

Alter Anziani Vieillesse

Hauptergebnisse
und Folgerungen
aus dem Nationalen
Forschungsprogramm
NFP32

François Höpflinger und Astrid Stuckelberger

In Zusammenarbeit mit Hermann-Michel Hagmann

*und mit der Unterstützung von : Peter Binswanger, François Huber,
Charles Kleiber, Mimi Lepori Bonetti, Pasqualina Perrig-Chiello,
Yvonne Preiswerk, Jean-Pierre Rageth, Hannes B. Stähelin,
Helmut Schneider, Hans Schmid, Jean Wertheimer.*



Bern, 1999

Alter Anziani Vieillesse

François Höpflinger und Astrid Stuckelberger

*In Zusammenarbeit mit **Hermann-Michel Hagmann**,
Präsident der Expertengruppe NFP 32*

und mit der Unterstützung der Mitglieder der Expertengruppe :

**Peter Binswanger, François Huber, Charles Kleiber, Mimi Lepori Bonetti,
Pasqualina Perrig-Chiello, Yvonne Preiswerk, Jean-Pierre Rageth,
Hannes B. Stähelin, Helmut Schneider, Hans Schmid, Jean Wertheimer.**

Uebersetzungen

Französische Version : A. Stuckelberger

Italienische Version : G. Bernasconi-Romano

Englische Version: J. Haller Pratt

Als zu Beginn der 90er Jahre der Bundesrat den Schweizerischen Nationalfonds mit der Ausarbeitung eines nationalen Forschungsprogrammes (NFP 32) zum Thema «Alten» beauftragte, nahmen gerontologische Fragestellungen in der schweizerischen Forschungslandschaft noch eine eher marginale Stellung ein. Heute ist die Situation im positiven Sinne grundlegend anders.

Dank der qualitativ hochstehenden Forschungstätigkeit von rund dressig wissenschaftlichen Forschungsteams, unterstützt durch eine qualifizierte Programmeleitung und der Begleitung einer engagierten Expertengruppe hat die Forschung zur demographischen Alterung und Alternsprozessen in der Schweiz einen entscheidenden Schritt vorwärts gemacht. Der vorliegende wissenschaftliche Synthesebericht zum NFP 32, gemeinsam redigiert von Prof. François Höpflinger (Programmeleiter), A. Stuckelberger (Adjunktin der Programmeleitung), und der Expertengruppe NFP 32 vermittelt hierzu eine gute Illustration. Die Diversität der angesprochenen Themen und der Reichtum der gewonnenen Ergebnisse belegen auch die gesellschaftliche Bedeutung der sozio-demographischen Entwicklungen und des Themas. Für diesen Forschungsfortschritt ist allen ForscherInnen, der Programmeleitung sowie der Expertengruppe hiermit herzlich gedankt.

Die Herausforderungen der demographischen Alterung und namentlich auch der beachtlichen Verlängerung der menschlichen Lebenserwartungen erfordern eine Kontinuität, Vertiefung und Umsetzung der entsprechenden Forschungen. Es ist in diesem Sinn, dass die wichtigsten Akteure des NFP 32, mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds, die Gründung eines Universitären Instituts «Alter und Generationen»/Institut universitaire «Ages et Générations» (INAG) beschlossen haben. Die Zielsetzungen des INAG sind dreierlei:

- die Förderung interdisziplinärer Diskussionen und die Diffusion entsprechender Forschungsarbeiten im Bereich von Lebensalter und Generationenbeziehungen,
- die Entwicklung von gerontologischer Lehre und Forschung in einer gesamtschweizerischen und kulturübergreifenden Perspektive,
- die Stimulation einer verbesserten Kommunikation zwischen Grundlagenforschung, angewandter Forschung und praktischer Altersarbeit.

Mit Hilfe eines flexiblen Netzwerkes der Kooperation und dem gemeinsamen Einsatz von Kompetenzen hoffen wir, dass dem Abenteuer «Alterforschung» - gleichzeitig komplex und faszinierend - ein langes Leben gewährt wird.

Prof. Hermann-Michel Hagmann

Präsident der Expertengruppen NFP 32

Vorwort	3
Einleitung	
Grundsätze moderner Altersforschung	6
A) Stellung und Aktivitäten älterer Menschen in unserer Gesellschaft	8
1 Bilder zum Alter	
2 Gesellschaftliche Teilnahme und Freiwilligentätigkeit älterer Menschen	
3 Seniorengruppen und Rentnervereine - hin zur Seniorenbewegung?	
4 Forschung mit und durch ältere Menschen	
5 Hauptresultate und Perspektiven	
B) Pensionierung und Übergänge in die nachberufliche Phase	15
1 Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt	
2 Zur Seniorenpolitik in schweizerischen Unternehmungen	
3 Übergänge in den Ruhestand	
4 Ausländer und Ausländerinnen im Übergang ins Rentenalter	
5 Hauptresultate und Perspektiven	
C) Wirtschaftliche und soziale Lage älterer Menschen	22
1 Altersvorsorge unter neuen demographischen Herausforderungen	
2 Zur wirtschaftlichen Lage von Rentnern und Rentnerinnen	
3 Soziale Beziehungen älterer Menschen	
4 Wohnen im Alter	
5 Betagte Menschen in Alters- und Pflegeeinrichtungen	
6 Hauptresultate und Perspektiven	
D) Persönlichkeit, Wohlbefinden und Ressourcen	35
1 Wohlbefinden im Alter	
2 Sportliche Aktivität und Wohlbefinden	
3 Gedächtnisleistungen und Gedächtnistraining	
4 Depressionen und depressive Symptome	
5 Dementielle Erkrankungen	
6 Hauptresultate und Perspektiven	
E) Gesundheitliches Befinden im Alter	43
1 Demographische Alterung und Gesundheitskosten	
2 Gesundheitliches Befinden älterer und betagter Menschen	
3 Hörprobleme und Einschränkungen der Kommunikation	
4 Zum Gesundheitsverhalten älterer Menschen	
5 Ausmass des Hilfebedarfs und ungedeckte Bedürfnisse	
6 Unfallbedingte Behinderung: Betagte nach einer Schenkelhalsfraktur	
7 Hauptresultate und Perspektiven	
F) Behandlungs- und Pflegeformen für betagte Menschen	54
1 Familiäre Pflege dementer Angehöriger	
2 Ambulante Pflege und Betreuungsformen	
3 Elektronische Hilfsmittel zugunsten betagter Menschen	
4 Kognitive Psychotherapie bei Depressionen im Alter	
5 Präventive geriatrische Hausbesuche	
6 Hauptresultate und Folgerungen	
Anregungen für die weitere gerontologische Forschung	67
Schlussgedanken	68
Anhang	69
I: Verantwortliche des NFP 32	
II: Liste aller NFP 32 Projekte	
III: Bisherige Hauptpublikationen aus dem NFP 32	

In dieser Schrift sind zentrale Ergebnisse und Folgerungen aufgeführt, welche sich aus Forschungsprojekten des Nationalen Forschungsprogrammes (NFP 32) 'Alter' ergeben. Das Nationale Forschungsprogramm (NFP 32) 'Alter' umfasste insgesamt 28 Forschungsprojekte zu den fünf folgenden Themenbereichen:¹

- 1) Stellung und Aktivitäten von RentnerInnen in der Gesellschaft,
- 2) Soziale und wirtschaftliche Lage älterer Menschen,
- 3) Pensionierung und Übergang in die nachberufliche Lebensphase,
- 4) Gesundheit und Krankheit im Alter
- 5) Neue Behandlungs- und Pflegeformen für betagte Menschen.

Sachgemäss werden in dieser Schrift viele Forschungsergebnisse und Folgerungen nur angetönt.² Manche Vorschläge bedürfen einer vertieften Bearbeitung. Altern ist ein Thema, das alle Frauen und Männer angeht. Alterspolitische Fragen sind daher am besten durch demokratische Diskussionen zu lösen.

Im Rahmen einer aktiven Politik zugunsten älterer und betagter Menschen stehen primär drei Ziele im Zentrum. Diese Zielsetzungen können mit den folgenden drei Stichworten umschrieben werden:

- Selbständigkeit: Erhaltung und Stärkung der Selbständigkeit älterer und betagter Menschen in ihrem alltäglichen Leben,
- Solidarität: Stärkung der gegenseitigen Hilfe und Solidarität zwischen verschiedenen Generationen und zwischen verschiedenen Gruppen älterer Menschen (gesunde versus behinderte Betagte usw.),
- Teilnahme: Erhalt und Stärkung der aktiven Teilnahme älterer Männer und Frauen am gesellschaftlichen Geschehen unserer Gesellschaft.

In der Schweiz steigt der Anteil von RentnerInnen an, weil seit Mitte der 1960er Jahren das Geburtenniveau sank. Da die geburtenstarke Jahrgänge ('Baby-Boom'-Generation) wenig Kinder zur Welt brachten, wird vor allem das Älterwerden der 'Baby-Boom'-Generation zu einer demographischen Alterung der Bevölkerung führen. In den letzten Jahrzehnten ergab sich zusätzlich ein demographisches Altern von der Spitze der Bevölkerungspyramide her, da sich die Lebenserwartung der über 65-jährigen Frauen und Männer deutlich erhöht hat. Dieser Prozess dürfte sich in Zukunft fortsetzen. Dadurch wird speziell die Zahl hochbetagter Menschen rasch ansteigen. Die Schweiz sieht sich analog anderen Ländern Europas somit einer doppelten demographischen Alterung gegenüber: Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen als Folge des Geburtenrückgangs. Andererseits steigen Zahl und Anteil betagter Menschen aufgrund einer erhöhten Lebenserwartung älterer Menschen an.³

Grundsätze moderner Altersforschung

Die moderne Altersforschung sieht sich einer doppelten Revolution gegenüber: Einerseits lassen sich für die Altersforschung enorme Fortschritte festhalten. Andererseits verändern sich Lage und Stellung älterer Menschen. Die heutigen RentnerInnen erleben in vielerlei Hinsicht ein anderes Altern als frühere RentnerInnen. AltersforscherInnen stehen vor der Herausforderung, dass sich sowohl die Wissenschaft als auch die soziale Realität des Alters rasch wandelt.

Dabei haben sich in den letzten Jahrzehnten primär fünf zentrale Punkte herausgeschält:

¹ Die Liste aller NFP 32-Projekte ist in Anhang II aufgeführt.

² Ein umfangreicher wissenschaftlicher Abschlussbericht des NFP 32 liegt in Buchform vor: François Höpflinger, Astrid Stuckelberger (1999) Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm 'Alter/ Vieillesse / Anziani', Zürich: Seismo-Verlag; frz.: Vieillissement démographique et vieillesse individuelles, Genève: Georg.

³ Für Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung siehe: Bundesamt für Statistik (1996) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 1995-2050, Bern: Bundesamt für Statistik (inkl. CD-Rom-Version).

-
- 1) Beobachtungen, welche über heutige betagte Menschen gemacht werden, sagen wenig über die zukünftige Gestaltung des Alterns aus.
 - 2) Die Lage und das Befinden älterer Menschen haben sich in den letzten Jahrzehnten in vielerlei Hinsicht verbessert.
 - 3) Gleichaltrige Frauen und Männern zeigen in allen Bereichen enorme Unterschiede, und der typische Rentner bzw. die typische Rentnerin existiert nicht.
 - 4) Das menschliche Altern ist in hohem Masse gestaltbar, und bei betagten und hochbetagten Menschen ergeben sich beträchtliche, unausgeschöpfte Lebenschancen.
 - 5) Negative und falsche Bilder über das Alter beeinflussen die Lebenssituation und das Lebensgefühl älterer Menschen negativ. Sie tragen bei, dass ältere Menschen in unserer Gesellschaft einen geringen Stellenwert genießen.

1 Bilder zum Alter

In einem gewissen Sinne kann von einem Paradox des Alters gesprochen werden: Gesellschaftlich und kulturell ist das hohe Alter die jüngste aller Lebensphasen, da unsere Vorgänger meist nicht so alt wurden. Deshalb besteht in unserer Gesellschaft noch keine positive Kultur für alte Menschen. Die heutige Gesellschaft hat in vielerlei Hinsicht die Langlebigkeit moderner Menschen noch nicht bewältigt.

Eine detaillierte Analyse von Bildern zum Alter lässt sechs Klischees hervortreten:¹

Eine erste Vorstellung bezieht sich auf die behauptete Einsamkeit, Isolation und Abhängigkeit alter Menschen. Damit verbunden wird oft ein Mangel an Autonomie und eine depressive Stimmung vermutet. Dieses Altersbild entspricht dem traditionellen Defizit-Modell des Alters.

Ein zweites Bild des Alters dreht sich um mangelnde Anpassungsfähigkeit und kognitive Einbußen: 'Ältere Leute sind über aktuelle Trends schlecht im Bild, sie sind nicht mehr 'in', sie haben Gedächtnisprobleme und sind oft desorientiert'. 'Konservativ und desorientiert' sind zwei Vorurteile, welche in der einen oder anderen Weise häufig hervortreten; etwa wenn von den 'senilen Alten' gesprochen wird oder wenn befürchtet wird, die demographische Alterung würde zu einer konservativen Gesellschaft führen.

Während die ersten zwei Altersbilder vermutete Defizite des Alters ansprechen, ist die dritte Vorstellung positiver. Es zeichnet sich zum einen durch eine Betonung der Aktivitäten im Alter aus ('Alte Menschen sind häufig aktiv, und sie profitieren von der Pensionierung, um neue Aktivitäten zu entwickeln'). Zum anderen wird ihre vermittelnde Stellung in bezug auf

Generationenbeziehungen angesprochen ('Sie haben gern Kontakt mit anderen Generationen').

Neben dem Bild aktiven Alters besteht weiterhin ein traditionelles Bild 'geruhsamen Alters'. Das Klischee vom 'Ruhestand' besteht somit weiterhin, aber es wird immer mehr durch das Bild aktiven Alters konkurrenziert. Der aktuelle Zwiespalt zwischen Ruhestand und aktivem Altern wird von heutigen RentnerInnen insofern wahrgenommen, als sie häufig gleichzeitig beide Bilder (aktives Alter und geruhsames Alter) hervorheben.

Neben den vier bisher aufgeführten Altersbilder zeigen sich zwei weitere, weniger bedeutsame Klischees: Auf der einen Seite ist die Gleichstellung 'alt=krank' weiterhin vorhanden. Auf der anderen Seite existiert hintergründig der Wunsch nach 'weisen Alten' (wobei unklar ist, was Weisheit tatsächlich ist).

Auffallend ist die widersprüchliche Kombination positiver und negativer Vorstellungen zum Alter, und dies sowohl bei jungen Menschen als auch bei den älteren Menschen. Darin widerspiegelt sich die existentielle Zweideutigkeit einer Lebensphase, die neben Entwicklungschancen unbestreitbar erhöhte gesundheitliche Risiken mit sich bringt. Sachgemäss sehen sich vor allem ältere Männer und Frauen mit dieser Ambivalenz des Alters direkt konfrontiert. Ältere Befragte heben deshalb gleichzeitig positive wie negative Altersbilder hervor. Das Nebeneinander positiver und negativer Altersbilder weist aber auch auf einen allmählichen Wandel des Bild des Alters in der Gesellschaft hin. Negative Vorstellungen vom Alter werden vermehrt in Frage gestellt und durch positive Modelle erfolgreichen Alterns zumindest ergänzt. Eine Aufgabe der Altersforschung besteht darin, falsche oder veraltete

¹ Patricia Roux; Pierre Gobet; Alain Clémence, et al. (1994) Stereotypes et relations entre générations, Rapport final de recherche PNR32, Projet 4032-35701, Lausanne (mimeo.).

Vorstellungen über das Alter zu bekämpfen.

2 **Gesellschaftliche Teilnahme und Freiwilligentätigkeit älterer Menschen**

Die steigende Zahl gesunder, gut ausgebildeter und kompetenter älterer Menschen wirft Fragen bezüglich der sozialen und gesellschaftspolitischen Tätigkeiten und Engagements von RentnerInnen auf: Inwiefern können und sollen RentnerInnen einen nützlichen Beitrag zur Gesellschaft leisten? Inwiefern entwickelt sich eine aktive Seniorenbewegung, und welches könnte der gesellschaftspolitische Beitrag einer solchen Seniorenbewegung sein? Solche Fragen werden vor allem in Diskussionen zur Generationensolidarität angesprochen. Im 1995 publizierten Bericht der eidgenössischen Kommission 'Altern in der Schweiz' wurde ein neuer Gesellschaftsvertrag vorgeschlagen: «Je knapper die finanziellen Mittel werden und je grösser der Anteil der Rentnerinnen und Rentner an der erwachsenen Bevölkerung, desto eher drängt es sich auf, dass das brachliegende Wissen und Können genutzt wird. Denn es gibt zunehmend mehr Aufgaben, die für die Gesellschaft wesentlich sind, ohne dass es dafür bezahlte Stellen gäbe.»(S. 566).

Tatsächlich ist in bezug auf soziale und gesellschaftspolitische Aktivitäten älterer Menschen vieles in Bewegung, auch weil Generationen mit neuen Wertvorstellungen ins Rentenalter eintreten. Gleichzeitig zeigt sich, dass klare Modelle zum Engagement älterer Menschen weitgehend fehlen. Die RentnerInnen von heute befinden sich in der Lage von Zeitpionieren, welche Stück für Stück neues Terrain zu erobern haben. Zu vermeiden ist gleichzeitig ein Ausschluss älterer Menschen, etwa durch 'Alterslimiten'

für politische, soziale und kulturelle Aktivitäten.

Um Freiwilligentätigkeit im Alter zu analysieren, wurde im Rahmen des Forschungsinstituts für Verbands- und Genossenschafts-Management der Universität Fribourg eine Studie durchgeführt. Das Ziel war, anhand eines konkreten Beispiels ('Senioren helfen Senioren') Chancen und Potential an Freiwilligenarbeit bei RentnerInnen zu erfassen. Dabei sollte auch erarbeitet werden, welche organisatorischen Faktoren die Freiwilligenarbeit pensionierter Menschen fördern oder behindern.¹

Auf der einen Seite wurde deutlich, dass die durch junge Alte geleistete Freiwilligenarbeit schon heute eine Grössenordnung erreicht, die nicht zu ignorieren ist. Ein genereller Rückzug dieser Altersgruppe würde spürbare Lücken in unserer Gesellschaft hinterlassen. Dabei werden zwei Denkansätze zur Freiwilligenarbeit erkennbar: Zum einen existiert ein altruistisch orientierter Ansatz, der vom selbstlosen Engagement im Interesse der Gesellschaft ausgeht. Zum anderen besteht ein rational-ökonomisch ausgerichteter Ansatz, welcher Freiwilligenarbeit als rationalen, wenn auch nicht geldmässig geregelten Austauschprozess von Ressourcen (Zeit, Kompetenzen) betrachtet. Vermutlich werden sich die Auseinandersetzungen zwischen den beiden Denkansätzen im Freiwilligensektor inskünftig verschärfen, da sich eine verstärkte Tendenz abzeichnet, auch Freiwilligenarbeit gemäss ökonomischen Kriterien zu beurteilen.

Auf der anderen Seite ist das nicht mobilisierte Potential in dieser Altersgruppe beträchtlich. Eine 1995 durchgeführte schriftliche Befragung bei 1'555 älteren Mitarbeitern und 2'600 pensionierten Mitarbeitern grösserer schweizerischer

¹ Vgl. Hans Lichtsteiner (1995) *Freiwilligenarbeit im Alter. Analyse und Massnahmen zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Nonprofit-Organisationen*. Zürich: Dissertation.

Unternehmungen liess markante Diskrepanzen zwischen der allgemeinen Bereitschaft zum Engagement und dem tatsächlichen sozialen Engagement erkennen: Vor der Pensionierung waren über 60% der Befragten ziemlich sicher bereit, sich nach der Pensionierung in sozialen Bereichen zu engagieren, wenn ihnen eine interessante und sinnvolle Tätigkeit angeboten würde. Faktisch waren jedoch nur 18% der pensionierten Befragten nach eigenen Angaben tatsächlich sozial engagiert.¹

Insgesamt zeigt sich eine beträchtliche Kluft zwischen der allgemeinen Bereitschaft zur Hilfe und der tatsächlich geleisteten Freiwilligenarbeit älterer Menschen. Um pensionierte Menschen besser in freiwillige Tätigkeiten einzubinden, sind spezielle Anstrengungen und organisatorische Massnahmen notwendig.

Empfehlungen zur Förderung der Freiwilligentätigkeit von Senioren²

1. Erstellung eines leicht verständlichen, klar aufgebauten Leitbildes, in der die Rolle von Freiwilligen in der Organisation definiert wird. Die Rolle von Freiwilligen sowie ihr Beitrag sind klar zu definieren. Dazu gehört, dass der Einsatz von Freiwilligen bei der Planung eines langfristigen Leistungskonzepts einbezogen wird.
2. Klare Eingliederung der Freiwilligen in die Aufbau- und Ablauforganisation der Institution. Dazu gehört die Ausarbeitung eines Führungskonzepts für Freiwillige, worin Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung von Freiwilligen festgehalten werden. Damit lassen sich unnötige Konflikte zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen vermeiden.
3. Erstellung eines Einführungskonzepts für Freiwillige. Eine systematische Einführung und Einweisung gibt Freiwilligen einerseits die notwendige Sicherheit, gestellte Aufgaben

bewältigen zu können, andererseits erleichtert es die Integration neuer Freiwilliger in die Organisation. Der erste Eindruck, den Freiwillige gewinnen, prägt die Beziehung zur Organisation und ist ein entscheidender Faktor, ob das Engagement nur kurzfristig oder von Dauer ist.

4. Möglichst weitgehende Anpassung der Aufgaben an die Bedürfnisse und Interessen von Freiwilligen. Die Aufgaben von Freiwilligen sind individuell und attraktiv zu gestalten. Eine attraktive Aufgabe heisst vor allem, dass Freiwillige die Möglichkeiten haben, sich in eine Aufgabe einzubringen, Neues zu lernen und Erfahrungen zu sammeln.
5. Vertretung der Interessen von Freiwilligen gegenüber dem Staat oder der Öffentlichkeit. Ein Engagement zugunsten von Freiwilligen signalisiert, dass man ihre Anliegen und ihren Beitrag ernst nimmt.
6. Durchführung gemeinsamer Werbeaktionen zur Rekrutierung von Freiwilligen. Finden sich Organisationen aus verschiedenen Bereichen zu einer gemeinsamen Aktion, so können potentiellen Freiwilligen verschiedene Aufgabengebiete angeboten werden. Dies kann sich vor allem bei der Rekrutierung von neupensionierten Frauen und Männer auszahlen, die zwar zu einem Engagement durchaus bereit sind, jedoch noch keine konkreten Vorstellungen über Form und Inhalt eines Engagements aufweisen.
7. Segmentierung des Angebots an Freiwilligenarbeit. Das Verständnis von Freiwilligenarbeit ist bei den RentnerInnen unterschiedlich: Einige verstehen Freiwilligenarbeit eher als altruistische Handlung, andere Personen sind primär an sozialen Kontakten und Austausch interessiert.
8. Schaffung eines zielgruppengerechten Anreiz-Systems auch bei

¹ Vgl. Achim Brosziewski; Peter Farago; Peter Gross; Claude Hunold, Olaf Zorzi (1997) Altenpolitik schweizerischer Unternehmungen und ihr Beitrag zum Übergang vom Erwerbs- zum Rentnerleben und zur sozialen Integration betagter Erwerbstätiger, St.Gallen: Abschlussbericht, Mai 1997 (NF-Projekt 4032-33699).

² Vgl. Hans Lichtsteiner, Freiwilligenarbeit im Alter. Analyse und Massnahmen zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Nonprofit-Organisationen, Zürich 1995.

der Freiwilligenarbeit. Dazu kann etwa das Recht gehören, im Bedarfsfall die gleiche Dienstleistung selber beziehen zu können (Gegenseitigkeit). Auch die Schaffung neuer sozialer Kontakte kann ein wichtiger Anreiz sein (etwa gefördert durch Freiwilligentreffs, gemeinsame Reisen oder Schulung usw.). Längerfristig aktive Freiwillige sollten ein Recht auf Weiter- und Fortbildung geniessen, so dass Pensionierte ihre sozialen und fachlichen Kompetenzen im Rahmen von Freiwilligenarbeit ausweiten können.

3 Seniorengruppen und Rentnervereine - hin zur Seniorenbewegung?

Demographische und gesellschaftliche Wandlungen führen nicht nur zu einem erhöhten gesellschaftlichen Gewicht älterer Menschen, sondern auch zu einer aktiveren Gestaltung der nachberuflichen Phase. In diesem Rahmen erhalten

Seniorengruppierungen eine verstärkte Bedeutung. Form, Zielsetzungen und Aktivitäten heutiger Seniorengruppen sind enorm vielfältig (wie eine entsprechende NFP 32-Studie illustrierte).¹ Neben Gruppierungen und Vereinigungen, welche die Interessen der Pensionierten wahrnehmen und verteidigen, bestehen Gruppen, welche sich primär um Freizeitgestaltung und Unterhaltung kümmern. Wiederum andere Gruppen von Senioren befassen sich mit Bildung und Kultur (z.B. im Rahmen von Seniorenuniversitäten), oder sie bieten Dienstleistungen für Senioren oder andere Personengruppen an.

Gesamtschweizerisch gibt es kein Verzeichnis über Seniorengruppen und ihre Mitgliederstärke. Es kann jedoch geschätzt werden, dass rund ein Viertel aller AHV-RentnerInnen Mitglied irgendeiner Seniorengruppe,

Renterassoziation oder Pensioniertenvereinigung ist (wobei die Mehrheit dieser Mitglieder eher passive denn aktive Mitglieder sind). Nur eine kleine Minderheit der Pensionierten ist gesellschaftspolitisch oder alterspolitisch aktiv. Auffallend ist, dass in diesem Bereich des schweizerischen Vereinslebens vieles 'im Fluss ist'. Jährlich entstehen neue Seniorengruppen, während andere Gruppierungen sich auflösen, allmählich einschlafen oder fusionieren. Die Seniorenbewegung ist momentan eine bewegte Szene, die in keiner Weise als konsolidiert betrachtet werden kann. Es ist jedoch unzweifelhaft, dass den Seniorenorganisationen auch in der Schweiz zunehmend mehr Gewicht zu-kommt; dies umso mehr, als in der heutigen Rentnergeneration viele Frauen und Männer über hohe fachliche und soziale Kompetenzen verfügen.

Seniorengruppen und Seniorenbewegung in der Schweiz: Fragen und Antwortversuche

1) **Gibt es in der Schweiz eine eigentliche 'Seniorenbewegung'?**: Wenn man an eine einheitliche Bewegung denkt, die eine bestimmte Botschaft in die öffentliche Diskussion bringen kann, heisst die Antwort: Nein. Noch ist die Gruppierungen die bunte Vielfalt wichtig; sie pflegen ihre Eigenheiten, legen Wert auf Unabhängigkeit. Vorstösse und Aktivitäten entwickeln sich meistens auf lokaler Ebene. Seit zehn Jahren zeichnet sich jedoch eine Tendenz zur gegenseitigen Absprache oder zu Zusammenschlüssen ab. Das Bewusstsein einer gemeinsamen Welt der Pensionierten entsteht in den unterschiedlichsten Gruppierungen; manchmal aus einem spontanen Enthusiasmus heraus, manchmal aus Gründen der Vernunft. Ausserdem ist es

¹ Die Ergebnisse dieser Studie wurden sowohl in französischer als auch in deutscher Sprache veröffentlicht. Französische Fassung: Jean-Pierre Fragnière, Dominique Puenzieux, Philippe Badan, Sylvie Meyer (1996) Retraités en action. L'engagement social des groupements de retraités, Lausanne: Réalités Sociales, Deutschsprachige Fassung: Dominique Puenzieux; Jean-Pierre Fragnière; Philippe Badan; Sylvie Meyer (1997) Bewegt ins Alter. Das Engagement von Altengruppierungen, Zürich: Seismo.

nicht Einheitlichkeit, welche Schwung in die Sache bringt, sondern viel eher eine Zusammenarbeit, die auf Unterschiede Rücksicht nimmt.

- 2) **Sind Rentnergruppierungen etwas Neues?:** Die Alterspolitik hat sich in diesem Jahrhundert allmählich entwickelt. Eindeutig ist die Verlagerung von der blossen Betreuung bedürftiger 'Greise' auf die Lebensgestaltung nach der Pensionierung. Für die Entwicklung von Rentnergruppierungen war lange Zeit der Kampf für die AHV und ihren Ausbau zentral. Langsam, aber stetig sind die Rentnerorganisationen gewachsen, einen klaren Aufschwung haben sie jedoch erst ab Mitte der 1980er Jahre erlebt. Momentan ist allerdings höchstens jeder vierte Pensionierte Mitglied einer Seniorengruppe bzw. eines Rentnerverbandes. Im Moment sind die aktiven RentnerInnen noch eine Minderheit; eine Minderheit, die jedoch immer präsenter und stärker wird. Viele soziale und kulturelle Innovationen, welche die Gesellschaft verändert haben, sind schlussendlich von Minderheiten ausgelöst worden.
- 3) **Droht wirklich eine 'Alten-Gefahr' durch ein politisches Übergewicht der RentnerInnen?:** Alarmierende Vorstellungen über eine 'Herrschaft der Alten' gehen häufig von falschen Grundlagen aus. Untersuchungen widerlegen die Vorstellung, dass ältere Menschen nur ihre eigenen Interessen vertreten und als einheitlichen Stimmblock auftreten. Politische Unterschiede werden durch das Eintreten ins AHV-Alter nicht ausgelöscht, und die Interessen unterschiedlicher Gruppen älterer Menschen variieren enorm. Eine starke 'Partei der Alten' ist nicht zu erwarten. Gemeinsam ist älteren Menschen höchstens das allgemeine Ziel, von der Gesellschaft
- anerkannt zu werden und ihre materielle Existenzsicherung zu bewahren. Eine massive politische Mobilisierung der RentnerInnen ist nur zu erwarten, wenn das heutige System der sozialen Sicherheit grundsätzlich in Frage gestellt, oder wenn ältere Menschen offen diskriminiert werden.
- 4) **Führt eine Stärkung der Seniorenbewegung nicht zum Generationenkonflikt?:** Die Stärkung der Beziehungen zwischen den Generationen ist vielen Seniorengruppierungen ein zentrales Anliegen. Ein Ziel vieler Seniorenvereine ist die Förderung der Solidarität zwischen den Generationen, und zunehmend mehr Seniorengruppen suchen aktiv eine Zusammenarbeit mit den jüngeren Generationen. Wenn Spannungen zwischen den Generationen auftreten, dann kaum aufgrund engagierter Seniorengruppen. Konflikte zwischen Generationen entstehen eher aufgrund von Unwissenheit, Abschottung oder Passivität, gepaart mit Vorurteilen über Jung und Alt.
- 5) **Wer kommt an die Spitze einer Seniorengruppierung?** Manche Seniorengruppen stützen sich stark auf versierte und anerkannte Personen, die schon im Berufsleben Führungsfunktionen ausübten. Gleichzeitig zeigt sich daneben eine Tendenz, dass bei den Seniorengruppen auch Leute zum Zug kommen, die bisher wenig Möglichkeiten besaßen, ihre Fähigkeiten zu zeigen und entsprechende Positionen einzunehmen. Momentan sind die Männer in vielen Gruppierungen bei den Vorständen noch bestimmend. Auch bei öffentlichen Auftritten stehen meist Männer zuvorderst. Zahl und Anteil älterer Frauen, die sich aktiv engagieren, steigen jedoch an. Immer mehr Frauen setzen im Alter die Fähigkeiten ein,

die sie früher kaum entwickeln konnten. In Anbetracht der längeren Lebenserwartung sowie steigenden Bildungsqualifikationen von Frauen ist es naheliegend, dass Frauen auch in der Seniorenbewegung immer mehr eine zentrale Rolle einnehmen werden.

6) **Wie sieht das soziale Engagement der Pensionierten in Zukunft aus?:**

In den letzten zwei Jahrzehnten zeichnete sich die Seniorenbewegung durch eine verstärkte Dynamik, eine enorme Vielfalt und deutlich erhöhte Kompetenzen aus. Diese Entwicklung wird sich - mit dem Eintreten neuer Generationen ins Rentenalter - weiter fortsetzen. Fortsetzen wird sich wahrscheinlich auch eine verstärkte politische und sozialpolitische Ausrichtung vieler Seniorengruppierungen (die teilweise radikale gesellschaftliche Umstrukturierungen diskutieren). Die verschiedenen Gruppen, Vereine und Assoziationen werden allerdings auch in Zukunft nicht geschlossen auftreten und somit keinen homogenen Block bilden. Aber sie werden der Gesundheits- und Sozialarbeit eine neue Richtung weisen, indem sie neue Anregungen verfolgen und sich im Rahmen ihrer Aktivitäten an deren Umsetzung mitbeteiligen.

4 **Forschung mit und durch ältere Menschen**

Die Entwicklung der Seniorenuniversitäten zu aktiven Bildungs- und Forschungseinrichtungen sowie eine steigende Zahl pensionierter Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen beginnen sich auf die Gestaltung der Altersforschung selbst auszuwirken. Weshalb soll nur über ältere Menschen geforscht werden? Wieso nicht Forschung mit oder durch ältere

Personen selbst? Diese Fragen werden umso lauter gestellt, als ältere Frauen und Männer sich zusehends nicht als passive Forschungsobjekte, sondern als handelnde Subjekte verstehen.

Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms (NFP 32) wurde diesen neuen Tendenzen bewusst Rechnung getragen. Einerseits wurden sowohl die Rahmenbedingungen einer erfolgreichen Zusammenarbeit junger ForscherInnen und pensionierter Fachleute als auch die Möglichkeiten gerontologischer Forschung durch ältere Menschen ausführlich diskutiert.¹ Andererseits waren zwei Forschungsprojekte gezielt als Forschung mit bzw. durch ältere Personen konzipiert.

So wurde eine qualitative Analyse über erlebte Einsamkeit bei verwitweten Tessiner Frauen in Zusammenarbeit mit der ATTE (Associazione Ticinese Terza Età) durchgeführt. Die beteiligten älteren Menschen führten unter methodischer Anleitung durch eine jüngere Forscherin nicht nur die Interviews durch, sondern sie waren auch bei der Gestaltung der Studie und später bei der Verbreitung der Ergebnisse aktiv beteiligt.² Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 'Alter' war auch eine Forschungsgruppe der Genfer Seniorenuniversität aktiv. Mit Hilfe qualitativer Interviews - welche von pensionierten Frauen und Männern durchgeführt und ausgewertet wurden - gelang es, die Prozesse der Anpassung an Alter, Verwitwung und Einsamkeit in ihrer ganzen Vielfalt zu erfassen. Die Arbeiten und Publikationen dieser Forschungsgruppe tragen dazu bei, dass ein sonst vernachlässigtes Thema - Verwitwung von Frauen und Männern und die Anpassung an das Leben danach - in differenzierter Weise behandelt wurde.³

1 Thea Moretti-Varile (ed.) (1996) L'implication des personnes âgées dans la recherche, Lausanne: Réalités Sociales.

2 Thea Moretti-Varile (ed.) (1996) Solitudine no... ma tristezza. Vissuti ed esperienze raccontate da un gruppo di vedove, Giubiasco: Associazione ticinese terza età.

3 Vgl. Groupe 'Sol' de l'Université du 3e âge de Genève (1992) La solitude, ça s'apprend! L'expérience du veuvage racontée par celles qui la vivent, Genève: Georg, sowie Groupe 'Sol' de l'Université du 3e âge de Genève (1996) Vivre sans elle. Le veuvage au masculin, Genève: Georg.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Forschung durch pensionierte Frauen und Männer erfolgreich sein kann. Für den Erfolg sind allerdings einige Voraussetzungen wichtig: Erstens muss eine über längere Zeit funktionierende Kerngruppe von aktiven Personen vorhanden sein, die längerfristige Forschungsvorhaben vorantreiben kann. Einzelforschung ist zwar in einigen Bereichen (z.B. Lokalgeschichte) möglich, aber die meisten wissenschaftlichen Themen lassen sich heute nur in Teamarbeit erarbeiten. Zweitens braucht es eine gute fachliche und methodische Begleitung, da ohne aktualisierte fachliche und methodische Kenntnisse weder qualitative noch quantitative Analysen möglich sind. Die Zusammenarbeit zwischen jüngeren ForscherInnen und SeniorenforscherInnen funktioniert umso besser, je klarer die gegenseitigen Zielvorstellungen und Forschungsmotivationen schon im Vorfeld der Forschungsarbeit diskutiert und geklärt werden. Drittens sind einige Forschungsfragen und Vorgehensweisen für eine aktive Mitwirkung älterer Menschen besser geeignet als andere Themen oder Methoden. So handelt es sich bei der aktuellen Seniorenforschung primär um qualitative Forschung mit oft lokalem Charakter. Was durch Senioren initiierte und durchgeführte gerontologische Projekte betrifft, haben diese häufig eine stark lebensgeschichtliche Ausrichtung, was einschließt, dass qualitative Interviews gegenüber standardisierten Interviews bevorzugt werden. Viele dieser Forschungsarbeiten gehen zudem in die Richtung handlungsorientierter Projekte, z.B. Begleit- und Aktionsforschung. Interessanterweise greifen SeniorenforscherInnen Forschungsmethoden auf, die in den 1970er Jahren von der Studentenbewegung propagiert wurden.

In jedem Fall lohnt es sich, nicht nur über ältere Menschen zu forschen, sondern im Rahmen gerontologischer Projekte auch mit älteren Menschen selbst zusammenzuarbeiten.

5 Hauptresultate und Perspektiven

Vorurteile und negative Vorstellungen zum Alter belasten weiterhin das Lebensgefühl älterer Menschen. Zwar bestehen zunehmend mehr positive Modelle erfolgreichen Alterns, aber falsche und verzerrte Vorstellungen über das Alter halten sich hartnäckig. Alterspolitik besteht deshalb auch darin, Vorurteilen über das Alter entgegenzutreten. Auch die Altersforschung hat die Aufgabe, durch ihre Ergebnisse falsche Vorstellungen zum Altern zu entkräften. Nur so kann eine systematische Diskriminierung älterer Menschen verhindert werden.

Schon heute leisten viele Rentner und Rentnerinnen gesellschaftlich wertvolle Freiwilligenarbeit, und sie tragen damit zum gesellschaftlichen Wohlstand bei. Allerdings ist das noch nicht mobilisierte Potential an freiwilligen Tätigkeiten bei RentnerInnen beträchtlich. Organisatorische Massnahmen sind vielerorts notwendig, um das Engagement älterer Menschen zu fördern. Gleichzeitig sind Bestrebungen zu vermeiden, die gesellschaftliche Teilnahme älterer Menschen durch 'Alterslimiten' einzuschränken.

Seit den 1980er Jahren erleben viele Seniorengruppen und -vereine einen neuen Aufschwung. Damit zeichnet sich die Seniorenbewegung durch eine verstärkte Dynamik, erhöhte Vielfalt und verstärkte Kompetenzen aus. Diese Entwicklung wird sich - mit dem Eintreten neuer Generationen ins Rentenalter - weiter fortsetzen. In diesem Rahmen gewinnt auch die Zusammenarbeit zwischen AltersforscherInnen und älteren Menschen eine verstärkte Bedeutung.

1 Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt

Die Verankerung einer geregelten nachberuflichen Phase im Leben einer Mehrzahl älterer Menschen ist eine neue Entwicklung. Noch 1960 waren 59% der 65-69-jährigen Männer weiterhin erwerbstätig. Erst in den letzten Jahrzehnten wurde die Erwerbstätigkeit älterer Menschen zur Ausnahme. Zusätzlich ergab sich in den letzten Jahrzehnten in vielen europäischen Ländern ein verstärkter Trend zu Frühpensionierungen. Damit sanken die Erwerbsquoten namentlich 60-64-jähriger und teilweise auch 55-jähriger Männer ab. Steigende Arbeitslosigkeit sowie wirtschaftliche Umstrukturierungen haben diesen Trend zusätzlich angeheizt. Allerdings haben sich Hoffnungen, durch Forcierung von Frühpensionierungen das Problem der Jugendarbeitslosigkeit zu lösen, nicht erfüllt. Hingegen hat diese Strategie zur Benachteiligung älterer ArbeitnehmerInnen beigetragen.

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern erfolgte der Trend zu vorzeitigen Pensionierung in der Schweiz erst relativ spät. Bis heute weist die Schweiz im internationalen Vergleich eine hohe Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer auf.¹ Dazu trägt auch bei, dass die staatliche Altersvorsorge immer noch relativ strikt an feste Altersgrenzen gebunden ist. Verstärkte Überlegungen zu flexiblen Regelungen der Pensionierung lassen sich erst ab den 1990er Jahren festhalten.

Während das zahlenmässige Verhältnis zwischen jüngerer und älterer Erwerbsbevölkerung gegenwärtig in etwa ausgeglichen ist, zeichnet sich in den nächsten Jahren eine rasche Verschiebung in Richtung einer merkbaren demographischen Alterung der erwerbsfähigen

Bevölkerung ab. Bis zum Jahre 2010 dürften auf 100 40-65-jährige Frauen und Männer noch 77 20-39-jährige Personen entfallen. Auch danach bleibt die Erwerbsbevölkerung zumindest demographisch betrachtet mehrheitlich in den Händen älterer Arbeitskräfte. Dadurch wird sich der Strukturwandel der Wirtschaft in Zukunft weniger über den Eintritt junger Erwachsener ins Berufsleben vollziehen können. Vielmehr wird der wirtschaftliche Wandel vermehrt von den Erwerbstätigen mittleren und höheren Alters getragen werden müssen. Die demographische Zukunft des Arbeitsmarktes erzwingt längerfristig drei grundlegende Veränderungen, welche quer zu den konjunkturell bedingten Arbeitsmarkttrends von heute stehen: Erstens kann sich die zukünftige Wirtschaft eine Benachteiligung und Diskriminierung älterer ArbeitnehmerInnen nicht mehr leisten. Zweitens muss die schulisch-berufliche Fort- und Weiterbildung auch über 40-jähriger Arbeitskräfte gefördert werden. Drittens erscheint die aktuelle Forcierung von Frühpensionierungen nicht haltbar. Längerfristig ist selbst eine Erhöhung des Rentenalters nicht undenkbar, weil dadurch das Verhältnis zwischen erwerbsfähiger Bevölkerung und RentnerInnen verbessert wird. Allerdings ist zu beachten, dass jede Erhöhung des Rentenalters die demographische Alterung der Erwerbsbevölkerung zusätzlich verstärkt. Arbeitsmarkt- und sozialpolitisch macht eine Erhöhung des Rentenalters deshalb nur Sinn, wenn garantiert werden kann, dass die zusätzlichen älteren Arbeitskräfte weiterhin beschäftigt bleiben. Eine Erhöhung des Rentenalters müsste in jedem Fall durch Massnahmen zur Förderung von Fortbildung und zum Abbau altersmässiger Diskriminierungen begleitet werden.

¹ Vgl. Jean-Marie Le Goff (1999) Les trajectoires des travailleurs âgés sur le marché du travail en Suisse et en Europe, avec l'appui de H.-Michel Hagmann et François Höpflinger, INAG, Lausanne, Réalités sociales.

2 Zur Seniorenpolitik in schweizerischen Unternehmungen

Ein an der Universität St.Gallen von Prof. Peter Gross geleitetes Forschungsprojekt befasste sich mit der Politik schweizerischer Unternehmungen rund um Fragen der Pensionierung. Dazu wurden sowohl grössere deutschschweizerische Unternehmen als auch MitarbeiterInnen vor und nach der Pensionierung befragt.¹

1. Existieren unternehmenspolitische Konzepte für eine Senioritätspolitik in schweizerischen Unternehmen?:

Unternehmenspolitische Konzepte einer Alterspolitik gibt es nur in Ausnahmefällen. Meist handelt es sich um grosse Firmen, die im Rahmen oder im Anschluss an die Ausarbeitung unternehmerischer Leitbilder entsprechende Grundlagen zur Alterspolitik erarbeitet haben. Formulierten Alterspolitiken zielen meist auf einen geregelten Übergang ins Rentenalter. Sie beziehen neben rechtlichen auch gesundheitliche und soziale Fragen ein. Wo solche Konzepte vorhanden sind, werden sie durch entsprechende Kurs- und Betreuungsangebote ergänzt.

In den allermeisten Unternehmen liegen jedoch zur Zeit keine programmatischen Grundlagen zur Alterspolitik vor. Ob und wieviel an Pensionierungsvorbereitung und -betreuung angeboten wird, ist weitgehend vom Problembewusstsein und der Initiative der zuständigen Personalverantwortlichen sowie ihrer Durchsetzungsfähigkeit in bezug auf die Mobilisierung der notwendigen Ressourcen abhängig. In der Praxis gibt es zahlreiche Formen, die von quasi-sozialarbeiterischer Einzelfallbetreuung über den Einkauf professionell angebotener Kurse und

Dienstleistungen bis zur Einrichtung eines mehr oder weniger ausgebauten eigenen Angebotes gehen.

2. Wie werden Modelle der Flexibilisierung des Rentenalters beurteilt, und welche Randbedingungen für neue Formen der Zeitgestaltung im Alter werden von den Unternehmen gesehen?:

Aus der Sicht der Unternehmen stehen bei der Beurteilung von Flexibilisierungsmodellen gegenwärtig die von konjunkturellen und strukturellen Umbrüchen geprägte wirtschaftliche Lage sowie Diskussion um neue Arbeitszeitmodelle im Vordergrund. Dabei wird die Flexibilisierung des Rentenalters als ein Element genereller Flexibilisierungsbemühungen auf dem Gebiet der (Lebens-)Arbeitszeit verstanden, welche den Unternehmen die Ausrichtung auf die schnellen Veränderungen in den Märkten erleichtern soll. Sofern sie diesem Ziel dienen, werden entsprechende Massnahmen grundsätzlich begrüsst.

Der praktischen Umsetzung stehen allerdings Hemmnisse entgegen. Dazu gehören versicherungsrechtliche Bestimmungen, welche den Unternehmen auf dem Gebiet der Altersvorsorge nur einen begrenzten Spielraum lassen. Zudem spielen auch kulturelle Aspekte eine nicht zu unterschätzende Rolle: Der mit einer konsequenten Flexibilisierung einhergehende Zuwachs an Autonomie auf Seiten der Beschäftigten sowie die erhöhten Anforderungen ans Personalmanagement (z.B. grössere Spielräume im Hinblick auf die mittelfristige Personalplanung) können zu Zurückhaltung führen, die mehr mit Führungsproblemen als mit dem Prinzip der Flexibilisierung als solchem zu tun haben.

¹ Achim Brosziewski; Peter Farago; Peter Gross; Claude Hunold, Olaf Zorzi (1997) Altenpolitik schweizerischer Unternehmungen und ihr Beitrag zum Übergang vom Erwerbs- zum Rentenleben und zur sozialen Integration betagter Erwerbstätiger, St.Gallen: Abschlussbericht, Mai 1997 (NF-Projekt 4032-33699).

3. *Welche Bedeutung haben Senioritätspolitik und die konkreten Aktivitäten der Unternehmungen für ältere und ehemalige Erwerbstätige?:*

Für die Beschäftigten im Rentenalter sind die Angebote zur Begleitung im Übergang vom aktiven Berufsleben in den Ruhestand von grosser Bedeutung. Sie bieten konkrete Hilfestellungen bei rechtlichen, finanziellen und gesundheitlichen Fragen. Darüber hinaus ermöglichen sie es, sich im Kontakt zu Gleichaltrigen und meist zusammen mit dem Lebenspartner mit der neuen Situation zu beschäftigen. Die heutige Generation von RentnerInnen schätzt Angebote des früheren Arbeitgebers, welche regelmässige Kontakte zu anderen Ehemaligen ermöglichen. Ob dies so bleiben wird, wenn Generationen ins Rentenalter kommen, für welche die Bindung zum Betrieb schon während ihres Berufslebens eine geringere Rolle gespielt hat, muss sich in Zukunft weisen.

Die Nachfrage nach Kursen und anderen Aktivitäten im Übergang zum Rentenalter besteht unabhängig von der Unternehmensgrösse. Da aber nur grosse Firmen in der Lage sind, diese Nachfrage in Eigenregie zu befriedigen, gibt es einen Bedarf nach entsprechenden Angeboten von dritter Seite. Solche Angebote sind vorhanden. Wenn die Beschäftigten von ihnen Kenntnis haben, ist meist auch das Interesse vernehmbar, daran teilnehmen zu können.

3 Übergänge in den Ruhestand

An der Universität Fribourg untersuchte eine Forschungsgruppe unter der Leitung von Prof. Hans-Dieter Schneider die Situation von ArbeitnehmerInnen vor und nach der Pensionierung, wobei die Leute

sowohl sechs Monate vor als auch sechs Monate nach erfolgter Pensionierung erfasst wurden. Nochmals ein Jahr später (d.h. 18 Monate nach der Pensionierung) erfolgte eine dritte Befragung, in der Annahme, dass wichtige Anpassungsprozesse zu diesem Zeitpunkt weitgehend abgeschlossen seien.¹

Das Wohlbefinden der Schweizer Bevölkerung kurz vor der Pensionierung ist gut und sinkt auch nach der Pensionierung kaum. Trotzdem lassen sich einige Risikofaktoren nennen, die zu einer Beeinträchtigung der Befindlichkeit führen können. Dabei geht es neben dem sozialen Status vor allem um das soziale Netz, welches für das Wohlbefinden von Bedeutung ist. Schliesslich sind Persönlichkeitsfaktoren - wie Optimismus und emotionale Stabilität - von Bedeutung. Während Massnahmen gegen eine Benachteiligung von Frauen und zur Förderung niederer sozioökonomischer Schichten in erster Linie über gesetzliche Regelungen ergriffen werden müssen, sind bei der Forderung nach starken sozialen Netzen die sozialen Institutionen angesprochen: Ihr Ziel muss es sein, in jedem Lebensalter soziale Fertigkeiten zu fördern und institutionalisierte Angebote zu Sozialaktivitäten sicherzustellen, damit der sozialen Isolation vorgebeugt wird.

Die Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Ruhestand ist ein Thema, das seit langer Zeit immer wieder untersucht wurde. In der vorliegenden Untersuchung konnten allerdings keine umfassenden Zusammenhänge zwischen Vorbereitung auf die Pensionierung und Anpassung an die nachberufliche Zeit nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis sollte jedoch nicht zum Schluss verleiten, Vorbereitung sei

¹ Vgl. Regula Buchmüller, Sabine Dobler, Tina Kiefer, Frank Margulies, Philipp Mayring, Markus Melching, Hans-Dieter Schneider (1996) Vor dem Ruhestand. Eine psychologische Untersuchung zum Erleben der Zeit vor der Pensionierung, Bern: Huber; Regula Buchmüller, Sabine Dobler, Philipp Mayring, Hans-Dieter Schneider (1997) Übergänge in den Ruhestand. Eine psychologische Längsschnittuntersuchung zum Erleben der Pensionierung, Schlussbericht, Fribourg (mimeo).

eine vernachlässigbare Grösse. Vielmehr dürfte es darum gehen, verschiedene Arten von Vorbereitungsangeboten anzubieten und zu verbreiten. Dabei muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass sich ältere Menschen in unterschiedlichen Lebensumständen befinden und verschiedene Berufs- und Bildungsschichten je eigene Bedürfnisse haben. Weiter ist zu bedenken, dass diejenigen Personen, die weniger aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben, schwer erreichbar sind. Sie sind es jedoch vielfach, die aufgrund unangemessener Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation später mit vermeidbaren Problemen konfrontiert werden. Daher sind niederschwellige und in ihrer thematischen Ausrichtung vielfältige Angebote zu unterbreiten.

Die Bewältigung der Pensionierung sowie des kommenden Alters lassen sich lernen. Dabei geht es offenbar weniger darum, dass man sich kurz vor diesem Lebensereignis intensiv mit den bevorstehenden Veränderungen auseinandersetzt. Wichtig ist vielmehr während des ganzen Lebens unter kompetenzfördernden Bedingungen leben zu können. Dazu gehören neben ausreichenden materiellen Voraussetzungen vor allem soziale Strukturen, welche die Persönlichkeitsentwicklung in einem dauerhaften Prozess sicherstellen.

Gerade Selbstwirksamkeitsüberzeugung¹, ein positives persönliches Altersbild sowie das Gefühl, die eigenen Berufsziele erreicht zu haben, fördern diese Kompetenz und damit die Chancen, mit neuen, allenfalls beschwerlichen Situationen zurecht zu kommen. Zu den persönlichkeitsfördernden Faktoren gehören auch Arbeitsbedingungen, die nicht gesundheitlich schädigend oder belastend sind. Ende des 20. Jahrhunderts wird von den Arbeitnehmerinnen und

Arbeitnehmern enorm viel verlangt; die Arbeitszeit ist hoch und der Leistungsdruck enorm. Daher sind Faktoren wie Mitbestimmung, Handlungsspielraum und gesundheitsförderliche Bedingungen am Arbeitsplatz sehr wichtig, auch weil solche Faktoren auch das nachberufliche Leben positiv beeinflussen.

Die heutige Zeit ist aber auch geprägt von einer ausserordentlichen Freizeitkultur. Schon vor der Pensionierung ist die Freizeit wichtig und sollte gepflegt werden, um so mehr als die Ergebnisse belegen, dass die Freizeitaktivitäten im Übergang in die Pensionierung von Kontinuität geprägt sind. Eine aktive und zufriedene Rentnerinnen- und Rentnergeneration wird bloss existieren, wenn die Betroffenen bereits in früheren Jahren erlernen, ihre freie Zeit sinnstiftend und zufriedenstellend zu gestalten. Andererseits darf nicht übersehen werden, dass weiterhin ein grosser Anteil der älteren Menschen über eine hohe Arbeitsorientierung verfügt. Sie sind es gewohnt, einen grossen Teil ihres Lebens und Engagements in die Arbeit zu stecken und sich dort Status und Befriedigung zu holen. Diesem Umstand ist Rechnung zu tragen, indem eine Flexibilisierung des Rentenalters realisiert wird. Damit kann den unterschiedlichen individuellen Voraussetzungen Rechnung getragen werden: Personen, die sich beispielsweise ausgebrannt fühlen, können von grösseren Urlauben oder einer früheren Pensionierung Gebrauch machen. Wer sich stark mit der Arbeit identifiziert, sollte hingegen auch über das normale Rentenalter hinaus aktiv bleiben können.

4 Ausländer und Ausländerinnen im Übergang ins Rentenalter

Die ausländische Wohnbevölkerung ist nicht nur bei den Einkommensschwachen übervertre-

¹ Ueberzeugung, sein eigenes Leben und Schicksal selbst wirksam beeinflussen zu können (im Gegensatz zu einer mehr fatalistischen Lebenshaltung).

ten, sondern auch ihre Wohnqualität und soziale Integration liegt deutlich unter dem Niveau der einheimischen Bevölkerung. Die starke Armutsbetroffenheit der ausländischen Bevölkerung ist sozialpolitisch insofern relevant, als zunehmend mehr 'Gastarbeiter', die in den 1960er und 1970er Jahren in die Schweiz einwanderten, das Rentenalter erreichen. Selbst wenn ein Teil der pensionierten AusländerInnen in ihre Heimat zurückkehrt, werden Zahl und Anteil ausländischer AHV-RentnerInnen in den nächsten Jahren deutlich ansteigen. Aufgrund ihrer Einkommenslage werden manche dieser ausländischen RentnerInnen auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sein. Entsprechend wichtig ist eine gute Information dieser Gruppe über ihre Rechtsansprüche.

In einem von Rosita Fibbi (Universität Lausanne) und Claudio Bolzmann (Universität Genf) durchgeführten Projekt wurde gezielt die Situation von AusländerInnen im Übergang ins Rentenalter untersucht, wobei im Rahmen einer Befragung in Genf und Basel wohnhafte ItalienerInnen und SpanierInnen im Alter zwischen 55-64 Jahren einbezogen wurden. Die grosse Mehrheit dieser AusländerInnen wanderte zu Beginn und Mitte der 1960er Jahre in die Schweiz ein. Es handelt sich somit um eine ausländische Bevölkerungsgruppe, welche sich schon lange in der Schweiz aufhält.¹

Die NFP 32-Studie weist nach, dass die Entscheidung, nach der Pensionierung in ihre ursprüngliche Heimat zurückzukehren oder in der Schweiz zu verbleiben, vielen ItalienerInnen und SpanierInnen schwer fällt. Direkt nach den Zukunftsplänen befragt, zeigt sich eine Dreiteilung der Meinungen: 35% der Befragten wollen in der Schweiz verbleiben und 27% wollen zurückkeh-

ren. Die übrigen 39% optieren angesichts des Entscheidungsdilemmas für ein Pendeln zwischen Heimatort und jetzigem Wohnort (eine Strategie, die dank verbesserten und verbilligten Transportmöglichkeiten für viele ItalienerInnen und SpanierInnen durchaus realistisch geworden ist). Die Männer tendieren eher auf eine Rückkehr, wogegen die Frauen aufgrund familiärer Bindungen eher zum Verbleiben tendieren. Dies kann bei älteren Ehepaaren zu ausgedehnten Diskussionen führen. Der endgültige Entschluss, in der Schweiz zu bleiben, zu pendeln oder zurückzukehren, hängt von familialen, gesundheitlichen und finanziellen Gegebenheiten ab. So waren die Rückkehrwilligen häufiger Menschen ohne in der Nähe lebende Kinder. Eine Rückkehr oder ein Pendeln setzen zudem eine gute Gesundheit sowie eine hohe finanzielle Absicherung voraus.

Finanzschwache ImmigrantInnen müssen oft in der Schweiz wohnhaft bleiben, weil sie sonst ihr Anrecht auf Ergänzungsleistungen zur AHV verlieren. Zwei Drittel derjenigen, die sowohl eine Rückkehr als auch ein Pendeln ausschlossen, waren als finanzschwach einzustufen. Das Verbleiben älterer AusländerInnen in der Schweiz ist nicht immer frei gewählt, sondern mit sozialrechtlichen Regeln verhängt.

Wie bei Schweizern weisen ausländische Arbeitskräfte, die ihr Berufsleben als erfolgreich definieren, häufiger ein positives Bild der Pensionierung auf. In der Gruppe der Erfolgreichen vertreten 70% ein positives Image, gegenüber nur 42% bei Befragten, die ihr Berufsleben nicht als erfolgreich definieren. Darin widerspiegelt sich der bei der Studie 'Übergänge in den Ruhestand' ebenfalls beobachtete Sachverhalt, dass berufliche Misserfolge die nachberufliche Phase belasten. Berufliche Misserfolge und hohe körperliche Arbeitsbelastungen waren gerade bei dieser Generation

¹ Vgl. Claudio Bolzman, Rosita Fibbi (1993) Les immigrés face à la retraite: rester ou retourner?, *Revue suisse d'Economie politique et de Statistique*, 129,3: 371-38; Claudio Bolzman, Rosita Fibbi, Marie Vial (1996) La population âgée immigrée face à la retraite: Problème social et problématique de recherche, in: H.R. Wicker, J.L. Alber et al. (eds.) *L'altérité dans la société: migration, ethnicité, état*, Zürich: Seismo: 123-142.

ausländischer Arbeitskräfte recht häufig. Gleichzeitig ist auch das Arbeitslosenrisiko 55-64-jähriger ausländischer Arbeitskräfte höher als bei gleichaltrigen Schweizern. Auch ein vorzeitiger Abbruch der Erwerbstätigkeit ist bei ausländischen Arbeitskräften vergleichsweise häufig, wobei zwangsweise frühpensionierte Ausländer mit ihrer jetzigen Situation am häufigsten unzufrieden sind.

Die Auswahlprozesse der Arbeitskräftemigration führten in einer ersten Phase der Immigration zu einer gesundheitlich positiven Auswahl von Ausländern; sei es, dass vor allem gesunde Personen auswanderten; sei es, dass nur körperlich gesunde Arbeitskräfte eine Einwanderungserlaubnis erhielten. Heute wird sichtbar, dass sich die gesundheitliche Situation dieser ausländischen Arbeitskräfte im Alter vor und nach der Pensionierung klar verschlechtert hat: Bei allen Gesundheitsindikatoren zeigen ältere ausländische Frauen und Männer schlechtere Werte als gleichaltrige SchweizerInnen. So treten körperliche Beschwerden bei AusländerInnen vor dem AHV-Alter deutlich häufiger auf als bei SchweizerInnen, und 28% der befragten 55-64-jährigen AusländerInnen bezogen eine Invalidenrente (gegenüber 12% der Gesamtbevölkerung gleichen Alters). Häufig sind Rückenbeschwerden, welche von rund 44% der befragten AusländerInnen angeführt wurden. Häufig sind aber auch Beinschmerzen, vor allem bei Frauen (langes Stehen im Beruf). Ausländische Frauen leiden zudem oft an Kopfschmerzen. Ein Hauptgrund des schlechten gesundheitlichen Befindens älterer ausländischer Menschen sind die jahrzehntelang hohen Arbeitsbelastungen. Sie mussten oft jene Arbeitstätigkeiten übernehmen, welche Schweizer nicht mehr ausüben wollten. Die in den 1960er Jahren stattgefundenen soziale

Unterschichtung durch FremdarbeiterInnen zeitigt in den 1990er Jahren negative gesundheitliche Folgen.

Die Hauptempfehlung ist, dass dieser zahlenmässig wachsenden Gruppe der Wohnbevölkerung sozial- und gesundheitspolitisch vermehrte Beachtung geschenkt werden muss. Dazu gehört einerseits eine frühzeitige und umfassende Information über ihre rechtliche und sozialversicherungsbezogene Lage bei einer eventuellen Rückkehr in ihr Heimatland. Dazu gehört aber auch die Durchführung spezieller Vorbereitungskurse zur Pensionierung für ausländische Menschen. Tatsächlich wurden in entsprechenden Pilotkursen der Pro Senectute 'Pensionamento: rimanere - rientrare - pendolare?' gute Erfahrungen gemacht.

5 Hauptresultate und Perspektiven

Angesichts der sich abzeichnenden demographischen Alterung der Erwerbsbevölkerung erweist sich eine Politik vorzeitiger Pensionierung immer mehr als Sackgasse (wie etwa auch die OECD feststellt). Nicht nur wird damit nur die Finanzierung der Altersvorsorge zusätzlich belastet, sondern es gehen auch wertvolle Kompetenzen älterer ArbeitnehmerInnen verloren. Alle Vorstösse zur Flexibilisierung des Pensionierungsalters sollten deshalb auch die Möglichkeit einer 'Flexibilität nach oben' beinhalten (z.B. Recht auf Weiterbeschäftigung nach Erreichen des offiziellen AHV-Alters, Teilrentensystem, welches eine Teilzeiterwerbstätigkeit nach Erreichen des AHV-Alters erleichtert). Zu wenig Firmen und Unternehmen haben bisher erkannt, dass sich die zukünftige Wirtschaft eine Benachteiligung älterer ArbeitnehmerInnen immer weniger leisten kann. Angesichts der erwartbaren demographischen Entwicklung

auf dem Arbeitsmarkt muss die schulisch-berufliche Fort- und Weiterbildung über 40-jähriger Arbeitskräfte zukünftig stärker gefördert werden.

Im übrigen stellen Längsschnittvergleiche klar, dass Vorstellungen vom 'Pensionierungsschock' endgültig in den Bereich populärer Mythen gehören. Das persönliche Wohlbefinden verändert sich im allgemeinen nach der Pensionierung kaum wesentlich. Auch das Aktivitätsprofil nach der Pensionierung stützt die These einer starken Kontinuität. Unmittelbar nach der Pensionierung ändert sich häufig weniger, als allgemein vermutet wird.

Die Bewältigung der Pensionierung und des kommenden Alters lassen sich lernen, allerdings genügen kurzfristig angelegte Vorbereitungskurse zur Pensionierung nicht. Vielmehr liefert die Längsschnittstudie Hinweise darauf, dass allgemeine Kompetenzen und Ressourcen, die während des gesamten Lebens die Bewältigung von Schwierigkeiten und Anforderungen erleichtern, auch das Wohlbefinden im Ruhestand fördern. An die Stelle der (oder vielleicht vorsichtiger: neben den) bisherigen Formen einer Vorbereitung auf den Ruhestand muss eine allgemeine Kompetenzförderung treten.

Eine besondere Risikogruppe im Übergang ins Rentenalter stellen ältere ausländische Männer und Frauen dar. Diese Gruppe leidet überdurchschnittlich unter schlechten wirtschaftlichen und gesundheitlichen Bedingungen. Sie sind auch von zwangsweisen Frühpensionierungen besonders stark betroffen. Häufig sind diese Menschen über ihre Rechte schlecht informiert, und sozialrechtliche Probleme entstehen vor allem, wenn ausländische Arbeitskräfte ohne Abklärung in ihr Heimatland zurückkehren. Zu empfehlen ist auch

die Durchführung spezieller Vorbereitungskurse zur Pensionierung für ausländische Menschen. Entsprechende Pilotkurse der Pro Senectute zeigten gute Erfahrungen.

1 Altersvorsorge unter neuen demographischen Herausforderungen

Insgesamt hat sich in der Schweiz dank der Verankerung des drei Säulenprinzips (1. Säule: AHV, 2. Säule: berufliche Vorsorge, 3. Säule: privates Sparen) ein funktionierendes System der Altersvorsorge entwickelt, welches die wirtschaftliche Existenz alter Menschen absichert. Die Armut im Alter konnte wirksam bekämpft werden. Damit darf die aktuelle Altersvorsorge der Schweiz als sozialpolitischen Erfolg gewertet werden. International gilt die Altersvorsorge der Schweiz dank ihrer Verteilung auf Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren generell als vorbildlich. Im Gegensatz zu häufig geäusserten Vermutungen hat der Ausbau der AHV die Generationenbeziehungen nicht belastet, sondern entlastet. So erleichtert die wirtschaftliche Absicherung im Alter es der älteren Generation, sich gegenüber sozialen und kulturellen Neuerungen der jüngeren Generationen zu öffnen.

Eine entscheidende Frage ist, ob die Altersvorsorge angesichts der sich abzeichnenden demographischen Alterung tragbar bleibt. Besonders stark von demographischen Verschiebungen betroffen sind Rentensysteme, welche auf einem durch Lohnbeiträge finanzierten Umlageverfahren beruhen. In einem solchen System wirkt sich demographische Alterung negativ auf das finanzielle Gleichgewicht der Rentenkassen aus, da die Zahl der AltersrentnerInnen rascher ansteigt als die Zahl beitragspflichtiger erwerbstätiger Personen.

Die Schweiz und die übrigen europäischen Ländern sehen sich aufgrund der zukünftigen Entwicklungen alle mit Fragen einer Reform ihrer aktuellen Rentensysteme konfrontiert. Grundsätzlich existieren drei Reformmöglichkeiten, um ein defizitä-

res Umlageverfahren zu sanieren:

- 1) die Lohnbeiträge werden erhöht, was angesichts hoher Lohnnebenkosten wirtschaftspolitisch auf immer mehr Widerstände stösst. Denkbar ist auch eine breitere Abstützung der Finanzierung, indem zusätzlich allgemeine Steuermittel eingesetzt werden. Tatsächlich ist in der Schweiz die Mitfinanzierung der AHV durch indirekte Steuern (Mehrwertsteuer) vorgesehen. Damit tragen auch die RentnerInnen zur Finanzierung der Altersversorgung bei.
- 2) die Rentenleistungen werden gekürzt, direkt oder indirekt durch Verzicht auf eine volle Anpassung an Lohnniveau oder Inflation. Allerdings besteht bei dieser Strategie die Gefahr, dass Armut im Alter erneut zu einem häufigen Problem werden kann.
- 3) das Rentenalter wird erhöht (wie dies einige europäische Länder zumindest für die Zukunft vorgesehen haben). Gegenwärtig stösst eine solche Strategie auf arbeitsmarktpolitische Widerstände, und der Trend der letzten Jahre verläuft faktisch in die Gegenrichtung einer zunehmenden Zahl vorzeitiger Pensionierungen. Längerfristig ist jedoch mit einer Anhebung des Rentenalters zu rechnen.

Das System der beruflichen Vorsorge, welches gemäss dem Kapitaldeckungsverfahren funktioniert, ist zwar von der demographischen Alterung weniger direkt betroffen, aber auch hier können sich bei rasch ansteigender demographischer Alterung ökonomische Probleme ergeben. So kann angespartes Kapital nur ausgezahlt werden, wenn genügend Produktionskapazitäten vorhanden sind. Unter ungünstigen Umständen kann die Auszahlung von Pensionsansprüchen zur Entwertung des angehäuften Kapitals führen. Beispielsweise können sich Probleme ergeben, wenn Pensionsgelder, wel-

che in Immobilien angelegt werden, aufgrund schrumpfender Bevölkerungszahlen und damit geringer Nachfrage nach Wohnraum an Wert verlieren. Gleichzeitig ist die Leistungssicherheit der beruflichen Vorsorge eng mit der Qualität der Anlagepolitik und der Effizienz der Aufsichtsorgane verknüpft, da sich eine fehlgeleitete Anlagepolitik von Pensionskassen langfristig negativ auswirkt. Die Entwicklung neuer internationaler Kapitalmärkte und Finanzinstrumente erzwingt ständige Neuanpassungen der Anlagepolitik und der Anlagekontrolle.

Aufgrund dieser Herausforderungen wurde im Rahmen des NFP 32 von Dr. Werner Nussbaum, Rechtsexperte der beruflichen Vorsorge, eine vergleichende Studie über Leistungssicherung, Vermögensanlage und Kontrolleffizienz in der beruflichen Altersvorsorge durchgeführt. Diese Studie liess eine ganze Reihe möglicher Reformen zur Verbesserung der Vermögensanlage, Kontrolle und Leistungssicherung in der beruflichen Vorsorge erkennen ¹

2 Zur wirtschaftlichen Lage von Rentnern und Rentnerinnen

Dank Ausbau der Altersvorsorge und allgemeinem Wohlstandsgewinn hat sich das Armutsrisiko von Rentnern und Rentnerinnen in den letzten Jahrzehnten deutlich reduziert. Auch die Ergebnisse der Nationalen Armutsstudie ² zeigen, dass die AltersrentnerInnen heute kein überdurchschnittliches Armutsrisiko mehr aufweisen. Dies gilt insbesondere für die 'jungen RentnerInnen', die aufgrund des Aufbaus der Altersvorsorge (mit ihren drei Säulen) wirtschaftlich in hohem Masse abgesichert sind. Auch inskünftig dürfte dies so bleiben, da die nachrückenden Generationen immer stärker mit Rentenzahlungen aus der beruflichen Vorsorge rechnen

können. Allerdings zeigen sich in der wirtschaftlichen Lage älterer Menschen weiterhin regionale Unterschiede, und namentlich die Tessiner RentnerInnen sind durch ein unterdurchschnittliches Einkommen charakterisiert. Gleichzeitig zeigen sich sowohl beim Einkommen als auch beim Vermögen enorme soziale Unterschiede.

Hauptergebnisse in Thesenform ³

1. Das Armutsrisiko heutiger RentnerInnen ist nur deshalb gering, weil die AHV in den letzten Jahrzehnten stark ausgebaut wurde und weil mit dem System von Ergänzungsleistungen (EL) eine bedarfsangepasste Form der Existenzsicherung für AHV-RentnerInnen besteht. Ein bedeutender Teil der AHV-RentnerInnen (rund ein Viertel) ist zwar nicht eigentlich arm, jedoch eher einkommensschwach (und ohne grosse Einkommensreserven). Sozialpolitische Entscheidungen und Massnahmen sind auch inskünftig für die Entwicklung der Altersarmut entscheidend. Sozialer Abbau kann rasch zu einer erneuten Verarmung mancher älterer Menschen führen.
2. Bis zu einem Drittel aller Anspruchsberechtigten verzichtet gemäss Nationaler Armutsstudie auf Ergänzungsleistungen zur AHV, teilweise aufgrund mangelnder Information, teilweise aus der Motivation heraus, nicht 'abhängig zu sein'. Der Anteil von EL-BezügerInnen bei jungen Rentnern und Rentnerinnen dürfte mittelfristig eher sinken oder in etwa stabil bleiben. Hingegen ist bei den Hochbetagten eher mit einem ansteigenden Anteil von EL-BezügerInnen zu rechnen (da die EL immer häufiger zur Deckung von Pflegeheimkosten benützt wird). Auch inskünftig dürfte der Anteil von Frauen, die auf EL angewiesen sind, höher sein als

¹ Vgl. Werner Nussbaum (1996) Das amerikanische System der beruflichen Vorsorge im Vergleich mit dem schweizerischen System, Soziale Sicherheit 3/96: 112-129 sowie Werner Nussbaum (1999) Das System der beruflichen Vorsorge in den USA im Vergleich zum schweizerischen Recht, Bern: Haupt. Im Anschluss an diese Studie wurde April 1996 von Dr. Werner Nussbaum und anderen Personen in Bern der Verein Innovation Zweite Säule gegründet. Dieser 'Think Tank' soll beitragen, die berufliche Vorsorge der Schweiz den erhöhten Anforderungen moderner Kapitalmärkte anzupassen. Dazu gehören Analysen neuer Instrumente und Möglichkeiten internationaler Kapitalanlagen sowie der Einsatz moderner Technologien für die Durchführung der beruflichen Vorsorge.

² Die entsprechenden Analysen zur wirtschaftlichen Lage älterer Menschen erfolgten in enger Zusammenarbeit zwischen dem NFP 29 (Wandel der Lebensformen und soziale Sicherheit) und dem NFP 32 (Alter), vgl. Robert E. Leu, Stefan Burri, Tom Priester (1997) Lebensqualität und Armut in der Schweiz, Bern: Haupt.

³ Vgl. François Höpflinger (1997) Zur Entwicklung der Armut und des Armutsrisikos bei zukünftigen Rentnerinnen und Rentnern, Fachpublikation 1/97, Zürich: Pro Senectute (frz.: Le développement de la pauvreté et du risque de pauvreté chez les futurs retraités).

- bei gleichaltrigen Männern. Bei jungen Rentnern deutet sich eine allmähliche Angleichung des Armutsrisikos beider Geschlechter an.
3. Die Schweiz ist - wie andere Länder auch - durch eine Ungleichverteilung von Einkommen und Vermögen charakterisiert. Auch die Einkommens- und Vermögenslage der älteren Bevölkerung ist ungleich, und bei den zukünftigen Rentnergenerationen werden sich die sozialen Ungleichheiten weiter verstärken. Damit werden Fragen einer Umverteilung innerhalb der älteren Bevölkerung eine erhöhte Sprengkraft erhalten. In Zukunft geht es nicht nur um die Solidarität zwischen jüngeren und älteren Menschen, sondern vermehrt auch um die Solidarität zwischen wohlhabenden und einkommensschwachen RentnerInnen.
 4. Insgesamt betrachtet ist für die nächsten zehn Jahre eher mit einer weiteren Verbesserung der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Mehrheit der RentnerInnen zu rechnen (auch weil zunehmend mehr gut qualifizierte, aktive und gesunde Personen ins Rentenalter eintreten). Allerdings beschwört die wirtschaftliche Ungleichheit bei RentnerInnen die Gefahr einer 'Zwei-Klassen-Situation' herauf, und für eine Minderheit von RentnerInnen dürfte sich die soziale und wirtschaftliche Lage relativ verschlechtern.
 5. Vor allem Personen, die schon in früheren Lebensjahren aus sozialen Netzwerken oder der Arbeitswelt ausgeschlossen wurden, bilden im Alter eine Risikogruppe. Die wirtschaftliche Krise der 1990er Jahre hat sich noch nicht massenweise auf die wirtschaftliche Lage der RentnerInnen ausgewirkt. Inskünftig dürfte jedoch die Zahl älterer Menschen, die aufgrund zwangsweiser Frühpensionierung oder langjähriger Arbeitslosigkeit ohne finanzielle Reserven und resigniert ins AHV-Alter eintreten, eher ansteigen. Bei den Hochbetagten ist zudem mit einer wachsenden Gruppe von Frauen und Männern zu rechnen, die aufgrund von Krankheit und Pflegebedürftigkeit allmählich verarmen (weil ihr angespartes Vermögen aufgezehrt wurde).
 6. Als eine zentrale Problemgruppe mit überdurchschnittlichem Armutsrisiko kurz vor oder nach der Pensionierung erweisen sich namentlich ausländische Frauen und Männer (die im Durchschnitt auch eine schlechtere Gesundheit aufweisen). Da in den nächsten Jahren mehr ausländische Arbeitskräfte ins AHV-Alter treten, dürfte auch die Zahl einkommensschwacher bzw. auf EL angewiesener Ausländer ansteigen.
- Als allgemeine Folgerung aus den verschiedenen Trends und Entwicklungen ergibt sich die Empfehlung Beratung und Betreuung im Altersbereich noch stärker ziel- und bedarfsorientiert auszurichten, wobei wirtschaftliche, soziale und psychische Problemlagen häufig gleichzeitig angegangen werden müssen.

3 Soziale Beziehungen älterer Menschen

Gute Kontakte und eine hohe soziale Unterstützung sind bei älteren und betagten Menschen zentrale Elemente ihrer Lebensqualität. Gute soziale Beziehungen wirken sich positiv auf Wohlbefinden und Gesundheit aus. Informationen über die Kontakte zuhause lebender älterer Menschen mit Angehörigen, Freunden und Nachbarn wurden insbesondere im Rahmen des vom 'Centre Interfacultaire de Gérontologie' (CIG) durchgeführten NFP 32-Projektes 'Autonomie im Alter und soziokulturelle Umwelt' erhoben. Die

Studienanlage erlaubte sowohl einen Vergleich zwischen unterschiedlichen Regionen (Genf als urbanes Zentrum, Zentralwallis als ländlich-industrielle Region) als auch zwischen den Jahren 1979 und 1994.¹ Die Hauptergebnisse lassen wie folgt zusammenfassen:

Familienverhältnisse: Der Anteil zuhause lebender älterer Menschen ohne Angehörige ist gering, auch bei den über 80-jährigen Menschen. Die meisten älteren Menschen haben Kinder und Enkelkinder sowie zumindest ein überlebendes Geschwister. Dank steigender gemeinsamer Lebenszeit von Generationen hat sich der Anteil älterer Menschen mit Angehörigen aus anderen Generationen (Kinder, Enkelkinder) im Zeitvergleich erhöht. Die überwiegende Mehrzahl der RentnerInnen kann zumindest auf ein überlebendes Kind zählen. In den meisten Fällen können ältere Menschen von heute auf ein diversifiziertes familiales Netzwerk zurückgreifen. Im Gegensatz zu hier und da geäusserten Vorstellungen hat sich der Anteil betagter Menschen ohne Angehörige bisher keineswegs erhöht. Eher ist das Gegenteil der Fall, und der Anteil älterer Menschen mit vollständiger Familie (PartnerIn, mindestens ein Kind, ein Enkelkind und ein Geschwister) ist angestiegen.

Kontakte zu Angehörigen: Die häufigsten Kontakte ergeben sich erwartungsgemäss mit den eigenen Kindern. Gut zwei Drittel der GenferInnen und gut drei Viertel der WalliserInnen im Alter von 60 bis 79 Jahren, welche Kinder hatten, trafen sich 1994 einmal pro Woche oder häufiger mit einem oder mehreren ihrer Kinder. Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 belegen ebenfalls, dass über 70% der Betagten, die Kinder haben, mindestens einmal pro Woche eines ihrer Kinder sehen.² Häufig und intensiv sind auch die

Kontakte zu den Enkelkindern, sofern vorhanden. Dagegen sind Kontakte mit den Geschwistern, Schwagern, Schwägerin, Neffen, Nichten sowie Cousins oder Cousinen deutlich seltener, vor allem in städtischen Regionen. Im Zeitvergleich 1979 bis 1994 haben sich die familialen Kontakte - im Gegensatz zu dem, was oft behauptet wird - eher verstärkt. Die These vom Zerfall familialer Beziehungen wird nicht gestützt, im Gegenteil. So sind heute etwa gemeinsame Ferien von Grosseltern und Enkelkindern häufiger als früher. Dies hängt mit der besseren Gesundheit älterer Menschen zusammen, wodurch aktive Grosselternschaft überhaupt erst möglich wurde.

Freundschaften: Das Freundschaftsnetz älterer Menschen hat sich zwischen 1979 und 1994 eindeutig ausgeweitet: Der Anteil von RentnerInnen mit zwei oder mehr engen Freunden ist in beiden Regionen (Genf, Zentralwallis) angestiegen, wogegen sich der Anteil älterer Menschen ohne enge Freunde reduziert hat. Während 1979 im Zentralwallis 38% der 65-jährigen und älteren Menschen keine engen Freunde nannten, waren es 1994 nur noch 23%. Demgegenüber hat sich der Anteil derjenigen mit zwei oder mehr engen Freunden von 50% auf 64% erhöht. Analog verlief die Entwicklung in Genf, wo der Anteil älterer Menschen ohne enge Freunde zwischen 1979 und 1994 von 37% auf 19% sank. Der Anteil der Befragten mit zwei oder mehr Freundschaftsbeziehungen erhöhte sich hier von 51% auf 71%. Auch diese Daten weisen auf eine Verbesserung der sozialen Beziehungen bei heutigen RentnerInnen hin.

Nachbarschaft: Die Nachbarschaftsbeziehungen älterer Menschen sind nicht besonders ausgeprägt. Gemäss Nationaler Armutsstudie 1992 verzichteten rund 40% der AHV-RentnerInnen

1 Vgl. Christian Lalive d'Epinay (sous la dir. de) (1998) Vieillesse au fil du temps (1979-1994). Santé, situations de vie et formes de participation des personnes âgées en Suisse, Genève: Centre Interfacultaire de Gérontologie (Rapport final, version préliminaire). Zur Studienanlage vgl. auch Christine Bétemps, Jean-François Bickel, Matthias Brunner, Cornelia Hummel. (1997) Journal d'une enquête: La récolte des données d'une recherche transversale par échantillon aléatoire stratifié, Lausanne: Réalités Sociales.

2 Vgl. Theodor Abelin, Valerie Beer, Felix Gurtner, (Hrsg.) (1998) Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, Bern: Haupt, S. 128.

auf gegenseitige Besuche von Nachbarn. Auch die Walliser und Genfer RentnerInnen pflegen vielfach keine oder höchstens eine neutrale Beziehung zu ihren Nachbarn. In der gesamtschweizerischen Univox-Befragung 1998 erklärten 27% der 65-84-jährigen SchweizerInnen, kaum nähere Kontakte zu Nachbarn zu pflegen. Man grüsst sich gegenseitig und hält hie und da ein 'Schwätzchen', aber sonst ergeben sich wenig Beziehungen. In weniger als einem Drittel der Fälle helfen sich die Nachbarn gegenseitig mit kleinen Dienstleistungen aus. Enge Nachbarschaftskontakte sind auch bei älteren Menschen die Ausnahme, und im Zeitvergleich 1979 bis 1994 haben sich die Kontakte zu den Nachbarn zusätzlich gelockert, vor allem in städtischen Regionen. Dies hängt auch damit zusammen, dass viele AHV-RentnerInnen heute mobil sind und in ihren sozialen Kontakten weniger auf die unmittelbare (und nicht wählbare) Nachbarschaft angewiesen sind.

Gesamtbild: Werden familiäre und freundschaftliche Kontakte zusammengefasst, ergibt sich folgendes Bild: Erstens weist nur eine geringe Minderheit der zuhause lebenden AHV-RentnerInnen keine oder nur schwache Sozialbeziehungen auf. Soziale Isolation ist auch bei älteren Menschen die Ausnahme. Zwar steigt der Anteil sozial isolierter Menschen mit steigendem Alter an, aber vielfach ist es nicht das Alter an sich, sondern schon früher vorhandene soziale Lücken oder der Tod von PartnerInn oder FreundInnen, welche bei Hochbetagten zu sozialer Isolation beitragen. Da Frauen häufiger eine Verwitwung erleiden als Männer ist das Risiko sozialer Isolation bei Frauen höher als bei Männern.

Zweitens lässt sich nicht feststellen, dass soziale Isolation in den letzten fünfzehn Jahren zugenommen hätte (wie Anhänger kulturpessimistisch gepräg-

ter Alltagsvorstellungen behaupten). Der Anteil sozial isolierter RentnerInnen sank im Wallis von 13% auf 6%, und sie blieb in Genf mit 13% stabil. In etwa analoge Werte wurden in einer 1997 in der Stadt Zürich durchgeführten Studie ermittelt, wo der Anteil stark isolierter älterer Menschen - d.h. Menschen ohne Angehörige, Freunde oder gute Nachbarschaftsbeziehungen - um die 10% der über 70-jährigen Zürcher EinwohnerInnen betrug.¹ Einsamkeit im Alter existiert, aber sie ist nicht zunehmend, und sie betrifft auch bei den Hochbetagten nur eine Minderheit. Wichtig ist deshalb, die Gleichung 'alt=einsam' zu vergessen, um sich dafür gezielt der Minderheit einsamer alter Menschen anzunehmen.²

4 Wohnen im Alter

Das Wohnen gehört zu den wichtigen Lebensbereichen älterer Personen. Es hat zentrale Auswirkungen auf ihre gesellschaftliche Integration. Probleme wie zunehmende Einsamkeit, hervorgerufen durch das Wegsterben des Partners oder gleichaltriger Freunde, oder die Abnahme der Kräfte, die viel Alltägliches mühsam werden lässt, können je nach Wohnsituation erleichtert oder verschlimmert werden. Geeignete Wohnverhältnisse ohne Barrieren können die Lebensqualität entscheidend verbessern. Zwischen Selbständigkeit im Alter und Wohnqualität besteht ein enger Zusammenhang.

Bereits heute umfasst jeder vierte Haushalt in der Schweiz zumindest eine Person im Rentenalter.³ Die RentnerInnen werden in Zukunft eine der wichtigsten Nachfragegruppen auf dem Wohnungsmarkt bilden. Gleichzeitig ändern sich die Wohnbedürfnisse und -wünsche der älteren Bevölkerung rasch, da jede Generation durch ihre spezifische Lebensgeschichte geprägt ist.

1 Vgl. Brigitte Wehrli-Schindler (1997) Sozialberatung für über 70-jährige Personen in der Stadt Zürich - Bedürfnisse, Angebote und ihre Nutzung, Zürich: Sozialdepartement der Stadt Zürich.

2 Zum subjektiven Erlebnis von Einsamkeit wurde im Tessin gezielt eine qualitative Studie durchgeführt, vgl. Thea Moretti-Varile (ed.) (1996) Solitudine no... ma tristezza. Vissuti ed esperienze raccontate da un gruppo di vedove, Giubiasco: Associazione ticinese terza età.

3 Zur Wohnsituation der älteren Menschen in der Schweiz, vgl. Michal Arend (1996) Wohnversorgung und Wohnsituation älterer Menschen in der Schweiz. Datendossier, Zürich: Synergo (mimeo).

Wohnen im Alter: Grundsätze und Empfehlungen ¹

- 1) Eine individuell auf die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche ausgerichtete Wohnform erleichtert das Leben - auch im Alter.
- 2) Definiert man Wahlmöglichkeiten als einen Aspekt der Lebensqualität, muss ein zentrales Ziel der Alterspolitik sein, für die vielfältigen Bedürfnisse älterer und sehr alter Menschen eine Vielfalt an Wohnformen zu schaffen, aus denen sie entsprechend ihren spezifischen Bedürfnissen die für sie richtige wählen können.
- 3) Soll das intergenerationelle Zusammenleben in einer Siedlung funktionieren, ist baulich auf die unterschiedlichen Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen (Lärmschutz, Anordnung der Wohnung). Zur Förderung intergenerationaler Kontakte braucht es in der Regel eine Betreuung der Bewohnerschaft durch den Bauträger (Genossenschaft, Vermieter), durch Gemeinwesenarbeiterin oder durch eine weitgehende Selbstorganisation.
- 4) Wichtige Voraussetzungen für funktionierende Alterswohnungen sind eine zentrale Lage, günstiger Mietzins, hoher Komfort (moderne Wohnungen, praktische Küchen und Badezimmer) sowie eine gute Betreuung.
- 5) Neue Wohnformen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Vor allem bei Hochbetagten nimmt der Bedarf nach betreuten Pflegewohnungen bzw. Pflegewohngruppen zu. Die bisherigen Erfahrungen mit betreuten Pflegewohnungen und Pflegewohngruppen zeigen, dass damit die noch vorhandene Selbständigkeit der BewohnerInnen gefördert wird. ²
- 6) Allein mit der Zielsetzung, dass alte Menschen so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden verbleiben können, ist es nicht getan. Das zentrale Postulat heutiger Alterskonzepte, die Förderung des 'Zuhause-Bleibens', bedarf begleitender Massnahmen (z.B. Ausbau ambulanter Dienste sowie Stärkung sozialer Netze, in denen sich auch alleinstehende Betagte integriert fühlen).
- 7) Es gilt Massnahmen zu finden, die beitragen, dass die Vorteile des eigenständigen Wohnens möglichst lange überwiegen. Dazu besteht auch die Möglichkeit, Wohnquartiere besser auf die Bedürfnisse älterer Menschen einzurichten. Ziel ist es einerseits Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen und Bewohnern zu fördern und andererseits deren Unabhängigkeit zu bewahren. Interventionen auf das Wohnumfeld und die Siedlungsstruktur sind auf verschiedenen Ebenen möglich:
 - a) politische Ebene der Gemeinde, z.B. Sanierung gefährlicher Strassenübergänge, Temporeduktion, Verbesserung der Quartierinfrastruktur (Quartierzentren, ambulante Dienste, Spitex-Zentrum), verstärkte Mitsprache der älteren Bevölkerung. So sollte in Wohnquartieren und grösseren Siedlungen eine Überprüfung aus der Sicht der Bedürfnisse älterer Menschen stattfinden. Analog der Umwelt- und Sozialverträglichkeit lassen sich Siedlungsstrukturen auf ihre Verträglichkeit für ältere Menschen und namentlich für Betagte mit Behinderungen überprüfen. ³
 - b) Ebene der privaten Eigentümer, z.B. sanfte Wohnraumsanierungen, Förderung der gegenseitigen Hilfe, bei grösseren Wohnsiedlungen Umbau einiger Wohnungen zu Alterswohnungen, Schaffung

¹ Vgl. Brigitte Wehri-Schindler (1997) Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim, Zürich: Seismo-Verlag.

² Vgl. Daniel Gredig (Hrsg.) (1995) Dezentrale Pflegestationen. Ein Modell der Betagtenpflege wird 10 Jahre alt. Festschrift zum 10jährigen Bestehen der Stiftung Mme Dessaules, Biel, Biel: Stiftung Mme Dessaules.

³ Vgl. R. Welter; R. Simmen; K. Helwing (1994) Innovative Altersplanung im städtischen Umfeld, NFP 25-Projektbericht No. 68, Zürich.

von Gemeinschaftsräumen, Wohnanpassungen für ältere Mieter ermöglichen usw. Die Pro Senectute des Kantons Zürich hat 1994 ein Projekt für Beratungen und Pilotprojekte zum Thema 'Wohnungsanpassungen' initiiert, um ältere Menschen über die Möglichkeiten besser aufzuklären. Auch die Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen in Zürich hat eine Reihe konkreter Modelle zur Wohnanpassung für junge und ältere Menschen mit Behinderungen ausgearbeitet.

- c) Ebene der BewohnerInnen, z.B. soziale Kontakte aufbauen und pflegen, bei Nachbarschaftshilfe aktiv sein, nicht mehr genutzten Wohnraum vermieten, Wohnung oder Haus baulich anpassen.
- d) Ebene der Architektur und der Haushaltstechnologie: Durch entsprechende architektonische Massnahmen kann 'behindertengerecht' gebaut werden. Gleichzeitig zeichnen sich neue haushaltstechnologische Innovationen ab, welche ein selbständiges Haushalten auch bei Behinderungen erlauben (automatische Fenster- und Türöffnung, infrarotgesteuerte Lichtschalter usw.)

5 Betagte Menschen in Alters- und Pflegeeinrichtungen

Gegenwärtig wohnen in der Schweiz weniger als 4% aller 65-79-jährigen Menschen in Alters- und Pflegeeinrichtungen. Selbst bei den 80-jährigen und älteren Menschen ist weniger als ein Viertel in einem Heim oder einem Spital untergebracht. Erst im hohen Alter wird ein solcher Aufenthalt häufiger, und 1993 lebten 38% der über 85-jährigen Menschen in der Schweiz in Alters- und Pflegeeinrichtungen. Ein Heimübertritt

wird nicht allein vom Gesundheitszustand, sondern auch von sozialen Faktoren bestimmt. Von Bedeutung sind insbesondere Zivilstand, Einkommen und das Vorhandensein von Nachkommen: Unverheiratete Betagte befinden sich häufiger in Alters- und Pflegeheimen als Verheiratete. Reiche Betagte leben länger in privaten Haushalten als Arme, und Betagte mit Kindern werden häufiger zu Hause gepflegt.

Gleichzeitig sind regionale Faktoren bedeutsam, und der Anteil betagter Menschen in Alters- und Pflegeheimen variiert in der Schweiz je nach Kanton. Interessanterweise besteht keine klare Beziehung mit der demographischen Alterung. Es sind nicht die Kantone mit dem höchsten Anteil an Hochbetagten, die ihr Angebot an Heim- und Pflegeplätzen ausgebaut haben, sondern das entsprechende Angebot hat eher mit sozialpolitischen Gegebenheiten zu tun (Tradition von Bürgerheimen, fehlender Ausbau von Spitex-Diensten). So ist der Anteil von Betagten in Alters- und Pflegeheimen vor allem in ländlichen und katholischen Regionen der Deutschschweiz vergleichsweise hoch. Dagegen sind in westschweizerischen Kantonen, welche ihre ambulante Pflege seit längerem ausgebaut haben, relativ wenig Betagte in institutionellen Einrichtungen plziert.

Veraltete Vorstellungen sowie Vorbehalte gegenüber institutionellen Wohnformen führen dazu, dass Alters- und Pflegeheime weiterhin einen schlechten Ruf geniessen. Auf der anderen Seite ist unverkennbar, dass sich viele Alters- und Pflegeheime in den letzten Jahren stark modernisiert und professionalisiert haben, wodurch die Kluft zwischen Wirklichkeit und populären Vorstellungen noch breiter wurde. Um die vielfältige Wirklichkeit heutiger Alters- und Pflegewohn-einrichtungen genauer zu erfassen,

wurde im Rahmen des NFP 32 eine Vergleichsstudie durchgeführt.¹ Dazu wurden Alters- und Pflegeeinrichtungen mit mindestens 12 Personen aus vier Kantonen (Bern, Genf, Waadt, Wallis) untersucht.

Zusammensetzung der BewohnerInnen

Das durchschnittliche Alter der HeimbewohnerInnen in den erfassten Einrichtungen lag 1994 bei 83 Jahren, und die Hälfte der HeimbewohnerInnen (zu 75% Frauen) war 84 Jahre alt oder älter. Nur 5% der HeimbewohnerInnen waren nicht im AHV-Alter (primär Bewohner psychischer und psychogeriatrischer Einrichtungen). Das Durchschnittsalter der Bewohner von Alters- und Pflegeheimen hat sich seither weiter erhöht und dürfte auch in Zukunft weiter ansteigen. Entsprechend ist die funktionale Autonomie der HeimbewohnerInnen häufig eingeschränkt. So waren in den 1994 untersuchten Heimen nur 32% aller BewohnerInnen in der Lage, das Heim ohne fremde Hilfe für Spaziergänge oder Einkäufe zu verlassen. Weitere 32% konnten sich ohne Hilfe im Heim bewegen, 31% benötigten jedoch dazu die Hilfe einer Person, und 5% waren voll bettlägrig. Zudem wiesen 48% der HeimbewohnerInnen wegen psychischen oder physischen Behinderungen deutliche Kommunikations- und Beziehungsprobleme auf, und bei 25% zeigten sich deutliche Anzeichen von Angst- oder Depressionszustände. Es handelt sich mehrheitlich um eine hochbetagte Bevölkerung, die besonderer Pflege und Betreuung bedarf und in der die Beibehaltung sozialer Kontakte und Aktivitäten vielfach auf massive Schwierigkeiten stösst. Im übrigen bezogen 65% der HeimbewohnerInnen 1994 Ergänzungsleistungen zur AHV.

Umzug in ein Heim

Weil der Wechsel von einer privaten Wohnung in eine Alters- und Pflegeeinrichtung als massive Lebensumstellung wahrgenommen und erlebt wird, sind Massnahmen zur Erleichterung des Übergangs in die neue Wohn- und Lebenssituation besonders wichtig. Dazu gehören etwa die freie Wahl eines Heimes, eine selbstgetroffene Entscheidung sowie eine gute Vorinformation. Vorgängige Besuche oder ein 'Schnupper'-Aufenthalt werden oft gezielt angeboten. In über 90% aller untersuchten Heime gehörte es schon 1994 zum Standard, sich mit zukünftigen Heimbewohnern zu unterhalten bzw. sich gegenseitig zu informieren. Auch Vorgespräche mit Angehörigen werden häufig unternommen. Eintretens-Rituale sind heute ebenfalls häufig. So wird eine neue Heimbewohnerin in 78% aller Heime den bisherigen Bewohnern vorgestellt.

Der Umzug in eine Alterseinrichtung verlangt von den Betagten zwangsläufig den Verzicht auf einen grossen Teil ihrer gewohnten Einrichtungen und persönlichen Dinge. Eine explorative Studie über psychologische Hintergründe beim Umzug in ein Heim² liess erkennen, dass bei der Entscheidung, welche Einrichtungen und Gegenstände mitgenommen oder zurückgelassen werden, weniger die Nützlichkeit der Dinge als ihre emotionale und biographische Bedeutsamkeit im Vordergrund stehen. Betagte versuchen auf je individuelle Weise ganze Ensembles von vertrauten Dingen am neuen Wohnort zu rekonstruieren.

Die Gewöhnung an die neue Wohnsituation hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab (Freiwilligkeit versus Zwangshaftigkeit des Eintritts, bisherige Lebenssituation, physische und psychische Gesundheit, soziale

¹ Etienne Christe, Antoinette Genton Trachsel, Elisabeth Hirsch Durrett, Pierre Mermoud (1997) Relations sociales et institutions, Rapport de recherche, 20 août 1997, Genève (mimeo).

² Projekt 'Wohnen im Alter. Die Bedeutung von Geborgenheit und Zuhause' (Prof. A. Lang).

Kompetenzen usw.). Die Umstellung an einen neuen Alltagsrhythmus, an eine neue Umgebung, an neue Menschen usw. ist oft schwierig und kann in der ersten Zeit zu Missverständnissen, Aggressivität oder Resignation führen. Deshalb ist eine feste Betreuungsperson für die erste Zeit besonders wichtig, und tatsächlich ist es in der Mehrheit der Heime üblich, neueintretenden Personen eine besondere Betreuungsperson zuzuweisen. In den Heimen wird viel unternommen, um Besuche von Angehörigen oder FreundInnen zu fördern. So gaben 84% der Heime an, dass Besuche jederzeit möglich seien. Auch in sozialer Hinsicht sind viele Alters- und Pflegeeinrichtungen offener und flexibler, als es traditionellen Vorstellungen vom 'Heimleben' entspricht.

Soziale Beziehungen von HeimbewohnerInnen

Die zentralen Kontaktpersonen von HeimbewohnerInnen sind Angehörige und Freunde, wogegen ehemalige Nachbarn als Kontaktpersonen zurücktreten. Die meisten Heime bemühen sich, die Angehörigen, soweit vorhanden, einzubeziehen. So boten 82% der 1994 befragten Heime den Angehörigen die Möglichkeit an, sich an den Aktivitäten im Heim zu beteiligen. In 83% der Heime durften Angehörige oder FreundInnen an den Mahlzeiten teilnehmen, und 41% der Heime waren bereit, Angehörige oder Freunde an der Pflege zu beteiligen. Hingegen war und ist es vergleichsweise selten, Angehörige an der Personalschulung und bei Teamdiskussionen des Personals teilnehmen zu lassen. Aus Platzgründen war und ist es ebenfalls relativ selten, dass Angehörige und Freunde im Heim selbst übernachten können (nur 18% der Heime boten 1994 diese Möglichkeit an).

In jedem Fall zeigen sich verstärkte Bestrebungen, das Klischee vom 'abgeschlossenen Heim' zu überwinden. Die Teilnahme und Integration von Angehörigen hängt allerdings von der Qualität der vorherigen Beziehungen ab. Frühere familiäre Konflikte werden durch den Heimeintritt nicht aufgelöst, sondern teilweise aufgrund von Schuldgefühlen verstärkt. Oft sind Ehepartner, Geschwister oder FreundInnen betagter HeimbewohnerInnen ebenfalls hochbetagt, was ihre aktive Partizipation an der Betreuung und Pflege einschränkt.

Während die Kontakte mit Angehörigen oder engen FreundInnen zumeist auch nach dem Heimeintritt weiterbestehen und von vielen Heimen aktiv gefördert werden, reduzieren sich die Kontakte mit dem weiteren Bekanntenkreis oder mit Vereinen deutlich. Dafür verantwortlich ist einerseits der oft schlechte Gesundheitszustand betagter HeimbewohnerInnen. Andererseits sind viele Vereine und Clubs auf aktive Senioren fixiert, wodurch HeimbewohnerInnen vielfach von vornherein ausgeschlossen werden.

Ein Hauptmerkmal des Lebens in einem Alters- und Pflegeheim ist der gemeinschaftliche Charakter von Wohnen und Zusammenleben; ein gemeinschaftlicher Charakter, der sich vom privaten Wohnen und Haushalten abhebt. Privatheit wird reduziert, auf der anderen Seite ergeben sich neue Möglichkeiten des Zusammenlebens. Neue Kontakte, aber auch neue Konflikte ergeben sich auf zwei Ebenen:

- a) Kontakte zwischen BewohnerInnen und Personal: Hier scheint die Heimgröße eine entscheidende Variable zu sein, da grössere Heime (mit mehr Personal) häufig die formelle Organisation eines

Spitals übernehmen. Hierarchische und formale Regeln einer effizienten Organisations- und Personalführung wirken sich auf die Beziehungen zu den BewohnerInnen auf. Es sind vor allem Routinisierung, Arbeitsstress sowie Zeitmangel aufgrund knapper Stellenprozente, welche in vielen Heimen die Qualität sozialer Beziehungen einschränken. Personaleinsparungen gehen oft auf Kosten menschlicher Beziehungen.

- b) Kontakte unter BewohnerInnen: Eindeutige Aussagen über die Kontakte unter den Bewohnern werden dadurch erschwert, dass Heimleitung und Pflegepersonal über die gegenseitigen Kontakte der BewohnerInnen nicht immer informiert sind. Konflikte unter BewohnerInnen werden rasch sichtbar, wogegen neue Freundschaften oft still und unauffällig entstehen und funktionieren. Trotz aller Einschränkungen scheinen jedoch neue Freundschaften im Heim nicht selten zu sein, vor allem unter Frauen.

Insgesamt zeigt sich innerhalb von Alters- und Pflegeheimen eine Vielfalt sozialer Kontaktformen, menschlicher Konflikte und persönlicher Anpassungen, wodurch Vorstellungen vom Alters- und Pflegeheim als einheitlichen Lebensraum widerlegt werden.

Aktivitäten in Alters- und Pflegeeinrichtungen

Beim Aufbau und der Gestaltung des Heimlebens spielen die angebotenen Aktivitäten eine zentrale Rolle. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Alters- und Pflegeheime sich vielfach aus Personen zusammensetzen, deren Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen massiven Einschränkungen unterliegen. Namentlich psychische Probleme (Demenz, Depression)

führen bei HeimbewohnerInnen zu bedeutsamen Einschränkungen sozialer Aktivitäten. Aus diesem Grund sind gezielte Aktivierung und Animation in diesen Einrichtungen zentral, und tatsächlich gaben 66% der erfassten Heime an, eine oder mehrere Personen speziell mit Aktivierungs- und Animationsaufgaben zu beschäftigen. Die Vielfalt des Aktivierungsangebots variiert je nach Heim, wobei die Heimgrösse sowie das Bestehen einer speziellen Animatorin wichtige Einflussvariablen darstellen. Häufig sind Turnen, handwerkliches Arbeiten und Basteln, Gesellschaftsspiele, gemeinsames Ansehen von Filmen und Videos sowie lokale Ausflüge. An zweiter Stelle stehen aktive kulturelle Tätigkeiten, wie Gruppendiskussionen, Gesangs- und Musikgruppen, Theaterspielen sowie Tanzveranstaltungen. Dabei zeigt sich, dass einige klassische Angebote (wie Stricken und Basteln) an Interesse verlieren, wogegen andere Aktivierungsangebote - wie Gedächtnistraining, Musiktherapien sowie Ausflüge - populärer werden.

Eine genauere Analyse der Aktivitätsmuster zeigt, dass der Grossteil aller Aktivitäten im Heim stattfindet und vom Heimpersonal organisiert wird. Darin finden neue aktivitätstheoretische Ansätze der Sozialgerontologie ihren Ausdruck. Bei den Aktivitäten ausserhalb des Heims stehen lokale Ausflüge (Museumsbesuche, kleine Wanderung mit anschliessendem Café usw.) im Vordergrund. Insgesamt wird - nicht unerwartet - deutlich, dass bei geringer funktionaler Autonomie der HeimbewohnerInnen mehr Aktivitäten vom Heim selbst organisiert werden.

Eine aktive Teilnahme von HeimbewohnerInnen an den alltäglichen Arbeiten und Aufgaben eines Heimes wirkt nicht nur aktivierend und integrierend, sondern sie kann die

Leistungsfähigkeit von Heimen verbessern. Auch diesbezüglich ist die Praxis je nach Alters- und Pflegeheim unterschiedlich, wobei heute wieder vermehrt auf eine aktive Partizipation betagter BewohnerInnen an Alltagsaufgaben Wert gelegt wird. An erster Stelle steht das gegenseitige Aushelfen unter den HeimbewohnerInnen, wobei dies jedoch nur in rund einem Drittel aller Heime häufig geschieht. An zweiter Stelle stehen Haushaltstätigkeiten, wie Tisch decken, Bett machen, Mithilfe in der Küche usw. Seltener ist die Teilnahme von HeimbewohnerInnen bei administrativen und pflegerischen Aufgaben. Es ist klar, dass das Ausmass solcher täglichen Alltagshilfen von der Mobilität und psychischen Gesundheit der BewohnerInnen abhängt. Gleichzeitig wird von den BewohnerInnen im allgemeinen mehr verlangt, wenn das Personal knapp ist. Nur in wenigen Heimen besteht - trotz grundsätzlich positiver Einstellung zur vermehrten Teilnahme der HeimbewohnerInnen - jedoch ein klares und ausgearbeitetes Konzept zur Mithilfe an Alltagsaufgaben.

Mitsprache

In den letzten Jahrzehnten hat die Frage der Rechte von BewohnerInnen institutioneller Einrichtungen eine verstärkte Aktualität erhalten. So ist etwa in Quebec die Mitwirkung von HeimbewohnerInnen gesetzlich festgelegt, und die Europäische Gemeinschaft verabschiedete 1993 eine Charta über die Rechte und Freiheiten älterer Menschen, in welcher auch die Mitwirkung von HeimbewohnerInnen angesprochen wurde. In der Schweiz besteht gegenwärtig keine gesetzliche Grundlage über Mitwirkungsrechte von Bewohnern institutioneller Einrichtungen. In verschiedenen Heimen und Alterseinrichtungen wur-

den allerdings die Mitspracherechte der BewohnerInnen in den letzten Jahren ausgebaut, z.B. in der Form, dass die BewohnerInnen bei wichtigen Entscheidungen angefragt werden. Hingegen ist eine direkte Vertretung der BewohnerInnen in der Heimleitung bzw. beim Leitungsgremium noch selten (und sie war 1994 nur in 2% der erfassten Heime verankert). Eine Interessengruppe von HeimbewohnerInnen ist ebenfalls selten (1994: 4% der Heime). Häufiger sind regelmässige Versammlungen, in denen BewohnerInnen ihre Wünsche anbringen können. Solche Versammlungen wurden 1994 in 23% aller Heime durchgeführt. 30% der Heime kannten insofern eine indirekte Vertretung der Heimbewohner, als Angehörigen gewisse Mitspracherechte eingeräumt wurde. In 62% aller erfassten Heime bestand 1994 jedoch noch keine spezielle Struktur zur Vertretung oder Mitsprache der HeimbewohnerInnen. Als Gründe für eine fehlende Vertretung und Mitbestimmung der BewohnerInnen wurden im Rahmen der Befragung von den Heimleitungen primär zwei Faktoren angeführt; die fehlende Mobilisierung und das geringe Interesse der meisten BewohnerInnen einerseits und die enorme Heterogenität und Individualität der Bedürfnisse der HeimbewohnerInnen (wodurch das klassische Prinzip einer Interessenvertretung sinnlos sei). Tatsächlich ist Individualisierung - etwa im Sinn einer freien Wahl des Menus, der Aktivitäten usw. - diejenige Mitsprachestrategie, welche heute in den Heimen eindeutig vorherrscht. Dennoch zeigt das Beispiel einiger Heime, dass vor allem in grösseren Heime verschiedene Formen der Mitsprache und Mitbestimmung (wie Arbeitsgruppen, Stammtische, Heimräten usw.) selbst bei betagten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen sinnvoll sein können.

Es steht zu erwarten, dass künftige Betagtegenerationen vermehrt auf Mitsprache und Mitbestimmung pochen werden.

6 Hauptresultate und Perspektiven

Die Altersvorsorge der Schweiz - mit ihrem drei Säulenprinzip - hat sich bewährt und wesentlich zur Reduktion der Altersarmut beigetragen. Auch inskünftig dürfte es sinnvoll sein, ein Gleichgewicht zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren beizubehalten. Bei der beruflichen Vorsorge sind Leistungssicherung, Vermögensanlage und Kontrolle besser an die neuen, globalisierten Finanzmärkte und Finanzinstrumente anzupassen.

Das Armutsrisiko von RentnerInnen hat sich deutlich reduziert. Auch inskünftig ist eher mit einer weiteren Verbesserung der wirtschaftlichen Lage vieler RentnerInnen zu rechnen. Gleichzeitig zeigen sich jedoch deutliche Ungleichheiten der wirtschaftlichen Ressourcen älterer Menschen. In Zukunft geht es somit nicht allein um die Solidarität zwischen jüngeren und älteren Menschen, sondern auch um die Solidarität zwischen wohlhabenden und einkommensschwachen RentnerInnen. Und auch in Zukunft werden die Ergänzungsleistungen zur AHV ein unverzichtbares Element zur Existenzsicherung einkommensschwacher älterer und betagter Menschen sein.

Die Wohnqualität der meisten älteren und betagten Menschen in der Schweiz ist hoch. Aufgrund der vielfältigen Bedürfnisse älterer und betagter Menschen ist eine Vielfalt unterschiedlicher Wohnformen notwendig. Die Förderung des 'Zuhause-Bleibens' bedarf jedoch vor allem bei hochbetagten Menschen begleitende Massnahmen (z.B. Ausbau ambulanter Dienste, behindertengerechte Wohnformen usw.). Vor allem bei

Hochbetagten nimmt der Bedarf nach betreuten Wohnformen oder Pflegewohngruppen zu. Zu fördern sind aber auch alle Massnahmen, welche generationenübergreifende Kontakte erleichtern.

Im Gegensatz zu pessimistischen Alltagsvorstellungen haben sich die sozialen Beziehungen älterer Menschen eher verbessert als verschlechtert. Dies gilt insbesondere für die Kontakte zu Angehörigen und zu FreundInnen. Nur eine geringe Minderheit älterer Menschen weist keine oder nur schwache Sozialbeziehungen auf. Soziale Isolation oder Einsamkeit im Alter ist nicht die Norm. Trotzdem ist es wichtig, sich gezielt der Minderheit einsamer alter Menschen anzunehmen (etwa durch Stärkung freund- und nachbarschaftlicher Kontakte, durch ambulante Dienste, die sensibel auf Problemlagen reagieren usw.).

Selbst bei den 80-jährigen und älteren Menschen lebt weniger als ein Viertel in einem Heim oder einer Pflegeeinrichtung. Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen hat sich in den letzten Jahrzehnten klar erhöht und dürfte sich weiter erhöhen. Dementsprechend ist der Anteil behinderter oder in ihrer Selbständigkeit eingeschränkter BewohnerInnen in den meisten Einrichtungen hoch. Die Detailanalyse zeigt, dass Alters- und Pflegeeinrichtungen von heute kaum mehr früheren Vorstellungen entsprechen. Die meisten Alters- und Pflegeeinrichtungen haben sich gegen aussen geöffnet, und immer mehr Einrichtungen unterstützen und fördern die Individualität ihrer BewohnerInnen. Damit werden Vorstellungen vom Alters- und Pflegeheim als 'kollektive Wohnform' stark relativiert. Das Hauptproblem liegt weniger in der fehlenden



Qualität der meisten Einrichtungen,
als in weiterbestehenden negativen
und falschen Bildern vom
'Altersheim'.

1 Wohlbefinden im Alter

Sowohl in der 1992 durchgeführten Nationalen Armutsstudie als auch in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 wurden zwei Sachverhalte deutlich:¹ Einerseits zeichnen sich die meisten Menschen in der Schweiz durch ein hohes allgemeines Wohlbefinden aus, und dies gilt auch für die ältere Bevölkerung. Dabei führt auch der Übergang in die nachberufliche Lebensphase nicht zu einem allgemeinen Absinken von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. Andererseits sind verschiedene Besorgnissymptome in der älteren Bevölkerung relativ häufig. Verbreitet sind namentlich Erschöpfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Sorgen über Gesundheit und Ängste.

Eine detaillierte und theoretisch geleitete Untersuchung zentraler Einflussfaktoren von Wohlbefinden im Alter erfolgte im Rahmen eines interdisziplinären Altersprojekts (IDA-Projekt). Beim IDA-Projekt handelt es sich um die Weiterführung einer medizinischen Langzeitstudie 'Basler Studie' und ihre Erweiterung um psychologische Gesichtspunkte für 1993 und 1995. Untersucht wurden ehemalige ArbeiterInnen und Angestellte grosser Chemieunternehmen aus dem Raum Basel im Alter von 65 bis 94 Jahren, die schon 1960, 1965 und 1971 erfasst worden waren. Die von Pasqualina Perrig-Chiello durchgeführte Analyse der Einflussfaktoren von Wohlbefinden im Alter liess zusammengefasst folgendes erkennen:²

- **Zufriedenheit mit sozialen Kontakten**

Hierzu ergaben sich zwei Hauptbeobachtungen:

- 1) Glaube an die eigenen Fähigkeiten und Einflussmöglichkeiten:

Befriedigende Sozialkontakte im Alter waren positiv verbunden mit der Fähigkeit, Eigeninitiative zu entwickeln, bei gleichzeitiger Offenheit für die Hilfe anderer Personen. Bei der jüngeren Altersgruppe (65-74 Jahre) war die subjektive Gedächtniseinschätzung positiv mit Kontaktzufriedenheit assoziiert. Eine positive Einschätzung der eigenen geistigen Fähigkeiten scheint eine Voraussetzung zu sein, um nach der Pensionierung gesellschaftlich teilnehmen zu können bzw. zu wollen.

- 2) Qualität und nicht Quantität an Kontakten ist entscheidend: Weder die Häufigkeit der sozialen Kontakte noch der Umstand, mit wem man zusammenwohnte (ob mit Angehörigen oder Freunden) erwiesen sich für die Kontaktzufriedenheit älterer Frauen und Männer als entscheidend. Hingegen war die Einschätzung der Wichtigkeit sozialer Kontakte positiv mit einer hohen Kontaktzufriedenheit verknüpft. Offenbar kommt es weniger auf die Enge und Intimität des sozialen Netzwerkes an, als vielmehr auf die emotionale Einstellung zu sozialen Kontakten (Offenheit, Wertschätzung).

- **Psychisches Wohlbefinden**

Die Analyse verschiedener physischer, psychologischer und sozialer Prädiktoren liess primär drei zentrale Hauptergebnisse hervortreten:

- 1) Bedeutung von Kontrollüberzeugungen und Gedächtniselbsteinschätzung: Die Einschätzung der eigenen Gedächtnisfähigkeit sowie die Überzeugung, auch im Alter sein eigenes Leben beeinflussen zu können, sind bei jüngeren RentnerInnen für das Wohlbefinden zentral. Bei den betagten Menschen spielt das

¹ Vgl. Robert E. Leu, Stefan Burri, Tom Priester (1997) Lebensqualität und Armut in der Schweiz, Bern: Haupt; Theodor Abelin, Valerie Beer, Felix Gurtner (Hrsg.) (1998) Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, Bern: Haupt.

² Pasqualina Perrig-Chiello (1997) Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen, Weinheim: Juventa.

Thema Kontrolle und Schicksal eine noch bedeutsamere Rolle: Je weniger betagte Personen sich vom Schicksal abhängig sehen und je mehr sie ihr Leben als beeinflussbar ansehen, desto höher ist ihr Wohlbefinden.

- 2) Einfluss von Lebensereignissen und sozialer Netzwerke: Negative Lebensereignisse zeigen erwartungsgemäss einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden älterer Menschen. Bei den 65-74jährigen Befragten war hohes Wohlbefinden auch mit einer hohen Wertschätzung der sozialen Kontakte assoziiert. Bei den 75jährigen und älteren Befragten war Wohlbefinden hingegen mit der Gewissheit verknüpft, im Notfall auf einen Partner bzw. auf nächste Angehörige zurückgreifen zu können.
- 3) Rolle von Konstitution und Gesundheitsverhalten: Ein fragiler Körperbau, höheres biologisches Alter¹ und leichtere Erschöpfung gehen bei älteren Menschen einher mit geringerem Wohlbefinden. Bei der jüngeren Altersgruppe (65-74 Jahre) war ein höheres Ausmass an körperlichen Aktivitäten, bei den Betagten (75 Jahre und älter) hingegen ein niedrigerer Medikamentenkonsum mit besserem Wohlbefinden verbunden. Auch war die Menge der 1971 pro Tag gerauchten Zigaretten über zwanzig Jahre später negativ mit dem psychischen Wohlbefinden assoziiert.

- **Gesundheitliches Wohlbefinden**

Die Detailanalyse liess drei zentrale Aspekte hervortreten:

- 1) Körperliches Wohlbefinden unterliegt einer starken Subjektivität: Der Medikamentenkonsum erwies sich stärker mit schlechterem gesundheitlichem Wohlbefinden assoziiert als mit objektiven Krankheitsindikatoren. Nicht derje-

nige, der kränker ist, konsumiert mehr Medikamente, sondern derjenige, der sich krank fühlt. In der IDA-Studie zeigte sich zudem zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und objektivem Gesundheitszustand kein bedeutsamer Zusammenhang. Dieser Befund fügt sich gut in die Serie von Arbeiten ein, die nur schwache oder gar keine Zusammenhänge zwischen subjektiver und objektiver Gesundheit fanden.

- 2) Gesundes Altern ist biographisch verankert: Die früher untersuchten Gesundheitsindikatoren erklärten einen wesentlichen Teil des aktuellen gesundheitlichen Wohlbefindens. So waren erhöhte Blutdruckwerte und ein tiefer Vitamin-B1-alpha-Blutspiegel - wie sie 1971 gemessen wurden - mehr als 20 Jahre später mit schlechterem gesundheitlichem Wohlbefinden assoziiert. Auch der prophylaktische Wert früheren Gesundheitsverhalten wurde insofern sichtbar, als die regelmässige Einnahme von Beruhigungsmitteln (Tranquilizern) und häufiges Rauchen selbst zwei Jahrzehnte später zu einer verminderten Gesundheit beitrugen.
- 3) Krankheit im Alter ist nicht Schicksal: Erwartungsgemäss waren die Überzeugungen zur Beeinflussbarkeit von Krankheit und Gesundheit eine bedeutsame Grösse. Besseres gesundheitliches Befinden war bei älteren Menschen verbunden mit Selbstverantwortlichkeit und der Überzeugung, Arzt und Medizin für die Erhaltung der eigenen Gesundheit einsetzen zu können. Ältere Leute mit schlechter gesundheitlicher Befindlichkeit waren umgekehrt eher von der Schicksalhafterkeit von Gesundheit und Krankheit überzeugt.

¹ Indiziert durch eine geringere Hautfaltendicke der Handoberfläche.

Der Vergleich jüngerer und älterer Befragten liess einige interessante Unterschiede erkennen: So war die subjektive Gedächtniseinschätzung ein wichtiger Einflussfaktor psychischen Wohlbefindens bei den 'jungen Alten' (65-74 Jahre), jedoch nicht mehr bei den 75-jährigen und älteren Menschen. Dagegen gewannen die gesundheitlichen Überzeugungen bei den Betagten weiter an Gewicht. Denkbar sind im hohen Alter dabei wechselseitige Einflüsse: Einerseits erhöht das Gefühl, auch im Alter noch aktiv etwas für seine Gesundheit tun zu können, das Wohlbefinden. Andererseits reduziert das Auftreten massiver Beschwerden im hohen Alter die Überzeugung, diesbezüglich viel tun zu können.

Insgesamt wird deutlich, dass das Sprichwort 'mens sana in corpore sano' primär für die 65-74-jährigen Personen zutrifft. Dabei sind auch bei den 'jungen Alten' weniger die objektiven Gesundheitsindikatoren als deren subjektive Einschätzung bedeutsam. Bei den Betagten ist das psychische Wohlbefinden hingegen nicht mehr von der gesundheitlichen Einschätzung abhängig. Von Bedeutung ist vielmehr die mentale Kraft, d.h. einerseits das Gefühl von Kontrolle über Gesundheit und Krankheit und andererseits das Gefühl, mit der eigenen Vergangenheit in Einklang zu sein. Im höheren Alter steigt - wie eine zusätzliche Analyse zeigte - zudem die Bedeutung von rhythmisierten Tages-, Wochen- und Jahresabläufen an. Durch Rhythmisierungen zeitlicher Gegebenheiten wird versucht, das eigene Leben besser vorhersagbar und kontrollierbar zu gestalten. Dabei ist älteren Menschen ein gut rhythmisierter Tages- und Wochenablauf vor allem wichtig, wenn sie ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen. Ein guter Tages- und Wochenrhythmus ist somit insbesondere in Situationen eingeschränkter

Gesundheit und reduzierter funktionaler Autonomie ein wichtiges Element der Lebensqualität alter Menschen.

2 Sportliche Aktivität und Wohlbefinden

Zahlreiche Forschungsergebnisse und Beobachtungen aus Therapie und Rehabilitation belegen die positiven Auswirkungen von körperlicher Bewegung und sportlicher Aktivitäten auf den Gesundheitszustand älterer Menschen. Körperliches Training wirkt zahlreichen Degenerationsprozessen entgegen und beeinflusst die körperliche Leistungsfähigkeit positiv. Körperliche Bewegung kann damit dem Auftreten schwerer Krankheiten im Alter vorbeugen. Auch im Rahmen der IDA-Studie erwies sich sportliche Betätigung klar mit körperlicher Kraft verbunden; sei es, weil primär kräftige Personen Sport betreiben; sei es, weil gezieltes körperliches Training einen bedeutsamen Kraftzuwachs bringt.

Weniger eindeutig als der Zusammenhang zwischen Training und körperlicher Leistungsfähigkeit ist der Zusammenhang von sportlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden im Alter. Um das Verhältnis zwischen sportlicher Aktivität und Wohlbefinden im Alter zu erfassen, wurde im Rahmen des IDA-Forschungsprojekts eine Studie bei 46 Menschen zwischen 66 und 88 Jahren durchgeführt: 23 Personen nahmen an einem gezielten achtwöchigen Krafttraining teil, während die übrigen 23 Personen als Vergleichsgruppe fungierten. Das Krafttraining, einmal pro Woche durchgeführt, umfasste acht verschiedene Übungen an Kraftgeräten. Die einzelnen Trainingseinheiten dauerten um die 90 Minuten, nach einer zehnminütigen Aufwärmphase.¹

Insgesamt betrachtet zeigten sich in dieser Studie nur wenige Veränderungen in bezug auf

¹ Franziska Krings (1995) Sportliche Aktivität und Wohlbefinden im Alter, Lizentiatsarbeit am Institut für Psychologie, Basel: Universität Basel (mimeo.).

Wohlbefinden, Nervosität, Gedächtniseinschätzung u.a., welche klar dem Krafttraining zugeschrieben werden konnten. Es erwies sich, dass ein achtwöchiges Krafttraining höchstens in eingeschränktem Masse zu einer generellen Verbesserung des Wohlbefindens führen kann. Veränderungen zeigten sich allerdings in der Wahrnehmung ihres Lebens und ihrer Umwelt: Die TeilnehmerInnen des Krafttrainings waren nach dem Training weniger ängstlich, weniger besorgt um ihre Zukunft und empfanden ihr Leben als ausgefüllter als vor dem Training. Wahrscheinlich sind diese Effekte jedoch weniger auf das Krafttraining an sich, als auf das soziale Umfeld des Trainings zurückzuführen: Das Training fand in einem modern ausgestatteten, fast ausschliesslich von jungen Leuten besuchten Fitness-Studio statt, womit das Training das Vertrauen stärkte, auch neue und jugendbetonte Situationen bewältigen zu können. Das soziale Umfeld körperlicher Aktivitäten ist ebenso wichtig wie das körperliche Training an sich.

3 Gedächtnisleistungen und Gedächtnistraining

Die Beibehaltung der kognitiven Fähigkeiten - namentlich der Gedächtnisleistungen - ist eine wichtige Voraussetzung für die Beibehaltung von Selbständigkeit im Alter. Die Angst vor einem geistigen Abbau ist bei vielen älter werdenden Menschen verbreitet, und dies umso mehr als ein Gedächtnisverlust oft fälschlicherweise als zwangsläufige Folgeerscheinung hohen Alters angesehen wird. Zwar werden Gedächtniseinbussen mit steigendem Alter häufiger, aber solche Veränderungen sind einerseits enormen individuellen Unterschieden unterworfen. Andererseits betreffen sie nicht alle Gedächtnisfunktionen gleichermaßen. Im Rahmen des IDA-

Projekts wurde ein computergesteuerter Gedächtnistest entwickelt, der über die ganze Lebensspanne hinweg verwendet werden kann. In Rückgriff auf moderne Informationsverarbeitungsmodelle wurden verschiedene Gedächtnisfunktionen gemessen (wie implizites und explizites Gedächtnis, Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeit und Reaktionsgeschwindigkeit sowie Wiedererkennung).¹

Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen: In bezug auf das implizite Gedächtnis ergeben sich in der Regel keine Veränderungen bis ins hohe Alter. Beim impliziten Gedächtnis handelt es sich um eine Form automatischer Erfahrungsnutzung, welche ohne Erinnerungsbemühungen und oft auch ohne Erinnerungsbewusstsein zustande kommt. Selbst wenn betagte Menschen im Extremfall Dinge sofort wieder vergessen, findet dennoch Lernen statt. Auch aufgebautes Wissen des Langzeitgedächtnisses oder der kristallinen Intelligenz (gemessen etwa am Wortschatz) kann zumeist mit relativ geringen Verlusten bis ins hohe Alter erfolgreich verwendet werden. Starke alterskorrelierte Einbussen zeigten sich hingegen bei episodischen Erinnerungsleistungen, und geradezu dramatische Einbussen im hohen Alter fanden sich in Verarbeitungsgeschwindigkeit und -kapazität. Es scheint, als ob die in einem bestimmten Moment verfügbare Aufmerksamkeitskapazität und die damit einhergehende Verarbeitungsgeschwindigkeit ein Flaschenhals menschlicher Denkfähigkeiten darstellen.

Insgesamt wird deutlich, dass die kognitiven Funktionen und das Gedächtnis im Alter besonders dann negativ berührt werden, wenn alte Menschen unter Zeitdruck arbeiten, verschiedene Tätigkeiten gleichzeitig

¹ Vgl. Vera Kling (1996) Kognitive Leistungsmessung bei alten Menschen. Validierung des GFT-Gedächtnis-Funktions-Tests, Dissertation, Basel: Universität Basel.

ausgeführt werden müssen, oder wenn betagte Menschen sich ohne zusätzliche Hilfen an etwas erinnern müssen. Dagegen funktioniert die automatische Speicherung und Nutzung von Erfahrung bei gesunden alten Menschen ebenso gut wie bei jungen Erwachsenen. Oder in anderen Worten: Auch im hohen Alter ist lernen möglich, wenn genügend Zeit verwendet wird und auf bisherige Erfahrungen Bezug genommen wird.

Objektive Gesundheitsindikatoren und Gedächtnisleistungen im Alter korrelierten in dieser Studie positiv. Gesundheitliche Faktoren tragen somit zur Erklärung der individuellen Unterschiede in der kognitiven Leistungsfähigkeit gleichaltriger Personen bei. Dabei erwies sich insbesondere die Muskelkraft als bedeutsamer positiver Einflussfaktor, vor allem für Kurz- und Langzeitgedächtnis. Körperliche Kraft und damit auch Körpertraining verbessern die Gedächtnisleistungen im Alter. Auch antioxidative Vitamine (Ascorbic acid, Beta-Carotin und Alpha-Tocopherol) waren tendenziell positiv mit dem Langzeitgedächtnis älterer Menschen assoziiert. Keinen direkten Einfluss auf die erfassten Gedächtnisfunktionen zeigten die EKG-Werte, der Blutdruck und entgegen der Ausgangshypothese Vitamin E.¹

Gedächtnistraining

Eine zunehmende Zahl älterer und betagter Menschen wartet Gedächtniseinbussen nicht schicksals- ergeben ab, sondern sie versuchen, solchen Einbussen aktiv entgegenzuwirken. In den letzten Jahren entstand eine Vielfalt verschiedener Formen von Gedächtnisprogrammen für ältere Menschen. Dabei kann unterschieden werden zwischen Trainingsprogrammen, die sich auf das Training isolierter Gedächtnisfunktionen konzentrieren

(Schwerpunkt Mnemotechniken) und Programmen, welche vermehrt die persönlichen Voraussetzungen des Lernens (wie Offenheit, Leistungsvorstellungen usw.) einbeziehen. An reinen Gedächtnistrainingsprogrammen wird vor allem ihre Alltagsferne und ihre zu kurze Dauer kritisiert. Gemäss neueren Ansätzen zur Gedächtnisverbesserung sind neben Lern- und Gedächtnistechniken auch psychische und physiologische Lernvoraussetzungen (emotionale Einstellungen, körperliche Verfassung, Wahrnehmungsbedingungen usw.) einzubeziehen.

Im Rahmen des IDA-Projektes wurde ein solcher multimodaler Ansatz von Gedächtnistraining eingesetzt, wobei das zehnwöchige Training sowohl eine Optimierung kognitiver als auch emotionaler Lernvoraussetzungen anstrebte (z.B. via Rollenspielen). Der Vergleich von Trainingsgruppe (23 Personen im Alter von durchschnittlich 72 Jahren) mit einer gleichaltrigen Kontrollgruppe zeigte eine signifikante Leistungsverbesserung der Trainingsgruppe in der Wiedererkennung von Wörtern und Symbolen, nicht jedoch bei der freien Erinnerung. Zudem ergab sich am Ende des Trainings ein besseres Verständnis für die Funktionsweise des Gedächtnisses und damit verbunden eine bessere Einschätzung von Gedächtnisveränderungen sowie eine Wiederbelebung vergessener Sinneswahrnehmungen (wie Tast- oder Geruchssinn). Als Nebenergebnis ergab sich aber auch, dass gezielter auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern eingegangen werden sollte, um zu verhindern, dass Frauen beim Training von männlichen Strukturen 'überrollt' werden.²

¹ Vgl. Walter Perrig, Pasqualina Perrig-Chiello, Hannes B. Stähelin (1997) The relation between antioxidants and memory performance in the old and very old, *Journal of the American Geriatrics Society*, 45,6: 718-724.

² Andrea Kaiser (1995) Multifunktionales Gedächtnis- und Reattributionstraining im Alter, Lizentiatsarbeit, Institut für Psychologie, Basel: Universität Basel.

4 Depressionen und depressive Symptome

Ein häufiges Thema der Psychogeriatric sind Depressionen, und entsprechende Studien weisen auf ein erhöhtes Depressionsrisiko bei einigen Gruppen älterer Menschen hin. Da Depressionen oftmals mit kognitiven Einbussen und Störungen assoziiert sind, kann es im einzelnen schwierig sein, kognitive Defizite im Alter eindeutig dementiellen oder depressiven Erkrankungen zuzuordnen. Zur sauberen Abschätzung der altersspezifischen Häufigkeit dementieller und/oder depressiver Störungen wurde im Rahmen des NFP 32 eine epidemiologische Studie bei AHV-RentnerInnen zweier Kantone organisiert.¹ Dabei wurden 1995 und 1996 in den beiden Kantonen Genf und Zürich 921 Erhebungen bei 65-jährigen und älteren Personen (inkl. Personen in Institutionen) durchgeführt.

Krankhafte Depressionen waren in der Untersuchungspopulation selten. Die Häufigkeit krankhafter Depressionen gemäss ICD-Klassifikation betrug nur 2%. Häufiger als krankhafte Depressionen sind depressive Symptome. Auf der Basis einer umfangreichen Analyse vorliegender Studienergebnisse schätzt Christian Adam², dass schwere Depressionen im Alter ein Drittel, leichte Depressionen dagegen zwei Drittel aller Fälle ausmachen. In der NFP 32-Studie wurden depressive Symptome durch die 'Psychogeriatric Assessment Scale (PAS)' erfasst, wobei das Vorhandensein von mehr als drei depressiven Symptomen auf ein verstärktes Risiko einer depressiven Erkrankung deutet. Dies war bei 4% der 65-jährigen und älteren Männer und bei 10% der erfassten Frauen der Fall. Der geschlechtsspezifische Unterschied blieb in der Schweizer Studie auch nach Kontrolle anderer Variablen bedeutsam, und er war

damit konsistent mit dem Ergebnis anderer Studien, die auf ein doppelt so hohes Depressionsrisiko bei älteren Frauen gegenüber gleichaltrigen Männern hinweisen. Darin widerspiegeln sich zum einen geschlechtsbezogene Unterschiede in Stress und Belastung. Frauen erfahren im Durchschnitt mehr Stress und sind häufiger lebenskritischen Ereignissen (wie Verwitmung) ausgesetzt als Männer. Zum anderen ergeben sich Unterschiede im Umgang mit Problemen und Stress. So reagieren Frauen in Problemlagen häufiger mit depressiven Symptomen, wogegen Männer eher mit Aggressivität - auch sich selbst gegenüber - reagieren. Deshalb weisen Frauen zwar häufiger depressive Symptome auf, es sind jedoch die Männer, die häufiger Selbstmord betreiben.

Die These, dass depressive Symptome altersbedingt ansteigen, wurde hingegen nicht unterstützt. Die erhöhte Häufigkeit von depressiven Stimmungen bei betagten Menschen ist weniger mit dem Alter an sich verhängt, sondern von lebenskritischen Ereignissen (Verwitmung, eigene Erkrankung) abhängig. Alter und Depression gleichzusetzen erweist sich somit als schwerwiegender Fehler.

Der im Rahmen des Genfer 'Centre Interfacultaire de Gérontologie' (CIG) durchgeführte Zeitvergleich bei Genfer und Walliser AHV-RentnerInnen zeigte im übrigen, dass depressive Symptome zwischen 1979 und 1994 an Gewicht eingebüsst haben. So leiden heute deutlich weniger RentnerInnen an Müdigkeit und Traurigkeit als vor 15 Jahren.³ Die Gründe für das bessere psychische Befinden bzw. die Abnahme depressiver Stimmungen liegen einerseits in wirtschaftlichen und sozialen Verbesserungen, von denen heutige RentnerInnen profitieren können. Andererseits widerspiegeln sie auch Veränderungen im sozialen

1 NFP 32-Studie: Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée/ Demenz, Depression, Handicap und Erhaltung kognitiver Fähigkeiten im Alter: eine epidemiologische Untersuchung. Gesuchsteller: François R. Herrmann (Genf), Jean-Pierre Michel (Genf), Felix Gutzwiller (Zürich), Alexander Scott Henderson (Canberra), NF-Projekt 4032-042654, Schlussbericht, Genf 1997 (mimeo.). Dieses Projekt wurde auch von der Schweizer Alzheimer-Vereinigung finanziell unterstützt.

2 Christian Adam (1998) Depressive Störungen im Alter. Epidemiologische und soziale Bedingungen, Weinheim: Juventa.

3 Für Genf: Christian Lalive d'Epinay, Jean-François Bickel, Carole Maystre, Jean-François Riand, Nathalie Vollenwyder (1997) Les personnes âgées à Genève 1979-1994. Santé, famille, réseaux d'aide et de soins, Les cahiers de la santé, No. 8, Genève: Dép. de l'action sociale et de la santé., Für Wallis: Christian Lalive d'Epinay, Carole Maystre, Hermann-Michel Hagmann, Jean-François Riand, Astrid Stuckelberger (1997) Etat de santé et réseaux d'aide de la population âgée en Valais central, in: Hermann-Michel Hagmann, Jean-Pierre Fragnière (eds.) Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation, Lausanne: Réalités Sociales: 97-120.

Hintergrund, in den persönlichen Kompetenzen und Ressourcen sowie in der gesundheitlichen Situation moderner RentnerInnen.

5 Dementielle Erkrankungen

Psychische und kognitive Störungen sind zwar nicht Teil des normalen Alterns von Menschen, aber das Risiko hirnerkrankungen ist vor allem bei hochbetagten Menschen beträchtlich. Die hirnerkrankungen alter Menschen in ihren verschiedenen Formen (Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, psychoorganisches Syndrom POS) werden seit längerem als eines der zentralen Probleme des Gesundheitswesens anerkannt

Die in Genf und Zürich durchgeführte epidemiologische Studie¹ liess erkennen, dass zwischen den beiden Sprachregionen keinerlei bedeutsamen Unterschiede in der Häufigkeit von Demenz bestehen. Da mehr Frauen als Männer ein hohes Alter erreichen, ist die Mehrheit dementer Menschen weiblichen Geschlechts. In den untersuchten Generationen ist das Bildungsniveau von Frauen zudem deutlich tiefer als dasjenige von Männern, was insofern bedeutsam ist, als messbare kognitive Defizite bei tiefer Bildung rascher auftreten. Nach statistischer Kontrolle von Alter und Ausbildungshintergrund erwiesen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede jedoch nicht als bedeutsam. Dies weist darauf hin, dass das Risiko hirnerkrankungen nicht geschlechtsspezifisch variiert.

Dagegen war das Vorhandensein von ein oder zwei ApoE4-Markern mit einer 3.9fachen Risikoerhöhung von Demenz assoziiert. Damit ist ein Hinweis auf eine spezifische bio-genetische Komponente gegeben. Dabei handelt es sich um das Gen für das Apolipoprotein E (ApoE); also um ein

Protein, das im Lipidstoffwechsel eine wichtige Rolle spielt. Über die Rolle des apoE-Eiweisses bei der Entstehung von Alzheimer wird schon seit einigen Jahren spekuliert. Schon länger ist bekannt, dass vom ApoE-Gen drei verschiedene Varianten (Allele) existieren, die als ApoE2, 3 und 4 bezeichnet werden. Genetische Studien deuten darauf hin, dass namentlich die Vererbung des Allels ApoE4 sowohl mit einem höheren Erkrankungsrisiko als auch mit einem früheren Einsetzen der Krankheit verbunden ist. Auch die NFP32-Studie stützt diese zukunftsweisende Forschungsrichtung.

Von den untersuchten 65-jährigen und älteren Frauen und Männer in Genf und Zürich litten gut 8% an dementiellen Störungen. Sachgemäss zeigte sich auch in dieser Studie eine starke Zunahme in der Häufigkeit dementieller Erkrankungen mit steigendem Alter. Eine Umrechnung der Häufigkeitswerte auf die gesamte Schweiz lässt erkennen, dass gegenwärtig schätzungsweise über 80'000 RentnerInnen an hirnerkrankungen leiden. Angesichts der steigenden Zahl hochbetagter Menschen ist in den nächsten Jahren mit einer steigenden Zahl dementer Menschen zu rechnen, was für die ambulante und stationäre Alterspflege eine enorme Herausforderung darstellt. So wird der Anteil von Alters- und Pflegeheim-BewohnerInnen mit dementiellen Störungen weiter ansteigen, und im Jahre 2000 dürften schätzungsweise 60% aller Alters- und Pflegeheim-BewohnerInnen an hirnerkrankungen leiden.

6 Hauptresultate und Perspektiven

Die älteren Menschen in der Schweiz zeichnen sich vielfach durch ein hohes Wohlbefinden aus. Das Alter an sich führt nicht zur Reduktion des psychischen Wohlbefindens. Das

¹ François Herrmann, Jean-Pierre Michel, Felix Gutzwiller, A.S. Henderson (1997) Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée, NF-Projekt 4032-042654, Schlussbericht, Genf: mimeo.

Sprichwort 'Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper' trifft vor allem für die unter 75-jährigen Menschen zu. Dabei wird einerseits deutlich, dass gesundes Altern biographisch verankert ist, und dass für das persönliche Wohlbefinden weniger die objektive Gesundheit als deren subjektive Einschätzung bedeutsam ist. Bei den über 75-jährigen Menschen ist das psychische Wohlbefinden eng mit der mentalen Kraft verbunden, dh. einerseits mit dem Gefühl von Kontrolle über Gesundheit und Krankheit und andererseits mit dem Gefühl, mit der eigenen Vergangenheit in Einklang zu sein.

Sportliche Aktivitäten und körperliche Bewegung wirken sich eindeutig positiv auf den Gesundheitszustand älterer Menschen aus. Weniger eindeutig ist die Auswirkungen sportlicher Tätigkeiten auf das psychische Wohlbefinden. In einer Pilotstudie zeigte sich, dass Training in einem modernen, auch von jungen Leuten besuchten Fitness-Studio das Vertrauen stärkte.

Gedächtniseinbußen werden zwar mit steigendem Alter häufiger, aber sie sind enormen individuellen Unterschieden unterworfen. Zudem werden nicht alle Gedächtnisfunktionen gleichermaßen betroffen. So funktioniert die automatische Speicherung und Nutzung von Erfahrung bei gesunden alten Menschen ebenso gut wie bei jungen Erwachsenen. Auch im hohen Alter ist lernen möglich, wenn genügend Zeit verwendet wird und bisherige Erfahrungen berücksichtigt werden. Gedächtnistraining ist erfolgreicher, wenn neben Lern- und Gedächtnistechniken auch psychische und physiologische Lernvoraussetzungen (emotionale Einstellungen, Belebung von Tast- und Geruchssinn usw.) einbezogen werden. Um zu verhindern, dass Frauen

beim Training von männlichen Strukturen 'überrollt' werden, sollte bei Gedächtnistraining gezielter auf die unterschiedlichen Lernvoraussetzungen und Lernbedürfnisse von Frauen und Männern eingegangen werden.

Krankhafte Depressionen sind auch im Alter selten. Häufiger sind depressive Stimmungen, namentlich bei Frauen. Die erhöhte Häufigkeit depressiver Stimmungen bei älteren Menschen ist jedoch nicht mit dem Alter an sich verknüpft. Entscheidend sind vielmehr lebenskritische Ereignisse (Verwitwung, Tod enger FreundInnen, eigene Erkrankung usw.). Im Zeitvergleich wird deutlich, dass es heutigen RentnerInnen psychisch deutlich besser geht als früheren Rentnergenerationen.

Hirnorganische Krankheiten sind nicht Teil des normalen Alterns von Menschen, aber das Risiko hirnerkrankungen (Demenz) nimmt mit steigendem Alter zu. Gegenwärtig leiden über 80'000 RentnerInnen an hirnerkrankungen Störungen, und angesichts der steigenden Zahl hochbetagter Menschen stellen dementielle Erkrankungen die ambulante und stationäre Alterspflege vor eine enorme Herausforderung. Zwar kann Demenz vorläufig noch nicht präventiv verhindert werden, aber es bestehen zunehmend mehr medikamentöse und therapeutische Verfahren zur Verlangsamung und Linderung dementieller Erkrankungen. Gleichzeitig ist es zentral, dass die Würde auch dementer Menschen gewahrt bleibt.

1 Demographische Alterung und Gesundheitskosten

Auf den ersten Blick ergeben sich enge Beziehungen zwischen steigender demographischer Alterung und steigenden Gesundheitsausgaben, da die Mehrheit der Gesundheits- und Pflegekosten im Alter anfallen. Eine zunehmende Zahl betagter und vor allem hochbetagter Frauen und Männer führt - so die Argumentation - zu erhöhten Ausgaben für Gesundheit und Pflege. Faktisch geht nur ein vergleichsweise kleiner Teil der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen direkt auf demographische Verschiebungen zurück. Schweizerische Daten lassen erkennen, dass zwischen 1971 und 1991 lediglich ein Fünftel der Kostensteigerung in der Krankenversicherung durch die demographische Alterung verursacht wurde.¹ Eine im Rahmen des NFP 32 durchgeführte gesundheitsökonomische Analyse² zeigt, dass das Alter seinen Einfluss auf die Gesundheitsausgaben verliert, wenn die Restlebenszeit berücksichtigt wird. Es ist primär die Nähe zum Todeszeitpunkt, welche die Gesundheitskosten in die Höhe treibt. Die gesundheitlichen Kosten im letzten Lebensjahr einer Person belaufen sich heute schätzungsweise auf zwischen 25-30% aller Gesundheitskosten der Schweiz, und die Kosten der medizinischen Betreuung von Todkranken übersteigen die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben in der Schweiz um ein Mehrfaches. Die Detailanalyse liess erkennen, dass die im letzten Lebensjahr anfallenden Gesundheitskosten kaum mit dem Alter variieren. Die Kosten für das letzte Lebensjahr sind relativ unabhängig davon, ob jemand im Alter von 70, 80 oder 90 Jahren stirbt. Die Gesundheitsökonominnen Stefan Felder und Peter Zweifel schliessen aus ihrer Analyse von Krankheitskosten, dass der Zusammenhang zwischen Alter

und Gesundheitskosten wenig mit dem Kalenderalter zu tun hat, sondern auf das Zusammenwirken der mit dem Alter zunehmenden Sterberate und hohen, altersunabhängigen Kosten der letzten Lebensphase zurückgeht. Diese Betrachtungsweise relativiert die oft angeführten Zusammenhänge zwischen Gesundheitskosten, Alter und demographischer Alterung zusätzlich. Deshalb dürften sich Horrorszenerarien, welche als Folge der demographischen Entwicklung eine Explosion der Gesundheitsausgaben voraussagen, als falsch erweisen.

2 Gesundheitliches Befinden älterer und betagter Menschen

Gesundheit und Krankheit im Alter sind vielschichtige Phänomene. Dabei ist festzuhalten, dass die Gleichung 'alt=krank' nicht zutrifft. Krankheiten, Beschwerden und Behinderungen werden vor allem im hohen Lebensalter häufiger, aber zumeist ist dafür nicht das Alter allein entscheidend. Ebenso wichtig sind soziale und biographische Faktoren. Die moderne gerontologische Forschung weist auf vier zentrale Sachverhalte hin: Erstens ist Krankheit im Alter nicht Schicksal, sondern vielfach biographisch verankert. Zweitens ist das gesundheitliche Wohlbefinden älterer Menschen stark subjektiv geprägt. Drittens verlaufen gesundheitliche Prozesse im Alter nicht linear, und die Vorstellung eines unwiderrüflichen Abbaus der Gesundheit mit steigendem Alter ist falsch. Viertens bestehen selbst bei hochbetagten Menschen viele, bisher wenig genutzte Möglichkeiten der gesundheitlichen Intervention und Rehabilitation.

Gesundheitseinschätzung älterer Menschen

Zwar nimmt mit steigendem Alter der Anteil von Frauen und Männer zu, welche ihre Gesundheit als mittelmäs-

¹ Vgl. Bundesamt für Statistik (1996) Herausforderung Bevölkerungswandel. Perspektiven für die Schweiz, Bern:102.

² Vgl. Peter Zweifel, Stefan Felder (Hrsg.) (1996) Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses, Bern: Haupt-Verlag.

sig oder schlecht ansehen, aber überraschend ist eher, wieviele ältere Menschen ihre Gesundheit positiv einschätzen. So erachteten gemäss Schweizerischer

Gesundheitsbefragung 1992/92 von den zuhause lebenden Rentner und Rentnerinnen im Alter von 65 bis 79 Jahren 72% ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut. Selbst bei den Hochbetagten (85 Jahre und älter) waren es noch 62%. In der Schweizerischen

Gesundheitsbefragung 1992/93 schätzten ältere und betagte Männer ihre Gesundheit leicht besser ein gleichaltrige Frauen. Ein Hauptgrund für den geschlechtsspezifischen Unterschied liegt darin, dass Frauen im Alter häufiger an körperlichen Beschwerden leiden als Männer. Gleichzeitig stufen Betagte aus der französischen Schweiz ihren Gesundheitszustand schlechter ein als die Deutschschweizer Betagten.¹ Die in Genf und dem Zentralwallis durchgeführte Vergleichsstudie zeigte im übrigen, dass der Anteil älterer Menschen, welche ihre eigene Gesundheit als schlecht einschätzten, zwischen 1979 und 1994 deutlich sank. Dagegen stieg der Anteil älterer Menschen an, welche ihre Gesundheit als gut erachteten.² Diese Ergebnisse deuten an, dass sich die Gesundheitseinschätzung älterer Menschen in den letzten Jahrzehnten durchaus positiv entwickelt hat.

Häufige gesundheitliche Beschwerden und sensorische Probleme

Die häufigsten Beschwerden älterer und betagter Menschen betreffen Gelenkprobleme, Rückenschmerzen, Schlafstörungen sowie allgemeine Schwäche und Müdigkeit. Detaillierte Analysen zeigen, dass das Risiko für starke körperliche Beschwerden erst für die über 85jährigen Menschen signifikant mit dem Alter an sich verhängt ist. Auffallend sind einerseits die

starken Unterschiede je nach Geschlecht. Etwas weniger als eine von zwei Frauen ab 75 Jahren klagte in der Gesundheitsbefragung 1992/93 über körperliche Beschwerden, jedoch nur jeder vierte Mann dieses Alters. Ein Grund liegt darin, dass Frauen im Alter häufiger an langwierigen chronischen Erkrankungen (wie Rheuma, Rückenschmerzen und Schlafstörungen) leiden als Männer. Andererseits wirken sich lebenslange, aber auch aktuelle soziale Ungleichheiten aus, und einkommensschwache ältere Menschen leiden überdurchschnittlich an gesundheitlichen Beschwerden und Behinderungen.

Sensorische Probleme treten im höheren Lebensalter ebenfalls gehäuft auf, und sie führen teilweise zu massiven Einschränkungen der sozialen Kommunikation. Vor allem bei den über 84-jährigen Männern und Frauen sind Sehbehinderungen recht häufig. Sehbehinderungen im Alter sind zumeist eine Folge physiologischer Alterungsprozesse, wonach sich zunächst die Elastizität der Linse - welche die Anpassungsfähigkeit der Augen regelt - vermindert. Später kann es zu einer Linsentrübung (grauer Star) oder zu Glaskörpertrübungen kommen. Bei fortgeschrittener Trübung der Linse kann diese durch eine Kunststofflinse ersetzt werden, und tatsächlich gehören Star-Operationen heute zu den häufigsten Operationen bei betagten Menschen.

3 Hörprobleme und Einschränkungen der Kommunikation

Auch das Nachlassen des Hörvermögens ist eine häufige Störung bei betagten Menschen. In vielen Fällen kann eine Hörbehinderung heute durch die Benützung eines Hörgeräts kompensiert werden. Die Daten der

¹ Zur Gesundheit zuhause lebender älterer Männer und Frauen, vgl. insbesondere: Theodor Abelin, Valerie Beer, Felix Gurtner, (Hrsg.) (1998) Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, Bern: Haupt.

² Vgl. Ch. Lalive d'Epinay, C. Maystre, J.-F. Bickel, H.-M. Hagmann, J.-P. Michel, J.-F. Riand (1997) Un bilan de santé de la population agée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994), Cahiers médico-sociaux, 41:109-131.

Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 zeigen allerdings, dass nur ein Teil der schwerhörigen Betagten ein Hörgerät benützt. Die Detailanalyse macht deutlich, dass in der Westschweiz wesentlich weniger Betagte mit Hörbehinderung ein Gerät verwenden. Männer ohne Berufsausbildung leben ebenfalls überdurchschnittlich häufig mit einer nicht kompensierten Hörbehinderung. Offensichtlich spielen soziale und kulturelle Faktoren eine Rolle, ob jemand bei gegebener Hörbehinderung ein Hörgerät verwendet.

Für das Auftreten von Hörproblemen älterer Menschen spielen einerseits bis heute noch nicht vollständig geklärte physiologische Alterungsprozesse im Bereich der Hörbahnen eine Rolle. Andererseits ist auch das Einwirken interner und externer Faktoren (wie lebenslange Lärmbelastung, Nikotin und Ernährung) von Bedeutung. Das klinische Bild der Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis) ist charakterisiert durch einen symmetrischen Hörverlust, insbesondere im Hochtonbereich. Ein weiteres Merkmal der Altersschwerhörigkeit ist eine Beeinträchtigung des Sprachverständnisses, vor allem bei lärmigem Hintergrund. Viele Betroffene fühlen sich dadurch in ihrer Kommunikation eingeschränkt und ziehen sich aus ihrem gewohnten sozialen Beziehungsnetz zurück. Die Folgen können ein Zusammenbruch der Kommunikation und soziale Isolation sein.

Im Rahmen eines NFP 32-Projektes wurde an der HNO-Universitätsklinik des Kantonsspitals Basel eine explorative Studie bei 201 Personen im Alter ab 60 Jahren durchgeführt, welche eine Hörverschlechterung wahrgenommen hatten.¹ Das Ziel der Studie war eine Bestandesaufnahme der Kommunikationsstörungen und -bedürfnisse von älteren Menschen

mit einem altersabhängigen Hörverlust. Im Zentrum des Interesses standen die Beziehungen zwischen dem gemessenen Hörverlust und der subjektiv empfundenen Behinderung. Dem liegt die Erfahrung zugrunde, dass gerade im Alter die tatsächlichen Hör- und Kommunikationsprobleme mit den üblichen Testmethoden nur unzulänglich erfasst werden, was teilweise zu unbefriedigenden Interventionen führt. So wird das Ausmass der funktionalen Beeinträchtigung (Sprachverständnis, Empfang anderer auditiver Signale, wie Telefonläuten, Klingel, Musik usw.) von der Lebensweise und der sozialen Situation mitbeeinflusst. Die Folgen eines Hörverlustes werden somit von individuellen Faktoren (wie Kommunikationsgeschick, emotionale Einstellung) und von der Umgebung (wie Verhalten von Familie und Freunden) bestimmt. Die individuelle Situation der Betroffenen ist deshalb in der audiologischen Beratung und Betreuung zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Studie kam neben audiologischen Messungen auch ein neu entwickelter sprachaudiometrischer Test, der 'Basler Satztest', zur Anwendung, um die Beeinträchtigung der sprachlich-auditiven Kommunikation im Störlärm zu erfassen (einfache, alltägliche Sätze wurden mit einem kontinuierlichen Störgeräusch unterlegt). Damit wurde ein Problem berücksichtigt, unter dem vor allem ältere Menschen leiden: ein reduziertes Sprachverständnis in lauter Umgebung (z.B. an einem Fest, in der Öffentlichkeit usw.). Die Ergebnisse bei dieser Studienpopulation (109 Männer und 92 Frauen mit dem Durchschnittsalter von 72.7 Jahren) zeigten das erwartete klassische Bild eines vor allem zu den höheren Frequenzen hin kontinuierlich abfallenden Hörvermögens. Der Vergleich von objektivem Hörverlust und Sprachverständnis liess erkennen,

¹ Vgl. S. Bertoli, R. Probst (1995) Troubles de la communication auditive liés au vieillissement, Médecine & Hygiène, 53/2094: 2374-2378; S. Bertoli, R. Probst, P. Jordan (1996) Das Hörhandicap - eine Ergänzung zum audiometrischen Hörverlust. Ergebnisse einer explorativen Studie über auditive Kommunikationsstörungen im Alter, HNO 44: 3376-384; S. Bertoli, R. Probst, (1997) The role of TEOAE testing in the evaluation of elderly persons, Ear & Hearing 18: 286-293.

dass ein Hörverlust von unter 30 Dezibel in der Regel noch keinen grossen Einfluss auf das alltägliche Sprachverständnis ausübt. Erst bei einem Hörverlust von über 30 Dezibel kommt es rasch zu einer zunehmenden Beeinträchtigung des Sprachverständnisses.

Dabei zeigten sich grosse Variationen in der Wahrnehmung eines Hörhandicaps, was belegt, dass verschiedene Personen unterschiedlich auf einen Hörverlust reagieren. Das Ausmass erlebter Beeinträchtigungen wird nur zu einem Teil vom Schweregrad des Hörverlusts bestimmt, zum anderen Teil jedoch durch Faktoren wie Persönlichkeit, Emotionalität, soziale Funktionen und Kommunikationsbedürfnisse. Eine Abklärung, welche sich nur auf audiologicalhe Testresultate stützt, geht in rund einem Drittel der Fälle an den Bedürfnissen des Patienten vorbei. Nicht selten erhalten Patienten aufgrund rein audiologischer Tests ein Hörgerät angepasst, dass anschliessend in der Schublade verschwindet, wogegen andere Patienten, welche über Probleme in der alltäglichen Kommunikation klagen, mit Hinweis auf nur leichte Hörverluste getröstet werden. Eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz therapeutischer oder rehabilitativer Massnahmen ist bei Hörproblemen weniger der objektive Verlust als die Wahrnehmung funktionaler Einschränkungen. Aus diesem Grund sollten audiologicalhe Abklärungen durch einen Hörhandicap-Fragebogen ergänzt werden, und tatsächlich ist vorgesehen, den im Projekt entwickelten Hörhandicap-Fragebogen als festen Bestandteil der Hörgeräte-Expertisen für die IV und AHV einzusetzen.

4 Zum Gesundheitsverhalten älterer Menschen

Mit dem Begriff 'Gesundheitsverhalten' werden diverse gesund-

heitsrelevante Verhaltensweisen und Gewohnheiten angesprochen. Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 wurden folgende Aspekte des Gesundheitsverhaltens berücksichtigt: Ernährung, körperliche Aktivität, Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsument sowie das Gewicht, da Übergewicht ein wichtiger Risikofaktor für Herz-Kreislaufprobleme darstellt.¹

Ernährung: Es zeigte sich, dass erstens Frauen eher auf eine gesunde Ernährung achten als Männer und dass zweitens die älteren Menschen etwas ernährungsbewusster sind als jüngere Menschen. Die grössten Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen sich im Konsum von Fett und in der Vermeidung von Salz. Ernährungsbewusstsein wird mit höherer Ausbildung häufiger. Eine Risikogruppe mit oft schlechten Ernährungsgewohnheiten sind namentlich alleinlebende betagte Männer. Im Gegensatz dazu achten betagte alleinlebende Frauen eher auf eine gesunde Ernährung.

Übergewicht: Generell leiden ältere und betagte Menschen häufiger unter Übergewicht als jüngere Menschen, und um die 50% der Rentner und 38% der Rentnerinnen in Privathaushaltungen erweisen sich als übergewichtig. Eigentlich fettsüchtig ist allerdings nur rund jede zehnte ältere Person. Übergewicht ist ebenfalls eng mit sozialen Faktoren verhängt, und mit steigender Ausbildung sinkt der Anteil übergewichtiger älterer Menschen.

Körperliche Aktivitäten sind auch in späteren Lebensjahren gesundheitsfördernd; sei es, dass damit Übergewicht vermieden wird; sei es, dass körperliches Training einen Kraftzuwachs bringt. Der gesundheitliche und präventive Wert vor allem eines dynamischen Ausdauertrainings - welches

¹ Dazu vgl. insbesondere: Th.Abelin, V. Beer, F. Gurtner (Hrsg.) (1998) Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, Bern: Haupt: 51ff.

durch einen dauernden Wechsel von Anspannung und Erschlaffung der Muskulatur gekennzeichnet ist - wird allgemein anerkannt.¹

Erwartungsgemäss reduziert sich die Häufigkeit körperlicher Aktivitäten in den höheren Altersgruppen. Allerdings widerspiegelt die abnehmende Häufigkeit sportlicher bzw. körperlicher Aktivitäten mit steigendem Alter nicht nur einen Effekt des Alters (vermehrte Behinderungen und gesundheitliche Einschränkungen, welche die Mobilität einschränken usw.), sondern auch einen Generationenwandel: Viele ältere Menschen treiben weniger Sport als jüngere Menschen, weil in dieser Generation Sport bereits in ihrer Jugend weniger üblich war. Wie bei anderen Aspekten des Gesundheitsverhaltens zeigten sich 1992/93 deutliche Zusammenhänge mit der allgemeinen sozialen Lage, und ältere Menschen mit höherer Ausbildung und höherem Einkommen betätigen sich vermehrt körperlich.

Alkoholkonsum: Während bei den Rentnern der Anteil der Abstinenten klein (9%) und derjenigen hoch ist (44%), die mindestens einmal pro Tag Alkohol konsumieren, so gibt es bei den Rentnerinnen mehr Abstinentinnen (32%) und weniger solche, die mindestens einmal pro Tag Alkohol konsumieren (18%). Zusatzfragen bei den unter 75-jährigen Befragten liessen erkennen, dass 1992/93 um die 12% der 65-74-jährigen Männern mit massiven Alkoholproblemen zu kämpfen hatten, gegenüber nur 2% der gleichaltrigen Frauen. Bei beiden Geschlechtern variiert der Alkoholkonsum je nach Sprachregion. So ist der Anteil von Rentnern und Rentnerinnen, welche täglich alkoholische Getränke konsumieren, in der Westschweiz und im Tessin deutlich höher als in der Deutschschweiz.

Tabakkonsum: Auch beim Tabakkonsum zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: 24% der Rentner und 8% der Rentnerinnen rauchen, davon 5% bzw. 2% 20 oder mehr Zigaretten pro Tag. Während die älteren Nichtraucherinnen mit 80% klar die Mehrheit bilden, überwiegen bei den Männern die Ex-Raucher (49%). Das Rauchverhalten vieler älterer Menschen hat sich im Verlauf ihres Lebens gewandelt: Viele der heutigen RentnerInnen haben in ihrer Jugend und ihrem frühen Erwachsenenalter geraucht, sie sind jedoch dank besserer Aufklärung über die Gefahren des Rauchens in späteren Lebensjahren zu Nichtrauchern geworden.

Das Risiko von Herz-Kreislaufkrankheiten, Lungenkrebs uam. ist stark verhaltensabhängig. Damit besteht bei vielen Ursachen eines vorzeitigen Todes ein grosses präventives Potential. Nach Ansicht von Forschern sind bis zu 70% der Krankheiten durch ein tabakloses und ernährungsbewusstes Leben vermeidbar. Dass Frauen im Durchschnitt gesundheitsbewusster leben als Männer ist eine wichtige Ursache für ihre höhere Lebenserwartung.

Medikamentenkonsum: Der Konsum von Medikamenten steigt mit dem Alter signifikant an. Bis zum Alter von 80 Jahren werden vor allem Herz/Blutdruck-Medikamente benützt, gefolgt von Schlaf-/Beruhigungs- und Schmerz-/Rheumamitteln sowie Vitamin- und Stärkungsmitteln. Ab dem Alter von 80 Jahren stehen Schlaf-/Beruhigungs- und Schmerzmittel an erster Stelle. Zudem ist bei den über 85-jährigen Männern und Frauen eine deutliche Zunahme im Gebrauch von Vitamin- und Stärkungsmitteln festzustellen. Hoher Medikamentenkonsum bei zuhause lebenden betagten Menschen wurde auch in anderen NFP 32 Projekten

¹ Zum Sport im Alter vgl. M.-J. Manidi Faes (1998) Le sport tout au long de la vie. Trajectoires sportives de seniors du canton de Genève, Lausanne: Réalités Sociales.

festgestellt. So nahmen bloss 13% der im Rahmen der interdisziplinären Basler Längsschnittstudie befragten Männer und Frauen überhaupt keine Medikamente zu sich, obwohl es sich bei dieser Studienpopulation um eine gesundheitlich positive Auswahl von betagten Menschen handelte. 12% benützten gelegentlich ein Medikament, und die übrigen 75% nahmen regelmässig ein oder mehrere Medikamente ein. Die im Rahmen des EIGER-Projekts durchgeführte Ersterhebung (1993-94) bei 791 zuhause lebenden Männern und Frauen im Alter von 75 Jahren und älter ergab für die Region Bern beim Medikamentenkonsum ebenfalls hohe Werte, und im Durchschnitt konsumierten diese betagten Personen 3.8 Medikamente (mit einer Streuung zwischen 0 bis 20 Medikamenten). Davon waren durchschnittlich 2.7 Medikamente (Streuung 0-12 Medikamente) rezeptpflichtig und 1.1 Medikamente (Streuung 0-8 Medikamente) nicht rezeptpflichtig. Der Anteil von zuhause lebenden 75-jährigen und älteren Menschen, welche gleichzeitig mehr als 5 Medikamente einnahmen bzw. einnehmen mussten, war beträchtlich (23% bei den Männern, 17% bei den Frauen. In allen für die Schweiz durchgeführten Studien zeigen sich beim Medikamentenkonsum klare geschlechtsspezifische Unterschiede, und Frauen konsumieren mehr Medikamente als gleichaltrige Männer. Die Detailanalyse der EIGER-Ersterhebung liess bei Frauen insbesondere einen hochsignifikanten Mehrkonsum von Vitaminen/Mineralien sowie von Benzodiazepinen (zur Bekämpfung von Angstsymptomen) und nicht-steroidalen Entzündungshemmern erkennen. ¹ Benzodiazepine, insbesondere langwirksame Präparate, sind im Alter mit einem erhöhten Risiko der Sturzgefährdung und der Beeinträchtigung der kognitiven Funktion verbunden.

Die Frage, ob heutige Betagte zuviele Medikamente konsumieren, ist nicht generell zu beantworten. Medikamente können sowohl Teil der Lösung als auch Teil des Problems sein. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 deutet allerdings auf eine teilweise zu häufige Medikamentenverschreibung hin. Insbesondere werden in der Schweiz bei Betagten und dort speziell bei Frauen übermässig Schlaf- und Beruhigungsmittel verschrieben. Auf der anderen Seite weisen Ergebnisse der EIGER-Studie auf eine mögliche Unterbehandlung depressiver Symptome bei älteren Männern hin.

5 Ausmass des Hilfebedarfs und ungedeckte Bedürfnisse ²

Beschwerden und Einflüsse, die bei Betagten Probleme verursachen: 40% bis über 50% der älteren Bevölkerung erwähnen Gelenkschmerzen. An nächster Stelle folgen Rückenbeschwerden bei über 15% der Frauen und 10% der Männer über 65 Jahren. Von Schlafstörungen sind rund 17% der älteren Frauen und 8% der älteren Männer betroffen. Ihre Häufigkeit steigt mit dem Alter an und erreicht bei Männern und Frauen über 85 Jahren 20%.

12% der Frauen und 6% der Männer von 65-74 Jahren berichten über Unfälle, die sie in den vorangegangenen 12 Monaten im Haus und Garten erlitten haben. Somit sind solche Unfälle häufiger als im Verkehr, beim Sport oder bei der Arbeit.

10% der älteren Frauen und 3% der älteren Männer haben wegen Schwindel Einschränkungen oder Stürze erlitten (was auch auf den häufigen Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln zurückzuführen ist).

Mit steigendem Alter nehmen Belästigungen durch den

¹ Vgl. A.E. Stuck, B.D. Gloor, D.H. Pfluger et al. (1995) Geschlechtsunterschiede im Medikamentenkonsum bei über 75jährigen Personen zu Hause: Eine epidemiologische Untersuchung in Bern, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28: 394-400.

² Quelle: Theodor Abelin, Valerie Beer, Felix Gurtner (Hrsg.) (1998) Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, Bern: Haupt.

Strassenverkehr stark zu, wobei sowohl bei den älteren Männern als auch bei den Frauen Verkehrslärm mit rund 40% und Verkehrsabgase mit über 20% häufiger genannt werden als in anderen Altersstufen.

Hilfsbedürftigkeit: Es sind vor allem funktionale Einschränkungen in der Fähigkeit, sich selber an- und ausziehen, allein essen zu können oder selber aufzustehen, welche zur Hilfsbedürftigkeit betagter Menschen führen. Eine Hochrechnung auf die ganze Schweiz ergibt, dass 1992/93 gut 3% der AHV-RentnerInnen, welche in ihrem eigenen Haushalt lebten, bei einer dieser grundlegenden Tätigkeiten des Alltagslebens auf Hilfe angewiesen waren. Ein Drittel dieser hilfsbedürftigen Betagten lebte allein.

Werden zusätzlich kognitive Behinderungen (z.B. aufgrund von Demenz) berücksichtigt, waren 1992/93 in der Schweiz rund 7.7% der zuhause lebenden älteren Menschen (65 Jahre und älter) in körperlicher und/oder kognitiver Hinsicht bei grundlegenden Aktivitäten des Alltagslebens von der Hilfe anderer Personen abhängig. Dies waren 1992/93 hochgerechnet schätzungsweise 70'000 AHV-RentnerInnen.

Unter Berücksichtigung der in institutionellen Haushalten wohnenden älteren und betagten Menschen (1990 knapp 75'000 Personen) lässt sich festhalten, dass zwischen 10% bis 14% der 65-jährigen und älteren Bevölkerung unter erheblichen funktionalen Behinderungen leiden. In absoluten Zahlen handelt es sich gegenwärtig (1999) um zwischen 110'000 bis 127'000 Menschen. Um die Hälfte dieser in erheblichem Masse behinderten älteren und betagten Menschen lebt weiterhin zuhause.

Ungedeckte Bedürfnisse: Unter den Deutschschweizer AHV-Rentner, bei

denen diese Frage untersucht werden konnte, ist bei 1.7% der Männer und 4.8% der Frauen ein ungedeckter Hilfebedarf vorhanden. Bezogen auf diejenigen, die Hilfe benötigen, waren es eine auf vier Frauen (25.9%) und einer auf acht Männer (12.6%). Das Risiko eines ungedeckten Hilfebedarfs steigt mit dem Alter an. Es ist höher bei Personen, die ohne PartnerIn leben sowie bei Betagten mit mittlerer oder geringer Ausbildung. Insgesamt ergeben sich hochgerechnet auf die ganze Schweiz über 30'000 ältere Menschen mit einem ungedeckten Hilfebedarf, von denen über 10'000 65-74-jährig, 16'000 75-84-jährig und über 5'000 85-jährig oder älter sind. Der grösste Teil des ungedeckten Bedarfs betrifft Haushaltshilfen, welche durch das aktuelle Sozial- und Krankenversicherungssystem nicht vergütet werden.

Genügend und ungenügend genutzte Möglichkeiten: Ein positiver Befund der Studie ist, dass bei fast allen Schweizern und Schweizerinnen von mehr als 65 Jahren (99.6%) schon mindestens einmal der Blutdruck gemessen worden ist, und bei über 80% wurde er in den letzten 12 Monaten erfasst. Damit wird die schweizerische Bevölkerung durch diese für die Herz-Kreislaufprävention wichtige Massnahme gut erreicht.

Allerdings zeigen andere Studien - insbesondere das Berner EIGER-Projekt - dass nur bei einem Teil der älteren Menschen, bei denen ein erhöhter Blutdruck festgestellt wurde, dieser auch wirksam behandelt wird. Für eine optimale Vorbeugung von Hirsenschlägen und anderen Folgen eines erhöhten Blutdrucks sollte die Behandlung der Hypertonie, nicht zuletzt durch Massnahmen zur Gewichtskontrolle, wirksamer gestaltet werden.

Ungenützt bleiben oft auch die

Möglichkeiten zur Verbesserung der Hörqualität. So verfügen rund ein Viertel der älteren Männer und Frauen, die eine Hörbehinderung aufweisen, über kein Hörgerät (obwohl die Benützung von Hörgeräten positiv zur Lebensqualität Hörbehinderter beiträgt). Von praktischer Bedeutung ist, dass in der Romandie der Anteil der hörbehinderten Betagten, die über kein Hörgerät verfügen, dreimal höher ist als in deutschsprachigen Schweiz.

Auf der anderen Seite lassen sich bei älteren Menschen auch Probleme einer Überversorgung beobachten. So werden in der Schweiz bei Betagten und dort speziell bei Frauen übermässig viele Schlaf- und Beruhigungsmittel verschrieben. Problematisch ist, dass das Vorkommen von Schwindel und dessen gefährlichen Folgen (Stürze) bei Konsumenten von Schlaf- und Beruhigungsmittel um 60% höher ist als bei Nichtkonsumenten. Eine wichtige Massnahme wurde kürzlich bereits getroffen, indem seit dem 1. Juli 1996 unter dem teilrevidierten Betäubungsgesetz die Benzodiazepine unter verschärfter Rezeptpflicht stehen. Ein weiterer Ansatz könnte darin bestehen, über die Weiter- und Fortbildung aller Ärzte (nicht nur der Hausärzte, sondern auch der Spital- und Spezialärzte) die Verschreibungspraxis zu ändern.

Prävention im Alter: Nützliches und Überflüssiges: Mit der Aufnahme von Art. 26 des neuen Krankenversicherungsgesetzes ist die Honorierung präventiver Leistungen in der ärztlichen Praxis oder durch andere geeignete Berufe eingeführt worden. Dabei muss man sich im Klaren sein, dass Prävention im Alter zwar Vieles mit der Prävention in früheren Lebensjahren gemeinsam hat, dass aber gewisse Massnahmen der Prävention im höheren Alter nicht mehr angezeigt sind, während ande-

re, betagtenspezifische Massnahmen in den Vordergrund rücken:

- a) *betagtenspezifische Prävention:* das präventive geriatrische Assessment: Möglichkeiten für eine Prävention von Krankheiten und Behinderungen im Alter liegen vor. Dies betrifft vor allem die Früherkennung von alterstypischen Beschwerden, Behinderungen und ungünstigen Lebensumständen und deren situationsgerechten Korrektur. Situationen, in denen eine solche präventiv einsetzende Hilfe nützlich sein kann, sind weit verbreitet.
- b) *empfohlene präventivmedizinische Leistungen:* Verschiedene auch in anderen Alters- oder Risikogruppen durchgeführte Präventivmassnahmen sollten im Alter weitergeführt werden. Dazu gehören die Erfassung und Behandlung von erhöhtem Blutdruck, Brustuntersuchungen (die Mammographie jedoch nur im Alter von 50 bis 70 Jahren), die Grippeimpfung, die Beratung in bezug auf Ernährung, Raucherentwöhnung, Alkohol und Medikamente. Die präventivmedizinische Betreuung der älteren Bevölkerung der Schweiz kann noch deutlich verbessert werden.
- c) *falsch angebrachte präventive Leistungen:* Wie unsystematisch die präventivmedizinische Betreuung in der Schweiz ist, zeigt sich nicht allein in einer ungenügenden Durchführung empfohlener Massnahmen, sondern auch in der häufigen Durchführung von Massnahmen, deren Wirksamkeit nicht erwiesen ist und die zumindest im Alter nicht empfohlen werden. Dazu gehört die Cholesterinmessung, die nur zur Abklärung besonderer Risikosituationen sinnvoll erscheint. Trotzdem zeigt sich, dass bei über 85% der über 65-jährigen Personen bereits mindestens einmal eine Cholesterinmessung vorgenom-

men wurde, und dass diese sogar im hohen Alter weiterhin erfolgen. Auch Prostata-Untersuchungen als 'Screening'-Untersuchung werden bei älteren Männern nicht empfohlen, doch berichten 30-33% der 65-84-jährigen Männer über innert der vergangenen 12 Monate durchgeführte Prostata-Untersuchungen. Schliesslich berichten in der Romandie fast 15% der über 65-jährigen Frauen, dass bei ihnen innert 12 Monaten eine Mammographie durchgeführt worden sei. Auch hier scheint es sich grossenteils um Screeninguntersuchungen bei fehlenden Verdachtsmomenten zu handeln, was in diesem Alter nicht den Empfehlungen entspricht.

6 Unfallbedingte Behinderung: Betagte nach einer Schenkelhalsfraktur

Aufgrund von Knochenbrüchigkeit (Osteoporose) ist die Gefahr einer Schenkelhalsfraktur im Alter recht hoch, namentlich bei Frauen. Das Risiko einer solchen Fraktur ist speziell bei betagten Personen ausgeprägt, welche unter Schwindelgefühlen leiden. Von praktischer Bedeutung ist, dass Betagte, die täglich ärztlich verordnete Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente konsumieren, häufiger Schwindel aufweisen und damit häufiger von dessen Konsequenzen (Einschränkungen, Stürze) berichten.

Aufgrund steigender Lebenserwartung dürfte die Häufigkeit von Schenkelhalsfrakturen weiter zunehmen. Häufig haben solche Sturzverletzungen bei Betagten langwierige soziale Konsequenzen (Unterbruch des normalen Alltagslebens, soziale Desintegration, Heimeinweisung). Im Rahmen einer NFP 32-Studie wurden die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen einer Schenkelhalsfraktur bei betag-

ten Frauen und Männern in zwei Kantonen (Genf und Wallis) gezielt untersucht. Untersucht wurden 253 PatientInnen im Durchschnittsalter von 82 Jahren, welche 1995 wegen einer Schenkelhalsfraktur hospitalisiert worden waren.¹

Da Frauen nicht nur länger leben als Männer, sondern auch häufiger an Osteoporose leiden, ist es nicht verwunderlich, dass der Anteil von Frauen mit 85% sehr hoch lag. In über 70% der Fälle erfolgte die Schenkelhalsfraktur zuhause; in fast 60% der Fälle als Folge eines Sturzes. Bei vielen betroffenen PatientInnen verursachte bzw. verstärkte die Schenkelhalsfraktur sowohl depressive Symptome als auch Ängstlichkeit. Signifikante Anstiege depressiver Symptome und der Ängstlichkeit ergaben sich vor allem in den ersten drei Monaten nach der Fraktur. Sachgemäss war die depressive Verstimmung bei PatientInnen, welche ihre vorgängige Mobilität nicht mehr erlangten, besonders ausgeprägt. Der Anstieg depressiver Symptome nach einer Schenkelhalsfraktur kann direkt als Folge der Fraktur interpretiert werden, wogegen die These, dass depressive Symptome zu einem verstärkten Risiko einer Schenkelhalsfraktur beitragen, verneint werden muss.

Nach drei Monaten hatten 42% der Überlebenden PatientInnen ihre vorherige Mobilität wieder erlangt. Nach einem Jahr waren es 49% der Überlebenden Personen. Ein Drittel verblieb auch ein Jahr später bettlägrig oder auf einen Rollstuhl angewiesen. Von den ursprünglich zuhause lebenden PatientInnen musste fast ein Fünftel innert einem Jahr in ein Alter- und Pflegeheim wechseln.

Es zeigen sich somit sowohl Rehabilitationschancen als auch grosse Risiken. Entscheidend für eine erfolgreiche Rehabilitation der

¹ Vgl. M.-P.Limagne, J.-P. Michel, et al. (1997) La fracture du col du fémur chez la personne âgée: De l'impact de la santé psychique sur la réhabilitation, Cahiers médico-sociaux, 41: 149-160; J.-P. Michel, M. Bruchez, C. Bayard, J. Morisod (1998) La fracture du col du fémur: Cause de rupture du parcours de vie et de désintégration contextuelle, FNRS-Requête No. 4032-35680, Rapport final, Genève: HUG (mimeo.).

Mobilität nach einem Schenkelhalsbruch sind vor allem die ersten drei Monate. Die Rehabilitationschancen sind erwartungsgemäss bei jüngeren PatientInnen höher. Auch das Fehlen vorgängiger Frakturen und Hospitalisierungen ist mit guten Heilungschancen assoziiert. Gleichzeitig sind die Rehabilitationschancen verheirateter PatientInnen deutlich höher als bei unverheirateten Personen (was wahrscheinlich mit ihrer Betreuung zusammenhängt). Hingegen erwiesen sich das Geschlecht, der Typ von Frakturen sowie die subjektiven Gesundheitsindikatoren in dieser Studie nicht als eindeutige Prädiktoren der Rehabilitationschancen nach drei Monaten. Erst später, nach einem Jahr, waren subjektive Gesundheitsindikatoren und Mobilitätsstatus (Mobilität wiedererlangt versus weiterhin immobil) stärker verhängt. Dabei sind wechselseitige Verknüpfungen zu erwarten, indem schlechte Heilungschancen das Gefühl schlechter Gesundheit verstärken, wie umgekehrt eine positive Gesundheitsorientierung die Heilungschancen erhöht. Dasselbe gilt für die festgestellten Beziehungen zwischen Rehabilitationschancen und depressiven Symptomen: Einerseits verstärken schlechte Chancen die depressive Stimmung, andererseits reduzieren depressive Symptome die Chancen einer Rehabilitation. In jedem Fall wird deutlich, dass neben medizinischen Faktoren auch psychische und soziale Faktoren den rehabilitativen Prozess nach einer Fraktur bestimmen. Dies bedeutet, dass bei der Entscheidung über Behandlungsformen und operative Interventionen die individuelle Ausgangslage der betroffenen Personen zu berücksichtigen ist (wobei das Alter nur ein Kriterium unter vielen anderen sein sollte).

7 Hauptresultate und Perspektiven

Gesundheitsökonomische Analysen lassen erkennen, dass der Zusammenhang zwischen demographischer Alterung und steigenden Gesundheitskosten schwächer ist, als oft angenommen. Gerontologische Studien zeigen gleichzeitig, dass die Gleichung 'alt=krank' in dieser allgemeinen Form nicht zutrifft. Eine grosse Mehrheit der älteren und betagten Menschen schätzt ihre Gesundheit als positiv ein. Auffallend sind dabei geschlechtsspezifische und soziale Unterschiede. So leiden Frauen im Alter häufiger an langwierigen chronischen Erkrankungen als Männer, und einkommensschwache Betagte leiden häufiger an gesundheitlichen Beschwerden als gutsituierte Betagte.

Hörprobleme im hohen Alter sind häufig. Allerdings benützt nur ein Teil der schwerhörigen Betagten ein Hörgerät, und eine spezifische Studie zeigt, dass Personen sehr unterschiedlich auf einen Hörverlust reagieren. Faktoren wie Persönlichkeit, Emotionalität und Kommunikationsbedürfnisse bestimmen mit, wie ältere Menschen mit Hörverlusten umgehen. Abklärungen, welche sich nur auf audiologische Testresultate stützen, gehen deshalb in einem Drittel der Fälle an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbei.

Auch bei einer Schenkelhalsfraktur werden die Chance einer erfolgreichen Rehabilitation (Wiederherstellung der Mobilität) neben medizinischen Faktoren auch durch psychische und soziale Faktoren bestimmt. Dies bedeutet, dass bei der Entscheidung über Behandlungsformen die individuelle Ausgangslage älterer und betagter Menschen zu berücksichtigen ist. Das chronologische Alter allein sollte hingegen höchstens subsidär gewichtet werden.

Die Gesundheit im Alter wird stark durch früheres und aktuelles Gesundheitsverhalten bestimmt. Schlechte Ernährungsgewohnheiten, Übergewicht, mangelhafte körperliche Aktivitäten, übermässiger Alkoholkonsum und Tabakkonsum beeinflussen das Krankheitsrisiko im Alter enorm. Bis zu siebenzig Prozent der Krankheiten im Alter wären durch ein tabakloses und ernährungsbewusstes Leben vermeidbar. Dass Frauen häufiger gesundheitsbewusst leben als Männer ist eine wichtige Ursache für ihre höhere Lebenserwartung.

Unter Berücksichtigung der in institutionellen Haushalten wohnenden älteren und betagten Menschen lässt sich festhalten, dass zwischen 10% bis 14% der 65-jährigen und älteren Bevölkerung unter erheblichen funktionalen Behinderungen leiden. In absoluten Zahlen handelt es sich damit gegenwärtig (1999) um zwischen 110'000 bis 127'000 Menschen. Um die Hälfte dieser in erheblichem Masse behinderten älteren und betagten Menschen lebt weiterhin zuhause.

Trotz Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung und der ambulanten Pflege besteht immer noch für nicht wenige betagte Menschen ein ungedeckter Hilfebedarf. Insgesamt betrifft dies hochgerechnet auf die ganze Schweiz um die 30'000 ältere Menschen. Der grösste Teil des ungedeckten Bedarfs betrifft Haushaltshilfen.

Die enormen individuellen Unterschiede des Alterns weisen in die Richtung einer starken Gestaltbarkeit menschlichen Alterns. Das Altern ist nicht ein Prozess, der einfach schicksalhaft geschieht, sondern ein Prozess, welcher in starkem Masse gesellschaftlich und individuell beeinflussbar ist (wenn auch immer unter Berücksichtigung der Begrenzung jeden menschlichen Lebens). Im Alter bestehen beträchtliche Potentiale und kaum ausgeschöpfte Handlungsmöglichkeiten; sei es zur Mobilisierung der Ressourcen und Kompetenzen von Menschen in der nachberuflichen Phase; sei es zur Vorbeugung und Verhinderung von negativen Alternsprozessen. Die Möglichkeiten diverser, teilweise neuer Behandlungs- und Pflegeformen wurden im Rahmen diverser NFP 32-Studien genauer untersucht.

1 Familiäre Pflege dementer Angehöriger

Die überwiegende Mehrheit der dementen PatientInnen (Alzheimerkranke und andere Demenzformen) wird zuhause von ihren Angehörigen (hauptsächlich Partnerin, Partner, Töchter, Schwiegertöchter) betreut. Die Betreuung eines dementen Patienten erfordert ein äusserst intensives Engagement, und sie kann die - häufig selbst betagten - Partnerinnen und Partner an die Grenzen ihrer Belastbarkeit drängen. Der fortschreitende Verlauf dementieller Erkrankungen bringt es mit sich, dass Angehörige sich immer wieder auf veränderte Situationen anpassen müssen. Der demente Mensch büsst immer mehr seine geistigen Fähigkeiten und seine Unabhängigkeit im Alltag ein. Damit ändert sich auch die Beziehung zwischen einem pflegenden Angehörigen und einem dementen Partner. Das partnerschaftliche

Gleichgewicht von Geben und Nehmen verschiebt sich zu einem Ungleichgewicht, und früher altbekannte Persönlichkeitszüge des Partners, der Partnerin, der Mutter oder des Vaters werden von der Krankheit überlagert. Symptome der Demenz, wie Depression, Aggression, Angst, Unruhe, Tag-Nachtumkehr, Halluzinationen usw. sind eine weitere Belastung für Patienten und Angehörige. Dabei kann das Sozialleben von Angehörigen eingeschränkt werden, vor allem, wenn eine Betreuung rund um die Uhr notwendig ist. Demenz ist häufig eine Krankheit, welche nicht nur den betroffenen Patienten berührt, sondern ganze Familiensysteme verändert.

Angehörige pflegen einen dementen Patienten häufig solange, bis die Belastung ihre Kräfte übersteigt. Damit steigt das Risiko, dass auch die betreuenden Angehörigen erkranken. Emotionale Störungen mit Symptomen von Angst, Depression und Erschöpfung sind bei pflegenden Angehörigen häufig. Es ist deshalb zentral, die Probleme zu ermitteln, welche pflegende Angehörige belasten und nach Lösungen zu ihrer Entlastung zu suchen. Dies ist auch sozialpolitisch bedeutsam, da nur ein bedürfnisgerechtes, unterstützendes Hilfsangebot eine vorzeitige Heimeinweisung von Demenzpatienten verhindert. Studien zeigen, dass psychosoziale Massnahmen (etwa im Rahmen einer Memory-Klinik) eine Heimplatzierung verzögern oder sogar verhindern können.

Im Rahmen des NFP 32 wurden zwei Studien über die Belastungen und Bedürfnisse von Angehörigen zuhause lebender Demenzpatienten durchgeführt. Zum einen wurden in einer von Denise Meier und Doris Ermini-Fünfschilling organisierten Studie Angehörige aus Basel interviewt, die

zu Hause einen älteren Demenzpatienten oder eine ältere Demenzpatientin pflegten. Zum anderen führten Cristina Molo-Bettelini, Nathalie Clerici und Anita Testa-Mader im Tessin eine analoge Analyse bei zu Hause pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen durch. Damit liess sich die Belastung von pflegenden Angehörigen in zwei kulturell unterschiedlichen Regionen vergleichen.¹

In beiden Studien wurden Angehörige befragt, die mit einem demenzkranken Patienten zusammenwohnen und ihn zu Hause betreuen. Insgesamt wurden in der Basler Studie zwischen Januar 1995 und Dezember 1996 72 Angehörige interviewt (40 Frauen und 32 Männer). Im Tessin wurden zwischen Oktober 1994 und November 1996 80 Angehörige (62 Frauen und 18 Männer) interviewt. Im Durchschnitt betrug bei der Basler Studie die bisherige Krankheitsdauer 62 Monate, und die geschätzte Betreuungsdauer lag im Durchschnitt bei 34 Monaten. In vielen Fällen handelte es sich somit um mehrjährige Pflegeverhältnisse. Dasselbe galt auch für die Tessiner PatientInnen, die im Durchschnitt sogar 58 Monate lang betreut worden waren. Die betreuungsfreie Zeit pro Woche lag in Basel und im Tessin im Durchschnitt bei etwa 17 Stunden, d.h. die durchschnittliche Betreuerin hat pro Tag nur gerade 2 bis 3 Stunden frei. Auch dies weist auf die Intensität der Angehörigenpflege hin.

Als schwierigste Aspekte bei der Betreuung wurden in Basel die geistigen und emotionalen Demenzsymptome des Patienten und seine Schwierigkeiten im Alltag angegeben. Die Tessiner Angehörigen empfanden häufiger die eigenen psychologischen Probleme als schwierig. In beiden Studien wurden das ständige Angebundensein und die Einengung der persönlichen

Freiheit häufig erwähnt. Oft mussten die Angehörigen auf ein eigenes Sozialleben, auf Hobbys und Vergnügen, aber auch auf persönliche Unabhängigkeit verzichten.

Beinahe 40% der Basler Angehörigen konnten nicht auf die Hilfe ihrer unmittelbaren Familie zählen, oder sie besaßen keine weiteren Familienmitglieder, die sie unterstützen konnten. Ein weiteres Drittel berichtete von einer familiären Zusammenarbeit, die nur selten stattfände. Auf eine relativ häufige familiäre Zusammenarbeit und Unterstützung konnten somit weniger als 30% der Basler Angehörigen zählen. Zudem zeigten beinahe 60% der Angehörigen aus Basel grosse Schwierigkeiten, andere Leute um Hilfe zu bitten. Auch professionelle Dienstleistungen wurden lediglich von der Hälfte der Angehörigen aus Basel in Anspruch genommen. Die übrigen Angehörigen waren entweder der Meinung, dass sie es allein schaffen würden, oder sie wünschten keine fremden Personen in ihrer Wohnung. Wiederum andere Angehörige waren nicht über das Angebot an Dienstleistungen informiert.

Im Tessin konnten aufgrund anderer Familienverhältnisse nur 21% der befragten Angehörigen nicht oder kaum auf die Unterstützung anderer Familienmitglieder zählen. Fast zwei Drittel (61%) konnten ziemlich bis oft auf eine familiäre Zusammenarbeit zählen (im Gegensatz zu nur 28% bei den Basler Angehörigen). Entsprechend erwähnten mehr als drei Viertel der pflegenden Angehörigen aus dem Tessin keine familiäre Konflikte in bezug auf die Pflege des demenzkranken Angehörigen, und sie erhielten in zwei Drittel der Fälle (65%) bei der Pflege tatsächlich Hilfe durch Verwandte und Bekannte (im Gegensatz zu 21% der Basler Angehörigen). Die kulturellen Unterschiede familial-verwandt-

¹ Denise Meier, Cristina Molo-Bettelini, Doris Ermini-Fünfschilling, Nathalie Clerici, Anita Testa-Mader (1998) Belastung und Bedürfnisse von Familienangehörigen, die demente Patienten zu Hause betreuen. Bericht aus zwei Landesteilen (Basel und Tessin), Synthesebericht, Basel/Mendrisio (mimeo.).

schaftlicher Strukturen und sozialer Netzwerke zwischen italienisch- und deutschsprachigen Regionen widerspiegeln sich in der familialen Pflege dementer Menschen. Gleichzeitig wurden im Tessin professionelle Dienstleistungen häufiger in Anspruch genommen als in Basel. Im Tessin war der Anteil pflegender Angehöriger, die Mühe zeigten, andere Leute um Hilfe anzugehen, geringer als in Basel.

In Basel und dem Tessin fühlten sich rund 30% der befragten Angehörigen durch die Pflegesituation nur geringfügig belastet. In beiden Regionen wiesen 43% eine leichte bis mässige Belastung auf, wogegen 26% eine mehr als mässige bis schwere Belastung erfuhren. Die Belastung eines pflegenden Angehörigen ist einerseits durch kognitive Defizite des Patienten und ihre negativen Auswirkungen auf das Alltagsleben bedingt. Belastend sind insbesondere negative Verhaltensauswirkungen der Krankheit, wie verminderte Flexibilität und reduzierte Verhaltenskontrolle, verändertes persönliches und soziales Verhalten sowie die Vernachlässigung der Körperpflege. Andererseits sind aber auch Familienkonflikte, eine fehlende soziale Unterstützung in der Betreuung sowie Angstgefühle der pflegenden Person bedeutsam.

Im Tessin berichteten 44% der pflegenden Angehörigen von ernsthaften eigenen gesundheitlichen Problemen. In Basel waren es sogar 70% der Angehörigen, die gesundheitliche Probleme angaben, welche die Betreuung des Patienten zusätzlich erschweren würden. Von den betreuenden Ehepartnerinnen - zumeist selbst hochbetagt - wurden am häufigsten psychische bzw. psychosomatische und rheumatische/orthopädische Probleme erwähnt. Über 40% der befragten Angehörigen zeigten in beiden Studien Angstsymptome, und 26% der Basler Angehörigen sowie 18% der Tessiner Angehörigen wiesen

depressive Symptome auf. Sind die Krankheitssymptome des Patienten weniger ausgeprägt, scheint eher Angst vorherrschend zu sein. In fortgeschrittenen Demenzstadien - mit ausgeprägteren Demenzsymptomen und vermehrter Betreuungsbedürftigkeit des Patienten - ist hingegen die subjektive Belastung und auch die Gefahr krankhafter Depressionszustände des Angehörigen höher.

Empfehlungen zur Entlastung von und Hilfe an Angehörigen, die demente Patienten betreuen

1. Von zentraler Bedeutung sind unterstützende und beratende Gespräche mit Fachpersonen. Beratende Gespräche, in welchen den Angehörigen Informationen über die dementielle Erkrankung und praktische Hilfestellungen für den Umgang mit den Auswirkungen der Demenzsymptome erhalten, tragen bereits in den Anfangsphasen der Krankheit dazu bei, die Angst von Angehörigen zu lindern. Sie helfen auch, die Betreuungsaufgaben adäquat zu planen. Da die heute entwickelten Diagnosemöglichkeiten eine immer frühere Diagnose dementieller Erkrankungen erlauben, wird eine frühzeitige Information und Beratung von Angehörigen immer wichtiger.

2. Ein breites Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger ist notwendig. Zu diesem Angebot gehören ambulante Dienste (Spitex-Dienste, Tagesbetreuung), Entlastungsaufenthalte (Medizinisch-indizierte Kurzaufenthalte in Spitälern oder Heimen, Ferien für Demenzpatienten), ausgebaute Beratungs- und Therapiemöglichkeiten (Gedächtnistraining) und gut organisierte Angehörigengruppen (wie sie etwa die Alzheimervereinigung anbietet).

3. Notwendig ist ein Ausbau von Tagesheimplätzen speziell für demen- te PatientInnen, namentlich zur zeit- weisen Entlastung stark belasteter Angehöriger. Hier besteht in den mei- sten Regionen der Schweiz noch eine Mangelsituation.

4. Wer zuhause regelmässig eine betagte, kranke oder behinderte Person betreut und pflegt, sollte einen Pflegebeitrag erhalten (wie dies im Kanton Basel-Stadt der Fall ist). Familiäre Pflege sollte gegenüber insti- tutioneller Pflege finanziell keine Benachteiligung erfahren.

Angemessene Unterstützungs- möglichkeiten durch ausgebildetem Personal sowie unterstützende und beratende Gespräche mit Fachpersonen führen nicht nur zur Entlastung pflegender Angehöriger, sondern auch zu einer Kosten- reduktion im Gesundheitswesen, einerseits durch die Verzögerung einer teuren Heim- und Spitalplatzierung dementer Patienten und andererseits durch eine Reduktion langfristiger Gesundheitsrisiken bei den Angehörigen selbst.

2 Ambulante Pflege und Betreuungsformen

In den letzten Jahren kam es in vielen Regionen der Schweiz zu einem ver- stärkten Ausbau ambulanter Pflege- und Betreuungsangebote. Damit wird einerseits die professionelle Pflege betagter Menschen - in Ergänzung zur familialen Pflege - gestärkt, ander- seits wird damit auch die Autonomie zuhause lebender älterer Menschen verstärkt.¹ Da sich Modelle spitalex- terner Pflege und Betreuung zuerst in der Westschweiz durchsetzte, variiert die Inanspruchnahme ambulanter Diensten regional. So beanspruchen in der Westschweiz deutlich mehr Betagte ambulante Pflege- und Betreuungsformen als in der Deutschschweiz. Daneben zeigt sich,

dass alleinlebende Betagte ambulan- te Dienste häufiger beanspruchen (ein Effekt, der auch nach Kontrolle von Alter und Behinderungsgrad mar- kant bleibt). Zudem beanspruchen Betagte mit höherer Ausbildung ambulante Dienste fast doppelt so häufig als Betagte mit geringer Ausbildung (möglicherweise weil Betagte aus unteren Sozialschichten über vorhandene Angebote weniger gut informiert sind sowie mehr Mühe haben, Hilfe anzufordern). Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 besteht gerade bei Personen mit geringer Ausbildung sowie bei betag- ten Frauen nicht selten ein ungedeck- ter Hilfsbedarf.

Die föderalistische Struktur der Schweiz im allgemeinen und des Gesundheitswesens im speziellen führt allerdings dazu, dass sich in verschie- denen Regionen unterschiedliche Strukturen ambulanter Pflege- und Betreuung entwickelt haben. Auch bestehen in vielen Regionen weiter- hin strukturelle Unvereinbarkeiten und Konflikte zwischen akuter und ambu- lanter Alterspflege. In vielen Regionen fehlt es auch an einer integrierten, systemorientierten Informationspolitik, welche es erlauben würde, alle Pflegeleistungen ambulanter Art in ihrer wechselseitigen Dynamik zu erfassen.

Angesichts der zunehmenden demo- graphischen Alterung und der anstei- genden Kosten sozial-medizinischer Pflege sind genaue Informationen jedoch immer wichtiger. Nur so kann die zukünftige Verteilung beschränk- ter Mittel optimal gestaltet werden. Im Rahmen eines von Frau Dr. Brigitte Santos-Eggimann geleiteten Evaluationsprojektes wurden deshalb Instrumente zur Erfassung sozio-medizi- nischer Leistungen bei betagten Menschen entwickelt.² Benützt und entwickelt wurde im Rahmen des Projekts ein sozio-medizinisches

¹ Zur Entwicklung und Qualitätssicherung ambulanter Pflege, vgl. Hermann-Michel Hagmann, Jean- Pierre Fragnière (1997) *Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation*, Lausanne: Réalités Sociales; Spitex Verband Schweiz (1998) *Spitex im Trend - Trends für Spitex /Aide et soins à domici- le - Profils d'avenir*, Bern: Huber.

² Vgl. B. Santos-Eggimann, N. Chavaz, A. Clerc Berod, P. Laurence, F. Zobel (1999) *Modèle d'éva- luation des politiques cantonales de prise en charge médico-sociale des personnes âgées chro- niquement dépendantes et place du maintien à domicile*, Requête Nr. 4032-35702, Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (Rapport final).

Informationssystem 'Balance of Care', welches eine Planung regionaler bzw. kantonaler Ressourcen für ambulante Alterspflege erlaubt. In dieses Informationssystem werden einerseits sozio-demographische Variablen (z.B. Altersverteilung und Häufigkeit pflegebedürftiger Betagter) einbezogen. Andererseits werden Pflegebedürfnisse betagter Menschen berücksichtigt, indem - auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und eigener Erhebungen - verschiedene Typen bzw. Profile von Pflegebedürftigkeit herausgearbeitet wurden. Die Typologie unterschiedlicher Formen von Pflegebedürftigkeit wurde anschliessend als Basis für die Evaluation typenspezifischer Pflegeformen und Pflegeaufwendungen verwendet. In einem zusätzlichen Schritt wurden - via Befragung - die Pflegepräferenzen der professionell tätigen Personen einerseits und der betagten Menschen andererseits erfasst.

Das Informationssystem 'Balance of Care' erlaubt zum einen eine differenzierte Erfassung der Bedürfnisse nach ambulanter Pflege, und zwar auch dann, wenn die vorhandenen Informationen noch lückenhaft sind. Zum anderen können damit politische Entscheidungen zur Ressourcenverteilung im ambulanten Bereich explizit gemacht werden, da die Auswirkungen unterschiedlicher Optionen klar werden. So können etwa die Folgen von Kosteneinsparungen auf die Qualität unterschiedlicher Typen von Pflege erfasst werden. Umgekehrt lässt sich feststellen, wie sich die ambulante Pflege entwickelt, wenn von den Präferenzen der professionell tätigen Personen bzw. den Präferenzen der betroffenen betagten Menschen ausgegangen wird. Die Differenzierung nach Typen von Pflegebedürftigkeit vermeidet zudem demographische Fehlprojektionen und erlaubt es gleichzeitig, die Folgen politischer

Entscheidungen für verschiedene Arten der Pflegebedürftigkeit festzuhalten. So kann beispielsweise festgestellt werden, welche Kostenauswirkungen auf die ambulante Pflege eine andere Präferenzordnung aufweisen würde, oder welche Auswirkungen neue Werthaltungen und Pflegevorstellungen zukünftiger Betagter haben könnten.

Konkret getestet wurde das neu entwickelte Informationssystem in den fünf Kantonen Bern, Genf, Wallis, Waadt und Zürich. Dabei wurde sichtbar, dass ein solches Informationssystem auch bei mangelhafter Datenlage gute Entscheidungsgrundlagen bietet. Zudem wurde sichtbar, dass das Evaluationsverfahren gemäss 'Balance-of-Care'-System - bei entsprechender Anpassung - für unterschiedlich strukturierte Gesundheitssysteme nutzbar gemacht werden kann.¹

3 Elektronische Hilfsmittel zugunsten betagter Menschen

Die rasante Entwicklung mikroelektronischer Instrumente und Hilfsmittel eröffnet auch älteren und betagten Menschen neue Möglichkeiten. Via Internet können sich ältere Menschen über neue Medikamente und Therapieformen informieren, gleichzeitig aber auch gleichgesinnte Personen finden, die ihre Hobbies und Interessen teilen.² Dank fernbedienten Geräten können bettlägrige Menschen ihr Telefon oder ihren Fernseher bedienen, und mittels elektronischer Sicherung kann im Notfall (z.B. nach einem Sturz) rasch Hilfe herbeigerufen werden. Im Idealfall erlauben elektronisch eingerichtete Wohnungen ein automatisches Öffnen und Schliessen von Türen oder Fenstern, ein geregeltes An- und Abschalten von Kochherden usw.

¹ Das computerunterstützte Informationssystem 'Balance of Care' kann - bei Berücksichtigung des Copyright - interessierten Kantonen zur Verfügung gestellt werden. Kontakt: Frau Dr. B. Santos-Eggimann, Unité des services de santé de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne.

² Das Internet wird von immer mehr SeniorInnen aktiv benützt, und entsprechende Kurse finden grossen Anklang. Seit Mai 1998 besteht ein spezielles Seniorweb, welches von der EURAG, der Pro Senectute und der Migros getragen wird (<http://www.seniorweb.ch>).

Im Rahmen einer Pilotstudie des Nationalen Forschungsprogrammes (NFP 32) 'Alter' wurde untersucht, unter welchen Bedingungen elektronische Hilfsmittel behinderten Betagten dienstbar gemacht werden können. Durchgeführt wurde das Forschungsprojekt in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit vom Soziologischen Institut der Universität Neuenburg und der ebenfalls in Neuenburg beheimateten Schweizerischen Stiftung für elektronische Hilfsmittel (Fondation Suisse pour les Téléthèses).¹ Dabei kamen zwei unterschiedliche Formen elektronischer Hilfsmittel zum Einsatz:

- a) aktive technische Hilfsmittel: Es handelt sich um elektronische Hilfsmittel, die eine aktive und freiwillige Intervention der BenutzerInnen erfordern (wie fernbedientes Telefon, Fernbedienung von Lichtschaltern, Fenstern, Türen, Fernsehen). Damit kann eine gehbehinderte, bettlägrige oder motorisch behinderte Person ihre Umwelt zumindest teilweise kontrollieren. Aktive Hilfsmittel drängen nichts auf, sondern sie öffnen Wahlmöglichkeiten. Die Initiative verbleibt bei den BenutzerInnen, und die Instrumente geben ihnen eine erhöhte Autonomie. Sie setzen jedoch eine geistige Eigenaktivität voraus. Aktive technische Hilfsmittel sind bei kognitiven Behinderungen nur beschränkt einsetzbar.
- b) passive technische Hilfsmittel: Solche Hilfsmittel treten automatisch und unabhängig von einer Intervention eines Benutzer in Aktion, etwa wenn sich eine Türe selbständig öffnet oder wenn nach einem Sturz automatisch ein Notsignal ausgelöst wird. Solche Mittel sind besonders geeignet in Fällen, wo Personen nicht in der Lage sind, selbständig zu agieren (z.B. aufgrund einer Ohnmacht nach einem Sturz oder aufgrund kognitiver Einbussen). Zu den passi-

ven Hilfsmittel gehören auch elektronische Sicherungssysteme, welche den Aufenthaltsort verwirrter Heimsinsassen anzeigen oder welche unberechtigten Personen den Zugang zu Zimmern verweigern, usw.

Erfahrungen mit aktiven elektronischen Hilfsmitteln

Die Akzeptanz der Hilfsmittel setzt eine sorgfältige Begleitung und mehrmaliges Erklären voraus. Sofern dies gewährleistet war, führen auch Pannen oder technische Anfangsschwierigkeiten nicht zu längerfristigen Problemen. Mit Ausnahme der Telealarmsysteme - die sachgemäss nur in Notfällen eingesetzt werden - wurden die elektronischen Hilfsmittel täglich benützt. Nach sechs bis neun Monaten waren sie integrierter Teil des Alltagslebens.

Im Gegensatz zur Ausgangshypothese der Forscher veränderten die mit elektronischen Hilfsmittel ausgestatteten Betagten ihr Alltagsleben und ihre Alltagsaktivitäten jedoch nicht merkbar. Vor und nach Installation aktiver elektronischer Hilfsmittel blieben die Aktivitäten weitgehend dieselben. Es zeigte sich einzig, dass die Beibehaltung bisheriger Tätigkeiten (wie Telephonieren, Haushaltsführung usw.) erleichtert wurde. Die Einführung aktiver elektronischer Hilfsmittel führt bei den Betagten somit weder zur Neuorganisation des Alltagslebens noch zu neuen Aktivitäten, sondern die Hilfsmittel werden primär dazu verwendet, das bisherige Leben unter erleichterten Bedingungen weiter zu führen.

Es wurde auch deutlich, dass die Verwendung elektronischer Hilfsmittel weder eine Vereinzelung von Betagten fördert (weniger Kontakte, da selbständiger) noch die sozialen Kontakte erhöht. Soziale

¹ Projekt: François Hainard, Jean-Claude Gabus, Jean-Christophe Masson (1995) Téléthèses et maintien à domicile des personnes âgées. Etude expérimentale de techniques mises au service de personnes âgées dépendantes, Rapport Final, Projet du PNR 32 No. 4032-35633, Neuchâtel. Für Informationen über die Fondation Suisse pour les Téléthèses/Stiftung für elektronische Hilfsmittel in Neuenburg, siehe Internet: <http://www.fst.ch>.

Konsequenzen ergaben sich insofern, als sich die Angehörigen und Betreuungspersonen der Betagten sicherer fühlten (vor allem, wenn ein Telealarm eingesetzt wurde, aber auch, wenn das Telephonieren erleichtert wurde). Auch die Betagten selbst fühlten sich besser abgesichert, z.B. im Notfall Hilfe anzufordern. Und dieses Sicherheitsgefühl entlastete die sozialen Beziehungen vor allem zu Angehörigen, die nicht täglich vorbeischauen konnten oder die weiter entfernt wohnten. Durch das Gefühl erhöhter Sicherheit wurde im übrigen auch die Selbständigkeit der Betagten gestärkt, da sie selbst entscheiden konnten, wann sie Hilfe benötigten.

Erfahrungen mit passiven elektronischen Hilfsmittel:

In Alters- und Pflegeeinrichtungen ist vor allem Desorientierung ein zentrales Problem. Damit besteht die Gefahr, dass HeimbewohnerInnen weglaufen und sich verirren. Die traditionellen Strategien (Einschliessen, Begleiten und Überwachen von HeimbewohnerInnen) erhärten das Bild des Alters- und Pflegeheims als 'totale Institution'. In einigen Alterseinrichtungen werden desorientierte Betagte deshalb nicht oder nur ungern aufgenommen. Das Ziel der Pilotstudie bestand darin, ein technisches Dispositiv einzusetzen, welches in selektiver Weise den Weggang jener Personen anzeigt, die ausserhalb des Heimes rasch ihre Orientierung verlieren. Im konkreten Fall bestand die technische Installation in kleinen Sendern (z.B. in Form eines Clip oder eines Ansteckknopfs), deren Signale von Antennen in der Nähe der Hauseingänge aufgenommen werden konnten. Dank der elektronischen Anzeige war die Identität der das Haus verlassenden Person bekannt, so dass die Möglichkeit bestand, die desorientierte Person

zurückzuholen oder auf ihrem Spaziergang zu begleiten.

Im Verlauf der Experimentierphase zeigte sich, dass die betroffenen BewohnerInnen infolge Verwirrungszustände das Heim pro Tag durchschnittlich vier bis fünf Mal verliessen (teilweise ohne es selbst zu realisieren). Dank dem elektronischen System wurden auch nächtliche Spaziergänge frühzeitig erfasst. Beispielsweise konnte ein betagter Mann zurückgeholt werden, der das Heim im Winter um vier Uhr nachts im Pyjama verlassen wollte.

Die Analyse zeigte, dass das elektronische Alarmsystem den Bedürfnissen verschiedener Gruppen entgegenkam: Der Direktor des Pflegeheimes konnte ein Abschieben verwirrter Personen in geschlossene Einrichtungen vermeiden, und das Pflegepersonal wurde weniger gestresst, da die Gefahr eines Weglaufens und Umherirrens (inklusive denkbarer Unfallgefahren) weitgehend wegfiel. Auch das ständige Kontrollieren und Nachsehen - von den betroffenen Personen als Einmischung wahrgenommen - entfiel. Die HeimbewohnerInnen ohne Desorientierung konnten sich völlig frei aus dem Haus bewegen, da die Probleme der desorientierten Personen gelöst werden konnte, ohne dass die anderen BewohnerInnen in irgendeiner Weise eine Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit erleben mussten (keine geschlossenen Türen, keine sichtbaren Überwachungskameras usw.). Die mit diesem System elektronischer Überwachung verbundene ethische Grundfrage einer Einschränkung der persönlichen Würde muss auf dem Hintergrund solcher Alternativen diskutiert werden. Ethische Fragen können zufriedenstellend beantwortet werden, wenn Vor- und Nachteile des Systems bezogen auf den jeweiligen Einzelfall mit

Pflegepersonal und Angehörigen schon vor der Installation besprochen werden. Wie bei den übrigen elektronischen Hilfsmitteln ist auch bei passiven Systemen eine frühzeitige und offene Zusammenarbeit aller Beteiligten eine wichtige Voraussetzung für einen Erfolg.

Generell lässt sich festhalten, und dies hat die Pilotstudie in allen Bereichen (aktive und passive Hilfsmittel) gezeigt, dass die Einführung innovativer elektronischer Hilfsmittel für Betagte eine sorgfältige soziale Begleitung voraussetzt. Der frühzeitige Einbezug der Umwelt (Angehörige, Pflegepersonal, Nachbarn) ist für den Erfolg zentral. Das gleiche gilt für die Information und Aufklärung betroffener Betagter. Eine frühzeitige Information ist umso wichtiger, als manche betagte Menschen ihre Bedürfnisse oder Probleme gegen aussen nicht richtig zu vertreten wissen.

Vielfach verändert sich das Verhalten betagter Menschen durch die Benützung aktiver elektronischer Hilfsmittel nicht wesentlich. Die Hilfsmittel erlauben es behinderten Betagten jedoch, ihre Autonomie und ihre Sicherheit (z.B. Alarmieren von Angehörigen) zu erhöhen. Damit kommen sie den Bedürfnissen heutiger Betagter - für die Selbständigkeit und Sicherheit oberste Werte darstellen - stark entgegen.¹

Passive elektronische Hilfsmittel erweisen sich namentlich für nicht spezialisierte Alterseinrichtungen als wertvoll, da sie eine Durchmischung unterschiedlicher PatientInnen erleichtern. Dank geeigneten Hilfsmitteln lässt sich sowohl die Privatsphäre von Bewohnern besser absichern (etwa gegenüber unbefugtem Eindringen) als auch die Sicherheit verwirrter Menschen besser garantieren. Viele Konflikte entfallen, und die Belastung des Personals (unnötige Kontrolle,

Änstlichkeit) wird verringert (was auch den betagten BewohnerInnen zugute kommt). Auf der Grundlage der Pilotstudie und den gemachten Erfahrungen wurde das elektronische Sicherungssystem für Alters- und Pflegeeinrichtungen von der Neuenburger «Fondation Suisse pour les Téléthèses».

4 Kognitive Psychotherapie bei Depressionen im Alter

Im Zusammenhang mit depressiven Symptomen bei älteren oder betagten Menschen stellt sich die Frage, inwiefern gezielte psychotherapeutische Interventionen eine Lösung darstellen. Viele praktische Fragen bei der Anwendung kognitiver Psychotherapien für depressive betagte Menschen sind noch offen. Dies gilt speziell für Fragen einer Anpassung der Therapie an altersspezifische Veränderungen kognitiver und sensorischer Prozesse. Auch sind die Alltags- und Lebensprobleme, mit denen betagte Menschen konfrontiert werden, nicht die gleichen wie bei jungen Menschen. Aus diesem Grund wurde im Rahmen des NFP 32 eine experimentelle Interventionsstudie durchgeführt. Im Rahmen dieser in Genf von Lucio Bizzini und Christine Favre durchgeführten Studie wurden betagte depressive Menschen im Alter zwischen 60 und 80 Jahren ohne dementielle Symptome einer kognitiven Psychotherapie unterzogen. Das hierbei entwickelte Interventionsmodell integrierte psychiatrische, neuropsychologische und psychogerontologische Denkansätze, um der Situation betagter Menschen gerecht zu werden.² Die Interventionen erfolgten auf drei Ebenen:

a) individuelle kognitive Prä-Therapie, um die betagten PatientInnen auf die Psychotherapie vorzubereiten (und um Personen, welche noch nie psychotherapeutisch betreut

1 Die Möglichkeiten und Vorteile elektronischer Hilfsmittel für betagte Menschen werden im Rahmen eines speziellen NFP32-Video-Films vorgestellt und illustriert: A. Jolliet (1997) *Vieillir heureux chez soi. Techniques et aides domestiques au service des personnes âgées*, Genève: Univideo Genève (dt. Fassung: *Glückliches Altern zu Hause*, ital. Fassung: *Invecchiare felici in casa propria*) (Videofilm von 26 Minuten). Information über: <http://www.unige.ch/univideo>.

2 Vgl. L. Bizzini, C. Favre (1998a) *Psychothérapie cognitive de groupe et dépression dans l'âge: indices et mécanismes psychologiques de changement*, Rapport final, Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève (mimeo); L. Bizzini, C. Favre (1998b) *Psychothérapie cognitive et dépression chez la personne âgée*, in: B. Samuel-Lajeunesse, C. Mirabel-Sarron, L. Vera, F. Mehran (eds.) *Manuel de thérapies comportementales et cognitives*, Paris: Dunod.

worden waren, mit den 'Spielregeln' vertraut zu machen). Wichtig ist in dieser Phase eine genaue Vorabklärung sensorischer und kognitiver Einschränkungen, um z.B. Kommunikationsprobleme aufgrund von Schwerhörigkeit zu vermeiden.

- b) kognitive Psychotherapie, in welcher depressive Patienten in individuellen Sitzungen über eine Dauer von 4-6 Monaten über die Wechselbeziehungen zwischen Gedanken und Gefühlen aufgeklärt werden, mit dem Ziel, kognitive Verzerrungen aufzuheben.
- c) kognitive Gruppentherapie mit Strategien der Dezentrierung. Mit Strategien der Dezentrierung wird das geschlossene Denksystem depressiver Menschen durchbrochen; sei es, dass alternative Standpunkte und Problemlösungen offen gelegt werden; sei es, dass Grundannahmen über sich selbst explizit gemacht und in Frage gestellt werden.

Die entsprechenden Interventionen - und vor allem kognitive Therapien mit Strategien der Dezentrierung - erwiesen sich auch bei betagten depressiven Menschen als erfolgreich, und bei mindestens der Hälfte der beteiligten Personen ergaben sich klare Fortschritte bezüglich ihrer Fähigkeit zur Dezentrierung.¹ Allerdings dauern die kognitiven Psychotherapien mit dieser Gruppe von Menschen meist länger als bei jüngeren Menschen; sei es, weil depressive Symptome einen langdauernden biographischen Hintergrund aufweisen; sei es, weil depressive Symptome durch chronische Krankheiten und Behinderungen verstärkt werden. Auf der anderen Seite tragen altersbedingte Lebenskrisen und Fragilitäten bei manchen betagten Menschen zu einem akuten Bedarf nach psychotherapeutischen Behandlungen bei.

5 Präventive geriatrische Hausbesuche

Angesichts der steigenden Zahl hochbetagter Menschen sind verstärkte Anstrengungen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit im Alter von enormer sozial- und gesundheitspolitischer Bedeutung. Die Prävention von Pflegebedürftigkeit im Alter erfordert ein neues Verständnis von Prävention, welches weniger auf die Vermeidung frühzeitiger Todesfälle als auf die Vermeidung von Behinderungen zielt. Da Behinderungen im Alter nicht nur von medizinischen Risikofaktoren, sondern auch von psychischen, sozialen und umgebungsbezogenen Aspekten abhängig sind, müssen auch nicht-medizinische Risikofaktoren erfasst und angegangen werden. Angesichts der Vielfalt medizinischer, sozialer, psychischer und kontextueller Risikofaktoren von Behinderungen im Alter ist ein multidimensionales geriatrisches Assessment notwendig, was unter anderem eine enge interdisziplinäre Teamarbeit umschliesst.²

Um die Wirksamkeit eines multidimensionalen geriatrischen Assessments und präventiver Hausbesuche zu erforschen, wurde im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes (NFP 32) 'Alter' in der Region Bern das EIGER-Projekt (Erforschung innovativer Hausbesuche) durchgeführt. Berücksichtigt wurden zuhause lebende Frauen und Männer im Alter von 75 Jahren und mehr. Damit sollten drei Fragen beantwortet werden: Erstens sollte kontrolliert werden, ob das Verfahren von präventiven Hausbesuchen - wie es in den USA getestet wurde - auch in der Schweiz mit ihrem anderen Gesundheitssystem wirksam ist. Zweitens sollte getestet werden, ob alle oder nur eine Untergruppe von älteren Menschen von einer solchen Intervention profitieren. Und drittens sollten die Vorgehensweisen der Intervention

¹ Das genaue Vorgehen bei diesen Interventionen wird 1999 in einem kleinen Handbuch 'Thérapie cognitive de groupe enrichie de stratégies de décentration (CTDS) pour des personnes âgées souffrant de dépression' vorgestellt.

² Vgl. A.E. Stuck (1997) State of the Art: Multidimensionales geriatrisches Assessment im Akutspital und in der ambulanten Praxis, Schweiz. Med. Wochenschrift, 127: 1781-1788. Vgl. H.-Michel Hagmann, J.-P. Fragnière (1997), Maintien à domicile, le temps de l'affirmation, Lausanne, Réalités sociales.

und deren Einfluss auf die Wirksamkeit genauer untersucht werden.

Anschliessend an eine Erstevaluation von 791 Personen wurden die StudienteilnehmerInnen gemäss einem nach Risikofaktoren geschichteten Zufallsverfahren in zwei Gruppen eingeteilt: 264 Personen wurden der Interventionsgruppe zugeteilt, welche in den nächsten zwei Jahren regelmässige präventive Hausbesuche durch Gesundheitsschwestern erhielten. Die übrigen 527 Personen wurden der Kontrollgruppe ohne solche Hausbesuche zugeteilt. Damit liessen sich Wirkung und Wirksamkeit präventiver Hausbesuche genau abgrenzen.

Die Gesundheitsschwestern wurden während des ersten Projektjahres gezielt in der Durchführung von präventiven Hausbesuchen ausgebildet, wobei die von den Gesundheitsschwestern verwendeten Erfassungsinstrumente in einem Handbuch zusammengestellt wurden.¹ Bei allen Personen der Interventionsgruppe führten die Gesundheitsschwestern zu Beginn und anschliessend in jährlichen Abständen ein multidimensionales geriatrisches Assessment durch. Dieses Assessment enthielt eine strukturierte Befragung, körperliche und funktionale Untersuchungen (Gehör, Sehvermögen, Gedächtnis, Affekt, Gang/Gleichgewicht, Ernährungszustand), eine Evaluation der Wohnsituation und des Medikamentenkonsums sowie eine einfache Laboruntersuchung. Aufgrund dieser Erhebung notierten die Gesundheitsschwestern die beobachteten und anzugehenden Probleme, und sie erarbeiteten in Zusammenarbeit mit einem der Projektgeriater eine Empfehlungsliste. Anschliessend besuchten sie die älteren Personen in dreimonatigen Abständen, gaben Empfehlungen ab und versuchten, bei der Umsetzung

der Empfehlungen behilflich zu sein. Zudem führten sie eine allgemeine Gesundheitsberatung durch und zeigten den besuchten Personen, wie sie ihre Probleme selber angehen oder mit dem Hausarzt besprechen können.

Ergebnisse der Interventionsstudie

Die Studie liess zusammengefasst vor allem zwei zentrale Sachverhalte erkennen:

Erstens hängt eine präventive Wirkung solcher Hausbesuche von Form und Vorgehen der Gesundheitsschwestern ab. Ein zentraler Faktor für präventive Wirkungen ambulanter Hausbesuche ist eine gute Vorabklärung möglicher Problemlagen und Gesundheitsrisiken beim ersten Besuch. Dieses Ergebnis weist auf die zentrale Bedeutung eines professionell durchgeführten multidimensionalen geriatrischen Assessments hin. Ohne qualifizierte und in der Praxis gut einsetzbare Erfassungsinstrumente erweisen sich präventive Hausbesuche als wenig wirksam. Zudem wurde sichtbar, dass die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche von der gewählten Interventionsstrategie der Gesundheitsschwestern abhängig ist. Die präventiv erfolgreichen Gesundheitsschwestern gaben bedeutend mehr Empfehlungen ab, und sie intervenierten häufiger (wie die Analyse der Besuchsprotokolle ergab). Es zeigte sich, dass ein guter Kontakt und viel Verständnis für die betagte Person allein nicht genügen, und die Zufriedenheit älterer Menschen mit den Hausbesuchen allein ist kein ausreichendes Kriterium für ihre Wirksamkeit. Eine wirksame präventive Vorgehensweise ist nur auf der Basis genauer Qualitätskriterien möglich. Dabei sind vor allem die vier folgenden zentralen Qualitätskriterien für eine wirksame Intervention erforderlich: Notwendig ist erstens eine umfassende Abklärung und

¹ Vgl. A. E. Stuck, H. Schmocker, A. Kesselring, A. Lüdin, H. Flückiger (Hrsg.) (1995) Präventive Hausbesuche bei älteren Menschen. Grundlagen, Vorgehen und Erfahrungen des Projekts EIGER. Erste Fassung, Bern: NFP 32. Ein revidiertes Handbuch wird 1999 vorliegen.

Erkennung der individuellen Probleme, Risikofaktoren, aber auch der sozialen Ressourcen betagter Menschen. Erforderlich ist zweitens die Entwicklung eines adäquaten individuellen Empfehlungsplans, und drittens müssen die älteren Menschen bei der Umsetzung der Empfehlungen kompetent begleitet werden. Viertens ist die professionelle Durchführung einer allgemeinen Gesundheitsberatung notwendig.

Zweitens sind präventive Hausbesuche nur bei betagten Personen ohne vorgängig hohe gesundheitliche Risiken sinnvoll. Bei Personen mit schon hohen Gesundheitsrisiken zu Beginn der Intervention kommen präventive Besuche meist zu spät. Dieser Sachverhalt wurde im EIGER-Projekt darin deutlich, dass messbare präventive Wirkungen nur bei der Gruppe 'Niedriges Risiko' erfolgten. Bei der Gruppe 'Hohes Risiko' (d.h. Personen, welche schon in der Erstabklärung ein hohes Risiko einer Behinderung aufwiesen) waren nach zwei Jahren keine bedeutsamen präventiven Wirkungen feststellbar. Präventive Hausbesuche können somit nur wirksam sein, wenn sie rechtzeitig durchgeführt werden, d.h. bevor betagte Personen an sichtbaren Beschwerden und Behinderungen leiden. Bei zuhause lebenden betagten Menschen mit hohem Risiko von Behinderungen stehen Therapie und Rehabilitation, und nicht Prävention, im Vordergrund.

Präventive Hausbesuchsprogramme sollten sich daher primär an 'gesunde Betagte' richten (als Ergänzung einer ärztlichen Versorgung). Bei den 75-jährigen und älteren zuhause lebenden Personen aus der Gruppe 'Niedriges Risiko' führten professionell und kompetent durchgeführte Hausbesuche zu weniger Abhängigkeit im Alltagsleben. Insbesondere ergaben sich - dank

entsprechendem Bewegungstraining u.a.m. - weniger Gleichgewichtsprobleme. Gleichzeitig wurden mehr Grippeimpfungen durchgeführt, und eine kompetente Intervention steigerte den Gebrauch erwünschter Medikamente (z.B. Blutdruckmittel, Schmerzmittel) und verminderte den Konsum weniger erwünschter Medikamente (z.B. Benzodiazepine, Antirheumatika). Auch die Zahl der Pflegeheimeinweisungen war bei der Gruppe 'Niedriges Risiko' nach zwei bzw. drei Jahren hochsignifikant geringer als in der Kontrollgruppe. Die Verbesserung der Selbständigkeit und der Gang/Gleichgewichtsfunktionen zeigt, dass Pflegeheimeinweisungen durch eine Prävention von Behinderungen reduziert wurden, und nicht dadurch, dass ältere Menschen einfach länger zuhause betreut wurden.

Das Projekt führte kurzfristig zu einer Kostenzunahme, einerseits durch die Kosten der Hausbesuche selber und die Kosten zusätzlicher Hausarztkonsultationen. Längerfristig, ab dem dritten Jahr, ergaben sich hingegen klare Kosteneinsparungen durch die Reduktion von Pflegeheimeinweisungen. Insofern Pflegeheimeinweisungen betagter Menschen durch wirksame präventive Hausbesuche reduziert werden können, ergeben sich längerfristige Kosteneinsparungen selbst unter Berücksichtigung der Zusatzkosten der präventiven Hausbesuche. Vor allem nach drei Jahren schlugen professionell durchgeführte präventive Hausbesuche bei Niedrig-Risiko-Personen positiv zu Buche.

Präventive Hausbesuche können erfolgreich sein, allerdings nur unter Bedingung eines qualifizierten multidimensionalen geriatrischen Assessments zur Vorabklärung und kompetenter Hausbesuche, welche klaren Qualitätskriterien entsprechen.

Zudem müssen solche präventiven Massnahmen frühzeitig durchgeführt werden.

Mögliche Konsequenzen für die Praxis

1) *Wie könnten präventive Hausbesuche ins schweizerische Gesundheitssystem integriert werden?*

Denkbar sind verschiedene Szenarien. Denkbar ist eine Integration in ausgewählte ärztliche Praxen bzw. Ambulatorien oder eine Integration in Spitexorganisationen. Für die Hausbesuche ist auf jeden Fall eine enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt erforderlich, da viele Empfehlungen in den Verantwortungsbereich des Hausarztes gehören (z.B. Impfungen, Medikamente).

2) *Welche Berufsgruppe könnte präventive Hausbesuche durchführen?*

Im Projekt EIGER waren es besonders ausgebildete Gesundheitsschwestern, in enger Zusammenarbeit mit Geriatern. Die Durchführung der Besuche setzt interdisziplinäre Kenntnisse mit medizinisch diagnostischen Fähigkeiten voraus. Allerdings könnten gewisse Aspekte der Hausbesuche von anderen Fachpersonen übernommen werden. Beispielsweise könnte die anfänglichen multidimensionalen Assessments teilweise durch geschulte InterviewerInnen kostengünstiger durchgeführt werden. Gewisse Aspekte der Untersuchung könnten auch durch den Hausarzt übernommen werden.

3) *Wie können solche Hausbesuche finanziert werden?*

Angesichts der steigenden Gesundheitskosten ist dies eine Schlüsselfrage. In einer ersten Phase

entstehen Zusatzkosten (und die Hausbesuche selbst kosten pro Person und Jahr zwischen 460 und 530 Franken). Erst in einem zweiten Schritt kommt es - dank weniger Pflegeheimweisungen - zu Kosteneinsparungen. Abklärungen zur Finanzierung sind im Gang, und es wird geprüft, welche Möglichkeiten bestehen, im Rahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes präventive Hausbesuche als Leistung aufzunehmen. Dabei müssen an die Durchführung präventiver Hausbesuche genaue Qualitätsanforderungen gestellt werden (da nur professionell geführte Hausbesuche präventiv wirksam sind).

4) *Wie kann die Ausbildung der Fachpersonen sichergestellt werden?*

Die Analysen des Projekts zeigen, dass mit der bestehenden Ausbildung von Gesundheitsschwestern die Anforderungen nicht genügend abgedeckt sind. Ein genaues Anforderungsprofil für Gesundheitsschwestern ist deshalb in Vorbereitung. Auch im ärztlichen Bereich bestehen zusätzliche geriatrische Anforderungen. Ab 1999 werden die Erkenntnisse des Projekts EIGER in den nationalen Fortbildungskurs für Geriatrie integriert.

5) *Wie kann die Qualität präventiver Hausbesuche sichergestellt werden?*

Auf der einen Seite ist eine laufende Dokumentation und Evaluation präventiver Hausbesuche notwendig, um mögliche Defizite frühzeitig zu erkennen. Auf der anderen Seite ist eine Supervision durch ausgebildete Experten (Geriatern, Hausärzten, Gesundheitsschwestern) erforderlich.

6) *Wie können ältere Menschen zur Teilnahme an präventiven Hausbesuchen motiviert werden?*

Eine ethisch verantwortbare Gesundheitsberatung ist nur bei freiwilliger Teilnahme möglich. Damit ältere Menschen an solchen Projekten teilnehmen, ist es wichtig, sie über die Möglichkeiten der Prävention von Behinderung zu orientieren. Noch zu oft werden Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter fälschlicherweise als unausweichliches Schicksal betrachtet. Für eine erste Kontaktnahme bestehen verschiedene Möglichkeiten, über den Hausarzt, eine Spitexorganisation, die Gemeinde, eine Krankenkasse uam.

6 Hauptresultate und Folgerungen

Familiale Pflege ist weiterhin ein zentrales, unverzichtbares Element der Alterspflege. Gerade auch demente Betagte werden mehrheitlich von Angehörigen gepflegt. Pflegenden Angehörige dementer PatientInnen unterliegen dabei oft starken Belastungen, sei es durch den Pflegeaufwand selbst, sei es durch die Persönlichkeitsveränderungen des dementen Angehörigen. Umso wichtiger ist deshalb eine angemessene Unterstützung und Entlastung, sei es dank qualifizierter Beratung durch Fachpersonen, sei es durch ein diversifiziertes Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger.

Die ambulante Pflege und Betreuung betagter Menschen ist zu einem wichtigen Zweig des Gesundheitssektors geworden. In vielen Regionen fehlt es jedoch an einer integrierten, systemorientierten Informationspolitik, welche es erlauben würde, Pflegeleistungen ambulanter Art in ihrer wechselseitigen Dynamik zu erfassen. Angesichts der zunehmenden demographischen Alterung und der ansteigenden Kosten sozial-medizinischer Pflege sind

genaue Informationen jedoch immer wichtiger. Das im Rahmen des NFP 32 entwickelte Informationssystem 'Balance of Care' erlaubt eine differenzierte Erfassung der Bedürfnisse nach ambulanter Pflege, und zwar auch bei noch lückenhafter Informationen. Damit können politische Entscheidungen zur Ressourcenverteilung im ambulanten Bereich explizit gemacht werden.

Die Entwicklung neuer mikroelektronischer Instrumente kann auch für betagte bzw. behinderte Menschen von Nutzen sein. Eine Pilotstudie, in welcher aktive und passive elektronische Hilfsmittel bei behinderten Betagten eingesetzt wurde, demonstriert mit aller Deutlichkeit, dass neueste Technologien auch für die ältesten Generationen nutzbar gemacht werden können, sofern technologische Innovationen sozial sorgfältig begleitet werden.

Die Besonderheiten betagter Menschen (wie sensorische und kognitive Einschränkungen, biographischer Hintergrund) sind auch bei der Anwendung kognitiver Psychotherapien bei Depressionen im Alter zu berücksichtigen. Ist diese Voraussetzung gegeben, erweisen sich namentlich kognitive Therapien mit Strategien der Dezentrierung auch bei betagten depressiven Menschen als erfolgreich.

Generell zeigt sich, dass Behinderungen im Alter präventiv vorgebeugt werden kann. Gerade auch präventive Hausbesuche erweisen sich nachweisbar als wirksame Strategie zur Vorbeugung von Behinderungen im Alter, allerdings nur unter der Voraussetzung eines professionell durchgeführten multidimensionalen geriatrischen Assessments und professionell gestalteter Hausbesuche. Zudem sind präventive Hausbesuche vor allem wirksam, wenn sie frühzeitig einsetzen.

Anregungen für die weitere gerontologische Forschung

Das NFP 32 hat die gerontologische Forschung in der Schweiz gestärkt. In einigen Bereichen hat das NFP 32 auch zur Kontinuität der gerontologischen Forschung beigetragen. Entsprechend werden einige Projekte auch nach Abschluss des NFP 32 fortgesetzt. Mit dem Centre Interfacultaire de Gérontologie¹ in Genf besteht ein qualifiziertes gerontologisches Forschungszentrum, und an der Universität Zürich wurde - vom NFP 32 in Zusammenarbeit mit Fachleuten der Altersarbeit angeregt - im Herbst 1998 ein Zentrum für Gerontologie gegründet. In Zusammenarbeit mit der Pro Senectute organisieren Universitätsangehörige seit 1998 jährlich eine gerontologische Sommerakademie, und in Genf besteht mit dem Geneva International Network on Aging (GINA) ein international ausgerichtetes Netzwerk zu Altersfragen. Fachliche Kontinuität und Koordination leistet auch die Schweiz. Gesellschaft für Gerontologie, welche seit Anbeginn eng mit dem NFP 32 zusammenarbeitet hat.

Zur Stärkung kontinuierlicher und sprachübergreifender gerontologischer Diskussionen auf universitärer Ebene wurde - auf Initiative von Prof. H.-M. Hagmann, Präsidenten der Expertengruppe NFP 32 - Oktober 1998 zudem ein Universitäres Institut 'Alter und Generationen' (INAG) gegründet.¹ Das INAG - offiziell dem Institut Kurt Bösch in Sion angegliedert - ist den drei folgenden Zielsetzungen verpflichtet:

- a) Förderung von disziplinübergreifenden Austauschbeziehungen und Diskussionen zum Themenbereich Alter und Generationen
- b) Förderung gesamtschweizerischer und sprachübergreifender Perspektiven und Kooperation in der angewandten gerontologischen Forschung und Lehre.

- c) Förderung der Verknüpfung zwischen Grundlagenforschung, angewandter Forschung und professioneller Altersarbeit.

Weitere Forschung zum Alter/n ist notwendig, weil sich die soziale und wirtschaftliche Situation, aber auch das persönliche und gesundheitliche Befinden älterer Menschen kohortenspezifisch ständig verändert. Die Analyse von Kohorteneffekten, aber auch die Ergänzung von Querschnittstudien durch Längsschnittstudien sind gerade in der Gerontologie von hoher Priorität. Hohe Priorität geniessen in der Altersforschung aber auch Interventions- und Pilotstudien bei älteren Menschen, da Altern in hohem Masse gestaltbar ist.

Im Rahmen des NFP 32 konnten wichtige Arbeiten geleistet werden, es bleiben jedoch weiterhin bedeutsame Lücken. So fehlen etwa Studien zu Fragen der Gewalt im Alter bzw. der Gewalt gegenüber älteren Menschen, Studien über Religiosität und religiöses Erleben älterer Menschen, Studien zu interkulturellen Unterschieden im Altern sowie Analysen über langjährige Pflegesituationen. Angesichts der aktuellen Diskussionen über die Pensionierung wären auch Studien über neue Formen der Pensionierung wertvoll. Die zunehmende Lebenserwartung führt zudem dazu, dass Aspekte der Hochaltrigkeit (Situation der Höchstbetagten, Gestaltung der letzten Lebensphase) zunehmend wichtiger werden. Zentral ist jedoch bei allen Studien ein differenzieller Ansatz, welcher die enormen sozialen und persönlichen Unterschiede zwischen gleichaltrigen Menschen einbezieht.

¹ Genauere Informationen über das Universitäre Institut 'Alter und Generationen' unter: <http://www.ikb.vsnet.ch/INAG>.

Schlussgedanken

Die wirtschaftliche und soziale Lage sowie das persönliche Befinden älterer Menschen in der Schweiz erfuhren in den letzten Jahrzehnten in vielerlei Hinsicht eine markante Verbesserung. Dafür verantwortlich sind sowohl ein Ausbau der Altersvorsorge als auch ein markanter Generationenwandel. Frauen und Männer in der Schweiz leben nicht nur lange, sondern sie profitieren vielfach auch von vielen gesunden Lebensjahren. Auch inskünftig ist für viele Menschen mit einer substantiellen Verbesserung der Lebensqualität im Alter zu rechnen. Soziale und biographische Unterschiede führen gleichzeitig aber auch zu einer ausgeprägten Ungleichheit in der Lebensqualität älterer Menschen. Damit wird neben der Erhaltung der Solidarität zwischen den Generationen zunehmend auch die Stärkung der Solidarität unter den RentnerInnen zu einer zentralen Zukunftsaufgabe.

Auch gesellschaftspolitisch ist das 'neue Alter' noch zu bewältigen. Die letzten Jahre zeigten durchaus widersprüchliche Entwicklungen: Einerseits kam es zu einer sozio-kulturellen Verjüngung der älteren Bevölkerung, welche ihre nachberufliche Lebensphase häufiger als Phase später Freiheit zu nutzen weiss. Andererseits führten die wirtschaftlichen Entwicklungen zu einer früheren Ausgliederung von ArbeitnehmerInnen aus dem Arbeitsmarkt, wodurch Frauen und Männer sozusagen immer früher als 'alt' deklariert wurden. Es ist eindeutig, dass die Entwicklung zur Verkürzung der Lebensarbeitszeit aufgrund der demographischen Alterung inskünftig nicht fortgesetzt werden kann. Neue, flexible Formen der Pensionierung, welche auch eine Weiterbeschäftigung älterer Frauen und Männer einschliessen, werden immer notwendiger. Gleichzeitig müssen Potential und Kompetenzen älterer Menschen gesellschaftlich besser

genutzt werden. Die nachberufliche Lebensphase muss mit Lebenssinn gefüllt werden. Dies schliesst eine positive, ressourcenorientierte Betrachtung des Alters ein. Viele der aktuellen Diskussionen etwa in Seniorengruppen sind Schritte in dieser Richtung, aber die Anpassung unserer Gesellschaftsstrukturen an die heutige Langlebigkeit ist ein Prozess, der uns noch jahrzehntelang beschäftigen wird.

Verantwortliche NFP 32

Das Nationale Forschungsprogramm (NFP 32) wurde von einer Expertengruppe geleitet und begleitet. Diese Expertengruppe setzte sich aus Männern und Frauen aus drei Sprachregionen und unterschiedlichen Fachrichtungen (Geriatric, Psychologie, Sozialpolitik, Demographie, Anthropologie, Ökonomie ua.) zusammen. Dank der hohen gerontologischen Qualifikation der Expertengruppe konnten alle anstehenden Entscheidungen und Arbeiten erfolgreich durchgeführt werden.

Präsident der Expertengruppe:

Prof. Hermann-Michel Hagmann, Laboratoire de démographie de l'Université de Genève, Leiter des Centre médico-social régional, Sierre

Mitglieder: ¹

Dr Peter Binswanger, Lugano (ehemals Stiftungspräsident der Pro Senectute, 1996 verstorben).²

François Huber, Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne

Dr Charles Kleiber, Secrétaire d'Etat, directeur du Groupement de la science et de la recherche, Berne

Mimi Lepori Bonetti, Consulenza sociale e non profit CONSONO, Lugano

Prof. Pasqualina Perrig-Chiello, Psychologisches Institut, Bern et Institut universitaire Kurt Boesch, Sion

Prof. Yvonne Preiswerk, Institut d'Etudes du Développement, Genève (1999 verstorben)

Dr Jean-Pierre Rageth, Direction de l'action sociale, Genève

Prof. Hans Schmid, représentant de la Division IV du FNRS, St-Gall

Prof. Helmut Schneider, Wirtschaftswissenschaftliches Institut der Universität Zürich

Prof. Hannes B. Stähelin, Geriatrie Universitätsklinik, Kantonsspital Basel

Prof. Jean Wertheimer, Hôpital de psycho-gériatrie, Prilly (1999 verstorben)

Sekretariat:

Dr. Christian Mottas, Schweiz. Nationalfonds, Abteilung IV, Bern

Programmleitung:

Prof. Dr. François Höpflinger, Soziologisches Institut der Universität Zürich, Direktor

Dr. Astrid Stuckelberger, HUG -Belle-Idée, Chêne-Bourg, Genève, Adjunktin.

¹ Bei der Konzeptualisierung und Vorbereitung des NFP 32 war - neben den nachfolgend angeführten Mitgliedern - auch Prof. Hans-Dieter Schneider entscheidend engagiert.

² Dr. iur Peter Binswanger war während Jahrzehnten entscheidend beim Ausbau der AHV engagiert. Seinem Engagement für die gerontologische Forschung ist es mit zu verdanken, dass ein NFP 'Alter' zustande kam.

Liste aller NFP 32 Projekte

A) Themenbereich: Stellung und Aktivitäten von RentnerInnen in der Gesellschaft

Erwerbsarbeit von Rentnern und Implikationen für die soziale Sicherheit

Gesuchsteller: Prof. Joseph Deiss, Spartaco Greppi, ISES, Université Miséricorde, Fribourg.

Stereotypen und Solidarität zwischen Generationen

Gesuchsteller: Dr. Patricia Roux, Prof. Jean-Claude Deschamps, Prof. Willem Doise, Prof. Alain Clémence, Institut des Sciences sociales et pédagogiques, Université de Lausanne; Mitarbeiter: Pierre Gobet.

Soziale Aktivitäten von Rentnergruppen

Gesuchsteller: Prof. Jean-Pierre Fragnière, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Lausanne; MitarbeiterInnen: Philippe Badan, Dominique Puenzieux, Sylvie Meyer.

Soziale Freiwilligenarbeit «im Alter für das Alter»

Gesuchsteller: Prof. Ernst-Bernd Blümle, Prof. Robert Purtschert, Dr. Sebastian Schnyder, Forschungsinstitut für Verbands- und Genossenschafts-Management, Fribourg. Wissenschaftliche Bearbeitung: Dr. Hans Lichtsteiner.

B) Themenbereich: Soziale und wirtschaftliche Lage älterer Menschen

Autonomie im Alter und soziokulturelle Umwelt

Gesuchsteller: Prof. Christian Lalive d'Epinay, Prof. Jean-Pierre Michel, Prof. Eric Fuchs, Prof. André Rougemont, Prof. Eugen Horber, Centre Interfacultaire de Gérontologie (CIG), Genève; MitarbeiterInnen: Christine Bétemps, Jean-François Bickel, Carole Maystre, Jean-François Riand, sowie in ausgewählten Phasen des Projektes: Cornelia Hummel, Nathalie Vollenwyder, Dario Spini, Astrid Stuckelberger, Manfred Urben.

Die sozio-ökonomische Lage der Rentner in privaten Rentnerhaushalten

Gesuchsteller: Dr. Laurent Donzé, Prof. Remigio Ratti, Prof. Mauro Baranzini, Istituto di Ricerche Economiche (IRE), Bellinzona.

Die Lage der über 60jährigen in der Schweiz (Nationale Armutsstudie)

Gesuchsteller: Prof. Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern, Mitarbeiter: Stefan Burri, Tom Priester.

Wohnverhältnisse, Wohnraumversorgung und räumliche Verteilung betagter Menschen

Gesuchstellung und Bearbeitung Dr. Michal Arend, Synergo Zürich; Brigit Wehrli-Schindler, Zürich.

Wohnen im Alter. Die Bedeutung von Geborgenheit und Zuhause

Gesuchsteller: Prof. Alfred Lang, Kilian Bühlmann, MitarbeiterInnen: Stefanie Güggi, Isabel Marty, Hubert Studer, Institut für Psychologie der Universität Bern.

Sozialbeziehungen in Altersheimen

Gesuchstellung und Bearbeitung: Etienne Christe, Elisabeth Hirsch Durrett, Antoinette Genton Trachsel, Pierre Mermoud, Institut d'Etudes Sociales, Genève. Mitarbeiterin: Barbara Müller, Bern.

Einsamkeit und Lebensgeschichte im Alter

Gesuchstellerin und Bearbeitung: Thea Moretti-Varile, Bellinzona

Anpassung an Alter, Verwitwung und Einsamkeit

Gesuchsteller: Prof. Jean Fabre, Madeleine Rudhardt, Groupe 'Sol' de l'Université du 3^{ème} âge de Genève, Mitarbeit: Mitglieder der Seniorenuniversität Genf.

Les trajectoires des travailleurs âgés sur le marché du travail en Suisse et en Europe

Gesuchsteller: Jean-Marie Le Goff, und mit der Unterstützung von H.-Michel Hagmann et François Höpflinger, INAG.

C) Themenbereich: Pensionierung und Übergang in die nachberufliche Lebensphase

Altenpolitik schweizerischer Unternehmungen und ihr Beitrag zum Übergang vom Erwerbs- zum Rentnerleben

Gesuchsteller: Prof. Peter Gross, Soziologisches Seminar an der Hochschule St. Gallen, Mitarbeiter: Achim Brosziewski, Peter Farago, Claude Hunold, Olaf Zorzi.

Übergänge in den Ruhestand. Eine psychologische Längsschnittuntersuchung

Gesuchsteller: Prof. Hans-Dieter Schneider, Dr. Sabine Dobler, PD Dr. Philipp Mayring, MitarbeiterInnen: Regula Buchmüller sowie zeitweise Tina Kiefer, Markus Melching, Psychologisches Institut der Universität Freiburg.

Übergang in den Ruhestand - Zukunftsperspektiven von Immigranten

GesuchstellerIn: Dr. Rosita Fibbi, Institut de Sociologie et d'Anthropologie, Université de Lausanne, Dr. Claudio Bolzman, Institut d'Etudes Sociales Genève, Mitarbeiterin: Marie Vial.

Systemvergleichende Untersuchung bezüglich Leistungssicherung, Vermögensanlage und Kontrolleffizienz in der beruflichen Altersvorsorge

Gesuchsteller: Dr. Werner Nussbaum-Zimmermann, Dr. Ernst Rätzer, Bern.

D) Themenbereich: Gesundheit und Krankheit im Alter

Alter und Alterung in der Schweiz: Ökonomische Analyse des Verhaltens im Gesundheits- und Pflegebereich

Gesuchsteller: Prof. Peter Zweifel, Institut für Empirische Wirtschaftsforschung Zürich, Prof. Stefan Felder, MitarbeiterInnen: Dr. Sandra Nocera, Markus Meier, Wolfram Strüwe.

Die Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93

Gesuchsteller: Prof. Theodor Abelin, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Prof. Felix Gutzwiller, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Dr. Felix Gurtner, Dr. Brigitte Bisig, Dr. Andreas Stuck, MitarbeiterInnen: Dr. Valeria Beer, Dr. Patricia Mbumaston, Dr. Marianne Müller.

Autonomie, Gesundheit und Wohlbefinden im Alter

Gesuchsteller: Prof. Walter Perrig, Institut für Psychologie der Universität Bern, Dr. Eva Krebs-Roubicek, Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Prof. Hannes B. Stähelin, Geriatrische Universitätsklinik Basel, Dr. Rolf Ehram, Institut für Sport Basel, MitarbeiterInnen: PD Dr. Pasqualina Perrig-Chiello, Andrea Kaiser, Vera Kling, Franziska Krings, Dr. Manette Ruch, Beat Meier.

Demenz, Depressionen, und erfolgreiches kognitives Altern in der Schweiz

Gesuchsteller: Dr. François R. Herrmann, Hôpital de Gériatrie Genève, Prof. Jean-Pierre Michel, Prof. Felix Gutzwiller, Prof. Alexander Scott Henderson, MitarbeiterInnen: Dr. Reinhild Mulligan, Dr. Vladeta Ajdacic-Gross.

Schenkelhalsfraktur im Alter: Lebenszyklischer Unterbruch und Aspekte sozialer Desintegration

Gesuchsteller: Dr. Michel Bruchez, Clinique Sainte-Claire, Sierre, Prof. Jean-Pierre Michel, Institutions Universitaires de Gériatrie, Genève, Dr. Claude Bayard, MitarbeiterInnen: Dr. Bernard Grab, Marie-Pascal Limagne, François Monin.

Bedürfnisse, Störungen und Verbesserungen der auditiven Kommunikation im Alter

Gesuchsteller: Prof. Rudolf Probst, HNO, Universitäts Klinik am Kantonsspital Basel, Dr. Kurt Tschopp, Dr. Frances P. Harris, Mitarbeiterin: Sibylle Bertoli.

Alter und Demenz: Belastung und Bedürfnisse von Familienangehörigen im Tessin

Gesuchstellerin: Dr. Cristina Molo-Bettelini, Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale, Mendrisio, Mitarbeiterinnen: Nathalie Clerici, Anita Testa-Mader.

Belastung und Bedürfnisse von Familienangehörigen, die demente Patienten betreuen

Gesuchstellerin: Dr. Doris Ermini-Fünfschilling, Memory Klinik Basel, Mitarbeiterin: Dr. Denise Meier.

E) Themenbereich: Neue Behandlungs- und Pflegeformen für betagte Menschen

Evaluation sozio-medizinischer Politiken und Stellung spitalexterner Pflege betagter Menschen

Gesuchsteller: Dr. Brigitte Santos-Eggimann, Bernard Bachelard, Gérald Tinturier, Christine Schaub, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne. MitarbeiterInnen: Nicole Chavaz, Annick Clerc Berod, Laurence Peer, Frank Zobel.

Depressionen im Alter und kognitive Psychotherapie

Gesuchsteller: Dr. Lucio Bizzini, Prof. Jacques Richard, Prof. Daniel Stern, Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève (IUPG), Mitarbeiterin: Christine Favre.

Elektronische Hilfsmittel und spitalexterne Pflege von Betagten

Gesuchsteller: Prof. François Hainard, Institut de sociologie et science politique, Neuchâtel, Jean-Claude Gabus, Fondation Suisse pour les Téléthèses, Neuchâtel, Mitarbeiter: Cédric Berger, Jean-Christophe Masson.

Projekt EIGER: Erforschung von innovativen geriatrischen Hausbesuchen

Gesuchsteller: PD Dr. Andreas Stuck, Zieglerspital Bern, Klinik Geriatrie-Rehabilitation, Bern, Dr. Charles Chappuis, Prof. Theodor Abelin, Prof. Robert E. Leu, Dr. Thomas Spuhler, Prof. Ruth Meyer Schweizer, Annelise Lüdin-Andereg; MitarbeiterInnen: Dr. Stefan Bachmann, Gabriella Bauen, Prof. John C. Beck, Heidi Gafner, Gerhard Gillmann, Beat Gloor, Dr. Felix Gurtner, Dr. Annemarie Kesselring, Nicole Langel, Heidi Schmocker, Iris West.

Hauptpublikationen aus dem NFP 32

Abelin, Theodor; Beer, Valerie; Gurtner, Felix (Hrsg.) (1998) *Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93*, Bern: Haupt.

Bétemps, Christine; Bickel, Jean-François; Brunner, Martin; Hummel, Cornelia (1997) *Journal d'une enquête: La récolte des données d'une recherche transversale par échantillon aléatoire stratifié*, Lausanne: Réalités Sociales.

Buchmüller, Regula; Dobler, Sabine, u.a. (1996) *Vor dem Ruhestand. Eine psychologische Untersuchung zum Erleben der Zeit vor der Pensionierung*, Bern: Verlag Hans Huber.

Buchmüller, Regula; Mayring, Philipp; Schneider, Hans-Dieter; Dobler, Sabine (1998) *Uebergänge in den Ruhestand*, Zürich: NFP 32.

Fabre, J.; Delachaux, E.; Weber A. (1996) *Le devenir des femmes et des hommes qui ont perdu leur conjoint*, Genève: Uni 3 de l'Université de Genève.

Fragnière, Jean-Pierre; Puenzieux, Dominique; Badan, Philippe; Meyer, Sylvie (1996) *Retraités en action. L'engagement social des groupements de retraités*, Lausanne: Réalités Sociales.

Groupe 'Sol' de l'Université du 3^e âge de Genève (1996) *Vivre sans elle. Le veuvage au masculin*, Genève: Georg.

Hagmann, Hermann-Michel; Fragnière, Jean-Pierre (eds.) (1997) *Le maintien à domicile. Etat des lieux et perspectives*, Lausanne: Réalités Sociales.

Höpflinger, François; Stuckelberger, Astrid (1992) *Alter und Altersforschung in der Schweiz*, Zürich: Seismo-Verlag, frz: *Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse*, Lausanne: Réalités Sociales 1992.

Höpflinger, François (1994) *Frauen im Alter - Alter der Frauen. Ein Forschungsdossier*, Zürich: Seismo-Verlag (2. verbesserte Auflage 1997).

Höpflinger, François; Stuckelberger, Astrid (1999) *Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm 'Alter / Vieillesse / Anziani'*, Zürich: Seismo.

Institut de Sociologie de l'Université de Neuchâtel (ed.) (1994) *Vieillesse: Enjeux personnels et de société*, Cahiers des l'ISSP No. 16, Neuchâtel.

Lalive d'Epinay, Christian; Bickel, Jean-François; Maystre, Carole et al. (1997) *Les personnes âgées à Genève 1979-1994. Santé, famille, réseaux d'aide et de soins*, Cahiers de la Santé, No. 8, Genève: Département de l'action sociale et de la santé.

Lichtsteiner, Hans (1995) *Freiwilligenarbeit im Alter. Analyse und Massnahmen zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Nonprofit-Organisationen*, Zürich: Dissertation.

Lalive d'Epinay, Christian; Bickel, Jean-François; Maystre, Carole; Hagmann, Hermann-Michel; Michel, Jean-Pierre; Riand, Jean-François (1997) *Un bilan de la population âgée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994)*, Cahiers médicaux-sociaux, Vol. 41, No. 2, Genève, 1997.

Leu, Robert E.; Burri, Stefan; Priester, Tom (1997) *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*, Bern: Haupt.

Masson, J.-C.; Hainard, F.; Gabus, J.-C. (1995) *Téléthèses et maintien à domicile des personnes âgées. Etude expérimentale de techniques au service de personnes âgées dépendantes*, Cahier de l'ISSP, No. 18, Neuchâtel: Université de Neuchâtel.

Moretti-Varile, Thea (ed.) (1996) *L'implication des personnes âgées dans la recherche*, Lausanne: Réalités Sociales.

Moretti-Varile, Thea (ed.) (1996) *Solitudine no... ma tristezza. Vissuti ed esperienze raccontate da un gruppo di vedove*, Giubiasco: Associazione ticinese terza età.

Nussbaum, Werner (1999) *Das System der beruflichen Vorsorge in den USA im Vergleich zum schweizerischen Recht*, Bern: Haupt.

Perrig-Chiello, Pasqualina (1997) *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*, Weinheim: Juventa.

Puenzieux, Dominique; Jean-Pierre Fragnière, Philippe Badan, Sylvie Meyer (1997) *Bewegt ins Alter. Das Engagement von Altengruppierungen*, Zürich: Seismo-Verlag.

Stuckelberger, Astrid; Höpflinger, François (1996) *Vieillissement différentiel: hommes et femmes. Dossier de recherche*, Zürich: Seismo.

Wehrli-Schindler, Brigitte (1997) *Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim*, Zürich: Seismo-Verlag.

Zweifel, Peter; Felder, Stefan (Hrsg.) (1996) *Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses*, Bern: Haupt.

NFP 32-Videofilm:

Jolliet, Aimé (1997) *Vieillir heureux chez soi. Techniques et aides domestiques au service des personnes âgées*, Univideo Genève (dt. Fassung: Glückliches Altern zu Hause, ital. Fassung: Invecchiare felici in casa propria) (Videofilm von 26 Minuten). Videoregie: Aimé Jolliet, Unividéo Genève (e-mail: univideo@unige.ch); Assistentin: Isabelle Hochstaetter; Studio: Pierre Burdet; Univideo auf Internet: <http://www.unige.ch/univideo>

