und 54-55% stationär in einer Alters- und Pflegeeinrichtung. Damit liegt der Anteil der stationär gepflegten Pflegebedürftigen deutlich höher als in vielen anderen europäischen Ländern. Ein Grund liegt in einer langen sozialpolitischen Tradition einer kommunalen Altersversorgung - mit starkem Ausbau stationärer Einrichtungen - in der Schweiz, namentlich in deutschschweizerischen Kantonen. Ein weiterer Grund ist eine geringe Tradition von Mehrgenerationenhaushaltungen in der Schweiz;

einem Land, wo eher multilokale Mehrgenerationen-Familien (je selbständiges Leben und Wohnen jeder Generation) zur Norm gehören.

Aufgrund der steigenden demographischen Alterung ist zukünftig mit einer steigenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen im Alter zu rechnen, wobei das Ausmass des demographischen Effekts stark von der weiteren Entwicklung der Lebenserwartung im Alter abhängig ist. Entscheidend für die zukünftige Entwicklung sind auch Beginn und Dauer von Pflegebedürftigkeit im Alter. Bleiben alte Menschen länger behinderungsfrei, wird der demographische Effekt (mehr alte Menschen) abgeschwächt. Umgekehrt kann ein früheres Einsetzen oder eine erhöhte Dauer von Pflegebedürftigkeit den Effekt der demographischen Alterung verstärken.

Die nachfolgende Graphik zeigt die zahlenmässige Entwicklung pflegebedürftiger Menschen (65+) in der Schweiz, wenn vom Referenzszenario ausgegangen wird (steigende Lebenserwartung im Alter, aber gleich bleibende Dauer von Pflegebedürftigkeit)



Quelle: Höpflinger, Bayer-Oglesby, Zumbrunn 2011

Nach diesem Szenario würde sich die Zahl von älteren pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz von gut 125'000 Personen im Jahr 2010 bis 2030 auf gut 182'000 Personen erhöhen (was eine relative Zunahme um 46% bedeutet). Der relative Anteil an 80-jährigen und älteren Pflegebedürftigen in dieser Gruppe steigt in diesem Szenario an, von 74% (2010) auf knapp 80% (2030). In anderen Worten: Es dürfte in Zukunft nicht nur mehr pflegebedürftige Menschen - mehrheitlich Frauen - geben, sondern sie werden in vielen Fällen auch älter sein (was z.B. das Risiko von Multimorbidität erhöht).

### **Fokus: Demenzielle Erkrankungen**

Demnzerkrankungen gehören zu den häufigsten geriatrischen Erkrankungen im Alter, und aufgrund der steigenden Zahl hochaltriger Menschen stellen demenzielle Erkrankungen in ihren vielfältigen Formen eine zentrale gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung in einer Gesellschaft langlebiger Menschen dar. Demenzen umfassen ein breites Spektrum von Erkrankungen, die mit gravierenden kognitiven und das Gedächtnis betreffenden Einbussen einhergehen. Diese Einbussen führen zu merkbaren Einschränkungen der Alltagsfunktionen betroffener

Menschen und sie können eine vollständige Unselbständigkeit nach sich ziehen. Zur Diagnose einer Demenz - etwa vom häufigsten Typ Alzheimer - gehört, dass neben Gedächtnisdefiziten, die als Kardinalsymptom einer Demenz bezeichnet werden können, mindestens eine weitere kognitive Domäne beeinträchtigt sein muss und beide Einbussen so deutlich sind, dass sie die Alltagskompetenzen des Patienten erheblich mindern.

**Demenzielle Störungen pro 100 Personen, nach EuroCoDe (European Collaboration on Dementia)**

	Altersgruppen:							
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Männer	0.2	1.8	3.2	7.0	14.5	20.9	29.2	32.4
Frauen	0.9	1.4	3.8	7.6	16.4	28.5	44.4	48.8
Total	0.6	1.6	3.5	7.4	15.7	26.0	41.0	46.3

Quelle: EuroCoDe 2009.

Obwohl auch früh demenzielle Erkrankungen auftreten - die oft klar genetische Ursachen aufweisen - sind Demenzerkrankungen weitgehend eine ‚Alterskrankheit‘. Inzidenzraten wie auch Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen steigen mit dem Lebensalter nahezu exponentiell an. Altersstandardisierte Studien lassen bisher weder signifikante Kontextunterschiede nachweisen (zumindest in den letzten Jahrzehnten), was auf eine enge Beziehung des Risikos hirngestörter Störungen mit dem chronologischen Alter deutet. Oder in anderen Worten: Es gibt heute nicht mehr ältere Menschen mit Demenzerkrankungen, weil das Krankheitsrisiko angestiegen ist, sondern primär, weil heute mehr Menschen ein Alter erreichen, bei dem demenzielle Störungen häufiger auftreten.

Eine weiter steigende Lebenserwartung im Alter, welche zur ‚Normalisierung‘ eines hohen Lebensalters beiträgt, ebenso wie sozio-medizinische Entwicklungen können dazu beitragen, dass sich auch bei gleichbleibenden altersspezifischen Inzidenzraten von Demenz die altersspezifischen Prävalenzraten erhöhen: Wenn mehr Menschen - und namentlich auch mehr Männer - ein hohes Alter (von 90 Jahren und mehr) erreichen, wird Hochaltrigkeit sozial wie genetisch weniger selektiv, wodurch Plafonierungseffekte von Demenz im hohen Alter sich abschwächen oder ganz verschwinden. Gleichzeitig können sozio-medizinische Fortschritte dazu beitragen, dass alte Menschen mit Demenz - aufgrund relativ guter körperlicher Verfassung und Pflege - länger überleben als früher. Eine Meta-Analyse von 21 neueren europäischen Prävalenzstudien zur Demenz weist jedenfalls darauf hin, dass solche Prozesse dazu führen, dass aktualisierte Prävalenzraten im hohen Alter deutlich höher liegen als dies noch vor zehn Jahren der Fall war.

Das Verschwinden von Plafonierungseffekten wie auch eine erhöhte Lebenserwartung demenzbetroffener Frauen und Männer erhöhen die geschätzte Zahl hochaltriger Demenzkranker wesentlich. Dabei ist anzumerken, dass - soweit ersichtlich - die höheren altersspezifischen Prävalenzraten demenzieller Störungen bei alten Frauen primär die Tatsache widerspiegeln, dass Frauen auch bei Demenzerkrankungen länger überleben als Männer (und weniger ein höheres altersspezifisches Risiko). Werden die neuen altersspezifischen Prävalenzraten auf die Altersbevölkerung umgerechnet, ergeben sich deutlich höhere Zahlen von demenzerkrankten älteren Menschen (60+): Nach alten Prävalenzraten liegt die Zahl an demenzerkrankten älteren Menschen in der Schweiz im Jahre 2010 bei 105'270 Personen, nach neuen Prävalenzraten hingegen bei 128'390 Personen, wovon mehr als ein Fünftel (21.1%) über 90-jährig ist.

## Pflege im Alter in der Schweiz - im intereuropäischen Vergleich

Obwohl der demographische Wandel wie auch des Wandel des Alterns und der Pflegestrukturen über die Landesgrenzen hinweg beobachtbare Prozesse darstellen, ergeben sich in einigen Bereichen dennoch länderspezifische Differenzen, die zum Teil auf wohlfahrtsstaatliche Unterschiede zurückzuführen sind. Im Folgenden werden zentrale Merkmale der Pflege im Alter in der Schweiz intereuropäisch eingeordnet.

Wohlstandsbedingt gehört die Schweiz zu den europäischen Ländern, in denen die Menschen von einer insgesamt langen Lebenserwartung zu profitieren vermögen, und auch die behinderungsfreie Lebenserwartung im Rentenalter ist ausgedehnt. Die im Rahmen des European Social Surveys 2008/09 erhobenen Befragungsdaten aus 26 europäischen Ländern zeigen, dass zumindest die zuhause lebende ältere Bevölkerung (65+) der Schweiz zu den europäischen Bevölkerungen mit einer der höchsten subjektiven Gesundheitseinschätzung und sehr hohen Werten bezüglich allgemeiner Lebenszufriedenheit und individuellen Glücksgefühlen gehören. Die subjektive Gesundheitseinschätzung älterer Befragte zeigt in der Schweiz analog gute Werte wie in skandinavischen Ländern oder den Niederlanden. Sie ist leicht höher als etwa in Deutschland oder Frankreich, und deutlich besser als in süd- und osteuropäischen Ländern. Analoges zeigt sich bei allgemeiner Lebenszufriedenheit und Glücksgefühlen im Alter, wo die Schweizer Befragten nach den dänischen Befragten die zweithöchsten Werte anführen. Auch bezüglich funktionalen Einschränkungen im höheren Lebensalter gehört die Schweiz nach den SHARE-Daten zu den europäischen Ländern mit relativ geringen Anteilen von über 50-Jährigen, die an körperlichen Beeinträchtigungen leiden: In der Schweiz und den Niederlanden leiden nur etwas mehr als 6% der 50-jährigen und älteren Befragten an körperlichen Beeinträchtigungen. In Frankreich und Italien sind es über 10%, und der höchste Wert wurde in Spanien gemessen (13%) (vgl. Haberkern 2009: 89).

### Anteil von Personen, die in Alters- und Pflegeheimen betreut werden: Schweiz 2002 und 2009

	Ende 2002	Ende 2009
65-69 J.	0.7%	0.7%
70-74 J.	1.6%	1.5%
75-79 J.	4.0%	3.6%
80-84 J.	10.4%	9.2%
85-89 J.	23.5%	21.3%
90+ Jahre	43.1%	38.8%

Quelle: Bundesamt für Statistik, Statistik der sozialmedizinischen Einrichtungen 2002 und 2009

Bezogen auf die Alterspflege ist auffallend, dass die Schweiz im intereuropäischen Vergleich zu den Ländern gehört, in denen ein relativ hoher Anteil der pflegebedürftigen Menschen stationär gepflegt wird, was umgekehrt einschliesst, dass der Anteil der zuhause gepflegten Pflegebedürftigen in der Schweiz international betrachtet relativ tief liegt. Der Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung, die institutionelle Pflege erhält, zeigte in der Periode 2004/07 nach Island (9.3%) in der Schweiz mit 6.6% den international zweithöchsten Wert, vor den Niederlanden (6.5%) und Schweden (6.0%). In den Nachbarländern der Schweiz werden deutlich weniger ältere Menschen stationär betreut (Deutschland: 3.8%, Frankreich: 3.1%, Italien 2.0% und Österreich 3.3%). Entsprechend ist in der Schweiz der Anteil an alten Menschen, die ihr Leben in einem Alters- und Pflegeheim beenden, höher als in vielen anderen europäischen Ländern.



### **Zur intergenerationellen Hilfe und Pflege**

Was intergenerationelle Hilfe und Pflege betrifft, zeigen sich ausgeprägte geschlechtsspezifische Unterschiede und Töchter sind weiterhin häufiger und stärker engagiert als Söhne. „Müttern wird deutlich mehr geholfen, und Töchter helfen etwas mehr als Söhne, so dass die Tochter-Mutter-Dyade auch in punkto Hilfe hervortritt. Darauf folgen Sohn-Mutter- und Tochter-Vater-Beziehungen, das niedrigste Hilfeniveau findet sich bei Hilfe von Söhnen an ihre Väter.“ (Brandt 2009: 80). Da die allermeisten Töchter und Söhne nicht im gleichen Haushalt mit ihren alten Eltern leben, handelt es sich zumeist um ausserhäusliche Unterstützung, und Hilfeleistungen sind dabei häufiger als Pflegeleistungen im engeren Sinne. Gegenwärtig helfen Töchter und Söhne häufig, aber sie übernehmen weitaus weniger direkte, alltägliche und intime Pflegeleistungen. Europaweit halfen nur gut 11% der Töchter und nur knapp 4% der Söhne ihren pflegebedürftigen alten Eltern direkt bei der Körperpflege (vgl. Schmid 2012: 130). In diesem Rahmen zeigt sich gegenwärtig vermehrt eine gewisse funktionale Spezialisierung, indem erwachsene Kinder ihren alten Eltern helfen, aber – auch wegen erwerbsbedingten Belastungen – die intensiven und körperintimen Pflegeleistungen vermehrt professionellen Diensten überlassen. Speziell bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit ist bei alten Menschen ohne Partner bzw. Partnerin eine Kombination informeller Hilfe und formeller Pflege häufig geworden. Vor allem in Ländern – wie der Schweiz – mit ausgebauten ambulanten Pflegediensten (Spitex u.a.) engagieren sich Töchter häufig, aber sie delegieren zeitintensive und intime Pflegeleistungen vermehrt an professionelle Dienste.

Das intergenerationelle Engagement von Töchtern und Söhnen zugunsten ihrer alten Eltern hängt sowohl von der Lebenssituation der erwachsenen Kinder (Erwerbsbeteiligung, geographische Entfernung zu Eltern, Vorhandensein von Geschwistern u.a.) als auch von der Bedürfnisstruktur des pflegebedürftigen Elternteils (Ausmass der Pflegebedürftigkeit, alleinlebend oder nicht, elterliche Erwartungen u.a.) ab. Pflegende Söhne erwähnen als Motive an erster Stelle moralisch-ethische Verpflichtungen, an zweiter Stelle, dass die Pflege ihnen ein gutes Gefühl vermittelt und erst an dritter Stelle Liebe und Zuneigung. Bei pflegenden Töchtern wird hingegen mit höchster Priorität Liebe und Zuneigung angeführt, gefolgt von moralischer Verpflichtung. Bei Frauen scheinen Liebe und Zuneigung zentrale Pflegemotive zu sein, bei Männern sind Prinzipientreue mindestens so zentral wie Gefühle. Sowohl bei Töchtern als auch bei Söhnen ist die Bereitschaft seinen alten Eltern zu helfen, ausgeprägter, wenn Beziehung zu den Eltern positiv eingeschätzt wird.

In der Schweiz wird allerdings auch der Faktor ‚keine Alternative/notwendig‘ als Grund für eine familiäre Pflege oft angeführt, und zwar deutlich häufiger als in anderen europäischen Ländern (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger 2012: 136-139). Und die Zahl von Töchtern, die unwillentlich in eine (als belastend erlebte) Pflegebeziehung ‚hineingerutscht‘ sind, ist beträchtlich. Dies zeigt sich etwa darin, dass pflegende Töchter bei weitem mehr Zeit in die Pflege alter Eltern investieren als sie eigentlich möchten. Für eine hohe psychische Belastung (tiefes Wohlbefinden, chronischer Stress) sind Grad der Pflegebedürftigkeit des gepflegten Angehörigen sowie die Dauer des Pflegeverhältnisses interessanterweise weniger bedeutsam als soziale Faktoren, wie etwa eine negative Einschätzung der eigenen Kindheit (und damit oft auch der Erziehung durch Eltern), eine geringe Hilfsbereitschaft sowie das Gefühl, dass die Pflege zu viele negative Auswirkungen auf das eigene Leben und die sozialen Kontakte aufweist. Auch der Wunsch nach weniger Zeitinvestment in die Pflege und eine geringe Zufriedenheit mit der Pflegesituation sind von Bedeutung (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger 2012: 160ff.).

In Schweizer Familien konzentriert sich der überwiegende Teil der Angehörigenpflege auf Partnerin, Partner, Töchter und Söhne. Im Unterschied zu anderen Kulturen spielen weitere Angehörige eine weniger bedeutsame Rolle. In Einzelfällen kümmert sich eine Schwiegertochter um die alten Eltern ihres Partners (kaum je aber ein Schwiegersohn). Geschwister können im Alter bedeutsame moralische Unterstützung leisten, sie sind – mit Ausnahmen (etwa eine Schwester, die zu ihrem alten Bruder zieht, um ihn zu pflegen) – insgesamt wenig in der Alterspflege involviert (was auch damit zusammenhängt, dass aufgrund des Geburtenrückgangs die Zahl an Geschwistern

gesunken ist). Insgesamt gesehen beschränkt sich die Angehörigenpflege in der Schweiz somit in starkem (und möglicherweise überstarkem) Masse auf Mitglieder der Kernfamilie (Partnerin, Partner, Töchter, Söhne). Ausserfamiliale Bezugspersonen (Freunde, Nachbarn) sind bei eigentlichen Betreuungs- und Pflegeleistungen nur in Ausnahmen bedeutsam. Sie leisten aber nicht selten wertvolle Hilfeleistungen (etwa Hilfe beim Einkaufen, beim Haushalten), und vor allem Freundschaftsbeziehungen können wertvolle soziale und moralische Unterstützung vermitteln. Sozialpolitische Vorstellungen, Nachbarn und Freunde verstärkt in die engere Pflege alter Menschen einzubinden, sind jedoch illusorisch, da Nachbarschaften, aber auch Freundschaften – oft in etwa gleichaltrig wie die zu pflegende Person – durch intensive Betreuungs- und Pflegeleistungen klar überfordert werden. Dasselbe gilt im Übrigen auch für Pflegeleistungen durch ‚Freiwillige‘.

### **Literaturhinweise zu Bevölkerungsentwicklung/demographische Alterung:**

- Bundesamt für Statistik (2009) Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz, Neuchâtel: BfS.  
 Bundesamt für Statistik (2010a) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060, Neuchâtel: BFS.  
 Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy; Zumbrunn, Andrea (2011) Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern: Huber.  
 Höpflinger, François (2012) Bevölkerungssoziologie. Einführung in demographische Prozesse und bevölkerungssoziologische Ansätze, Weinheim: Beltz Juventa  
 Jaccard Ruedin, H.; Weaver, F. (2009) Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030, Careum Working Paper 1, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

### **Ausgewählte Literaturhinweise zum Thema Alter/n und Generationenbeziehungen**

- Backes, G. M.; Amrhein, L. (2008) Potenziale und Ressourcen des Alter(n)s im Kontext von sozialer Ungleichheit und Langlebigkeit, in: H. Künemund, K. R. Schroeter (Hrsg.) Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 71-84.  
 Brandt, M. (2009) Hilfe zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.  
 Erlinghagen, M.; Hank, K. (Hrsg.) (2008) Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.  
 Höpflinger, François (2009) Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter, Zürich: Seismo-Verlag.  
 Höpflinger, François (2011) Viertes Lebensalter - zur Situation hochaltriger Menschen, in: Sozialalmanach 2011: Das vierte Lebensalter, Luzern: Caritas Verlag:59-72.  
 Höpflinger, François (2012) Bevölkerungssoziologie. Einführung in demographische Prozesse und bevölkerungssoziologische Ansätze, Weinheim: Beltz Juventa  
 Karl, Fred (Hrsg.) (2012) Das Altern der ‚neuen‘ Alten. Eine Generation im Strukturwandel des Alters, Münster: Lit-Verlag.  
 Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.) (2010) Altern im Wandel. Befunde des deutschen Alterssurveys (DEAS), Stuttgart: Kohlhammer: 90-117.  
 Perrig-Chiello, P. Höpflinger, F.; Suter, C. (2008) Generationen – Strukturen und Beziehungen. Generationenbericht Schweiz, Zürich: Seismo.  
 Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F. (2009) Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter, Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François (Hrsg.) (2012) Pflgende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege, Bern: Huber-Verlag
- Petzold, H.G.; Horn, E.; Müller, L. (2011) (Hrsg.) Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmid, T. (2012) Geschlecht und Sozialpolitik in Europa. Geschlechterunterschiede zeitlicher Unterstützung zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern, Doktorarbeit am Soziologischen Institut der Universität Zürich, Juni 2012 (mimeo.).
- Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens, Ziegelmann, Jochen P. (Hrsg.) (2012) Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen, Stuttgart: Kohlhammer.

letzte Aktualisierung: 3. April 2013