

DAS VIERTE LEBENSALTER IST WEIBLICH

Zahlen, Fakten und Überlegungen
zur Lebensqualität im hohen Alter

Elisabeth Ryter und Marie-Louise Barben
Bern, im Mai 2012

Herausgeberin
Manifestgruppe der GrossmütterRevolution

grossmütter
manifest

Autorinnen:

ELISABETH RYTER

Optingenstrasse 54, CH-3013 Bern

Telefon +41 31 331 71 37

elisabeth.ryter@bluewin.ch

MARIE-LOUISE BARBEN

Wildhainweg 7a, CH-3012 Bern

Telefon +41 31 302 62 14

mlbarben@bluewin.ch

Herausgeberin:

MANIFESTGRUPPE der GrossmütterRevolution

Die GrossmütterRevolution ist ein Projekt des Migros-Kulturprozent

Projektleiterin: Anette Stade

T +41 61 361 46 46 | M 79 744 26 41

stade@grossmuetter.ch | www.grossmuetter.ch

Die Studie als PDF

www.grossmuetter.ch/projekte/grossmuettermanifest/das_vierte_lebensalter

Mai 2012

Mit Förderung des

MIGROS
kulturprozent



Bürgerspital Basel
Grafisches Zentrum

Inhaltsübersicht

Teil I

1	Einleitung	4
1.1	Ausgangslage	4
1.2	Auftrag.....	5
2	Schwerpunkt Hochaltrigkeit.....	6
3	Was ist das vierte Lebensalter?	8
4	Lebensqualität im vierten Lebensalter	9
4.1	Die öffentliche Hand	9
4.2	In der Fachliteratur	11
5	Was beeinträchtigt Lebensqualität: Einsamkeit, Armut, Gewalt, Ageism	14
6	Problemstellungen im vierten Lebensalter	16
6.1	Autonomie, Selbstbestimmung, Partizipation.....	16
6.2	Wohnen, Wohnformen, Alltagsgestaltung	18
6.3	Gesundheitsförderung, Pflege, Palliative Care, Sterben.....	20
7	Hochaltrigkeit und Gender	21
	Teil II	25
8	Demografische Aspekte	25
8.1	Prognosen bis 2060	25
8.2	Lebenserwartung	27
8.3	Hochaltrigkeit	28
8.4	Ausländische Wohnbevölkerung.....	30
8.5	Zivilstand und Haushaltsformen	31
8.6	Todesursachen	32
8.7	Demographisierung	34

9	Die AkteurlInnen der Alterspolitik.....	35
9.1	Bundesebene	35
9.1.1	Gesetzliche Bestimmungen	35
9.1.2	Die Altersstrategie des Bundesrates.....	36
9.2	Die Alterspolitik der Kantone.....	39
9.3	Alterspolitik in den Gemeinden	40
9.4	Die NGO.....	41
10	Finanzielle Aspekte.....	41
10.1	Sozialversicherungen.....	41
10.1.1	AHV.....	41
10.1.2	Ergänzungsleistungen.....	43
10.1.3	Hilflosenentschädigung	44
10.1.4	Die berufliche Vorsorge.....	45
10.1.5	Die dritte Säule.....	46
10.2	Kranken- und Pflegeversicherung.....	47
10.2.1	Gesundheitskosten	47
10.2.2	Die neue Pflegefinanzierung	50
10.3	Wirtschaftliche Situation.....	51
10.4	Armut im Alter	54
11	Hilfeleistungen und Pflege	55
11.1	Informelle Unterstützung	56
11.1.1	Pflegende Angehörige.....	57
11.2	Ambulante Dienste	62
11.3	Institutionelle Pflege	64
	Teil III.....	70
12	Fazit	70
12.1	Lebensqualität und ökonomische Bedingungen	70
12.2	Aktuelle (Schnittstellen)probleme.....	71
13	Literaturhinweise	75

Teil 1

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Rahmen der GrossmütterRevolution, eines Projektes im Bereich Generationenbeziehungen des Migros-Kulturprozent, wurde im Frühjahr 2011 das GrossmütterManifest erarbeitet. Dieses Dokument hat zum Ziel aufzuzeigen,

- was die heutige GrossmütterGeneration bereit ist, zur Gestaltung der Gesellschaft beizutragen;
- was sie – aufgrund ihres lebenslang geleisteten Beitrags im privaten und im öffentlichen Raum – fordert und
- was sie in den letzten vierzig Jahren, aufgrund ihres feministischen Engagements, erreicht hat.

Das Manifest wurde im Mai 2011 der Öffentlichkeit vorgestellt.¹

Im Hinblick auf die Umsetzung der Forderungen aus dem Manifest bildete sich in der Folge eine Arbeitsgruppe, die sich dem Thema der wirtschaftlichen Situation von Frauen im Alter annahm. Sie hat beim Migros-Kulturprozent ein Gesuch eingereicht für eine Literaturstudie, die sich mit diesem Thema befasst und eine differenzierte Einschätzung der Situation von Frauen im Alter zulässt. Das Gesuch wurde bewilligt, wofür wir uns herzlich bedanken. Folgende Fragen sollen in der Studie beantwortet werden:

- Die Arbeitsbiografie (Erwerbsarbeit vs. Haus-, Erziehungs-, Betreuungs-, Pflegearbeit) bestimmt die finanzielle Situation von Frauen im Alter: wie wirkt sich die Arbeitsbiografie auf die finanzielle Lage (AHV, Pensionskasse, dritte Säule, EL) alter und hochbetagter Frauen aus?
- Wie weit kann die von den Frauen im Laufe des Lebens geleistete volkswirtschaftlich wichtige (Care-) Arbeit sichtbar gemacht bzw. rentenwirksam werden?
- Welche geschlechtsspezifischen Lücken können aufgrund der untersuchten Materialien festgestellt werden?
- Wie wird diese Arbeit wirksam bezüglich Lebensqualität im Alter und bezüglich der Qualität der Altersbetreuung?
- Wie ist die Situation hoch betagter Frauen bezüglich Finanzen und Wahlmöglichkeiten bei der Betreuung?

Dabei ist die Arbeitsgruppe von folgenden Überlegungen ausgegangen:

Ein Grossteil der Rentnerinnen und Rentner in der Schweiz geniesst heute hohe materielle Sicherheit. Ein recht grosser Anteil lebt aber sehr bescheiden oder benötigt Ergänzungsleistungen. Dabei sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern beträchtlich. Weibliche Arbeitsbiografien, und ganz besonders diese jener Generationen, die heute im Rentenalter sind, wurden geprägt

¹ Siehe unter www.grossmuettermanifest.ch

- von Einstiegen, Ausstiegen und Wiedereinstiegen aufgrund von Familienpflichten,
- von oft horizontal verlaufenden Berufslaufbahnen mit wenig Aufstiegsmöglichkeiten,
- von Teilzeitarbeit, häufig mit kleinen Pensen,
- von Erwerbsarbeit in sogenannten Frauenberufen mit tendenziell niedrigen Löhnen,
- generell von Lohnungleichheit zwischen Frauen und Männern und
- davon, dass die Sozialversicherungen sich an einer lebenslangen Vollzeitarbeit eines Alleinverdieners orientieren bzw. orientiert haben.

1.2 Auftrag

Aufgrund der oben beschriebenen Ausgangslage hat die Arbeitsgruppe den Auftrag erteilt, eine **Literaturstudie** zu erstellen, die die vorhandenen neueren Untersuchungen, Daten und Fakten zu den eingangs gestellten Fragen sichtet, analysiert, in einen Zusammenhang stellt und aus Genderperspektive beleuchtet. Der Auftrag ging an die Sozialwissenschaftlerin Elisabeth Ryter, Bern; Marie-Louise Barben von der Manifestgruppe ist Co-Autorin der Studie.

Die Literatur über das Alter und das Altern ist in den letzten Jahren, nach Massgabe des zunehmenden Bewusstseins über die Bedeutung der demografischen Entwicklung und deren Konsequenzen immens angewachsen. Und zwar in allen Fachrichtungen: den Sozialwissenschaften und ihrem Teilgebiet Gerontologie, der Medizin und ihrem Teilgebiet Geriatrie, aber auch in den Wirtschaftswissenschaften (Volkswirtschaft, Finanzen, Sozialversicherungen etc.), den Pflegewissenschaften bis hin zu Psychologie, Bildungsarbeit und Altenpädagogik. Im Rahmen dieses Mandats konnten wir nur einen Teil der Literatur verarbeiten. Das liegt zum einen an der zur Verfügung stehenden Zeit, zum andern aber auch an der Verfügbarkeit der Literatur, die zum Teil nach kurzer Zeit schon vergriffen und auch in Bibliotheken nicht greifbar ist.

Wir mussten uns entscheiden – einerseits für einen Schwerpunkt, den wir im folgenden Kapitel begründen, und andererseits für eine Auswahl aus der Menge der Publikationen. Leitend für das Konzept der Studie waren die oben erwähnten Fragen der Arbeitsgruppe GrossmütterManifest. In einem ersten Teil (Abschnitt 2-6) befassen wir uns mit dem vierten Lebensalter und mit der Frage, was die in der Alterspolitik mittlerweile allgegenwärtigen Postulate der Autonomie, Partizipation, Selbstbestimmung etc. in diesem letzten Lebensabschnitt bedeuten (könnten). Abschnitt 7 gibt einen kurzen Einblick in das Thema Gender und Alter. Der Hauptteil (Abschnitt 8-11) befasst sich mit den brennenden aktuellen Themen in der Alterspolitik: der demografischen Entwicklung, den verschiedenen politischen Ebenen, die die Alterspolitik bestimmen, den finanziellen Aspekten sowie mit den informellen und formellen Pflegeleistungen. Und schliesslich versuchen wir in einem kurzen letzten Teil (Abschnitt 12) ein Fazit zu ziehen, das sich teilweise direkt, teilweise indirekt auch als Antwort auf die eingangs gestellten Fragen versteht.

2 Schwerpunkt Hochaltrigkeit

Das dritte Lebensalter

In keiner anderen Altersgruppe sind Einkommen und Vermögen ungleicher verteilt als bei den über 60-Jährigen. Als Folge davon sind es auch die Lebensstile und -möglichkeiten. Von den Golden Agers ist die Rede, von den Best Enders, den Babyboomer, den jungen Alten, den reichen Alten. Sie stehen im Fokus einer wachsenden Freizeit-, Fitness- und Anti-Ageing-Industrie, die sie als lukrative Zielgruppe entdeckt hat. Das ist die eine Seite. Wie eine Studie von Pro Senectute Schweiz aus dem Jahre 2009² festgestellt hat, lebt ein recht hoher Anteil aber sehr bescheiden oder benötigt Ergänzungsleistungen.

Die Entwicklung der Einkommens- und Vermögensverteilung (..) ist durch eine Zunahme der Ungleichheiten zwischen Arm und Reich gekennzeichnet. Das gilt vor allem innerhalb der Rentergeneration,

stellt die Studie fest und sie präzisiert, dass Altersarmut in der Schweiz mit 18 Prozent deutlich höher liege als in 30 untersuchten Industrieländern, wo der Durchschnitt 13 Prozent betrage³.

Das dritte Lebensalter ist eine Zeit der sich verändernden oder der sich bereits verändert habenden familialen Beziehungen, es ist die Zeit nach der Pensionierung, die ein Grossteil der Menschen aktiv und bei guter Gesundheit verbringen kann. Grosskinder nehmen viel Platz ein. Der Generationenbericht hat errechnet, dass der Gesamtumfang an unbezahlter Kleinkinderbetreuung durch über 50-jährige Personen (meist Grosseltern bzw. Grossmütter) im Jahr 2004 99.6 Mio. Stunden mit einem Wert von mehr als zwei Milliarden Franken betrug.⁴ Diese „neuen“ familialen Beziehungen werden von allen drei Generationen sehr geschätzt, allerdings unter der Bedingung, dass eine Einmischung in die Erziehung und das Privatleben der Kernfamilie unterbleibt.⁵ Grosseltern werden von den Eltern eher als Wertevermittler angesehen, von den Enkelkindern als Schonraum jenseits von Berufs- und Schulstress.

In einem breiteren Kontext geht es um die Verortung der älteren Generation in der Gesellschaft.

Generativität⁶ im höheren Lebensalter bezieht sich (..) sowohl auf Vermittlung und Weitergabe von Erfahrungen an jüngere Generationen als auch auf Aktivitäten, durch die ältere Menschen einen Beitrag für das Gemeinwesen leisten.⁷

In Zusammenhang mit dem dritten Lebensalter ist zunehmend auch vom „produktiven Alter“ die Rede. Damit gerät entweder die Erhöhung der Lebensarbeitszeit in den Blick oder die freiwilligen und ehren-

² Pro Senectute/Amélie Pilgram und Kurt Seifert (2009): Leben mit wenig Spielraum. Altersarmut in der Schweiz, Edition Pro Senectute, Band 1, Zürich.

³ Ebenda, S.8.

⁴ Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpflinger, Christian Suter (2008): Generationen – Strukturen und Beziehungen. Generationenbericht Schweiz, Zürich.

⁵ Ebenda, S. 192f.

⁶ Der Begriff wurde vom Entwicklungspsychologen Erich Erikson geprägt.

⁷ Perrig-Chiello, Pasqualina et al. (2008), a.a.O., S. 203.

amtlichen Ressourcen der Älteren zugunsten der Gemeinschaft. Der Generationenbericht dämpft die Illusionen: Der grösste Teil der Freiwilligenarbeit wird von der Generation 50+ geleistet. Nach der Pensionierung nimmt das Engagement eher ab als zu.

Die Zeit nach der Pensionierung ist für viele Rentnerinnen und Rentner in der Schweiz eine Lebensphase, die sie, grösstenteils entlastet von der Erwerbsarbeit, gesund, kompetent und aktiv erleben. Statistisch gesehen kann heute eine Person bei ihrer Pensionierung mit durchschnittlich 22 weitgehend beschwerdefreien Jahren rechnen.⁸ In einer kleinen Untersuchung zur Wirkung der Frauenbewegung auf die Lebensgestaltung haben die Teilnehmerinnen, alle um die 70 Jahre alt, ihre Lebensqualität als sehr hoch bezeichnet. Sie haben ein gutes Leben und sind noch neugierig auf Neues, sie engagieren sich und nehmen teil am gesellschaftlichen Leben. Der Grossteil von ihnen schätzt ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein, auch wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen an der Tagesordnung sind. Sie sind sich der Gesundheit als hohes Gut sehr bewusst.⁹

Das vierte Lebensalter

Irgendeinmal lassen die Kräfte nach, auch bei guter und gesunder Lebensführung, irgendeinmal benötigen alte Leute Hilfe, sei es zuhause, sei es in einer Pflegeeinrichtung. Irgendeinmal beginnt der letzte Lebensabschnitt.

Da Frauen älter werden als Männer – im Schnitt sechs Jahre –, ist das vierte Lebensalter zu einem grossen Teil weiblich.

Was bedeuten Autonomie, Partizipation, Teilhabe am sozialen Leben in dieser Lebensphase? Was bedeutet es in diesem Altersabschnitt, über viel oder wenig Geld zu verfügen? Was bedeutet es, dass Frauen nach einem Indikatorensystem, das medizinische, psychologische, soziale und ökonomische Faktoren vereint, ein doppelt so hohes Risiko haben der schlechtesten Funktionsgruppe zugeordnet zu werden wie Männer?¹⁰

Mit anderen Worten: Was bedeutet Lebensqualität im vierten Lebensalter und was bedeutet es, dass die Gruppe der Hochaltrigen mehrheitlich aus Frauen besteht?

Wir haben uns für diesen Schwerpunkt entschieden, obschon es ein schwieriges Thema ist, obschon es einfacher wäre sich mit den aktiven Alten auseinanderzusetzen, zu denen die Aktivistinnen der GrossmutterRevolution gehören. Es ist nicht angenehm, über diese Fragen nachzudenken, aber sie werden uns betreffen.

⁸ Höpflinger, François: Viertes Lebensalter – zur Situation hochaltriger Menschen. In: Caritas (2011): Sozialalmanach 2011: Das vierte Lebensalter, Luzern, S. 59.

⁹ Barben, Marie-Louise (2011): Frauengeschichte – Frauenalltag. Frauen zwischen 65 und 75 sprechen über den Zusammenhang von Frauengeschichte und Lebensgestaltung, S. 35. Download unter www.grossmuetter.ch

¹⁰ Rott, Christoph: Zwischen Vitalität und Pflegebedürftigkeit. In: Petzold, Hilarion G. et al. (Hrsg.)(2011): Hochaltrigkeit, Wiesbaden, S. 60.

3 Was ist das vierte Lebensalter?

Viertes Lebensalter und Hochaltrigkeit sind unscharfe Begriffe. Die individuellen Unterschiede sind gross. Es gibt sowohl unter 70-Jährige, die bereits in einem Heim und auf Pflege angewiesen sind, wie auch 100-Jährige, die noch selbständig und ohne fremde Hilfe zuhause leben. Das vierte Lebensalter ist die letzte Phase vor dem Tod. Es ist individuell sehr unterschiedlich. Es muss gar nicht eintreten, es kann ein paar Tage, ein paar Wochen, ein paar Monate oder mehrere Jahre dauern. In der Literatur sind mehrere Umschreibungen zu finden, die das vierte Lebensalter aus unterschiedlichen Perspektiven zu fassen suchen:

Statistisch

Der chronologische Beginn des hohen Alters bzw. der Hochaltrigkeit wird statistisch auf das 80. oder 85. Lebensjahr festgelegt.

Demografisch

Hochaltrig sind Menschen, die länger leben als die Hälfte bzw. zwei Drittel ihrer Geburtskohorte/JahrgängerInnen.

Biologisch

Der Körper gelangt an seine Grenzen; die Abbauprozesse verstärken sich, auch bei gesunder Lebensführung; die Erholungsfähigkeit ist begrenzt. Generell wird die Frage gestellt, wie gut der Mensch für ein Alter von 80, 90 oder sogar 100 Jahren ausgestattet sei.¹¹

Funktional

Das vierte Lebensalter beginnt, wenn körperliche oder geistige Einschränkungen zur Folge haben, dass der Alltag nicht oder nicht mehr vollständig ohne fremde Hilfe bewältigt werden kann. Zu den basalen Fähigkeiten des täglichen Lebens gehören z.B. essen, sich waschen, Treppen steigen, ins Bett gehen und aufstehen, Kontinenz; bei den instrumentellen Fähigkeiten des täglichen Lebens kommen z.B. hinzu: telefonieren; Wäsche waschen; öffentliche Verkehrsmittel benutzen; einkaufen; Essen zubereiten.¹²

Frailty/Vulnerabilität

Bei Frailty handelt sich um ein eigenständiges geriatrisches Syndrom, das sich durch eine erhöhte Vulnerabilität des älteren Menschen gegenüber externen Stressoren wie Krankheiten, Nebenwirkungen von Medikamenten und körperlicher Überlastung auszeichnet. Entsprechend stellt Frailty weniger eine abgrenzbare Krankheit als vielmehr die Kombination aus physiologischen Alterungsprozessen mit medizinisch fassbaren Krankheiten dar.¹³

¹¹ Ebenda, S. 58.

¹² Rott, Christoph, a.a.O., S. 61.

¹³ Eine von vielen Definitionen: www.dge.de (Deutsche Gesellschaft für Ernährung).

Demenz

Altersdemenz gehört in die Phase des vierten Lebensalters. 46% der 90- bis 94-Jährigen leiden unter Demenz.¹⁴

Der Gerontologe P.B. Baltes sagt es so: Das vierte Lebensalter ist die radikalste Form von Unvollständigkeit.¹⁵

Einschränkungen sind für das vierte Lebensalter konstitutiv, wir finden aber in der Literatur auch positiv(er)e Beschreibungen. So stellt Ursula Lehr in der Einführung in den Band Hochaltrigkeit fest: „Ein generelles Defizit-Modell des Alters ist in Frage zu stellen.“ Die Funktionsfähigkeit sei nicht an das chronologische Alter gebunden, sondern werde von biologischen und sozialen Faktoren mitbestimmt: z.B. von Schulbildung, beruflichem Training oder Lebensstil.¹⁶

Familiendemografisch gesehen, schreibt François Höpflinger,

kann der Beginn des vierten Lebensalters positiv definiert werden, nämlich durch die Geburt eines ersten Urenkelkindes oder den Beginn von Urgrosselternschaft. (...) im Alter von 80 bis 84 Jahren haben etwa ein Viertel der Schweizerinnen und Schweizer Urenkel.

Und lebensbiografisch bedeutet ein hohes Alter,

dass eine Frau oder ein Mann auf eine lange Lebensgeschichte zurückblicken kann, und ein langes Leben bedeutet, dass die persönlichen Erinnerungen weit in die Vergangenheit unserer Gesellschaft zurückreichen.¹⁷

4 Lebensqualität im vierten Lebensalter

Wir gehen hier der Frage nach, wie in verschiedenen Quellen der Versuch unternommen wird – explizit oder implizit –, Lebensqualität im vierten Lebensalter zu beschreiben.

4.1 Die öffentliche Hand

Der Bundesrat beschreibt in seinem 2007 erschienenen Bericht welchen Herausforderungen sich die schweizerische Alterspolitik unter den veränderten demografischen und gesellschaftlichen Bedingungen in Zukunft stellen müsse. Unter den Stichworten „Partizipation und selbstbestimmte Lebensführung“ hält der Bericht fest:

¹⁴ Höpflinger, François, a.a.O., in: Caritas (2011), S. 68f.

¹⁵ Rott, Christoph a.a.O. zitiert Paul B. Baltes (deutscher Psychologe und Gerontologe) in: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S. 58.

¹⁶ Lehr, Ursula: Langlebigkeit – Herausforderung und Chance in einer Gesellschaft des langen Lebens. In: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S. 15.

¹⁷ Höpflinger, François: Viertes Lebensalter – zur Situation hochaltriger Menschen. In: Caritas (2011), S. 60.

Unter ‚selbstbestimmt‘ ist zu verstehen, dass Personen im Alter möglichst selbst entscheiden können, wie sie ihr Leben gestalten möchten. Schliesslich geht es darum, die aktive und selbstbestimmte Lebensgestaltung so lange als möglich zu fördern und zu unterstützen.¹⁸

Wenn dies nicht mehr möglich ist, tritt das vierte Alter ein: Für das weitgehend beschwerdefreie Alter habe sich der Begriff des dritten Alters, für die Phase der grösseren Einschränkungen der Begriff des vierten Alters eingebürgert.

Explizit geht der Bericht auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede ein und fordert, dass Alterspolitik die Geschlechterunterschiede und die Lebensqualität von alleinstehenden hochbetagten Frauen in ihre Strategien einbeziehen „und die entsprechenden Schlüsse“ ziehen müsse.¹⁹ Im Kapitel über den Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand wird darauf hingewiesen, dass die Teilung von Erwerbs- und Familienarbeit in den vorangehenden Lebensphasen eine wichtige Voraussetzung sei für Selbständigkeit und Gesundheit im Alter.²⁰

Als Beispiel einer kantonalen Alterspolitik beziehen wir uns auf den eben erschienenen kantonalbernerischen Bericht zur Alterspolitik²¹. Er hält fest:

Die wichtigsten Akteurinnen und Akteure sind die alten Menschen selbst. Mit ihrer eigenverantwortlichen Lebensgestaltung nutzen sie die eigenen Ressourcen und Potenziale und fordern bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen ein. Sie nehmen am gesellschaftlichen Leben teil.²²

In Bezug auf das vierte Lebensalter (das hier als solches nicht genannt wird) lesen wir:

Wo die alten Menschen ihre Verantwortung für ihre Lebensgestaltung nicht mehr selbst wahrnehmen können, werden sie von einer gesetzlichen Vertretung und gesetzlichen Beiständen unterstützt. Diese stellen insbesondere den Schutz und die Lebensqualität der ihnen anvertrauten Menschen sicher und sorgen für die bedarfsgerechten Unterstützungsleistungen.²³

Konstitutiv für das vierte Lebensalter ist laut diesen Dokumenten der Autonomieverlust. Das ist unserer Ansicht nach, zu kurz gegriffen. Autonomieverlust bedeutet nicht zwangsläufig, den eigenen Willen nicht mehr äussern zu können.

¹⁸ Bericht des Bundesrates (2007): Strategie für eine schweizerische Alterspolitik vom 29. August 2007, S. 3.

¹⁹ Ebenda, S. 4.

²⁰ Ebenda, S. 33.

²¹ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern, Bern.

²² Ebenda, S. 11.

²³ Ebenda.

4.2 In der Fachliteratur

Allgemein lässt sich sagen, dass sich die negativen Altersbilder vom dritten auf das vierte Lebensalter verschoben haben. Die nun sichtbar gewordenen, zufriedenen und von der (Konsum)gesellschaft umworbene aktiven jungen Alten, meistens Paare, schmücken die Altersleitbilder, Kursangebote, Freizeitaktivitäten für diese Altersgruppe. Das vierte Lebensalter ist unsichtbar.

Aus den gesichteten Unterlagen lassen sich drei Ansätze unterscheiden, auch wenn sie nicht immer trennscharf sind.

1. Defizitorientiert

Das vierte Lebensalter ist „arm, behindert, krank, dement, schwierig, hässlich, Frau usw., wobei das Faktum schwer wiegt, dass die überwiegende Mehrzahl der Hochaltrigen Frauen sind und zunehmend sein werden.“²⁴ Der allgemein schlechte Gesundheitszustand (Frailty) bewirkt, dass die Gesamtenergie sinkt, Einkäufe können z.B. nicht mehr getätigt werden, Mangelernährung und Gewichtsverlust sind die Folge, die Isolation nimmt zu, wodurch die Depressivität ansteigen kann.

2. Ressourcenorientiert - gelingende Hochaltrigkeit

Verschiedene Autorinnen und Autoren stellen dem Konzept der Frailty das Konzept der „gelingenden Hochaltrigkeit“, des „erfolgreichen Alterns“ gegenüber. Viele von uns wird es betreffen, also stellen wir uns der Herausforderung – so ungefähr lautet die Devise. Es gebe, so Petzold, auch viele kompetente Hochaltrige, die geeignet seien, die negative kollektive mentale Repräsentation des hohen Alters zu verändern. Das sei weitgehend ein Akt des Willens, der Eigenverantwortung, der Weisheit. So könne „Hochaltrigkeit zu einem Geschenk für alle“ werden.²⁵ In diesem Zusammenhang spielt auch die körperliche Aktivität eine grosse Rolle. Wissenschaftlich untermauert kann gezeigt werden, dass körperliches Training (Ausdauer, Konzentration) sich positiv auf die kognitive und neurale Plastizität des Gehirns auswirkt auch im dritten und vierten Lebensabschnitt.²⁶ Aus der Sicht der Psychotherapie kann das hohe Alter mit potentiellen Gewinnen und einem möglichen Veränderungspotential in Verbindung gebracht werden, wenn ein ressourcenorientierter Ansatz gewählt werde. Es gebe verschiedene Formen von kompetentem Verhalten im Alter. Und: „Kompetenz hat immer etwas mit Selbstbestimmung, Selbstverantwortung oder Selbständigkeit zu tun.“²⁷ Diese Kompetenzen gilt es zu fördern, um die Lebensqualität zu erhöhen.

3. Entwicklungsorientiert

Aus entwicklungstheoretischer Perspektive stellt sich die Frage, ob auch das hohe Alter noch eine Phase der Entwicklung sei. Höpflinger bezieht das oben im Zusammenhang mit dem dritten Lebensalter er-

²⁴ Petzold, Hilarion G.: Der Wille für gelingende Hochaltrigkeit – integrative Perspektiven. In: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S. 287.

²⁵ Ebenda, S. 314.

²⁶ Hollmann, Wildor et al.: Hochaltrigkeit und körperliche Aktivität. In: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S. 123.

²⁷ Hirsch, Rolf D.: Psychotherapie mit Hochbetagten. In: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S. 152.

wählte Konzept der Generativität nun auf das vierte Lebensalter. Er zitiert Margret M. Baltes, die drei sich gegenseitig beeinflussende Formen von Generativität des späten Lebens unterschieden hat:

- Die Schaffung überdauernder Werte, was eine Selektion von Werten, Lebenszielen und Sozialkontakten einschliesst,
- eine Verknüpfung von Wandel und Kontinuität durch die Betonung von Wandel in der Kontinuität oder durch Integration von Neuem in das Alte,
- Selbstbescheidung, um im Alter Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und dadurch die Belastung anderer Menschen zu minimieren.²⁸

Generativität im hohen Lebensalter, so Höpflinger, beinhaltet nun weniger aktive als adaptive Strategien:

Es geht im hohen Alter weniger um die aktive Vermittlung von Erfahrungen oder um die aktive Unterstützung jüngerer Menschen, sondern beispielsweise darum, die Hilfe jüngerer Menschen positiv anzunehmen. (...) Generativität bedeutet hier, Verantwortung nicht nur anderen gegenüber zu übernehmen, sondern vor allem auch sich selbst gegenüber.²⁹

Dahinter steht eine andere Haltung als diese der Machbarkeit des erfolgreichen Alterns, sondern eben auch der Selbstbescheidung.

Sigrun-Heide Filipp spricht in diesem Zusammenhang von den Entwicklungsaufgaben des vierten Alters, von den psychischen Ressourcen, die Hochaltrige offenbar immer noch zu mobilisieren vermögen; sie nennt sie Lebenskünstler, macht aber auch deutlich, dass die Lebenskunst Grenzen hat.³⁰

Eine andere Autorin verwendet für die positive Einstellung zum eigenen Alter – in bewusster Opposition zu Anti-Ageing – den Begriff Pro-Ageing.³¹

Die Endlichkeit des Lebens

Ein zerfallender Körper, abnehmende geistige Kapazitäten, Einsamkeit und depressive Zustände oder ein erfolgreiches Alter aufgrund von gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität und einer geistigen Haltung, die sich mit der verbleibenden Zukunft befasst und sich der Weisheit des Alters annähert? Selbstverständlich ist es nicht so eindeutig schwarzweiss. Auch gebrechliche Menschen gewinnen dem Leben Lebenswertes ab – sie haben vielleicht ein gutes soziales Netz, sie schätzen diejenigen Kompetenzen, die ihnen verblieben sind, anstatt denjenigen nachzutruern, die sie nicht mehr haben. Es gibt verschiedene Studien über alte Menschen, die sich zufrieden über ihr Leben äussern, obschon ihr gesundheitlicher Zustand objektiv schlecht ist. Und andererseits ist auch denjenigen, die für ein gelingendes Alter

²⁸ Höpflinger, François: Die Hochaltrigen – eine neue Grösse im Gefüge der Intergenerationalität. In: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S. 49.

²⁹ Ebenda, S. 50.

³⁰ Filipp, Sigrun-Heide: Das Vierte Lebensalter im Spiegel der psychologischen Forschung - Jenseits von Mythen und Stereotypen, Foliensatz zum Vortrag am SGG-Kongress „Hochaltrigkeit im Wandel“, 3. Februar 2012 in Fribourg.

³¹ Lehr, Ursula a.a.O. In: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S. 17.

plädieren, klar, dass die Körperkräfte abnehmen, dass es nicht mehr darum gehen kann, „mit 80+ noch top fit“ zu sein, sondern um eine „hinlänglich gute Gesundheit“³².

Trotzdem entsteht bei der Beschwörung des gelingenden, erfolgreichen Alters, das wir selbst zu verantworten haben werden, ein gewisses Unbehagen: Ist das nicht einfach die Leistungsgesellschaft auf das hohe Alter fortgeschrieben? Mit einer gewissen Erleichterung lesen wir deshalb in einer Rezension über einen Beitrag von Gertrud M. Backes, „aktives Älterwerden sei an günstige gesundheitliche Voraussetzungen, an jüngerer Alter, männliche Geschlechtszugehörigkeit und an einen hohen sozioökonomischen Status gebunden“.³³ Sie fragt, wie anhand der Datenlage für das hohe Altern noch Potenziale identifiziert werden könnten und ob durch diese immer wieder doch recht einseitig eingeforderte Aktivität nicht auch zu einer Stigmatisierung und Diskriminierung des hohen Lebensalters beigetragen werden könnte.

Gegen das Jugendlichkeitsideal stellt sie das Konzept des „Homo“³⁴ vitae longae in einer Gesellschaft des langen Lebens“ und den Entwurf eines Potenzialebegriffs, der über ökonomische und soziale Verwertbarkeit hinausreicht. Sie fordert eine kritische Reflektion der Fakten und Widersprüche zwischen dem Belastungsdiskurs (alternde Menschen als Last) und dem Potenzialediskurs (alternde Menschen als Gewinn). Die Forderungen nach „erfolgreichem Altern“, „Training“, „Prävention“ und Entwicklung der „Potenziale“ seien einzubetten in differenzierte Erkenntnisse zu Lebenslagen im Kontext der Endlichkeit des Lebens.³⁵

Menschenwürde, Lebenssinn

Die Soziologin Ruth Gurny übertitelt einen Beitrag im Jahrbuch 2009 des Denknetzes mit „Aktivierung grenzenlos: produktiv und aktiviert auch im Alter?“ und spricht von einem Paradigmenwechsel: Seit Mitte der 1990er Jahre werde „produktives Alter(n)“ gefordert, der Zusammenhang mit dem Umbau/Abbau des Sozialstaates sei aber auffällig: die Arbeitslosen haben employable zu werden, die Frauen erwerbstätig, die Alten produktiv. Dabei werde einmal mehr das Thema der sozialen Ungleichheit gleichsam unter den Tisch gewischt. Sie erklärt, warum Freiwilligenarbeit hoch bildungs- und statusabhängig sei und dass Menschen, aus Arbeitszwängen befreit, sich nicht plötzlich auf vordefinierte gemeinnützige Arbeiten stürzen würden. Und sie macht darauf aufmerksam, dass die Gefahr des Ausschlusses und der Diskriminierung bestehe, wenn man die produktiven Alten den unproduktiven entgegenstelle. Wobei wir wieder bei diesem Potenzialediskurs und dem vierten Lebensalter wären, welches dadurch stark entwertet würde.

³² Petzold, Hilarion G. a.a.O. In: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S. 293.

³³ Thiele, Gisela: Rezension zu Anton Amann, Franz Kolland (Hrsg.)(2008): Das erzwungene Paradies des Alters? www.socialnet.de/rezensionen/5633.php. Das Buch war leider nicht greifbar.

³⁴ Wir werden uns die Femina mitdenken müssen...

³⁵ Backes, Gertrud M.: Zwischen Jugendlichkeitsideal und „alternder Gesellschaft“. Wie leben die Hochaltrigen heute? Foliensatz zu einem Vortrag innerhalb der Vortragsreihe an der Evangelischen Akademie Wittenberg zum Thema „Viele Gebrechen umgeben den Greis“ (Horaz) – zum Umgang mit dem Altern in Medien, Kultur und Religion, 18.-20. Juni 2010.

„Wenn schon etwas aktiviert werden soll“, schreibt Ruth Gurny abschliessend, „dann so alte Konzepte wie Würde, Autonomie, Lebensqualität und Entwicklung von Sinn in allen Lebensphasen“.³⁶

Sich bei der Frage nach der Lebensqualität im vierten Lebensalter an Menschenwürde und der Entwicklung von Sinn in jeder Lebensphase zu orientieren, scheint sinnvoll. Im folgenden Abschnitt 5 machen wir uns aber zuerst einige Gedanken dazu, was Lebensqualität im Alter verhindert.

5 Was beeinträchtigt Lebensqualität: Einsamkeit, Armut, Gewalt, Ageism

Einsamkeit

„Beziehungen erlauben es, sich mit anderen verbunden zu fühlen und sind daher das Gegenstück zu Einsamkeit.“³⁷ Beziehungen scheinen uns lange selbstverständlich. Sie verorten den Mensch in einem sozialen Netz, wo nicht jede einzelne Beziehung ständig aktiviert sein muss, das Netz aber als Ganzes trägt. Im Alter und besonders im vierten Lebensalter beginnen die Beziehungen auszudünnen. Je höher das Alter, je mehr JahrgängerInnen sterben. Die Familie ist klein geworden. Frauen bleiben nach dem Tode ihres Partners allein. Die Menschen, mit denen die oft Jahrzehnte zurückliegenden Erfahrungen ausgetauscht werden könnten, sind gestorben. Einsamkeit beginnt da, wo der Wunsch nach Beziehungen in Quantität und Qualität nicht den eigenen Vorstellungen entspricht, dies als negativ empfunden wird und die Fähigkeit fehlt, eine Veränderung herbeizubringen.³⁸ Vereinsamung ist ein echtes Problem im vierten Lebensalter. Folgen davon sind Depression, Sucht, Suizidgefahr. Hör- und Sehprobleme sind Einsamkeitsverstärker. Obschon der Wunsch, in den eigenen vier Wänden zu bleiben, sehr stark ist, würde ein Heimeintritt, so könnte man meinen, der Vereinsamung entgegenwirken. Er könne aber auch ein Einsamkeitsrisiko sein, warnen Lorenz Imhof und Romy Mahrer-Imhof.³⁹ Andererseits wird in Zukunft möglicherweise die Plafonierung der Anzahl Pflegebetten einen sozialbedingten Heimeintritt verunmöglichen.

Ein bedenkenswertes Thema im Zusammenhang mit Einsamkeit schneiden Imhof und Mahrer an, wenn sie nach der pflegerischen Zuwendung fragen:

Caring heisst der englische Fachausdruck, mit dem konkrete Betreuungs- und Pflegeleistungen bezeichnet werden, die auf (..) echten und sorgenden Beziehungen aufbauen.⁴⁰

Aufgabe von Pflegenden sei es, chronisch kranke Menschen bei der Alltagsorganisation zu unterstützen mit dem Ziel, ihnen „eine sinnvolle und machbare Gestaltung des Alltags zu ermöglichen, indem die

³⁶ Gurny, Ruth: Aktivierung grenzenlos: Produktiv und aktiviert auch im Alter? In: Denknnetz, Jahrbuch 2009: Krise. Lokal, global, fundamental. Download unter www.denknnetz-online.ch

³⁷ Imhof, Lorenz und Romy Mahrer-Imhof: Einsamkeit im hohen Alter: individuelles Problem oder soziale Aufgabe. In: Caritas (2011), S. 183.

³⁸ Ebenda, S. 184.

³⁹ Ebenda, S. 186f.

⁴⁰ Ebenda, S. 188.

Würde des Einzelnen respektiert“ werde. Dementgegen stehen Entscheide im Gesundheitswesen, die menschliche und somit volkswirtschaftlich effiziente Versorgung (..) verhindern. Sie beziehen sich auf Überlegungen von Mascha Madörin, die in einem Aufsatz das Gesundheitswesen als Schule des Neoliberalismus bezeichnet.⁴¹

Armut

Hochaltrigkeit ist ein weibliches Phänomen und ältere Frauen sind durch verschiedene Ungleichheiten im Erwerbsverlauf verstärkt von Armutsrisiko betroffen. Das wird zum Beispiel bei der Altersvorsorge sichtbar. Die Pro-Senectute-Studie legt die ungleiche Vorsorgesituation offen:

*Die Einführung des BVG⁴² hat die Altersvorsorge in der Schweiz zweifellos gestärkt. Vor allem die jüngere Rentnergeneration scheint heute bei Eintritt ins Pensionsalter umfassender abgesichert. Personen über 80 Jahre verfügen jedoch viel seltener über eine zweite Säule. Und auch zwischen den Geschlechtern bestehen – zum Nachteil der Frauen – grosse Unterschiede.*⁴³

Ins Gewicht fallen besonders Ausgaben für Steuern, Versicherungen und das Wohnen, solche also, die nicht vermieden werden können. In Zukunft werden die Krankenkassen – z.B. im Kanton Bern – die Übernahme von Spitex-Leistungen einschränken: „Ab April 2012 muss jemand mit einem steuerbaren Jahreseinkommen von nur 50'000 Franken, inklusive Vermögensverzehr, den vollen Tarif für die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen bezahlen“, erklärt der Geschäftsführer von Spitex Bern.⁴⁴ Das könnte eh schon knappe Budgets von Einzelhaushalten zum Kippen bringen.

Gewalt

Gewalt im Alter hat verschiedene Formen: Aktive Formen der Gewalt beziehen sich auf physische und psychische Misshandlung, finanzielle Ausbeutung und die Einschränkung des freien Willens. Passive Formen der Gewalt sind z.B. Unterlassung und Verweigerung von helfendem Verhalten und von Kommunikation.⁴⁵ Dabei gibt es zwei „Tatorte“: die Institutionen, Alters- und Pflegeeinrichtungen, und der familiäre Bereich. Eine Besonderheit des Themas Gewalt im Alter ist, dass hier Opfer auch TäterInnen sein können: So können Pflegendе Hilfe unterlassen oder verweigern;⁴⁶ pflegebedürftige alte Menschen

⁴¹ Madörin, Mascha: Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. In: Denknetz, Jahrbuch 2007, S. 141ff.

⁴² Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Kurz: BVG = berufliche Vorsorge, 2. Säule.

⁴³ Pro Senectute (2009), a.a.O., S. 27f.

⁴⁴ „Die Sparmassnahmen gefährden die Gesundheit der Patienten“, in: Heimspiel, Offizielles Organ der SPITEX Bern, 04/2012.

⁴⁵ Dieck, Margret: Die Bedeutung von Gewalt gegen ältere Menschen in Familien durch Familienmitglieder, http://www.humanrights.ch/de/Themendossiers/Alter/Probleme/Gewalt/idart_3383-content.html

⁴⁶ In diesem Zusammenhang wird der Begriff „gefährliche Pflege“ verwendet: Gefährliche Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass die pflegebedürftige Person Schaden erleidet (..), dass sie keine oder falsche Massnahmen oder Hilfsmittel erhält, dass sie empfindet, das Pflegepersonal in-

können aber auch ganz massiv Druck ausüben auf die Pflegenden (z.B. durch extreme Forderungen, Nörgelei, Nichtanerkennen der Leistung).

In der Schweiz gibt es eine von Pro Senectute, Curaviva, Spitex und dem Schweizerischen Roten Kreuz getragene Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter (UBA Schweiz). Sie stellt akuten Handlungsbedarf fest: Rund 5 Prozent aller über 65-Jährigen erfahren Gewalt in der einen oder anderen Form, schreibt die UBA in ihrem Jahresbericht 2010. Insgesamt hat sie in diesem Jahr über 350 Anrufe entgegengenommen und knapp 250 Konfliktsituationen abgeklärt. An die UBA wenden sich vor allem Angehörige von betroffenen Personen. Insgesamt finden beinahe zwei Drittel der Konflikte in Heimen statt. Allerdings ist Gewalt im Privatbereich nach wie vor ein Tabuthema, da oft Angehörige direkt involviert sind.⁴⁷

Wir haben nirgends eine Angabe zu den Geschlechterverhältnissen gefunden. Es ist aber davon auszugehen, dass Frauen als Opfer, als private oder institutionell Pflegende wie auch als Handelnde in hohem Masse betroffen sind.

Ageism

Ageism meint alle Diskriminierungsformen aufgrund eines bestimmten Lebensalters oder einer Lebensphase. Ageism kann also auch Junge betreffen, z.B., wenn ihnen aufgrund ihres Alters bzw. ihrer beruflichen Unerfahrenheit der Zugang zum Arbeitsmarkt verweigert wird. Häufiger sind aber wohl Diskriminierungen aufgrund des höheren Alters (z.B. ältere ArbeitnehmerInnen). Was das vierte Lebensalter betrifft, so kann man beispielsweise von Ageism sprechen, wenn diese Altersgruppe verantwortlich gemacht wird für die hohen Gesundheitskosten in der Schweiz.⁴⁸

6 Problemstellungen im vierten Lebensalter

6.1 Autonomie, Selbstbestimmung, Partizipation

Autonomie und Selbstbestimmung scheinen die Voraussetzungen zu sein für Lebensqualität bis in hohe und sehr hohe Alter. Einschränkungen in der Autonomie und Selbstbestimmung sind aber gerade konstitutiv für das vierte Lebensalter. Den zunehmenden Verlusten und Defiziten stehen unzureichende Kompensationsmöglichkeiten gegenüber, was zu einem Verlust der Selbständigkeit führen kann.⁴⁹

Alterspolitiken unterscheiden oft nur generell, ungenau oder gar nicht zwischen dem dritten und dem vierten Lebensalter. Eine Ausnahme macht die Alterspolitik des Kantons Basel-Stadt, die konsequent

teressiere sich nicht für sie (...), dass der Informationsfluss unorganisiert und mangelhaft ist.
www.pflegewiki.de

⁴⁷ Weitere Informationen und Angaben zur Statistik auf www.uba.ch

⁴⁸ Siehe dazu z.B.

<http://www.humanrights.ch/de/Themendossiers/Alter/Schweiz/Altersdiskriminierung/index.html>

⁴⁹ Rott, Christoph a.a.O. In: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S. 59.

zwischen Alterspolitik und Alterspflegepolitik unterscheidet.⁵⁰ Die Altersstrategie des Bundes erwähnt die Rechte der hilfsbedürftigen Personen auf Würde und Selbstbestimmung explizit:

Ältere Menschen, welche auf die Hilfe von anderen Personen wie auch von Institutionen angewiesen sind, erleben eine Einschränkung ihrer Autonomie. Andere Personen beeinflussen das Wohlergehen. Da ist es wichtig, mitbestimmen zu können, wie die Hilfe erfolgt und wie das Leben gestaltet wird. Es ist alles daran zu setzen, dass trotz Autonomieverlust eine gute Lebensqualität möglich ist, und die betroffenen Personen soweit noch möglich mitbestimmen können.⁵¹

Der Bund empfiehlt den Kantonen, dass diese das Mitbestimmungsrecht der pflegebedürftigen Menschen in ihre Qualitätskriterien aufnehmen und dessen Respektierung regelmässig evaluieren.

Stärker als der Bund, der ja die Alterspolitik weitestgehend an die Kantone delegiert hat, betont der Kanton – hier wieder am Beispiel des Kantons Bern – die *Bedarfsgerechtigkeit* des Versorgungssystems und der Qualitätsanforderungen sowie die Beschränktheit der finanziellen Mittel. So heisst es z.B. unter den Grundsätzen zur Gestaltung und Steuerung des Versorgungssystems:

Die Angebote sind auf den effektiv vorhandenen Bedarf ausgerichtet. Sie stärken, erhalten und nutzen die vorhandenen Ressourcen und fördern die Autonomie der Zielgruppen. Sie sind transparent gestaltet und erfüllen definierte minimale Qualitätsvorgaben, wo dies zum Schutz der LeistungsempfängerInnen notwendig ist. Darüber hinaus entsprechen sie bedarfsgerechten Qualitätsanforderungen.⁵²

In Bezug auf die Partizipation am öffentlichen Leben stellt die Altersstrategie des Bundes zwar die Frage: Was bedeutet Partizipation für Pflegebedürftige?, ausgeführt oder gar beantwortet wird sie aber nicht. Ebenso vage bleibt sie in der Folge:

Die Partizipation ist ein zentrales Element des aktiven Alterns. Sie bezeichnet die andauernde Teilnahme am sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, spirituellen und politischen Leben (...). Partizipation (...) betrifft alle Altersgruppen. Auch Personen mit körperlichen Einschränkungen und Pflegebedürftige sind davon nicht ausgeschlossen.⁵³

Grosses Gewicht legt der Bund hingegen auf die Partizipation an der Informationsgesellschaft.⁵⁴ Frauen nutzen das Internet weniger als Männer, Bildungsungewohnte weniger als Personen mit einem höheren Bildungsabschluss. Bei den über 70-Jährigen sind es noch 25 Prozent.⁵⁵

⁵⁰ Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (2007): Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik, Basel.

⁵¹ Bericht des Bundesrates (2007), S. 43.

⁵² Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011), S. 12.

⁵³ Bericht des Bundesrates (2007), S. 38.

⁵⁴ Ebenda, S. 41.

⁵⁵ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/16/04/key/approche_globale.indicator.30106.301.html?open=5

Laut einer Studie von Pro Senectute fördern hauptsächlich das soziale Umfeld (PartnerInnen, Kinder, Enkel etc.) sowie benutzungsfreundliche Oberflächen die Internetnutzung im Alter.⁵⁶

Grundsätzlich sind die Medien – nicht nur das Internet – eine gute Möglichkeit, auch bei eingeschränkter Selbstständigkeit und Mobilität am öffentlichen und gesellschaftlichen Leben teilzunehmen bzw. sich darüber zu informieren. Eine altersgerechte Gestaltung ist jedoch Bedingung.

Generell gilt es, sich immer wieder in Erinnerung zu rufen, dass Schicht, Bildungsstand und finanzielle Ressourcen die Lebensqualität auch im hohen Alter beeinflussen. Hugo Fasel, Direktor von Caritas Schweiz, bringt es auf den Punkt:

*Wer alt und arm ist, kann Art und Form von Betreuung und Pflege selten selbständig bestimmen. Wer alt und arm ist, lebt eher isoliert und einsam. Wer alt und arm ist, ist eher krank. Wer alt und arm ist, verschwindet leicht aus dem öffentlichen Bewusstsein.*⁵⁷

Halten wir fest: Einschränkung der Autonomie muss nicht Autonomieverlust heissen, Einschränkung in der Selbstbestimmung kann immer noch Mitbestimmung bedeuten. Der Körper kann gebrechlich sein, der Geist aber noch wach. In einer Pflegeinstitution kann nicht jede Bewohnerin selbst bestimmen, aber die Bewohnerinnen können in gewisse Prozesse miteinbezogen werden. Nahezu fünfzig Prozent der über 90-Jährigen mögen an Demenz leiden, fünfzig Prozent tun es aber nicht. Partizipation am (öffentlichen) Leben heisst z.B. angemessener Zugang zu Information, aber auch die Möglichkeit, mit anderen Menschen zu kommunizieren. Gemessen an der Menschenwürde könnte das etwa heissen: Autonomie, Mitbestimmung und Partizipation im Rahmen des Möglichen, so lange wie möglich und nach Massgabe der Bedürfnisse der Betroffenen und deren körperlichen und geistigen Fähigkeiten. Es heisst vor allem, die hochaltrigen Menschen, in ihrer Mehrheit Frauen, als ganze Menschen wahrzunehmen.

6.2 Wohnen, Wohnformen, Alltagsgestaltung

Der Wunsch, fähig zu sein, das Leben selbst zu gestalten, bleibt für alle Altersgruppen entscheidend. Dazu gehört – sehr wahrscheinlich an erster Stelle – so lange wie möglich zuhause zu bleiben.⁵⁸ Das sehen auch die Behörden so: „ambulant vor stationär“ bzw. „daheim vor Heim“ sind die in allen Alterspolitiken anzutreffenden Leitlinien. Ist für die öffentliche Hand vor allem der Kostenfaktor ausschlaggebend, stehen für die alten und hochaltrigen Menschen emotionale Werte im Vordergrund: die Vertrautheit der eigenen vier Wände, das Jahrzehnte lang bewohnte Haus, die gewohnte Umgebung, das Quartier, wo man seit der Familienphase gelebt hat, die Nachbarschaft.

⁵⁶ <http://www.pro-senectute.ch/fachwissen/themen-rund-um-das-alter-fuer-fachpersonen/internet-nutzung-im-alter.html>

⁵⁷ Fasel, Hugo: Vorwort. In: Caritas (2011), S. 9.

⁵⁸ Siehe dazu: Höpflinger, François (2009): Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter, Seismo-Verlag Zürich, und Wohnen im Alter – Zusammenfassung der Buchpublikation, www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1R/.html

Im vierten Lebensalter stehen dieser Wohnform Hindernisse entgegen: Die Wohnungen sind nicht altersgerecht ausgestattet (Schwellen, Treppen, enge Verhältnisse etc.); sie liegen ungünstig in Bezug auf den öffentlichen Verkehr und die Einkaufsmöglichkeiten oder in Bezug auf die Dienstleistungsangebote (z.B. Tagesstätten).

Alternativen gibt es: Alterswohnungen und -residenzen, Wohnen mit Dienstleistungen, betreutes Wohnen, Alters- und Pflegeeinrichtungen, Pflegewohngruppen (auch für demenzerkrankte Menschen). Sie sind abhängig von der Verfügbarkeit an Plätzen, der regionalen Ausstattung und den finanziellen Mitteln beispielsweise.

Der Verbleib in den eigenen vier Wänden hält dazu an, Alltagstätigkeiten so lange wie möglich selber zu verrichten und damit eine gewisse Selbständigkeit aufrecht zu erhalten. Bei zunehmender Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit werden Dienstleistungen der öffentlichen Hand oder der Familienangehörigen unabdingbar. Wenn die Spitex-Dienste der einzige Kontakt zur Aussenwelt sind, wenn die Pflegeanforderungen die Angehörigen überfordern, kommt das Zuhauseleben an seine Grenzen.

Der persönlichen Alltagsgestaltung im Heim sind Grenzen gesetzt. Gewisse Regeln müssen eingehalten werden. Wer in einer Seniorenresidenz leben kann, hat mehr Freiheiten als wer im gut geführten Gemeindepflegeheim wohnt. Auch die Angebote sind milieuspezifisch und eng mit dem sozio-ökonomischen Status der BewohnerInnen verbunden.

Auf der Homepage eines zufällig ausgewählten Alters- und Pflegeheims findet sich die folgende eindrucksvolle (auf Frauen zugeschnittene?) Liste von Angeboten: Kreative Angebote wie Malgruppen, Werken, Handarbeiten; Erinnerungspflege, Gedächtnistraining, Theatergruppe, Backen/Kochen, Singen, Clown, Ausflüge, Spielnachmittage, Lotto, Begegnung zwischen Kleinkindern und BewohnerInnen.

Fortschrittliche GerontologInnen fordern vermehrt Bildungsarbeit mit Hochaltrigen. Die Psychotherapeutin Lotti Müller beschreibt in einem eindrucksvollen Beitrag, was Musiktherapie mit hochaltrigen Menschen – bei psychisch und organisch kranken wie bei pflegebedürftigen oder gesund gebliebenen - bewirken kann.⁵⁹ Gleiches gilt für andere Kunsttherapien (Tanz-, Bewegungs-, Gestaltungs-, Maltherapie).

Fast möchte man provokativ die Frage stellen, warum denn hochaltrige, pflegebedürftige, einsame Menschen lieber zuhause bleiben, als in ein Heim eintreten, wo sie umsorgt, bedient und unterhalten werden? Wünschbar seien, so liest man überall, und so war es auch in der Reihe über Wohnformen im Alter auf Radio DRS im März 2012 zu hören, massgeschneiderte, auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene, durchlässige Wohnkonzepte. Wie Ansprüche, Wünschbarkeit und Wirklichkeit sich vereinbaren lassen, wird die Zukunft zeigen.

⁵⁹ Müller, Lotti: Musiktherapie mit Menschen im hohen Senium. In: Petzold Hilarion G. et al. (2011), S. 165ff.

6.3 Gesundheitsförderung, Pflege, Palliative Care, Sterben

Das vierte Lebensalter ist dadurch definiert, dass die Gesundheit beeinträchtigt ist. Gesundheitsförderung bleibt allerdings ein Thema bis ins hohe Alter, hier besonders zur Verhinderung von Folgeerkrankungen nach einer Ersterkrankung und zur Wiedererlangung der (Teil)selbständigkeit.⁶⁰ Und François Höpflinger meint dazu:

Eine gezielte Strategie der Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter kann die intergenerationale Belastung einer ansteigenden Hochaltrigkeit deutlich entschärfen. Die Tendenz zur Hochaltrigkeit (...) zwingt die Gesellschaft gleichzeitig dazu, die Kultur der Pflege durch eine Kultur der Pflege der Pflegenden zu ergänzen.⁶¹

In Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung wird das Thema der Partizipation von schwer erreichbaren Zielgruppen intensiv diskutiert. Dabei handelt es sich vorwiegend um MigrantInnen einerseits, um sozial Benachteiligte andererseits.

Sigrun-Heide Filipp bezeichnet wie erwähnt die Hochaltrigen als „Lebenskünstler“ und weist auf verschiedenste Modelle der Lebensbewältigung im hohen Alter hin: Das reicht von der „Orchestrierung der (noch) vorhandenen Ressourcen“ über die „emotionale Reifung“ über die „Weisheit als akkumulierte Lebenserfahrung“ bis zum „Modell der subjektiven Lebensbewertung“.⁶² Aber im vierten Alter gelangt die Lebenskunst an ihre Grenzen. Die Nähe des Todes diktiert nun die Veränderungen, die biologischen Faktoren gewinnen gegenüber den kulturellen und psychischen die Oberhand. „Die Seele verliert ihren Einfluss auf den Körper.“⁶³

Physische Einschränkungen bis hin zu Frailty bedingen nun hohe Pflegeleistungen. Frauen sind mehr von Frailty betroffen als Männer und die Gefährdung von sozialer Isolation nimmt zu.⁶⁴ Was es bedeutet, unter diesen Umständen zuhause zu bleiben bzw. zuhause bleiben zu wollen, haben wir im vorangehenden Abschnitt diskutiert. Zusätzlich erwähnt Wiesli, dass die Anpassung an neue Tätigkeiten zuhause besser gelinge als in einer ungewohnten Umgebung. Wo auch diese Phase an ihre Grenzen gelangt, kommt Palliative Care als „optimale Betreuungsform oder Goldstandard“ zum Zuge für Menschen, die „an unheilbaren progressiven Krankheiten leiden, um für sie die bestmögliche Lebensqualität“ zu erreichen.⁶⁵ Und dies wiederum führt zur Herausforderung, gut koordinierte Netzwerke zu etablieren, die

⁶⁰ Wiesli, Ursula: Hochbetagte Menschen zuhause – pflegen, begleiten und betreuen. In: Petzold, Hilarion G. et al (2011), S. 198.

⁶¹ Höpflinger, François a.a.O. In: Caritas (2011), S. 69.

⁶² Filipp, Sigrun-Heide a.a.O., Folie 12. Diesen Modellen wurde nicht im Einzelnen nachgegangen.

⁶³ Ebenda, Folien 17/18.

⁶⁴ Wiesli, Ursula a.a.O. In: Petzold, Hilarion G. et al. (2011), S.195.

⁶⁵ Ebenda, S. 207.

*sicherstellen, dass Betroffene und ihre Angehörigen begleitet, betreut und gepflegt werden und am Ort ihrer Wahl bis zu ihrem Tod bleiben können.*⁶⁶

Was das bedeutet für die pflegenden Angehörigen und letztlich auch für Pflegende in Heimen und ob die Ressourcen (Hospize, Unterstützung von Angehörigen, freiwillige Mitarbeitende etc.) vorhanden sind für solche menschenwürdige Sterbeorte und wer dazu Zugang hat, diese Fragen bleiben ungeklärt. Nun drängt sich die Sterbequalität in den Vordergrund.

Wir haben versucht, Lebensqualität im vierten Lebensalter zu fassen – im Bewusstsein, dass ein hoher Anteil der Hochaltrigen weiblich ist. Das ist äusserst komplex und muss immer wieder im konkreten Fall am konkreten Ort überprüft werden. Auch im hohen Alter bleibt die Befriedigung der Bedürfnisse schicht-, bildungs- und finanzabhängig. Vielleicht gleicht erst Demenz die sozialen und statusabhängigen Unterschiede aus. Sich an der Menschenwürde zu orientieren ist eine gute Leitlinie und eine Herausforderung.

7 Hochaltrigkeit und Gender

Das Bewusstsein darüber, dass das (hohe) Alter weiblich ist, ist mittlerweile vorhanden. Die Demografie spricht eine deutliche Sprache. Das schlägt sich – mindestens in der schweizerischen Literatur – auch in der Sprache nieder. Praktisch alle Texte sind geschlechtsneutral oder geschlechtergerecht formuliert. Das ist oft geradezu irritierend, wenn wir uns ins Bewusstsein rufen, dass wir von einem hohen bis sehr hohen Frauenanteil sprechen. Das erzeugt ein diffuses Spannungsverhältnis. Die Altersforscherin Insa Fooker spricht in diesem Zusammenhang von ausgeprägter Geschlechtsneutralität und fordert etwas mehr Gendersensibilität.⁶⁷

Als Beispiel eines geschlechtersensiblen Alterskonzeptes kann dasjenige der Stadt Bern gelten. Es zieht zu den geschlechtsspezifischen Aspekten der Alterspolitik folgendes Fazit:

Männer und Frauen werden aufgrund ihrer unterschiedlichen Biografien und Lebensstile mit steigendem Alter ungleicher. Die Nachteile, die Frauen im Erwerbsleben erlitten haben (niedrige Löhne, wegen Unvereinbarkeit von Familie und Beruf unterbrochene Berufsbiografien, Teilzeitarbeit usw.), wirken sich im Alter aus. Die Forschung belegt, dass Frauen und Männer mit je unterschiedlichen Problemen zu kämpfen haben und sich je unterschiedlichen Problemen stellen müssen. Das Alter ist weiblich. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung gibt es mehr ältere und hochaltrige Frauen als Männer.

⁶⁶ Ebenda, S. 208.

⁶⁷ Fooker, Insa: Neue Alter(n)sriskiken – eine geschlechtsneutrale Standortbestimmung? Rezension zu: Backes, Gertrud M., Wolfgang Clemens und Harald Künemann (Hrsg.)(2004): Lebensformen und Lebensführung im Alter. Wiesbaden.

Konsequenzen für die Alterspolitik

Die bisherige Alterspolitik hat die geschilderten Unterschiede zwar berücksichtigt, ihnen aber bei der Formulierung der Massnahmen zu wenig Rechnung getragen. Genderaspekte sollen deshalb als Querschnittsthema aufgenommen werden und sowohl bei der Formulierung der strategischen Ziele als auch bei der Umsetzung konsequent und systematisch einfließen. Es ist zu prüfen, ob Massnahmen sich speziell an Frauen oder an Männer richten sollen.⁶⁸

Der Ansatz, wie den unterschiedlichen Lebenslagen von Frauen und Männern im Alter Rechnung getragen werden sollte, wird im Gender Mainstreaming gesehen und in der Beachtung der Intersektionalität⁶⁹ unterschiedlicher Diskriminierungsformen. Mainstreaming wird seit Jahren ja auch in der Gleichstellungspolitik diskutiert und propagiert. Viele schöne Konzepte sind seither entstanden. Es hat sich aber auch gezeigt, dass die Umsetzung äusserst schwierig ist. Das ist eine Frage des Gender-Fachwissens in allen Teilgebieten, auch eine Frage des Bewusstseins, der Prioritätensetzung, der Einsicht in die Notwendigkeit, der Tatsache auch, dass es oft noch keine Lösungen gibt, dass Inhalte und Vorgehensweisen erst entwickelt werden müssten. Das wird in der Alterspolitik nicht anders sein.

Geschlecht und Alter in der Forschung

Es gibt mittlerweile eine umfangreiche Literatur und Forschung zum Thema Alter und Geschlecht, wobei das Thema von der feministischen Forschung erst spät entdeckt wurde. Das vierte Lebensalter ist dem forschenden Blick weitgehend entzogen, auch dem feministischen. Dass das Thema Alter und Geschlecht definitiv in den Universitäten angekommen ist, zeigen zahlreiche Ringvorlesungen und Vortragsreihen. Stellvertretend sei eine interdisziplinäre Ringvorlesung an der Universität Salzburg im Sommersemester 2012 unter dem Titel „Geschlecht und Alter(n)“⁷⁰ genannt. Hier ein Überblick über die Themen:

- Intersektionalität von gender und generation; Geschlecht und würdiges Alter(n);
- Wenn ich einmal alt (und arm) bin...;
- Pflege – Alter – Geschlecht. Ist Pflege wirklich weiblich?;
- Veränderungen des Zentralnervensystems in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht;
- Lesbisch - Schwule Alte – gibt es das überhaupt?;
- Frauenkörper – Frauenleiden: Projektionen und/oder Reaktionen?;
- Podiumsdiskussion: „Golden Agers“ Von Möglichkeiten und Zwängen aktiv und selbstbestimmt zu altern;
- Weise Frau – Fromme Helene – Juicy Crone: Das Alter(n) von Frauen als Thema der Religionen und Theologien;
- Arbeit – Alter – Gender. Zur Zukunft der alterngerechten Arbeitswelt – aus der Genderperspektive;
- Mit 66 Jahren... Altersbilder in Literatur und Film;

⁶⁸ Stadt Bern (2011): Bern – eine altersfreundliche Stadt; Alterskonzept 2020, Bern.

⁶⁹ Intersektionalität beschreibt die Überschneidung von verschiedenen Diskriminierungsformen (Klasse, Geschlecht, Ethnie, Behinderung, Alter etc.) in einer Person oder Personengruppe.

⁷⁰ www.uni-salzburg.at (Uni News)

- Neue Medien – „alte“ Frauen. Repräsentationen und Kompetenzen von Frauen ab 50.

Die Aufzählung in ihrer ganzen Länge zeigt die Breite und Unerschöpflichkeit des Themas auf. Inwieweit das Thema Alter und Geschlecht im Mainstream der Universitäten angekommen ist, ist jedoch eine andere Frage. Mit einigen Hinweisen auf ein paar Forschungsansätze schliessen wir diesen Teil der Studie ab.

Die wohl bekannteste Altersforscherin im deutschsprachigen Raum, Getrud M. Backes, Professorin für Soziale Gerontologie an der Universität Kassel, fasst den Forschungsstand zusammen:⁷¹

In Grossbritannien, den USA, Kanada und in skandinavischen Ländern gehören Themen zu Gender and Ageing selbstverständlich auf die Agenda – und zwar die individuelle wie die gesellschaftliche Dimension. Auch explizit feministische Perspektiven sind Teil der Forschung (feministische Erkenntnistheorie und Alter, feministische Ökonomie, feministische Transformationen und Alterspolitik).

In Deutschland, Österreich und der Schweiz, so Backes, gebe es weit weniger wissenschaftliche Analysen. Forschungen entwickelten sich in der Gerontologie und Alter(n)ssoziologie und in der Frauen- und Geschlechterforschung. Erste weitergehende Ansätze fänden sich etwa in der Auseinandersetzung mit den Auswirkungen weiblicher Langlebigkeit auf Lebensformen und Generationenbeziehungen'.⁷² Mittlerweile sei Geschlecht zumindest als durchgängig notwendiges Unterscheidungsmerkmal auch bezüglich des Alter(n)s anerkannt, ja, es gelte als wissenschaftlich wie politisch unzulässig, der Dimension soziales Geschlecht/Gender bei der Betrachtung des Alter(n)s keine Beachtung zu schenken.

Andererseits stellt sie fest, dass die Bilanz hinsichtlich weiterreichender Analysen schmal sei: die Geschlechterforschung befasse sich nur am Rande mit dem Thema Alter und in der Gerontologie seien geschlechtsrelevante Alter(n)sprobleme bei Frauen lange Zeit ausgeschlossen gewesen.

Blinde Flecken sieht Backes in der Analyse: die sozialwissenschaftliche Gerontologie setze das Alter(n) gleich mit der männlichen Vergesellschaftung und Veränderung, während das Alter an Frauen, aufgrund ihrer fortbestehenden weiblichen Vergesellschaftung, keine grossen neuen Anforderungen stellen würde.

Backes weist auf die im Laufe des Lebens erfahrenen sozialen Ungleichheiten hin, die im Alter nicht aufgehoben werden. Zudem müssten Frauen sich häufiger als Männer umorientieren,

*etwa den Auszug der Kinder, das Ende der eigenen Berufsarbeit, das Ende der Arbeit des Mannes, dessen Krankheit und eventuelle Pflegebedürftigkeit, seinen Tod und schliesslich ihre eigene nachlassende Selbständigkeit und zunehmende Hilfsbedürftigkeit verarbeiten.*⁷³

Das versetzt Frauen in die Lage, Veränderungen und Verluste besser zu bewältigen als Männer. Wie andere Forscherinnen und Forscher weist sie auf die Pluralität, Heterogenität und Unterschiedlichkeit der

⁷¹ Backes, Gertrud M.: Alter(n) und Geschlecht: ein Thema mit Zukunft. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 49-50 / 2005 zum Thema Alter und Altern, S. 31-38.

⁷² Ebenda, S. 32.

⁷³ Ebenda, S. 35.

Lebensläufe hin: es gebe keine typische weibliche Normalbiografie. Heute seien die Geschlechterrollen brüchig geworden und das werde Konsequenzen auf Alter und Alter(n) von Frauen und Männern haben.

*Analysen sollten sich beispielsweise auf sich verändernde Alter(n)risiken und Alter(n)schancen von Frauen und Männern im Kontext geschlechtsspezifischer Lebens- und Arbeitsverhältnisse sowie auf deren gesellschaftliche Auswirkungen konzentrieren.*⁷⁴

Einen guten Überblick über Gender-Forschungsansätze gibt auch der Schweizer Altersforscher François Höpflinger.⁷⁵

⁷⁴ Ebenda, S. 37.

⁷⁵ Höpflinger, François: Alter & Gender – Themenstellungen – Fragen – Konzepte. Letzte Aktualisierung November 2011. www.hoepflinger.com

Teil 2

In diesem zweiten Teil lässt sich der Schwerpunkt Hochaltrigkeit nicht immer einlösen, da die verfügbaren Daten über Menschen im Rentenalter nicht immer nach Altersgruppen differenziert sind.

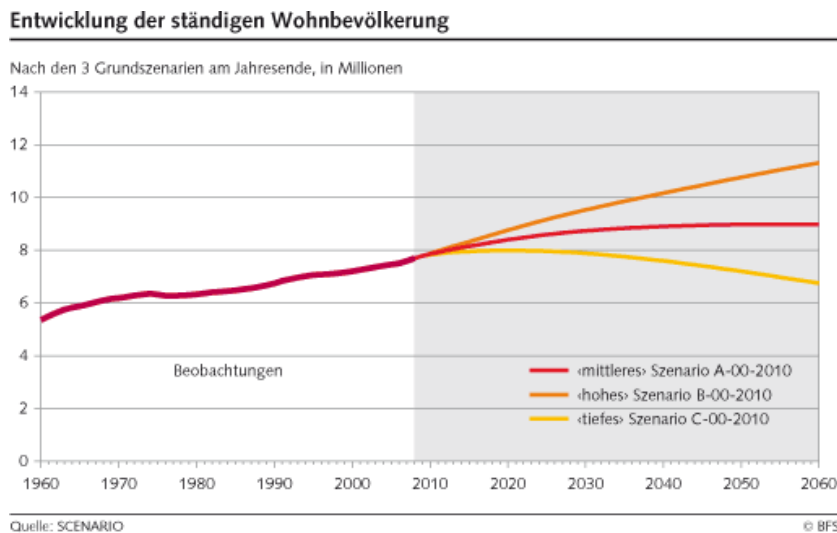
8 Demografische Aspekte

8.1 Prognosen bis 2060

Seit 1984 erstellt das Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz. 2010 wurden die Prognosen für den Zeitraum bis 2060 veröffentlicht.⁷⁶ Dabei wurden die folgenden Szenarien berechnet: Das „mittlere“ Szenario schreibt die Entwicklungen der letzten Jahre fort. Das „hohe“ Szenario beruht auf einer Kombination von Hypothesen, die das Bevölkerungswachstum begünstigen, während das „tiefe“ Szenario Hypothesen kombiniert, die dem Bevölkerungswachstum weniger förderlich sind. Als Referenzgrösse dient in der Regel das „mittlere“ Szenario (A-00-2010).

Das „mittlere“ Szenario geht aus von einem weiteren Anstieg der Wohnbevölkerung bis 2055 auf ungefähr 9 Mio. Die Einwohnerzahl bleibt anschliessend mehr oder weniger auf diesem Niveau bis 2060.

Abbildung 1 Ständige Wohnbevölkerung nach den drei Grundszenarien (Quelle: BFS⁷⁷)



⁷⁶ Bundesamt für Statistik (2010) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010–2060, Neuchâtel, sowie Bundesamt für Statistik (2010): Die demografische Alterung; Newsletter aus der Demografie, Neuchâtel.

⁷⁷ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/ent_erw.html (Zugriff am 27.2.2012).

Die Haupteinflussfaktoren bei der Berechnung von demografischen Szenarien sind die Annahmen über die Entwicklung der Geburten, der Ab- und Zuwanderung sowie der Lebenserwartung.

Die wichtigsten Kennzahlen zum „mittleren“ Szenario werden vom BFS wie folgt berechnet:

Die Altersstruktur der Bevölkerung erfährt im Zeitraum 2010 bis 2060 beträchtliche Veränderungen. Der Anteil der Personen ab 65 Jahren steigt von 17,1% auf 28,3%. Ihre Zahl nimmt von 1'343'000 auf 2'543'000 zu (+89%). Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (20-64 Jahre) geht in diesem Zeitraum von 4'878'000 auf 4'792'000 leicht zurück (ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung sinkt von 62,1% auf 53,3%). Doch bis 2020 steigt ihre Zahl an und liegt von 2016 bis 2025 bei über 5 Millionen. Der Bestand der Personen zwischen 0 und 19 Jahren bleibt verhältnismässig stabil. Ihre Zahl steigt zwischen 2010 und 2060 von 1'635'000 auf 1'652'000 (während ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung von 20,8% auf 18,4% sinkt). Während dieses Zeitraums schwankt die Zahl der Kinder und Jugendlichen zwischen 1,6 und 1,7 Millionen.

(..) Der Altersquotient, d.h. die Zahl der Personen ab 65 Jahren pro hundert 20- bis 64-Jährige, erhöht sich von 27,5 im Jahr 2010 auf 53,1 im Jahr 2060. Der letztere Wert ist doppelt so hoch wie der entsprechende Wert im Jahr 2008. Der Jugendquotient, d.h. die Zahl der Personen im Alter von 0 bis 19 Jahren pro hundert 20- bis 64-Jährige, liegt im Jahr 2010 bei 33,5. In den folgenden fünf Jahrzehnten wird sich dieser Wert in einer Bandbreite zwischen 32,5 und 35,0 bewegen. Im Jahr 2060 wird der Jugendquotient 34,5 betragen. Der Gesamtquotient, d.h. die Summe von Jugendquotient und Altersquotient, wird damit von 61,1 im Jahr 2010 auf 87,5 im Jahr 2060 ansteigen (vgl. Grafik G22).⁷⁸

Das BFS kommentiert auch die Abweichung der tatsächlichen Entwicklung gegenüber früheren Prognosen. Demnach ist die Bevölkerung bis Ende 2008 um knapp 100'000 Personen stärker gewachsen, als das „mittlere“ Szenario von 2005 hatte erwarten lassen. Dieser stärkere Zuwachs geht im Wesentlichen darauf zurück, dass der Wanderungssaldo sowie die Geburtenrate höher lagen als erwartet. Bestätigt hat sich hingegen die Berechnung des Altersquotienten.⁷⁹ Höpflinger et al. haben die BFS-Szenarien seit dem Jahr 2000 bezüglich ihrer Voraussagen zur hochaltrigen Bevölkerung untersucht. Sie stellen fest, dass der Zuwachs dieser Gruppe in den älteren Szenarien zu tief eingeschätzt worden sei. Dabei sei vor allem der Anstieg der Lebenserwartung unterschätzt worden.⁸⁰

⁷⁸ Bundesamt für Statistik (2010) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010–2060, Neuchâtel, sowie Bundesamt für Statistik (2010): Die demografische Alterung; Newsletter aus der Demografie, Neuchâtel, S. 22.

⁷⁹ Ebenda, S. 32f.

⁸⁰ Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Bern, S. 20f.

8.2 Lebenserwartung

Seit 1900 hat sich die Lebenserwartung der schweizerischen Wohnbevölkerung fast verdoppelt. Die schweizerischen Werte gehören zusammen mit denjenigen Japans, Frankreichs und Spaniens weltweit zu den höchsten. Aktuell liegt die Lebenserwartung von 65-jährigen Frauen bei gut 22 Jahren und diejenige der gleichaltrigen Männer bei knapp 19 Jahren. Bei den 80-jährigen Frauen und Männern betragen die entsprechenden Werte gut 10 bzw. gut 8 Jahre.

Abbildung 2 Lebenserwartung nach Geschlecht, 2010 (Quelle: BFS⁸¹)

	1981	1991	2001	2004	2009	2010
Bei der Geburt						
Männer	72.4	74.1	77.4	78.6	79.8	80.2
Frauen	79.2	81.2	83.1	83.7	84.4	84.6
Im Alter von 30 Jahren						
Männer	44.5	46.1	48.7	49.7	50.7	50.9
Frauen	50.4	52.2	53.8	54.3	55.0	55.2
Im Alter von 50 Jahren						
Männer	26.0	27.7	29.9	30.8	31.7	31.8
Frauen	31.3	33.1	34.5	35.0	35.5	35.8
Im Alter von 65 Jahren						
Männer	14.3	15.6	17.3	18.1	18.8	18.9
Frauen	18.2	19.8	21.1	21.5	22.0	22.2
Im Alter von 80 Jahren						
Männer	6.2	6.8	7.6	8.0	8.4	8.4
Frauen	7.6	8.7	9.4	9.7	10.0	10.2

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern verringert sich seit einigen Jahren. Das BFS geht davon aus, dass sich diese Tendenz in den nächsten Jahren fortsetzen wird.⁸²

Wie sich die Lebenserwartung ganz generell weiter entwickeln wird, ist umstritten und schwierig zu prognostizieren. Dazu Höpflinger et al:

⁸¹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html> (Zugriff am 27.2.2012)

⁸² Bundesamt für Statistik (2009): Newsletter 2009/1. Informationen aus der Demografie, Neuchâtel, S. 4.

Einerseits können medizinische Fortschritte, aber auch soziale Entwicklungen – wie besseres Bildungsniveau neuer Generationen alter Menschen – zu einer weiteren Erhöhung der Lebenserwartung beitragen. Andererseits zeigen sich negative gesundheitliche Trends, wie vermehrtes Übergewicht (was in öffentlichen Diskussionen oft zur Annahme beiträgt, dass die Lebenserwartung wieder sinken wird). Offen ist auch, ob die weitere Zunahme der Lebenserwartung im hohen Lebensalter nicht allmählich auf eine obere biologische Grenze stossen wird. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass die bisherige Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung primär damit zusammenhängt, dass mehr Menschen die biologisch mögliche Lebensspanne erreichen, dass sich aber – soweit bekannt – die maximale Lebensspanne des Menschen während der letzten Jahrtausende weniger verändert hat.⁸³

8.3 Hochaltrigkeit

Die *Abbildung 3* zeigt, wie sich die Bevölkerung ab 80 Jahren gemäss dem „mittleren“ Szenario des BFS zwischen den Jahren 2010 und 2060 entwickeln wird. Es wird erwartet, dass sie auf über eine Million anwachsen wird. Gegenüber heute entspricht dies fast einer Verdreifachung. Im unteren Teil der *Abbildung 3* wird ersichtlich, wie sich die Geschlechteranteile verändern dürften. Während des ganzen Zeitraums sind die Frauen in allen Altersgruppen in der Mehrheit und ihr Anteil wächst mit zunehmendem Alter. Gleichzeitig ist jedoch zu erwarten, dass sich die Männerquoten pro Altersgruppe erhöhen werden.

Abbildung 3 Szenario zum Bestand der ständigen Wohnbevölkerung ab 80 Jahren nach Altersgruppen und Geschlecht, 2010-2060 („mittleres“ Szenario; Quelle BFS⁸⁴)

	2010	2015	2020	2030	2040	2050	2060
Alter	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
80-84	195'600	213'400	230'200	321'100	378'300	422'500	384'600
85-89	122'300	137'300	153'700	216'400	255'200	336'000	307'200
90-94	47'300	62'700	74'600	99'400	150'300	188'300	217'400
95+	16'500	20'200	28'900	48'500	80'300	113'800	161'800
Total	381'700	433'600	487'400	685'400	864'100	1'060'600	1'071'000

Alter	M in %	F in %	M in %	F in %	M in %	F in %	M in %	F in %	M in %	F in %	M in %	F in %	M in %	F in %
80-84	38	62	41	59	43	57	45	55	46	54	46	54	46	54
85-89	33	67	35	65	38	62	42	58	43	57	44	56	43	57

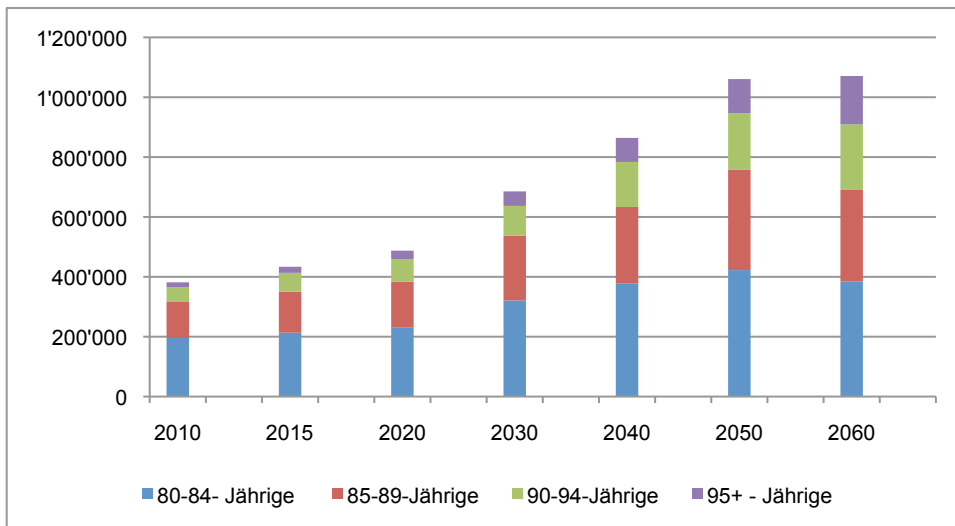
⁸³ Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Bern, S. 22. Vgl. dazu auch Bundesamt für Statistik (2009): Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz, Neuchâtel.

⁸⁴ Bundesamt für Statistik (2010): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010–2060, Neuchâtel, sowie Bundesamt für Statistik (2010): Die demografische Alterung; Newsletter aus der Demografie, Neuchâtel, S. 74.

90-94	29	71	30	70	32	68	37	63	39	61	41	60	39	61
95+	23	77	25	75	27	73	32	68	35	65	36	64	35	65

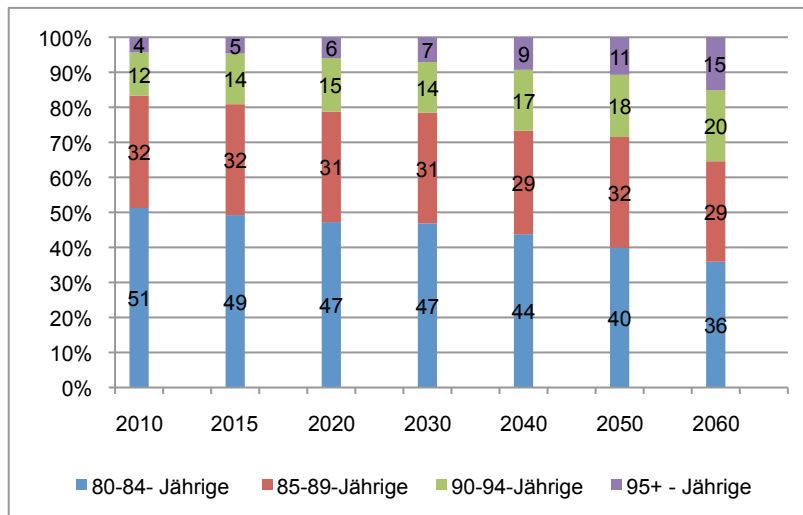
Der Zuwachs der hochaltrigen Bevölkerung wird vor allem für die Jahre bis 2050 erwartet. Danach dürfte sich diese Gruppe mengenmässig stabilisieren (vgl. *Abbildung 4*).

Abbildung 4 Szenario zum Bestand der ständigen Wohnbevölkerung ab 80 Jahren nach Altersgruppen, 2010-2060 („mittleres“ Szenario; Quelle BFS)



Wie die *Abbildung 5* illustriert, wird erwartet, dass sich das Gewicht der Altersgruppen untereinander verschiebt. Während 2010 die Hälfte der Personen über 80 Jahre der Altersgruppe der 80-84-Jährigen angehörte, nimmt deren Anteil kontinuierlich ab. Die Gruppe der 85-89-Jährigen bleibt gleichzeitig relativ stabil. Hingegen wird damit gerechnet, dass die Bevölkerungsgruppe der über 90-Jährigen sich mehr als verdoppeln dürfte.

Abbildung 5 Szenario zum Bestand der ständigen Wohnbevölkerung ab 80 Jahren nach Altersgruppen in %, 2010-2060 („mittleres“ Szenario; Quelle BFS)



Immer öfter tauchen auch Zahlen auf zur über 100-jährigen Bevölkerung. Laut Angaben des BFS lebten am 31. Dezember 2010 in der Schweiz 1'332 hundertjährige und ältere Personen. Ihre Anzahl hat seit den 1970er Jahren stark zugenommen und im Jahrzehnt zwischen 2000 und 2010 hat sie sich fast verdoppelt. Im Jahr 2010 betrug der Frauenanteil in dieser Altersgruppe 84 Prozent.⁸⁵

8.4 Ausländische Wohnbevölkerung

Seit ein paar Jahren ist die ältere ausländische Bevölkerung zunehmend in den Fokus von Altersforschung und -projekten⁸⁶ gerückt. Den Ausschlag dafür gab bzw. gibt der Anstieg der ausländischen Bevölkerung bei den über 65-Jährigen. Zwischen Ende 1980 und Dezember 2008 stieg die Zahl der 65- bis 79-jährigen AusländerInnen von 34'500 auf 106'700. Eine ähnliche Entwicklung wurde auch bei den Personen ab 80 Jahren verzeichnet: Ihre Zahl stieg im gleichen Zeitraum von 8400 auf 19'500 Personen. Allerdings wächst der Anteil der Personen ab 65 Jahren unter den AusländerInnen im Vergleich mit den SchweizerInnen viel langsamer: Ende 2008 betrug der Anteil der Personen ab 65 Jahren 7.6 Prozent der gesamten ausländischen Wohnbevölkerung. Der entsprechende Anteil machte bei den Schweizerinnen und Schweizern gleichzeitig 19.1 Prozent aus. D.h.: Statistisch gesehen, altert die ausländische Wohnbevölkerung weit weniger schnell als die schweizerische. Das BFS macht dafür in erster Linie die Aus-

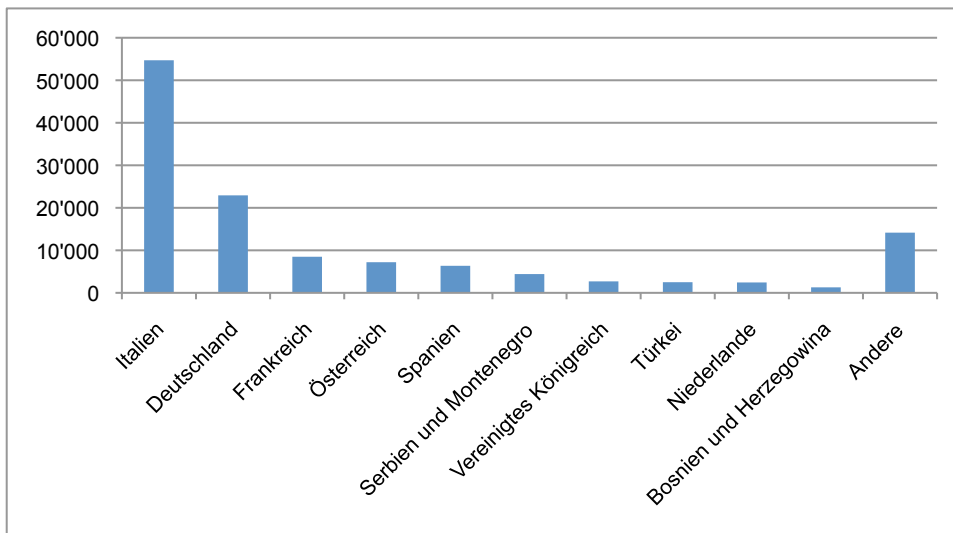
⁸⁵ Bundesamt für Statistik (2012): Aktives Altern – neues Leitbild für neue Generationen älterer Menschen, Newsletter Informationen aus der Demografie 2012/1, Neuchâtel, S. 8.

⁸⁶ Vgl. dazu etwa <http://www.caritas-bern.ch/p84001092.html>

wanderung geltend, in zweiter Linie die Einbürgerung. Todesfälle würden hingegen weniger ins Gewicht fallen.⁸⁷

Wie die *Abbildung 6* zeigt, stellten die ItalienerInnen im Jahr 2008 mit einem Anteil von 43 Prozent unter der älteren ausländischen Bevölkerung die grösste Gruppe dar, gefolgt von Personen mit einem deutschen Pass.

Abbildung 6 Die ausländische Bevölkerung ab 65 Jahren nach Nationalitäten (Quelle: BFS⁸⁸)



8.5 Zivilstand und Haushaltsformen

Im Jahr 2008 lebten die meisten älteren Personen in privaten Haushalten: Von den 65- bis 79-Jährigen waren es 94 Prozent, bei den Personen ab 80 Jahren 75 Prozent. Diejenigen, die in einem Privathaushalt lebten, waren zu fast 60 Prozent noch in einer Partnerschaft und 27 Prozent führten einen Einpersonenhaushalt. Mit zunehmendem Alter kehrt sich dieses Verhältnis um: Die Mehrheit – nämlich 42 Prozent – lebt dann allein, gegenüber 31 Prozent, die noch in einem Paarhaushalt leben.

Hinter diesen Durchschnittswerten verstecken sich grosse geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer leben häufiger in einer Partnerschaft, während die Frauen der gleichen Alterskategorie nicht oder nicht mehr verheiratet sind. Im Alter von 65 Jahren sind knapp 80 Prozent der Männer verheiratet. Der Anteil bei den Frauen beträgt 64 Prozent. Von den 80-jährigen Männern leben immer noch drei Viertel in einem Paarhaushalt. Bei den Frauen sind es lediglich noch 35 Prozent. Diese Unterschiede werden durch Fak-

⁸⁷ Bundesamt für Statistik (2010): Die demografische Alterung. Newsletter aus der Demografie, Neuchâtel, S. 8.

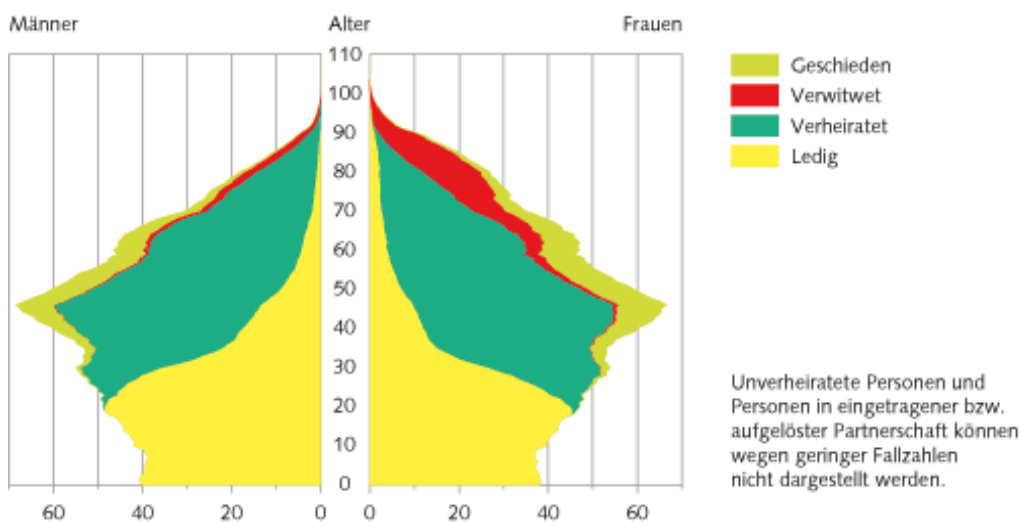
⁸⁸ Ebenda, S. 7.

toren wie Häufigkeit der Ehelosigkeit, geschlechtsspezifische Mortalität, Altersunterschied zum Zeitpunkt der Heirat, Häufigkeit von Scheidungen und von Wiederverheiratungen beeinflusst.⁸⁹

Abbildung 7 Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Zivilstand (Quelle: BFS⁹⁰)

Bevölkerung

nach Alter, Geschlecht und Zivilstand 2010, in 1000



8.6 Todesursachen

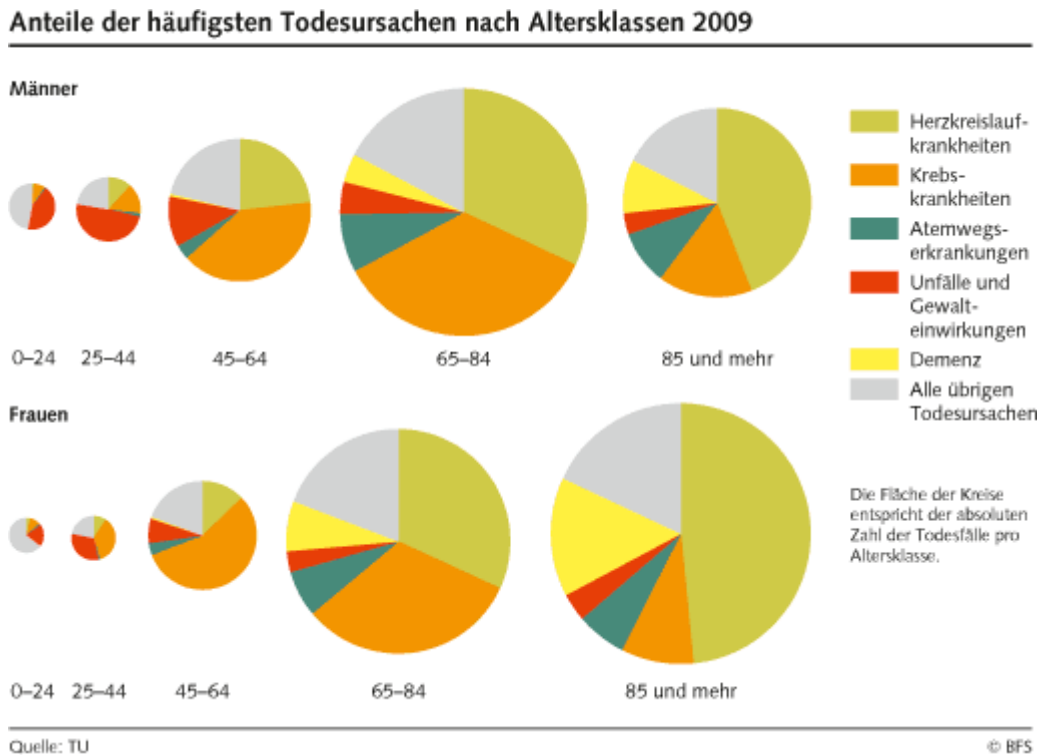
Die folgende *Abbildung 8* zeigt die häufigsten Todesursachen nach Altersklassen. Bei den über 85-jährigen Personen stehen eindeutig die Herz-Kreislaufkrankheiten im Vordergrund. Krebskrankheiten verlieren in dieser Altersklasse gegenüber den 65- bis 84-Jährigen anteilmässig an Gewicht. Hingegen erhöht sich bei der ältesten ausgewiesenen Altersklasse der Anteil derjenigen Personen mit Todesursache Demenz. Im Jahr 2009 starben 4'700 Personen wegen einer Demenz als Grundkrankheit. Das sind fast doppelt so viele wie 10 Jahre zuvor. Zu diesem Resultat dürfte gemäss BFS auch der Umstand beigetragen haben, dass diese Diagnose von den Ärzten heute eher gestellt wird als früher.⁹¹

⁸⁹ Die Angaben zu Zivilstand und Haushaltsformen finden sich in: Bundesamt für Statistik (2010): Die demografische Alterung. Newsletter. Informationen aus der Demografie 2010/1, Neuchâtel, S. 4f. Vgl. dazu auch Bundesamt für Statistik (2011): Sterblichkeit. Newsletter. Informationen aus der Demografie 2011/1, Neuchâtel, S. 8ff.

⁹⁰ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/zivilstand.html> (Zugriff am 28.2.2012).

⁹¹ Bundesamt für Statistik (2011): Sinkende Sterberaten, aber Zunahme demenzbedingter Todesfälle. Medienmitteilung vom 24.11.2011, Neuchâtel.

Abbildung 8 Die häufigsten Todesursachen nach Altersklassen, 2009 (Quelle: BFS⁹²)



Was die Berechnung künftiger Entwicklungen betrifft, so gibt es neben den demografischen Modellen auch diejenigen, die auf den Todesursachen basieren – die epidemiologischen Modelle. Dazu schreiben Höpflinger et al.:

Eine zunehmend verwendete Methode, um zukünftige Entwicklungen abzuschätzen, besteht darin, eine oder mehrere bedeutsame Todesursachen auszuschliessen. Es wird untersucht, was ein Wegfallen bestimmter Todesursachen bedeuten würde. Die Haupttodesursachen im Alter bei Frauen wie Männer sind heute primär langsam verlaufende degenerative Erkrankungen. So sind 60% der Sterbefälle bei über 60-Jährigen auf Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebserkrankungen zurückzuführen, und ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung im Alter hängt entsprechend stark von der Entwicklung degenerativer Krankheitsrisiken ab. Allerdings ist bei der Interpretation entsprechender Szenarien zu berücksichtigen, dass, wenn eine Todesursache (z. B. Herzinfarkt) wegfällt, Menschen gehäuft, wenn auch später, an anderen Krankheiten sterben.⁹³

⁹² <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html> (Zugriff am 27.2.2012).

⁹³ Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Bern, S. 24. Und: Bundesamt für Statistik (2008): Sterblichkeit nach Todesursachen, 1998/2003. Informationen aus der Demografie 2007/3, Neuchâtel,

8.7 Demographisierung

Im Jahr 2007 haben die beiden deutschen Soziologinnen Eva Barlösius und Daniela Schiek einen Tagungsband mit dem Titel *Demographisierung des Gesellschaftlichen* herausgegeben. Die beiden Herausgeberinnen schreiben in der Einleitung, es gehe nicht darum, die Demografie zu diskreditieren, sondern

aus wissens- und wissenschaftssoziologischer Sicht ist vielmehr zu fragen, warum demographische Analysen und Erklärungen in der deutschen Gegenwartsgesellschaft so viel Erklärungs- und Überzeugungskraft entfalten können, warum die demographische Umdeutung gesellschaftlicher Phänomene (...) auf so viel Einvernehmen trifft. Um dies zu verstehen, ist weniger der demographische Wandel selbst zu untersuchen als vielmehr, wie dieser in der Öffentlichkeit repräsentiert wird.⁹⁴

Im Bezug auf die „alternde Gesellschaft“ kann es nicht darum gehen, die demografische Entwicklung zu negieren. Es stellt sich aber die Frage, wie wir mit diesem Phänomen umgehen. Die Antwort hängt dabei

weit mehr davon ab, welche gegenseitigen Verpflichtungen Menschen bereit sind füreinander einzugehen als von der blossen Kopfzahl. Das Verhältnis zwischen Alten und Jungen ist gerade keine natürlich-numerische, sondern eine soziale Angelegenheit.⁹⁵

Mit der Demographisierung wird der Raum für soziale Aushandlungsprozesse beschränkt, indem die Zukunft nicht als offen gilt, sondern die Sicht auf die künftige Entwicklung mit dem Behaupten von zwangsläufigen Abläufen und unabwendbaren Folgen verstellt wird.

Ein Beispiel dafür ist die Art und Weise wie die demografische Alterung und Gesundheitsausgaben gekoppelt werden. Aus der hohen Korrelation von Alter und Gesundheitskosten werden – wie François Höpflinger feststellt – oft zu einfache Schlüsse gezogen:

Die überproportionale Kostenbelastung des Gesundheitssystems durch ältere Menschen erklärt nur die absolute Höhe der Gesundheitsausgaben in einer gegebenen Rechnungsperiode, nicht aber deren Wachstum im Zeitverlauf. Die Altersverteilung der Bevölkerung hat zwar einen Einfluss auf die altersspezifische Verteilung der Gesundheitsausgaben zu einem bestimmten Zeitpunkt, sie sagt jedoch nichts über die zukünftige Entwicklung aus. Deshalb darf die positive Korrelation von Alter und Krankheitskosten nicht für die Projektionen der Kostenentwicklung benützt werden. Aus gerontologischer Sicht stellt sich zudem die Frage, ob die immer wieder angeführte positive Korrelation zwischen chronologischem Alter und Krankheitskosten nicht eine Scheinbeziehung darstellt. Tatsächlich zeigen ökonomische Analysen der Krankenpflegekosten, dass sich der Einfluss des Alters auf die Gesundheitsausgaben reduziert, wenn die Restlebenszeit be-

sowie Bundesamt für Statistik (2009): Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz, Neuchâtel, S. 18ff.

⁹⁴ Barlösius, Eva und Daniela Schiek (Hrsg.) (2007): *Demographisierung des Gesellschaftlichen. Analysen und Debatten zur demographischen Zukunft Deutschland*, Wiesbaden, S. 12.

⁹⁵ Ebenda, S. 31.

*rücksichtigt wird. Es ist häufig die Nähe zum Todeszeitpunkt und nicht das hohe Lebensalter, welches die Gesundheitskosten alter Menschen bestimmt.*⁹⁶

Ein aktuelles Beispiel für das Ziehen einfacher Schlüsse sind die Langfristperspektiven der Eidgenössischen Finanzverwaltung vom Januar 2012. Als zuständige Bundesrätin schreibt Eveline Widmer Schlumpf im Vorwort:

*Die Alterung der Bevölkerung wird insbesondere bei den Sozialversicherungen und im Gesundheitswesen ein Ausgabenwachstum verursachen, welches die Entwicklung der Einnahmen deutlich übersteigt. Als Folge davon würde die Schuldenquote bis 2060 auf über 130 Prozent des BIP ansteigen. Dies gilt es zu verhindern. Es ist das Verdienst der Langfristperspektiven, auf den demografisch bedingten Handlungsbedarf hinzuweisen und diesen auch zu quantifizieren. Damit die Schuldenquote 2060 nicht höher als 2009 ist, müssen Korrekturen vorgenommen werden. Die Politik ist gefordert, entsprechende Massnahmen möglichst rasch zu ergreifen. Je länger mit Reformmassnahmen zugewartet wird, desto höher fällt die zu schliessende Fiskallücke aus.*⁹⁷

Im Bund war am Tag nach der Pressekonferenz, bei der dieser Bericht vorgestellt wurde, zu lesen:

*Ohne Reformen drohen Verhältnisse wie im hoch verschuldeten Italien (..) wenn nicht gar griechische Verhältnisse, falls die Politik nicht rechtzeitig reagiert.*⁹⁸

9 Die AkteurInnen der Alterspolitik

Die wichtigsten AkteurInnen in der Alterspolitik sind die Kantone und Gemeinden. Dementsprechend ist die Alterspolitik ein Feld, das sehr stark föderalistisch geprägt ist. Doch auch der Bund übernimmt Funktionen. Zudem spielen – wie in anderen Politikfeldern auch – die Nichtregierungsorganisationen (NGO) eine wichtige Rolle. Die bedeutendsten Organisationen in diesem Kontext sind Spitex und Pro Senectute. Schliesslich sind die Selbsthilfe und auch die eigene Vorsorge sowie die Hilfe innerhalb der familiären Strukturen und der Nachbarschaft zu erwähnen.

9.1 Bundesebene

9.1.1 Gesetzliche Bestimmungen

Fragen, die das Alter betreffen, sind in der Bundesverfassung nicht in einem zusammenfassenden Artikel geregelt, sondern an verschiedenen Orten.⁹⁹ So verbietet Artikel 8 Absatz 2 u.a. die Diskriminierung auf-

⁹⁶ Höpflinger, François: Demografische, epidemiologische und gesellschaftliche Entwicklungen, in: Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger (Hrsg.)(2012.): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege, Bern, S. 38.

⁹⁷ Eidgenössische Finanzverwaltung (2012): Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2012, Bern, S. 5.

⁹⁸ Der Bund, 24. Februar 2012, S. 9.

grund des Alters. Artikel 111 beschäftigt sich mit der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge und definiert die drei Säulen, auf die sie sich abstützen soll: die AHV, die berufliche Vorsorge und die Selbstvorsorge. Im darauf folgenden Artikel 112 wird dem Bund die Regelungskompetenz zur AHV übertragen. Artikel 112a behandelt die Ergänzungsleistungen (EL). Bei dieser Sozialversicherungseinrichtung ist die Verantwortung zwischen dem Bund und den Kantonen geteilt. Artikel 112c benennt die Kantone als Zuständige für die ambulante Betagtenhilfe. Die berufliche Vorsorge ist schliesslich Gegenstand des Artikels 113, wobei dem Bund die gesetzgebende Funktion zufällt.

Neben den Verfassungsbestimmungen gibt es eine ganze Reihe von Bundesgesetzen, die einzelne Aspekte regeln. Die Sozialversicherungen sind Gegenstand des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG), des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) und des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG). Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) regelt u.a. die Finanzierung der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Das Erbrecht ist im ZGB geregelt und auf 1. Januar 2013 wird das ebenfalls dort kodifizierte neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft treten, das u.a. Vorschriften über den Vorsorgeauftrag, die Patientenverfügung, die Vertretungsmöglichkeiten und die Schutzregelungen bei Aufenthalt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen enthält. Im Strafrecht (StGB) finden sich Bestimmungen zur Sterbehilfe.

Mindestens so zahlreich wie die gesetzlichen Erlasse, welche die Alterspolitik tangieren, sind auch die involvierten Bundesämter. Dies veranlasst Yvan Rielle et al. zum folgenden Schluss:

Es fehlt ihr [der Alterspolitik, die Verf.] an Kohärenz, weil Alter in vielen Politikbereichen zu finden und an vielen Orten geregelt wird und in den Regelstrukturen anderer Politik- und Verwaltungsfelder verschwindet.¹⁰⁰

9.1.2 Die Altersstrategie des Bundesrates

Obschon der Bund per Verfassung im Altersbereich vor allem für die Regelung der Sozialversicherungen und der Pflegefinanzierung mandatiert ist, werden im Parlament immer wieder Vorstösse gemacht, welche darüber hinausgehen. Auf diesem Hintergrund hat der Bundesrat als Antwort auf ein Postulat von Susanne Leutenegger Oberholzer¹⁰¹ 2007 seine Strategie für eine schweizerische Alterspolitik veröffentlicht. Der Bericht legt den Fokus auf fünf Themenbereiche, die anhand von Leitfragen behandelt werden.

⁹⁹ Für das Kapitel 9 haben die folgenden Publikationen wichtige Informationen und Impulse geliefert: Rielle, Yvan, Rolf Wirz und Reto Wiesli / Polsan Fachstelle für Gesundheit (2010): Alterspolitik in den Kantonen. Bericht zuhanden der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Bern, Martin, Mike, Caroline Moor und Christine Sutter (2010): Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 2010/11, Bern, sowie Bericht des Bundesrates (2007): Strategie für eine schweizerische Alterspolitik vom 29. August 2007.

¹⁰⁰ Rielle Yvan, Rolf Wirz und Reto Wiesli / Polsan Fachstelle für Gesundheit (2010), S. 9.

¹⁰¹ Dem Strategiebericht liegt das Postulat 03.3541 zugrunde. Es wurde von Nationalrätin Susanne Leutenegger Oberholzer am 3. Oktober 2003 eingereicht.

Ihre Diskussion mündet in Handlungsoptionen, bei denen auch die zuständigen AkteurInnen genannt werden. Die folgende Übersicht zeigt zum einen, wo der Bundesrat in seiner Alterspolitik die Schwerpunkte legt, andererseits gibt sie Hinweise auf die breite Verteilung der Zuständigkeiten:

Abbildung 9 Übersicht über die Handlungsoptionen gemäss der bundesrätlichen Strategie für eine schweizerische Alterspolitik¹⁰²

Themenbereiche	Handlungsoptionen	Zuständigkeit			
		Bund	Kantone	Gemeinden	Private
Gesundheit und medizinische Versorgung	Zugang zu Informationen über das Dienstleistungsangebot Die betroffenen Personen sollen sich einen Überblick über das Angebot und die Möglichkeiten verschaffen können.			X	
	Ausbau der Förderung der Gesundheit und der Stärkung der Autonomie im Alter (..) Gesundheitsförderung und Prävention im Alter richten sich an alle, sollten aber zielgruppenspezifische Anliegen aufnehmen, insbesondere diejenigen von sozial benachteiligten oder schwer erreichbaren Gruppen wie ältere Migrantinnen und Migranten oder Menschen, die in Armut leben.	X	X	X	X
	Unterstützung von Pflegeverantwortlichen auf informeller Basis Unterstützung der Pflegeverantwortlichen, meist ältere Frauen, durch Entlastungsdienste, Ausbildung und Spitex-Dienste.	X	X	X	X

¹⁰² Die Themenbereich Arbeit und Übergang in den Ruhestand wurde in der folgenden Aufstellung weggelassen, da es im vorliegenden Bericht primär um Hochaltrigkeit geht. Sie haben aber in der Altersstrategie des Bundesrates ein ziemlich grosses Gewicht.

	<p>Integrierte Planung von Gesundheitsdiensten Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Angeboten für ambulante und stationäre Akutpflege und für Langzeitpflege.</p>		X		
	<p>Ausbau des Case Management Ein Case Management zur Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung von älteren Menschen kann das Risiko von Heimeinweisungen reduzieren.</p>	X	X	X	X
	<p>Regelung der Pflegefinanzierung im KVG <i>Kommentar der Verf.: Die Revision des KVG ist per 1.1.2012 in Kraft getreten.</i></p>	X			
	<p>Prüfung der Errichtung einer Säule 3c Im Bereich der Finanzierung der Pflege im Alter ist eine Motion der Freisinnig-demokratischen Fraktion hängig. Mit der Motion wird der Bundesrat beauftragt, die Errichtung einer „Säule 3c“ zur freiwilligen und steuerbegünstigten Generierung eines Guthabens für die Finanzierung der individuellen (Langzeit-) Pflege im Alter zu prüfen und dem Parlament einen Vorschlag zur Umsetzung zu unterbreiten. Der Bundesrat hat sich am 6. September 2006 zur Annahme der Motion bereit erklärt. <i>Kommentar der Verf.: Der Ständerat hat die Motion am 19.9.2006 angenommen, der Nationalrat hat sie am 4.10.2007 abgelehnt.</i></p>	X			
	<p>Stärkung der Palliativpflege Die unumgängliche und dringliche Stärkung der Palliativpflege wird von politischen Stellungnahmen auf nationaler Ebene und von Empfehlungen durch Nichtregierungsorganisationen wie der Schweizerischen Krebsliga oder der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) unterstützt.</p>	X	X		
Wohnsituation und Mobilität	<p>Unterstützung von innovativen bedarfsgerechten Wohnprojekten Nötig sind koordinierte Anstrengungen aller Akteure auf allen staatlichen Ebenen, um künftig möglichst allen Angehörigen der älteren Generationen bis ins hohe Alter eine möglichst autonome Alltagsgestaltung und den Verbleib zu Hause zu sichern. Wichtig ist, mit unterschiedlichen Wohnformen zu experimentieren, die Erfahrungen landesweit auszutauschen und dabei die Bedürfnisse und Ressourcen der betroffenen Bevölkerung einzubeziehen.</p>	X			
	<p>„Menschengerechte“ Quartiergestaltung Die Bedürfnisse älterer Menschen müssen vermehrt in die Raumplanung einfließen. Bei der altersgerechten Gestaltung und Ausstattung von Wohnumfeld, Quartieren und Städten sind vor allem die Gemeinden mit ihrer Orts- und Verkehrsplanung angesprochen, weil es sich vorwiegend um lokale Anliegen handelt. Viel versprechend sind dabei Lösungen, die sich nicht spezifisch an den Anforderungen älterer Menschen orientieren, sondern im Sinne einer „menschengerechten“ Gestaltung die Bedürfnisse aller Bewohnergruppen berücksichtigen.</p>	X	X	X	

	Strategie lückenloses Netz für eine autonome und spontane Benützung des öffentlichen Verkehrs Bis 2023 sollte eine Situation geschaffen werden, die Menschen im Seniorenalter ein bequemes und stressfreies Reisen ermöglicht.	X	X		X
Wirtschaftliche Situation der Altersrentnerinnen und -rentner	<i>Kommentar der Verf.: der Bundesrat verweist hier lediglich auf die Handlungsoptionen zum Thema Arbeit und Übergang in den Ruhestand. Dabei geht es in erster Linie um die Erhöhung der Arbeitsmarktchancen von älteren Arbeitnehmenden. Zu weiteren Schritten sieht er keinen Anlass, da die drei Säulen gut für die materielle Sicherheit im Alter sorgen würden. (S. 35ff)</i>				
Engagement und gesellschaftliche Partizipation	Intergenerationelle Öffnung Dachorganisationen der Alters-, Jugend- und Kinderarbeit erhalten vom Bund eine finanzielle Unterstützung gemäss den in den Leistungsaufträgen festgehaltenen Bedingungen.	X			X
	Chancengleicher Zugang zur Informationsgesellschaft Verwaltungsstellen müssen dafür sorgen, dass sie den Zugang zu ihren Dienstleistungen den älteren Generationen garantieren, indem sie z.B. ihre Produkte entsprechend gestalten (Schriftgrösse, Akustik, Tempo usw.).	X	X	X	X
	Mitbestimmungsrecht der pflegebedürftigen Menschen Spitex-Dienste und stationäre Einrichtungen integrieren das Mitbestimmungsrecht der pflegebedürftigen Menschen in ihre Qualitätskriterien und evaluieren regelmässig dessen Respektierung.		X		

9.2 Die Alterspolitik der Kantone

Die bereits erwähnte Studie von Rielle et al. befasst sich vor allem mit der Alterspolitik der Kantone.¹⁰³ Wie auch auf Bundesebene sind die altersrelevanten gesetzlichen Regelungen auf verschiedene Gesetze oder Verordnungen verteilt. Das gilt etwa für die AHV, die Alters- und Pflegeheime oder die Pflegefinanzierung. Eine Ausnahme stellt der Kanton Freiburg dar, der sich aktuell mit der Erarbeitung eines Gesetzes über die Alterspolitik befasst. Die meisten Kantone verfügen aber über kantonale Strategien, Leitbilder, Konzepte und Berichte zu Altersfragen. In einigen Kantonen gibt es diese Dokumente schon in überarbeiteten Versionen. Gemäss Rielle et al. befassen sich diese strategischen Grundlagen mit einer breiten Palette von Themen. Besonders breit wird das Thema Wohnen behandelt. Dabei geht es meist darum, dass ältere Menschen möglichst lange in ihren Wohnungen verbleiben können sollten. Die bern-

¹⁰³ Rielle, Yvan, Rolf Wirz und Reto Wiesli / Polsan Fachstelle für Gesundheit (2010), S. 13ff. Die Studie gibt eine Übersicht über die Situation im Jahr ihres Erscheinens. Es ist nicht auszuschliessen, dass sich seither in einem oder anderen Kanton etwas geändert hat. Im Rahmen des vorliegenden Berichts war es jedoch nicht möglich, dies zu recherchieren. Vgl. dazu auch Martin, Mike, Caroline Moor und Christine Sutter (2010): Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 2010/11, Bern, oder in einer Kurzenversion: Moor, Caroline und Mike Martin (2010): Alterspolitik in den Kantonen: eine Bestandesaufnahme, in Soziale Sicherheit CHSS 2010/6, S. 344-347.

sche Gesundheits- und Fürsorgedirektion zieht in ihrem im Sommer 2011 erschienenen Altersbericht zum Thema Wohnen das folgende Fazit:

Geeignete Wohnangebote sind grundlegend für die Erhaltung der Autonomie und einer höchstmöglichen Unabhängigkeit trotz allfälliger Einschränkungen. Hindernisfreies Wohnen mit den entsprechend notwendigen unterstützenden Dienstleistungen trägt wesentlich dazu bei, einen verfrühten Pflegeheimeintritt zu vermeiden. Dies kommt dem Wunsch der Menschen entgegen, so lange als möglich in den eigenen vier Wänden zu leben.¹⁰⁴

Weitere prominent behandelte Themen sind in den Altersberichten Gesundheit und Prävention, Freiwilligenarbeit, soziale Einbindung und Mitbestimmung. Eher ein Randdasein fristet gemäss Rielle et al. das Thema Finanzen. Den Inhalt der entsprechenden Aussagen fassen sie wie folgt zusammen:

Der Tenor kann mit einem Zitat aus dem Altersleitbild des Kantons Schwyz umschrieben werden: „Niemand soll im Alter aus finanziellen Gründen von benötigten Hilfen ausgeschlossen werden.“ Die Kantone wollen sich zumeist nicht für die finanzielle Situation älterer Menschen verantwortlich erklären, sondern nur subsidiär Unterstützung bieten. So steht im Altersleitbild des Kantons Luzern: „Die einzelnen Bevölkerungsmitglieder tragen jedoch auch selber durch verantwortungsvolles Handeln dazu bei, dass ihre finanzielle Sicherheit im Alter gewährleistet ist.“¹⁰⁵

Die Autoren der genannten Studie behandeln auch die Frage der institutionellen Verankerung. Zuständig waren zu diesem Zeitpunkt Einheiten im Sozial- oder im Gesundheitsbereich. Dabei verfügten zumindest bis 2010 nur die Kantone Bern, St. Gallen, Tessin und Wallis über administrative Einheiten, welche sich ausschliesslich oder schwerpunktmässig mit Altersfragen beschäftigen. Alterskommissionen gab es damals nur in St. Gallen und Schaffhausen.¹⁰⁶

9.3 Alterspolitik in den Gemeinden

Wie die *Abbildung 9* zeigt, sind die Gemeinden wichtige alterspolitische Akteurinnen. So gehört es beispielsweise oft zu ihren Aufgaben, Einrichtungen wie Spitex-Dienste, Mahlzeitendienste, Tagesheime oder Alters- und Pflegeheime zu planen und bereit zu stellen. In diesem Kontext sei stellvertretend noch einmal der Kanton Bern genannt: Er hat die Gemeinden vor ein paar Jahren verpflichtet, Altersleitbilder zu erarbeiten. Mittlerweile haben nahezu alle Gemeinden diese Auflage erfüllt und der Kanton fordert, dass diese Altersleitbilder mindestens alle fünf Jahre zu aktualisieren seien. Dabei sollen folgende Themen behandelt werden: Demografische Aspekte, Abgleich mit dem vorangehenden Altersleitbild, Unterstützung der Selbständigkeit und der Gesundheit im Alter, Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause und Entlastung der betreuenden Angehörigen, Wohnangebote (inkl. Pflegeplätze), Versorgungs-

¹⁰⁴ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern, Bern, S. 37.

¹⁰⁵ Rielle, Yvan, Rolf Wirz und Reto Wiesli / Polsan Fachstelle für Gesundheit (2010), S. 17.

¹⁰⁶ Ebenda, S. 18f.

angebote bei Krankheit, Einbezug der älteren Bevölkerung bei der Planung.¹⁰⁷ Es bleibt zu untersuchen, wie die Alterspolitik in den Gemeinden anderer Kantone geplant wird. Ein weiterer Schritt wäre dann, die Umsetzung solcher Leitbilder zu überprüfen.

9.4 Die NGO

Eine grosse Rolle in der Alterspolitik spielen, neben Gemeinden, Kantonen und Bund, die NGO. Sie übernehmen wichtige Dienstleistungsfunktionen und werden dafür – im Rahmen von Leistungsvereinbarungen – auch mit öffentlichen Geldern unterstützt.¹⁰⁸

Zu erwähnen sind weiter die Selbsthilfe-Organisationen wie der Seniorenrat, der Schweizer Verband für Seniorenfragen, die Grauen Panther, VASOS oder die in der Westschweiz und im Tessin tätige Organisation *alter ego* sowie die Berufs- und Fachorganisation Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG.

10 Finanzielle Aspekte

10.1 Sozialversicherungen

Die Alterssicherung beruht in der Schweiz auf dem Drei-Säulen-Modell. Die für alle Personen obligatorische AHV/IV (1. Säule) soll als Basis die wirtschaftliche Existenzgrundlage sicherstellen. Die berufliche Vorsorge (2. Säule) soll der erwerbstätigen Bevölkerung die Weiterführung einer angemessenen Lebenshaltung ermöglichen. Die gebundene Selbstvorsorge (Säule 3a) ist als Zusatz zur 2. Säule gedacht und erlaubt allen erwerbstätigen Personen eine steuerbegünstigte individuelle Zusatzvorsorge. Die freie Selbstvorsorge (Säule 3b) steht letztendlich allen Personen offen, die mittels Lebensversicherungen, Sparguthaben etc. vorsorgen wollen. Das System wird durch Ergänzungsleistungen (EL) vervollständigt.

10.1.1 AHV

Seit ihrem Inkrafttreten im Jahr 1948 wurde die AHV zehn Mal revidiert. Die 11. Revision wurde im Herbst 2010 vom Nationalrat abgelehnt. In den ersten neun Revisionen wurde die AHV ausgebaut und erweitert. Die zehnte Revision – 1995 vom Volk angenommen – brachte vor allem einen Umbau. Realisiert wurden u.a. einige Anliegen, welche vor allem von Seite der Frauen gefordert worden waren. Dazu gehören insbesondere die Einführung des Splittings sowie der Erziehungs- und Betreuungsgutschriften.

¹⁰⁷ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern, Bern, S. 45f.

¹⁰⁸ Aktuell bestehen auf Bundesebene Leistungsvereinbarungen mit Pro Senectute, dem Schweizerischen Roten Kreuz, dem Spitex Verband Schweiz, CURAVIVA Verband Heime und Institutionen Schweiz, der Schweizerischen Alzheimervereinigung, der Schweizerischen Parkinsonvereinigung, dem Schweiz. Seniorenrat und der Schweiz. Gesellschaft für Gerontologie. Vgl. dazu http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder_jugend_alter/00068/index.html?lang=de. Das BSV führt zurzeit eine Erhebung durch, die Auskunft über entsprechende kantonale Unterstützungen geben wird.

Erziehungs- und Betreuungsgutschriften

Bei der Berechnung der Altersrente kann einer versicherten Person für jedes Jahr, in dem sie Kinder unter 16 Jahren hatte, eine *Erziehungsgutschrift* angerechnet werden. Sie entspricht der dreifachen jährlichen Minimalrente. Bei verheirateten Personen wird die Gutschrift während der Kalenderjahre der Ehe je zur Hälfte aufgeteilt.

Versicherten Personen können für Jahre, in denen sie pflegebedürftige Verwandte betreuten, *Betreuungsgutschriften* angerechnet werden. Für Jahre, in denen Erziehungsgutschriften angerechnet werden können, besteht kein Anspruch auf Betreuungsgutschriften. Die Höhe der Betreuungsgutschrift entspricht der dreifachen jährlichen Minimalrente. Bei verheirateten Personen wird die Gutschrift während der Kalenderjahre der Ehe je zur Hälfte aufgeteilt. Der Durchschnitt der Betreuungsgutschriften ergibt sich, indem die Summe der Betreuungsgutschriften durch die gesamte Beitragsdauer geteilt wird.

(Zitat aus: Informationsstelle AHV/IV in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (2011): Altersrenten und Hilflosenentschädigungen der AHV, Merkblatt 3.01 (Stand am 1.1.2012))

Das ordentliche Rentenalter liegt für Männer bei 65, für Frauen bei 64 Jahren. Es ist damit zu rechnen, dass das Rentenalter der Frauen demjenigen der Männer angeglichen wird. Im Dezember 2010 erhielten 1'981'200 Personen eine Altersrente.

Bei voller Beitragsdauer betragen die ordentlichen Vollrenten pro Person je nach Durchschnittseinkommen aktuell mindestens 1'160 CHF und höchstens 2'320 CHF pro Person.¹⁰⁹ Gemäss Bundesamt für Sozialversicherungen belief sich im Jahr 2009 die

durchschnittliche monatliche Altersrente für BezügerInnen, die allein eine Rente erhielten, (...) für die Frauen auf 1'973 Franken und für die Männer auf 1'979 Franken. Für Ehepaare, bei denen beide Partner rentenberechtigt waren, betrug der Gesamtbetrag im Schnitt 3'280 Franken, wobei diese Renten in 87 Prozent der Fälle plafoniert¹¹⁰ waren. In der Gruppe der unverheirateten BezügerInnen erhielt ein Drittel der Männer und ein Drittel der Frauen mit 2'280 Franken pro Monat die Maximalrente. Bei den Ehepaaren erhielten 60 Prozent den Maximalbetrag von 3'420 Franken.¹¹¹

¹⁰⁹ Informationsstelle AHV/IV in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (2011): Altersrenten und Hilflosenentschädigungen der AHV, Merkblatt 3.01 (Stand am 1.1.2012).

¹¹⁰ Die Summe der beiden Einzelrenten eines Ehepaars darf nicht grösser sein als 150% der Maximalrente. Wird dieser Höchstbetrag überschritten, werden die beiden Einzelrenten entsprechend gekürzt. Eine Plafonierung der Renten findet nicht statt, wenn entweder der gemeinsame Haushalt durch einen richterlichen Entscheid aufgehoben wurde oder wenn ein Ehegatte eine Altersrente und der andere eine halbe oder Viertelsrente der IV bezieht.

¹¹¹ Bundesamt für Sozialversicherungen (2009): AHV-Statistik 2010. Statistik zur sozialen Sicherheit, Bern, S. 1.

Bei verwitweten Personen wird die Plafonierung aufgehoben. Sie erhalten zudem einen Zuschlag von 20 Prozent. Dieser Zuschlag wird jedoch nur bis zum Maximalbetrag der Altersrente gewährt. Im Jahr 2010 erhielten 120'600 Personen eine Witwen- oder Witwerrente.

Die AHV deckt grundsätzlich die gesamte Bevölkerung ab. Da praktisch die gesamte Wohnbevölkerung im Alter zwischen 20 und 64/65 Jahren der Beitragspflicht unterliegt, dürften nur noch AusländerInnen, die erst nach dem Erreichen des Pensionsalters in die Schweiz kommen, keine AHV-Rente erhalten. Anders als in einigen vergleichbaren Staaten existiert für Erwerbstätige keine Obergrenze der Beiträge ab einer bestimmten Höhe des Erwerbseinkommens.

Die AHV beruht grundsätzlich auf dem Umlageverfahren. D.h., dass die Ausgaben in einem bestimmten Jahr durch die Einnahmen im selben Jahr gedeckt werden müssen. Die Leistungen werden durch die Beiträge der Versicherten und der ArbeitgeberInnen, den Beitrag des Bundes sowie die Zinsen aus dem Ausgleichsfonds, eine Spielbankensteuer (seit 2000), durch die Einnahmen aus dem Regress auf haftpflichtige Dritte sowie – seit 1999 – durch Mittel der Mehrwertsteuer gedeckt. Seit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) im Jahr 2008 ist die Finanzierung der AHV Bundessache.

10.1.2 Ergänzungsleistungen

AHV- und IV-RentnerInnen, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL). Eine Voraussetzung ist etwa, dass die Person, welche EL beanspruchen möchte, in der Schweiz lebt. AusländerInnen, die hier leben und nicht aus dem EU-Raum oder einem EFTA-Land stammen, müssen zusätzliche Bedingungen erfüllen. Die Höhe der EL entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den Einnahmen, die angerechnet werden. EL werden durch die Kantone ausgerichtet, nach Ansätzen, welche der Bund jährlich für jeden einzelnen Kanton festlegt.¹¹²

Eingeführt wurden die Ergänzungsleistungen im Jahr 1966. Konzipiert waren sie damals für die Übergangszeit bis die AHV-Renten den Existenzbedarf sichern würden. Die definitive verfassungsmässige Grundlage erhielten sie erst 2008 im Rahmen des NFA. Anlässlich der Revision von 2011 wurden die Vermögensfreibeträge¹¹³ erhöht. Die EL werden vom Bund und den Kantonen über Steuern finanziert.

1. Ende 2010 haben in der Schweiz 168'206 AHV-BezügerInnen eine Ergänzungsleistungen bezogen. Das waren insgesamt knapp 12 Prozent der AHV-RentnerInnen. Zwischen 2001 und 2010 schwankte ihr Anteil zwischen 11.3 und 12.1 Prozent. Die Anteile sind nach Kantonen sehr unterschiedlich. Die tiefsten Anteile hatten 2010 die Kantone Wallis und Zug mit 6.9 Prozent, die höchsten das Tessin mit 18.9 Prozent, gefolgt vom Jura mit 17.4 Prozent. Diese Unterschiede

¹¹² Informationsstelle AHV/IV in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (2011): Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, Merkblatt 5.01 (Stand am 1.1.2012).

¹¹³ Ebenda, S. 3: Der Freibetrag (=Bruttovermögen nach Schuldenabzug) für Alleinstehende beträgt demnach 37'500 CHF, für Ehepaare 60'000 CHF. Bei einer selbstbewohnten Liegenschaft beträgt er für beide Kategorien 112'500 CHF. Er erhöht sich auf 300'000 CHF, wenn eine alleinstehende Person oder einer der Ehegatten eine Hilflosenentschädigung bezieht.

zwischen den Kantonen sind nicht restlos geklärt. Teilweise sind sie auf strukturelle Differenzen wie Wohneigentumsquoten oder Anteil an ausländischer Bevölkerung zurückzuführen.¹¹⁴

2. 53 Prozent der älteren EL-BezügerInnen waren im Jahr 2010 zwischen 65- und 79-jährig, 47 Prozent älter als 79-jährig. Bei den über 79-Jährigen betrug der Anteil der EL-BezügerInnen 18.7 Prozent, bei denjenigen zwischen 65 und 79 Jahren machte der entsprechende Anteil 9.4 Prozent aus. Anders gesagt: Der Bezug von EL-Leistungen steigt mit dem Alter stark an. Zudem ist der Anteil von AHV-RentnerInnen mit EL höher als derjenige der Männer: Im Jahr 2010 haben 13.9 Prozent dieser Frauen EL bezogen gegenüber 8.7 Prozent der Männer. Fast drei Viertel (oder 73%) der Personen mit Ergänzungsleistungen haben damals in einem Heim gelebt, die anderen in einem Privathaushalt. Zu fast 90 Prozent waren die mit EL unterstützten Personen alleinstehend.¹¹⁵
3. Einige Kantone gewähren neben der EL zusätzliche finanzielle Unterstützung für RentnerInnen. Diese haben den Zweck, Kosten, die durch die EL nicht abgedeckt sind, zu vergüten.¹¹⁶

4. 10.1.3 Hilflosenentschädigung

5. In der Schweiz wohnende Personen, die eine Altersrente oder Ergänzungsleistungen beziehen, können im Rahmen der AHV eine Hilflosenentschädigung geltend machen. Als hilflos gilt, wer für alltägliche Lebensverrichtungen (Ankleiden, Körperpflege, Essen usw.) dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf. Die Höhe der Entschädigung richtet sich nach dem Grad der Hilflosigkeit und beträgt zurzeit zwischen 232 CHF und 928 CHF. Sie ist von Einkommen und Vermögen unabhängig. Im Dezember 2010 erhielten insgesamt 59'300 AHV-RentnerInnen eine Hilflosenentschädigung, davon waren 23 Prozent männlichen und 76 Prozent weiblichen Geschlechts. Sie hatten insgesamt einen Anteil von 3 Prozent am Total der AHV-BezügerInnen.

¹¹⁴ Ecoplan (2006): Gründe für unterschiedliche EL-Quoten. Statistische Analyse im Rahmen der Evaluation der Ergänzungsleistungen zu AHV und IV, Bern.

¹¹⁵ Bundesamt für Sozialversicherungen (2011): Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2010. Statistik zur sozialen Sicherheit (inkl. Tabellenteil), Bern. Die Angaben in diesem Abschnitt stammen aus dem Tabellenteil.

¹¹⁶ Bundesamt für Sozialversicherungen (2011): Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2010. Statistik zur sozialen Sicherheit (inkl. Tabellenteil), Bern, S. 15f.

Abbildung 10 BezügerInnen von Hilflosenentschädigung nach Alter, Geschlecht und Hilflosigkeitsgrad, Dezember 2010 (Quelle: BSV¹¹⁷)

Altergruppe	Männer			Frauen			Total		
	Leicht	Mittel	Schwer	Leicht	Mittel	Schwer	Leicht	Mittel	Schwer
60-64	2	2		274	184	136	276	186	136
65-69	859	966	666	1'044	1'062	748	1'903	2'028	1'414
70-74	410	928	884	513	1'039	1'009	923	1'967	1'893
75-79	257	1'163	1'136	333	1'614	1'696	590	2'777	2'832
80-84	124	1'312	1'386	160	2'669	2'759	284	3'981	4'145
85-89	46	1'142	1'196	60	3'407	3'876	106	4'549	5'072
90-94	4	612	652	11	2'360	3'091	15	2'972	3'743
95-99	1	182	215		880	1'557	1	1'062	1'772
100 und älter		21	24		144	294	0	165	318
Total	1'703	6'328	6'159	2'395	13'359	15'166	4'098	19'687	21'325

10.1.4 Die berufliche Vorsorge

Mit der Inkraftsetzung des BVG im Jahr 1985 wurde die berufliche Vorsorge für alle angestellten Erwerbstätigen obligatorisch. Dieses Obligatorium gilt allerdings nur für Personen, die einen Mindestjahresverdienst von 20'880 CHF haben. Es gibt im Obligatorium auch eine obere Limite. Aktuell wird sie mit einem Einkommen von 83'520 erreicht. Es steht einer Pensionskasse jedoch frei, Löhne, die darüber liegen, ebenfalls zu versichern. Zehn Jahre nach dem BVG trat das Freizügigkeitsgesetz in Kraft, wonach der alte Arbeitgeber bei einem Stellenwechsel das angesparte Altersguthaben an die Vorsorgeeinrichtung der neuen Arbeitgeberin überweisen muss.

Beitragspflichtig sind sowohl die ArbeitnehmerInnen wie auch die ArbeitgeberInnen. Finanziert wird die berufliche Vorsorge über das sogenannte Kapitaldeckungsverfahren. Die Rentenhöhe wird entweder nach dem Leistungs- oder nach dem Beitragsprimat berechnet. Beim Leistungsprimat richten sich die Leistungen nach einem vorgegebenen Ziel; in der Regel ist dies der versicherte Lohn. Beim Beitragsprimat werden die Leistungen aufgrund der einbezahlten Beiträge berechnet. Im Verlauf der letzten Jahre hat das Leistungsprimat zugunsten des Beitragsprimats an Bedeutung verloren. Politischer Streitpunkte sind seit einigen Jahren der Umwandlungssatz und der Mindestzinssatz bei der Verzinsung der Altersguthaben.

¹¹⁷ Bundesamt für Sozialversicherungen (2011): Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2010. Statistik zur sozialen Sicherheit (inkl. Tabellenteil), Bern. Die Angaben stammen aus Tabelle 11 des Tabellenteils.

Die zweite Säule sollte – so die Absicht des Gesetzgebers – zusammen mit der ersten Säule ein Renteneinkommen generieren, das rund 60 Prozent des letzten Lohnes erreicht.

Im Jahr 2009 waren 3.6 Mio. Personen bei einer Vorsorgeeinrichtung versichert. Davon waren 1.5 Mio. bzw. 42 Prozent Frauen. Bei den BVG-Altersguthaben belief sich ihr Anteil auf 28.4 Prozent. Eine Altersrente bezogen haben zum gleichen Zeitpunkt 577'165 Versicherte. Zwei Drittel von ihnen waren Männer und ein Drittel Frauen. Durchschnittlich betragen die Renten 30'630 CHF. Bei den männlichen Bezüglern lag der entsprechende Wert bei 36'500 CHF und bei den Frauen bei 19'000 CHF. Häufiger als Männer erhalten Frauen eine Ehegatten- bzw. Partnerschaftsrente. Von den 174'000 Ehegattenrenten gingen 95 Prozent an Frauen. Zudem lagen die Witwenrenten mit durchschnittlich 19'000 CHF höher als diejenige der Witwer mit 13'500 CHF.¹¹⁸

Sind die AHV-Renten zwischen den Geschlechtern mittlerweile ausgeglichen, spiegelt die berufliche Vorsorge ganz direkt die Erwerbssituation. Nach wie vor sind es vor allem die Frauen, welche das Pensum ihrer Erwerbsarbeit reduzieren oder diese ganz aufgeben, wenn es darum geht Care-Arbeit für Kinder oder andere Angehörige zu leisten. Dementsprechend fallen ihre Pensionskassenrenten tiefer oder ganz aus. Im Gegensatz zur AHV gibt es kein Rentensplitting und auch keine Erziehungs- und Betreuungsgutschriften. Immerhin wurde im Jahr 2000 der Vorsorgeausgleich im Scheidungsrecht verankert, wonach seither die Pensionskassenbeiträge im Scheidungsfall grundsätzlich hälftig geteilt werden. Im Jahr 2005 ist zudem der Koordinationsabzug gesenkt worden. D.h., die Eintrittsschwelle in die berufliche Vorsorge wurde herabgesetzt, wovon bisher primär Frauen profitieren.¹¹⁹

10.1.5 Die dritte Säule

Die dritte Säule ist in zwei Bereiche unterteilt. Die sogenannte freie Selbstvorsorge umfasst die Sparguthaben, über die jederzeit frei verfügt werden kann. Die gebundene Selbstvorsorge – die Säule 3a – ist steuerabzugsfähig, aber nicht jederzeit frei verfügbar. Die Beiträge sind plafoniert. Die Säule 3a wurde 1986 eingeführt und steht grundsätzlich allen Erwerbstätigen offen. Eine grosse Bedeutung hat sie insbesondere für Selbständigerwerbende, die häufig über keine berufliche Vorsorge verfügen.

Zur Bedeutung der dritte Säule für Frauen mit Betreuungsfunktionen äussern sich Heidi Stutz und Caroline Knupfer wie folgt:

Wer in Care-intensiven Phasen nicht erwerbstätig ist, hat keinen Zugang zu dieser Form der geförderten Selbstvorsorge, auch wenn gerade solche Personen schon in der 2. Säule oft schlecht abgesichert sind. Eine parlamentarische Initiative (96.412) der FDP-Nationalrätin Lili Nabholz

¹¹⁸ Bundesamt für Statistik (2011): Die berufliche Vorsorge in der Schweiz. Pensionskassenstatistik 2009, Neuchâtel, S. 25ff.

¹¹⁹ Vgl. dazu etwa Stutz, Heidi und Caroline Knupfer (2012): Absicherung unbezahlter Care-Leistungen von Frauen und Männern. Anpassungsbedarf des Sozialstaats in Zeiten sich ändernder Arbeitsteilung. Grundlagenpapier im Auftrag des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann, Bern, S. 52ff., und Bertschy, Kathrin und André Müller (2011): Was hat die Herabsetzung der Eintrittsschwelle in der 1. BVG-Revision gebracht?, in: Soziale Sicherheit CHSS 2011/4, S. 214-218.

verlangte 1996, die gebundene Selbstvorsorge auch für Personen zu öffnen, die ohne Entlohnung Erziehungs- und Betreuungsaufgaben wahrnehmen oder aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig sind. Der Vorstoss wurde 1997 im Nationalrat mit grosser Mehrheit überwiesen, im Folgejahr jedoch einem Kostenmoratorium unterstellt. Danach wurde seine Behandlung in der zuständigen Kommission durch Fristverlängerungen immer wieder hinausgeschoben, bis die Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrats 2009 erfolgreich den Antrag stellte, ihn abzuschreiben, da das Anliegen besser im Rahmen neuerer Vorstösse zu behandeln sei. Einen Streitpunkt bildete im Hintergrund immer die Frage, ob mit dieser Massnahme wirklich Benachteiligte gestärkt oder nur Steueroptimierung für Vermögende betrieben werde.¹²⁰

10.2 Kranken- und Pflegeversicherung

Die obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) deckt die Kosten ambulanter und stationärer Heilbehandlungen im Krankheitsfall und – für Personen, die nicht nach dem Unfallgesetz versichert sind – von Unfall. Das Versicherungsobligatorium besteht seit 1996. Ein wesentliches Ziel bei seiner Einführung war, der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer hoch stehenden Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Der Erreichung des sogenannten Solidaritätsziels stellen die Evaluationen ein gutes Zeugnis aus. Gemäss Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung wurde die angestrebte Solidarität zwischen den Versicherten gestärkt:

So haben das Versicherungsobligatorium, die Einheitsprämie, die volle Freizügigkeit sowie der Risikoausgleich, aber auch die individuelle Prämienverbilligung (zumindest für die unteren, weniger für die mittleren Einkommenskategorien) der fortschreitenden Entsolidarisierung nachhaltig entgegengewirkt. Mit dem alten Gesetz zahlten beispielsweise ältere Versicherte ein Mehrfaches der Prämien junger Versicherter, Frauen mehr als Männer, und bei einem Kassenwechsel konnte die neue Kasse Leistungen für bestehende oder chronische Krankheiten für eine bestimmte Zeit ausschliessen oder Versicherten gar die Aufnahme verweigern.¹²¹

Die Kassen werden über einheitliche Kopfprämien finanziert. Die Beiträge der Versicherten variieren kantonal/regional, zwischen den Altersgruppen Kinder, junge Erwachsene und Erwachsene und nach Kassen. Die Prämien für die Grundversicherung betragen 2011 durchschnittlich 374 CHF, im Kanton Appenzell Innerrhoden 277 CHF und in Basel-Stadt 484 CHF. Die Prämien von Personen mit geringem Einkommen werden durch Beiträge von Bund und Kanton vergünstigt.

10.2.1 Gesundheitskosten

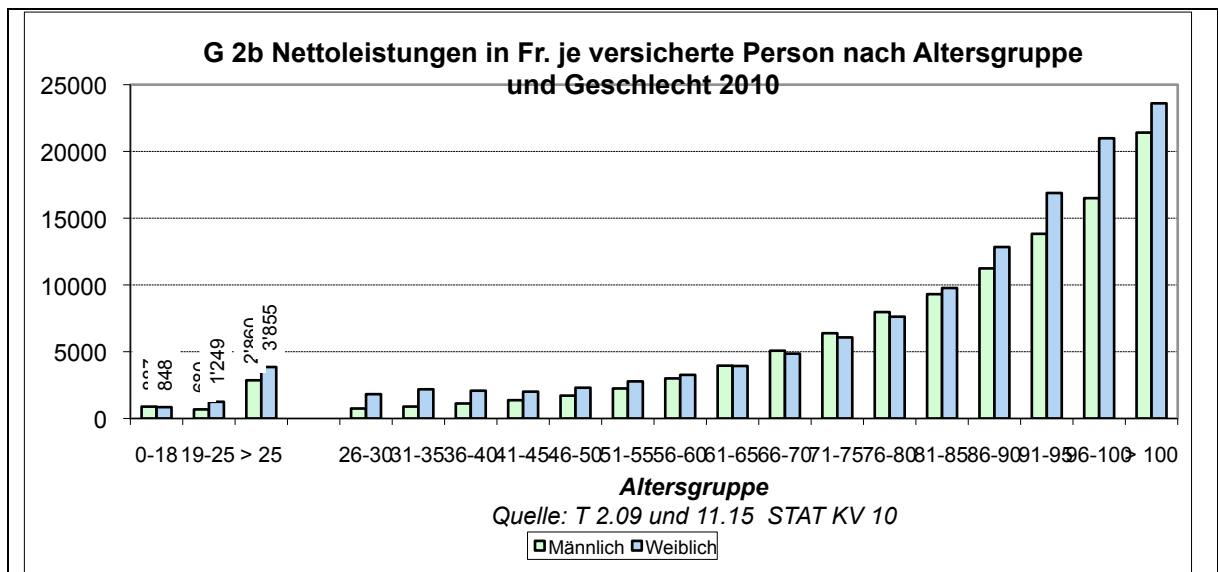
Wie die folgende *Abbildung 11* zeigt, ist die durchschnittliche Beanspruchung von Leistungen, die durch die Krankenkassen finanziert werden, stark altersabhängig und mit dem Alter steigend. Diese Abbildung zeigt auch, dass bezüglich des Geschlechts keine durchgehenden Trends auszumachen sind. Tendenz-

¹²⁰ Stutz, Heidi und Caroline Knupfer (2012), S. 57.

¹²¹ Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte) vom 26. Mai 2004, S. 4264.

ell beanspruchen aber Frauen – in CHF gerechnet – mehr Leistungen als Männer. Bei den älteren Personen fallen v.a. die Leistungen für Pflegeheime und ambulante Pflegedienste ins Gewicht.¹²²

Abbildung 11 *Nettleistungen in CHF je versicherte Person nach Altersgruppe und Geschlecht, 2010*
(Quelle: BAG¹²³)

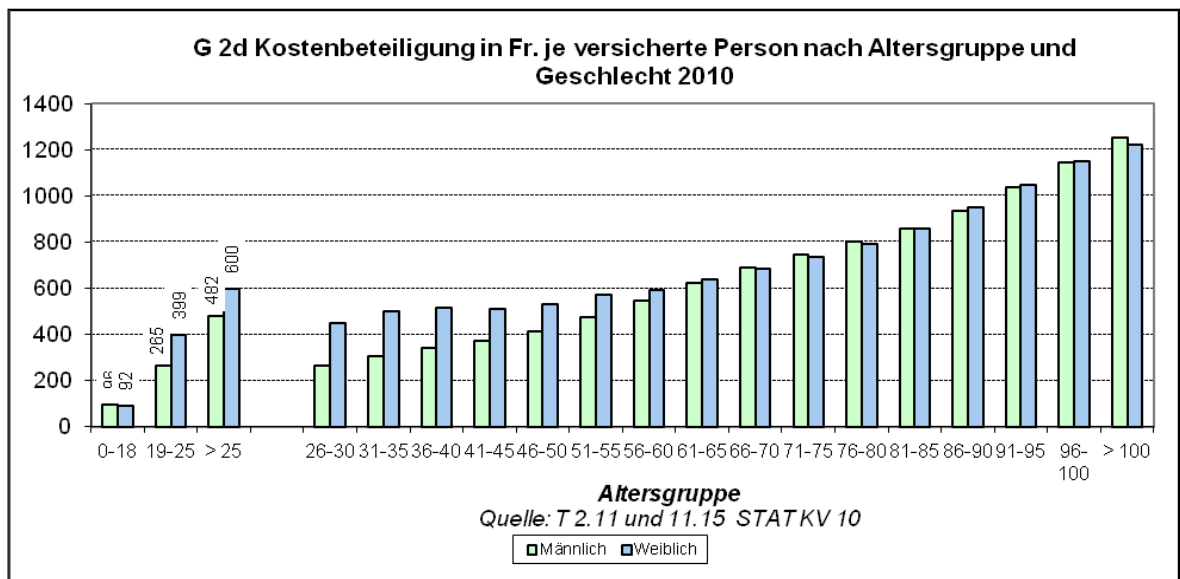


Die *Abbildung 12* illustriert die Kosten, welche die Versicherten zu leisten haben. Sie nehmen ebenfalls mit steigendem Alter zu.

¹²² Sturny, Isabelle (2004): 5-Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Analyse der Krankenversicherer OKP mit dem Datenpool von santésuisse. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 10, Neuchâtel, S. 35.

¹²³ Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010 - laufende Aufdatierung ab 1/2012). Diese Statistik findet sich unter <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html> (Zugriff am 7.3.2012).

Abbildung 12 Kostenbeteiligung in CHF je versicherte Person nach Altersgruppe und Geschlecht, 2010 (Quelle: BAG¹²⁴)



Die Abbildungen 11 und 12 stützen sich auf die Daten der Krankenkassen ab. Die Abbildung 12 enthält demnach nur einen Teil der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Diese machen insgesamt rund 30 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Dieser Anteil ist, wie die Studie von Miriam Frey et al. zeigt, im internationalen Vergleich sehr hoch: Er

beträgt (..) in Italien 20%, in Österreich 15%, in Deutschland 13%, in Grossbritannien 11%, in Frankreich 7% und in der Niederlande sogar nur 6%. Diese unterschiedlichen Anteile lassen sich zu einem grossen Teil auf Unterschiede bei den Leistungskatalogen der Grundversicherung zurückführen. Der Leistungskatalog der Schweiz liegt zwar grösstenteils im Rahmen der OECD-Länder, jedoch mit drei wichtigen Ausnahmen. Erstens sind Zahnbehandlungen darin nicht enthalten. Zweitens werden relativ wenig Präventionsleistungen durch OKP und Staat abgedeckt. Drittens ist der Anteil der eigenen Ausgaben, die die Schweizerinnen und Schweizer für die Langzeitpflege ausgeben, im Ländervergleich sehr hoch.¹²⁵

Von den privaten Gesundheitsausgaben entfielen im Jahr 2009 29 Prozent auf die Finanzierung von Pflegeheimplätzen.

¹²⁴ Ebenda. Es werden nur Kosten ausgewiesen, welche den Krankenkassen bekannt sind.

¹²⁵ Frey, Miriam, David Liechti und Manuel Feer / B,S,S (2011): Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Out-Of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich, Obsan Dossier 17, Neuchâtel, S. 7f.

10.2.2 Die neue Pflegefinanzierung

Im Jahr 1994 haben die Stimmberechtigten einer KVG-Vorlage zugestimmt, welche die volle Übernahme der Pflegekosten versprach.¹²⁶ Seither – per 1. Januar 2011 – sind bezüglich der Pflegefinanzierung neue Bestimmungen in Kraft getreten. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgte der Bundesrat die folgenden Ziele:

Zum einen soll die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden, zum anderen geht es darum, die Krankenversicherung, welche im geltenden System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich zu belasten. Mag im Pflegealltag die Unterscheidung zwischen krankheits- und altersbedingter Pflege kaum zu treffen sein, so ist dennoch nicht zu verkennen, dass das Alter das Pflegerisiko eindeutig erhöht. Im historisch gewachsenen, kausal, d.h. nach Risiken strukturierten schweizerischen Sozialversicherungssystem sollte diese altersbedingte Mehrbelastung nicht unbegrenzt von der Krankenversicherung getragen werden.¹²⁷

Kurzfristig würden sich – so die Annahme des Bundesrates – die finanziellen Auswirkungen auf die pflegebedürftigen Personen in Grenzen halten. Hingegen sei mittel- und längerfristig damit zu rechnen, dass die privaten Haushalte stärker belastet würden. Diese Mehrbelastungen seien durch eine Erweiterung der Anspruchsberechtigung für Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen aufzufangen, womit ein Abgleiten in die Sozialhilfe zu vermeiden sei.¹²⁸

Die Neuordnung¹²⁹ sieht vor, dass die Beiträge der OKP begrenzt werden. Das gilt sowohl für Leistungen von ambulanten Diensten wie auch von solchen von Pflegeheimen. Laut Artikel 25a Absatz 5 KVG dürfen den Pflegebedürftigen „von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältigt werden.“ Der maximale Beitrag im Pflegeheim beträgt zurzeit 21.60 CHF pro Tag und bei der ambulanten Pflege 15.60 CHF. Claudio Zogg kommentierte diese Neuregelung bei der Einführung wie folgt:

Insbesondere im ambulanten Bereich wird der Eigenanteil spürbar sein, weil bisher – ausser Franchise und Selbstbehalt, welche weiterhin und zusätzlich anfallen – die Pflegebedürftigen keinen Eigenanteil leisten mussten.

Der Eigenanteil bei der ambulanten Pflege hat vor allem zur Folge, dass regelmässig auf Pflege angewiesene Personen über ein bis zu 500 Franken höheres Monatseinkommen verfügen müs-

¹²⁶ Nicht enthalten sind in den Pflegekosten Wohn-, Betreuungs- und Hotelleriekosten.

¹²⁷ Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, S. 2034.

¹²⁸ Ebenda, S. 2035.

¹²⁹ Artikel 25a KVG und 832.112.31 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV).

*sen. Dadurch wird eine nicht unerhebliche Zahl alter Menschen neu auf Ergänzungsleistungen angewiesen sein.*¹³⁰

Die Restfinanzierung haben die Kantone zu regeln. Dabei sind gemäss Zogg die folgenden Mechanismen zu beobachten: Der Umfang der zu finanzierenden Pflegekosten wird plafoniert. Dabei seien die finanziellen Auswirkungen auf die Leistungserbringer und die Pflegebedürftigen kaum ein Thema. Zudem würden vielerorts die bis anhin von der öffentlichen Hand getragenen Kosten für Infrastruktur, Subventionen oder Defizitübernahmen gestrichen. Er geht weiter davon aus, dass der bereits in den 1990er Jahren eingeleitete Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung einen zusätzlichen Schub erhalten würde. Die verschiedenen Finanzquellen führten schliesslich zu einer Überforderung der Betroffenen, der Angehörigen, ja sogar der BeiständInnen.¹³¹

Unseres Wissens gibt es zurzeit noch keine Evaluationen zur neuen Pflegefinanzierung. Doch der eidgenössische Preisüberwacher hat im September 2011 Alarm geschlagen:

*Die Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat entgegen den Absichten des Gesetzgebers teilweise zu einer markanten finanziellen Mehrbelastung für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner geführt. Eine Untersuchung der Preisüberwachung anhand der Taxordnungen von 88 Heimen in sieben Kantonen zeigt bei der Höhe und Struktur der Heimkosten, aber vor allem bei den Eigenbeiträgen, erhebliche und nicht zu rechtfertigende Unterschiede. Der Hauptgrund für die Probleme liegt in der mangelhaft geregelten Restfinanzierung der Pflegekosten. Die Beiträge der öffentlichen Hand variieren in den Kantonen z.B. in der Pflegebedarfsstufe 10¹³² zwischen 0 und 150 Franken pro Tag. Der Preisüberwacher sieht dringenden Handlungsbedarf (..).*¹³³

Gesetzeswidrig sei u.a., die Pflegekosten nicht als solche auszuweisen, sondern sie den BewohnerInnen als Betreuungs- oder Hotellerieleistungen in Rechnung zu stellen. Er hält weiter fest, dass solche widerrechtlichen Praktiken für die einzelnen BewohnerInnen kaum nachweisbar und deshalb auch schwer einklagbar seien.

10.3 Wirtschaftliche Situation

Einen ersten Einblick in die wirtschaftliche Situation von RentnerInnen vermittelt die folgende *Abbildung 13*. Sie erfasst allerdings nur Personen in privaten Haushalten und unterscheidet auch nicht nach Alterskategorien. Die Daten zeigen, dass die durchschnittlichen Einkommen wesentlich – zu 84 Prozent bei Alleinstehenden und zu 77 Prozent in Paarhaushalten – auf die Einkommen aus der 1. und 2. Säule abstützen, wobei die erste Säule den Hauptteil ausmacht. Allerdings – so der Kommentar des BSV zu dieser Abbildung – werde

¹³⁰ Zogg, Claudio (2011): Wer zahlt die Pflege? Die neue Pflegefinanzierung, in: Caritas: Sozialalmanach 2011: Das vierte Lebensalter, Luzern, S. 95f.

¹³¹ Ebenda, S. 102f.

¹³² Es gibt insgesamt 12 Pflegebedarfsstufen.

¹³³ Preisüberwachung PUE (September 2011): Probleme bei der neuen Pflegefinanzierung – Preisüberwacher ortet dringenden Handlungsbedarf, Bern, S. 1.

die Bedeutung der zweiten Säule unterschätzt, da ein nicht unwesentlicher Teil des verfügbaren Guthabens nicht in Rentenform, sondern als Kapitaleistung (Wohneigentumsfinanzierung, Vermögen) bezogen wird; wie im Übrigen auch die Leistungen aus der dritten Säule. Diese Leistungen erscheinen bei den Rentenbezügen nicht. Andere Studien bestätigen, dass 40 bis 50 Prozent des Gesamteinkommens der Haushalte von RentnerInnen durch Einkommen aus der ersten Säule gedeckt werden.

Einkommen aus Arbeit dürften bei hochaltrigen Personen weitgehend wegfallen. Was das Einkommen aus Vermögen betrifft, so beträgt sein Anteil im Durchschnitt immerhin 12 bzw. 14 Prozent. Nicht berücksichtigt sind hier das Vermögen und der Vermögensverzehr, der im Rentenalter stark ansteigt.

Abbildung 13 Einkommen und Ausgaben von Einpersonenhaushalten und Paaren von Referenzpersonen von 65 Jahren und mehr in Monatsbeträgen in CHF (arithmetische Mittel) in Franken¹³⁴

Haushalt		Alleinstehende		Paare		
		Mittelwert	in %	Mittelwert	in %	
Bruttoeinkommen pro Haushalt		4'339	100%	7'562	100%	
	Transfereinkommen	3'629	84%	5'818	77%	
	davon	1. Säule	2'063	48%	3'089	41%
		2. Säule	1'317	30%	2'482	33%
	Einkommen aus Arbeit	170	4%	677	9%	
	Einnahmen aus Vermietung und Vermögenseinkommen	541	12%	1'067	14%	
<hr/>						
Ausgaben pro Haushalt		4'320	100%	7'287	100%	
	Konsumausgaben	3'007	70%	4'910	67%	
	davon	Nahrungsmittel und Getränke	385	9%	709	10%
		Verkehr und Kommunikation	314	7%	673	9%
		Wohnen und Energie	1'118	26%	1'229	17%
	Transferausgaben (Steuern, Versicherungsprämien etc.)	1'128	26%	2'158	30%	

Unabhängig vom Alter ist die Einkommens- und noch mehr die Vermögenssituation von schweizerischen Haushalten schlecht dokumentiert. Nach wie vor werden deshalb die beiden Untersuchungen von Peter Moser zu den Steuerdaten des Kantons Zürich aus den Jahren 2002 bzw. 2006 sehr häufig zitiert sowie

¹³⁴ Bundesamt für Sozialversicherungen (2011): AHV-Statistik Dezember 2010. Statistiken zur sozialen Sicherheit (inkl. Tabellenteil), Bern, S. 6. Die Daten basieren auf den Haushaltbudgeterhebungen des BFS aus den Jahren 2006-2008. Die Referenzperson ist dasjenige Haushaltsmitglied, das am meisten zum Haushalteinkommen beiträgt. Berücksichtigt sind ausschliesslich private Haushalte. Oder anders gesagt: HeimbewohnerInnen sind hier nicht berücksichtigt.

die Studie zur wirtschaftlichen Situation von Erwerbstätigen und Personen im Ruhestand von Philippe Wanner und Alexis Gabadinho aus dem Jahr 2008.¹³⁵

Zur Entwicklung der Einkommen von Zürcher RentnerInnenhaushalten während der letzten Jahre äussert sich Peter Moser wie folgt: Dass die Haushalteinkommen mit dem Eintritt ins Rentenalter abnehmen, ist weiter nicht erstaunlich:

Schon interessanter ist allerdings, das lehrt die Entwicklung der Einkommen nach Altersklassen (..), dass die Einkommen sukzessiver Rentnergenerationen – anders als bei den über 30-jährigen Erwerbstätigen – sowohl bei den Ein- wie den Mehrpersonenhaushalten deutlich und stetig zugenommen haben. Nimmt man beispielsweise die Altersklasse 70–74, so hat sich das Medianeinkommen eines Mehrpersonenhaushalts in dieser Gruppe zwischen 1991 und 2003 von 50 000 auf 61 000 Fr erhöht. Diese Entwicklung ist im Wesentlichen dem Ausbau des Rentensystems zu verdanken. Je später geboren, desto besser die Altersvorsorge, desto länger unterstand man z. B. bereits dem Pensionskassenobligatorium, und desto höher die Renten.¹³⁶

Wie bereits erwähnt, wurde das Pensionskassenobligatorium 1985 eingeführt. Es dürfte deshalb noch eine Weile gehen, bis diejenigen Personen ins Rentenalter kommen, die voll davon profitieren konnten. Die heute 80-Jährigen waren damals schon über 50, die 85-Jährigen standen schon kurz vor dem Ende ihrer Berufslaufbahn. Die heute 90-Jährigen waren zudem auch schon 26-jährig als die AHV eingeführt wurde. Bei allen diesen Jahrgängen ist zudem in Rechnung zu stellen, dass die rentengenerierende Erwerbsbeteiligung von Frauen relativ tief war und oft aus einem Teilzeitpensum bestand.

Was die Vermögenssituation im Kanton Zürich betrifft, so stellt Peter Moser fest, dass sich die Vermögen bei den Pensionierten konzentrieren würden. So seien von den im Jahr 2003 ausgewiesenen Vermögen mehr als die Hälfte (53%) von RentnerInnen versteuert worden, die ihrerseits aber nur einen Anteil von 20 Prozent an der Bevölkerung hatten. Dabei seien alleinstehende Personen in fast allen Haushalten weniger reich als solche in Mehrpersonenhaushalten und dieser Unterschied würde sich mit zunehmendem Alter akzentuieren.¹³⁷

¹³⁵ Moser, Peter (2002): Alter, Einkommen und Vermögen. Eine Analyse der Zürcher Steuerstatistik 1999, in: statistik.info 2002/23, hrsg. vom Statistischen Amt des Kantons Zürich, und derselbe (2006): Einkommen und Vermögen der Generationen im Lebenszyklus. Eine Querschnitts-Kohortenanalyse der Zürcher Staatssteuerdaten 1991-2003, in: statistik.info 2006/1, hrsg. vom Statistischen Amt des Kantons Zürich; Wanner, Philippe und Alexis Gabadinho (2008): Die wirtschaftliche Situation von Erwerbstätigen und Personen im Ruhestand. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht 2008/1, Bern. Die Studie zur Alterssicherung von Jürg Guggisberg et al. befasst sich insbesondere mit der Vorsorgesituation von Personen kurz vor oder nach Erreichen des Rentenalters.

¹³⁶ Peter Moser (2006), S. 11.

¹³⁷ Ebenda.

10.4 Armut im Alter

Die bisher genannten Durchschnitte sagen wenig aus über die Verteilung. Die Meinung, dass mit dem Drei-Säulen-Modell die soziale Sicherheit im Alter mehr oder weniger gewährleistet sei, ist weit verbreitet. Exemplarisch sei hier die bundesrätliche Altersstrategie genannt:

Die drei Säulen der Altersvorsorge sorgen für eine gute materielle Sicherheit im Alter. In der Tat konnte die Einkommensarmut im Alter mit dem bestehenden System weitgehend überwunden werden. Die Armutsquote bei den Altersrentnern und -rentnerinnen liegt bei 9,5% und unterscheidet sich nicht signifikant von derjenigen in der Gesamtbevölkerung (9,8%). Nur bei den abhängig Beschäftigten liegt sie tiefer (6,8%). Lediglich 0,3% der Personen über 65 Jahren nehmen Sozialhilfe in Anspruch gegenüber 3% der Gesamtbevölkerung. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im Rentenalter die Ergänzungsleistungen die Funktion der Sozialhilfe übernehmen.¹³⁸

Nachdem in den letzten Jahren viel davon gesprochen wurde, dass das früher grosse Armutsrisiko Alter nun durch die Sozialversicherungen definitiv gelöst sei, sind in den letzten Jahren wieder einige Stimmen laut geworden, die es genauer wissen wollten. Beispiele dafür sind die bereits erwähnten Studien von Wanner und Gabadinho zur Einkommensverteilung oder diejenige von Pro Senectute¹³⁹ zur Altersarmut.

Armutsquote(n)

Eine Frage die schon lange und immer wieder beschäftigt, ist die Frage der Armutsquote. Sie misst den Anteil der Armen an einer Grundgesamtheit. In der soziologischen Literatur spricht man in der Regel von der absoluten und relativen Methode, Armut zu messen. In der Armutsforschung ist die relative Methode verbreitet. Sie orientiert sich am verfügbaren Grundeinkommen eines Haushaltes. Die Armutsgrenze wird relativ zum Median der Verteilung der verfügbaren Einkommen gemessen. Obschon diese Methode sehr verbreitet ist, sind die Diskussionen über die Armutsquoten damit nicht entschieden, denn umstritten ist, welcher Anteil des Medianeinkommens als Armutsgrenze festgelegt wird. In der schweizerischen Armutsberichterstattung ist aber neben der Definition der Armutsgrenze mittels eines bestimmten Anteils vom Medianeinkommen auch die Orientierung an den SKOS-Richtlinien verbreitet, u.a. auch beim BFS.¹⁴⁰

Die grösste Armutsgefährdung besteht gemäss Wanner und Gabadinho bei den obersten und untersten Altersklassen des Erwachsenenalters, d.h. zum Zeitpunkt der Familienbildung und bei über 80 Jahren.¹⁴¹

¹³⁸ Bericht des Bundesrates (2007): Strategie für eine schweizerische Alterspolitik vom 29. August 2007, S.35.

¹³⁹ Pro Senectute /Amélie Pilgram und Kurt Seifert (2009): Leben mit wenig Spielraum. Altersarmut in der Schweiz, Edition Pro Senectute Band 1, Zürich.

¹⁴⁰ Vgl. dazu Kehrl, Christin und Carlo Knöpfel / Caritas (2006): Handbuch der Armut in der Schweiz, Luzern. Es gibt einen sehr guten Überblick über das begriffliche Instrumentarium der Armutsforschung.

¹⁴¹ Wanner und Gabadinho (2008), S. IV. Ihre Studie basiert auf Steuerdaten von 2003.

Für alle Altersgruppen gilt, dass alleinstehende Frauen am stärksten betroffen sind.¹⁴² Je nach Art der Berechnung bewegt sich der Anteil der Personen, die über geringe Mittel verfügen, bei den Erwerbstätigen zwischen 10.1 und 15.5 Prozent und derjenige der Pensionierten zwischen 5.8 und 15.4 Prozent.¹⁴³ In absoluten Zahlen umfasst die Bevölkerungsgruppe mit geringen Mitteln in der Schweiz rund 560'000 Personen. Davon sind 135'000 RentnerInnen. Der für das Armutsrisiko massgebende nationale Grenzwert beträgt dabei für einen Einpersonenhaushalt 30'600 CHF.

Abschliessend stellen die beiden Autoren bezüglich der finanziellen Situation der RentnerInnen fest,

*dass es allein mit der Altersversicherung der 1. Säule nicht möglich ist, ein genügend hohes Einkommen zu erzielen, um den definierten Grenzbetrag für geringe finanzielle Mittel zu übersteigen. Selbst wenn man sich darüber streiten kann, wo die Armutsgrenze oder die Schwelle für eine Notlage anzusetzen ist und wie hoch der Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf sein soll, geht aus den Ergebnissen klar hervor, dass die 1. Säule den Steuerpflichtigen, die über keine anderen Ressourcen verfügen, nur sehr wenig Spielraum lässt. 15% der Pensionierten sind davon betroffen.*¹⁴⁴

11 Hilfeleistungen und Pflege

Mit steigendem Lebensalter werden körperliche Beschwerden und gesundheitliche Probleme häufiger und ausgeprägter. In einer 2011 erschienenen Publikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan geht man aktuell von folgenden Quoten aus:

*Während bei den 75-79-jährigen Personen deutlich weniger als 10 Prozent pflegebedürftig sind, sind dies bei den 80-84-jährigen bereits 13 Prozent und bei der 85-jährigen und älteren Bevölkerung gut 34 Prozent. Bei der 90-jährigen und älteren Bevölkerung benötigt sogar jeder und jede Zweite Pflege.*¹⁴⁵

Hilfeleistungen und Pflege werden sichergestellt durch

- Angehörige oder Bekannte. Sie werden in der Fachliteratur als informelle LeistungserbringerInnen bezeichnet.¹⁴⁶

¹⁴² Ebenda, S. 14.

¹⁴³ Ebenda, S. 11ff.

¹⁴⁴ Ebenda, S. 66.

¹⁴⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium / Bundesamt für Statistik (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in der Schweiz. Nachfrage nach Pflege zu Hause wird steigen, Medienmitteilung vom 19.5.2011.

¹⁴⁶ Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern, S. 67.

- professionelle ambulante Dienste. In diesem Zusammenhang sind in erster Linie die Spitex-Organisationen zu erwähnen. Zu diesen gehören in erster Linie die gemeinnützig organisierten Spitex-Dienste. Daneben gibt es aber auch profitorientierte, kommerzielle Spitex-Unternehmen.
- Institutionen. Sie umfassen Spitäler, Alters- und Pflegeheime sowie zunehmend auch Tagesstätten.

Im Folgenden wird versucht, diese verschiedenen Bereiche nach ihrer quantitativen Bedeutung zu beziffern.

11.1 Informelle Unterstützung

Angaben zu diesen Unterstützungsleistungen bieten etwa die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen.¹⁴⁷ Die Daten aus der letzten Befragung von 2007 zeigen, dass rund vier Fünftel der zu Hause und nicht allein lebenden alten Menschen mit funktionalen Einschränkungen durch Personen, die im gleichen Haushalt leben, unterstützt werden. Dabei handelt es sich meist um die Partnerin oder den Partner. Die entsprechenden Werte für die haushaltübergreifende informelle Hilfe liegen mit 50 Prozent deutlich tiefer.

Am häufigsten handelt es sich bei den informellen Dienstleistungen um Unterstützung beim Einkaufen oder bei weiteren Haushaltarbeiten. Erwähnt werden aber auch Transporte, Kranken- und Körperpflege oder Hilfe bei administrativen Aufgaben.

Werden die Personen bezüglich empfangener Hilfeleistungen befragt, so ist gemäss Höpflinger et al. festzustellen,

dass Frauen häufiger als Männer informelle Hilfe erhalten beim Einkaufen, bei Haushaltsarbeiten und administrativen Aufgaben, wogegen Männer eher informelle Hilfe bei der Zubereitung von Mahlzeiten und bei der Körperpflege benötigen bzw. erhalten. Insgesamt – bezogen auf die Summe aller Hilfeleistungen – geben Frauen mehr erhaltene Hilfeleistungen an als Männer. Allerdings spiegeln die Geschlechterdifferenzen – neben traditionellem Rollenverhalten – auch Altersstruktur- und Lebensform-Effekte wider (Frauen sind älter und leben häufiger allein).¹⁴⁸

In diesen informellen Strukturen sind zunächst einmal die PartnerInnen und die Kinder am stärksten involviert. Demografisch bedingt sind es vor allem die älteren Männer, die durch ihre Partnerinnen unterstützt werden. Wie die *Abbildung 14* zeigt, nimmt der Anteil der durch Partnerinnen und Partner geleisteten Hilfestellungen mit zunehmendem Alter ab. Von den Kindern sind es zunächst die Töchter, welche Hilfeleistungen erbringen. Bei hochaltrigen Eltern übernehmen aber auch die Söhne solche Aufgaben.

¹⁴⁷ Die Schweizerische Gesundheitsbefragung wird seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt. Die nächste ist für das laufende Jahr geplant. Befragt wird die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten. Erhoben werden insbesondere der Gesundheitszustand und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.

¹⁴⁸ Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbunn (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern, S. 70f.

Neben den nächsten Angehörigen sind auch andere Familienmitglieder, NachbarInnen sowie Bekannte und FreundInnen wichtige Ansprechpersonen.

Abbildung 14 *Prozentualer Anteil von Personen, die angegeben haben, in den letzten 7 Tagen informelle Hilfe erhalten zu haben¹⁴⁹*

	Zuhause lebende Personen im Alter von							
	65-69	70-74	75-79	80-84	85plus	65 plus		
							2007	2002
(Ehe)Partner/in	73	54	40	11	9	31	37	
Tochter	26	49	40	58	44	46	37	
Sohn	23	32	25	19	42	29	22	
Schwester	3	5	2	4	1	3	5	
Bruder	5	5	0	4	1	3	5	
andere Familienmitglieder	9	7	13	14	22	14	15	
Nachbar/in	14	22	15	19	20	19	19	
Bekannte/r/Freund/in	21	26	25	32	20	25	26	
Durchschnittl. Zahl von hilfeleistenden Personen	1.7	2	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	

11.1.1 Pflegende Angehörige

Seit einigen Jahren wird den pflegenden Angehörigen vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Ein Beispiel dafür ist die im Jahr 2010 durch die Spitex veröffentlichte Studie zu den pflegenden Angehörigen. Diese kommt u.a. zu folgenden Ergebnissen:

- Die Pflegenden sind zu zwei Drittel Frauen – in erster Linie Partnerinnen. Die pflegenden Partnerinnen und Partner wenden im Durchschnitt wöchentlich 65 Stunden für die Pflege auf und befinden sich während sechs Jahre in dieser Pflegesituation.
- An zweiter Stelle folgen die Töchter. Diese sind im Schnitt 55-jährig. Zwei Drittel von ihnen sind berufstätig. 57 Prozent von ihnen haben angegeben, ihr Erwerbsumsatz reduziert zu haben. 16 Prozent haben ihre Erwerbsarbeit ganz aufgegeben. Pflegende Kinder kommen durchschnittlich auf 27 Stunden pro Woche und sind seit fünf Jahren am Pflegen.

¹⁴⁹ Höpfinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern, S 72. Die Daten stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007.

- Die pflegenden Angehörigen gehören praktisch alle zur Kernfamilie der pflegebedürftigen Person. Die Übernahme der Pflege durch FreundInnen, Bekannte und NachbarInnen kommt vergleichsweise selten vor.¹⁵⁰

Die Angehörigen wurden auch nach ihrer Pflegemotivation gefragt. Die meisten Befragten geben an, ihre Angehörigen aus Liebe und Zuneigung zu pflegen. Als weitere Motive werden die moralische Verpflichtung, Alternativlosigkeit, die Kostenfrage oder religiöse Überzeugung genannt. Wie die AutorInnen festhalten, werden gerade bei den Kindern ambivalente Haltungen sichtbar:

So ist die persönliche Verpflichtetheit sehr hoch, den Eltern zu helfen, wenn diese Unterstützung brauchen (85% bejahen diese Aussage). Gleichzeitig äussert eine Mehrheit, dass die Eltern zu viel erwarten und zu wenig die Hilfe schätzen. Und immerhin fast die Hälfte der Töchter beklagt, dass die Eltern nicht realisieren würden, dass sie sich auch um die eigenen Partner kümmern müssen.¹⁵¹

Ein weiteres Beispiel für die Auseinandersetzung mit dem Thema pflegende Angehörige ist die im Februar 2012 erschienene Nummer der vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) herausgegebenen Zeitschrift Soziale Sicherheit. Themenschwerpunkt ist die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbsarbeit. Der Direktor des BSV – Yves Rossier – schreibt dazu einleitend:

Noch sind längst nicht alle Möglichkeiten ausgelotet, wie die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege- und Betreuungsverantwortung organisiert, finanziert und für alle Beteiligten verbessert werden kann. Schon jetzt ist aber klar, dass die „klassischen“ Leistungen, die Familien für die Betreuung von Kindern, Kranken, Behinderten oder Betagten erbringen, einem Wandel unterworfen sind, der auch die Sozialpolitik tangieren wird.¹⁵²

Seit Frauen mehrheitlich ins Berufsleben integriert sind, wird das Spannungsfeld, das zwischen Care-Arbeit¹⁵³ und Erwerbsarbeit besteht, immer deutlicher sichtbar. Das gilt in Bezug auf die Kinder wie auch auf die Elterngeneration. Die folgende Abbildung zeigt anhand einer einfachen Rechnung, wie die Generationenabfolge aussehen kann. Waren die Eltern bei der Geburt ihrer Kinder nicht gerade Anfang Zwanzig, so ist die Chance relativ gross, dass ihre Kinder noch erwerbstätig sind, wenn sie unterstützungs- und pflegebedürftig werden.

¹⁵⁰ Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpfinger und Brigitte Schnegg (2010): Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz, Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz, Schlussbericht, Bern, S. 23ff. Die Studie stützt sich auf die Aussagen von rund 320 Personen.

¹⁵¹ Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpfinger und Brigitte Schnegg (2010): S. 65.

¹⁵² Rossier, Yves (2012): Doppelbelastung für Frauen und Männer wird zunehmen, in: CHSS 2012/1, S. 1.

¹⁵³ Vgl. dazu etwa Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2010): Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit. Impulse aus der Sicht der Gleichstellung, Bern.

Abbildung 15 Altersdifferenzen zwischen Eltern und Kindern in Abhängigkeit vom Geburtsalter der Eltern

Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes	20	25	30	35	40	45
Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes	23	28	33	38	43	48
Alter des Kindes, wenn die Mutter 80-jährig ist	60	55	50	45	40	35
Alter des Kindes, wenn die Mutter 85-jährig ist	65	60	55	50	45	40
Alter des Kindes, wenn der Vater 80-jährig ist	63	58	53	48	43	38
Alter des Kindes, wenn der Vater 85-jährig ist	68	63	58	53	48	53

Im Bereich der Sozialversicherungen gibt es etwa mit den AHV-Betreuungsgutschriften erste Ansätze für eine rentenbildende Kompensation von Pflegeleistungen.

AHV-Betreuungsgutschriften

Diese Gutschriften sind Zuschläge zum rentenbildenden Erwerbseinkommen und sollen jenen Personen ermöglichen, eine höhere Rente zu erreichen, die pflegebedürftige Verwandte betreuen. Betreuungsgutschriften können Eltern, Kinder, Grosskinder, Geschwister, Grosseltern, EhegattInnen, Schwiegereltern und Stiefkinder von Personen geltend machen, welche eine Hilflosenentschädigung mittleren oder schweren Grades beziehen. Der Anspruch auf Betreuungsgutschriften setzt voraus, dass die betreuende Person während mindestens 180 Tagen pro Jahr nicht mehr als 30 km entfernt vom Wohnort der pflegebedürftigen Person wohnt. Die Betreuungsgutschrift muss jährlich bei der kantonalen AHV-Ausgleichskasse beantragt werden.¹⁵⁴

Doch damit dürfte die Diskussion über die künftige Ausgestaltung der Sozialversicherungen noch nicht abgeschlossen sein. Eine von Nationalrätin Lucrezia Meier-Schatz im März 2011 eingereichte parlamentarische Initiative (11.411) fordert beispielsweise eine Betreuungszulage für pflegende Angehörige. Entgegen der Empfehlung der vorberatenden Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit SGK des Nationalrates, hat dieser am 8. März 2012 beschlossen, dem Vorstoss Folge zu leisten.¹⁵⁵ In ihrer Begründung verweist Meier-Schatz auf den Kanton Freiburg, der bereits heute Familienangehörigen von pflegebedürftigen Personen „mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ eine Betreuungszulage ausrichtet.

Neben finanziellen Zuwendungen an pflegende Angehörige werden zurzeit verschiedene Massnahmen diskutiert und erprobt, welche die Pflegenden entlasten sollen. Beispiele dafür sind etwa Ferienbetten in

¹⁵⁴ Vgl. Merkblatt 1.03/d unter www.ahv-iv.info.

¹⁵⁵ Vgl. dazu das amtliche Bulletin vom 8. März 2012 <http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/index.htm>.

Alters- und Pflegeheimen, Tagesangebote in solchen Institutionen oder stundenweise Entlastungsangebote¹⁵⁶ im Privathaushalt.

Diskutiert werden auch Modelle, wie Betriebe ihre Mitarbeitenden bei der Pflege von älteren Angehörigen unterstützen können.¹⁵⁷ Iren Bischofberger, die sich bereits seit einigen Jahren mit diesem Thema befasst, stellt fest:

Einerseits ist die bisherige Vereinbarkeit mit kleinen gesunden Kindern um die Dimension der Angehörigenpflege zu erweitern. Andererseits unterscheidet sich die Handlungs- und Finanzierungslogik des Versorgungssystems von derjenigen der familienexternen Kinderbetreuung. Letztere wird mit dem Ziel der Vereinbarkeit gefördert. Erstere hingegen ist primär den Gesundheitsbeeinträchtigungen verpflichtet. Diese unterschiedlichen Perspektiven verlangen einen umfassenden Blick auf die als „work & care“ bezeichnete Vereinbarkeitsthematik.¹⁵⁸

Höpflinger et al. verweisen darauf, dass informelle und formelle Hilfe traditionellerweise als sich gegenseitig konkurrierende Systeme verstanden worden sind. Seit einigen Jahren werden sie immer mehr als sich ergänzende Bereiche verstanden. Dabei kommt es oft zu einer Arbeitsteilung zwischen den beiden Systemen:

Speziell bei starker Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter treten informelle und formelle Unterstützungsleistungen häufig gemeinsam auf. Der gesellschaftliche Trend verläuft gleichzeitig in Richtung einer verstärkten Spezialisierung beider Hilfesysteme: Familienmitglieder, aber auch Freunde und Nachbarn konzentrieren sich stärker auf informelle Hilfeleistungen, wogegen professionelle Anbieter und Fachpersonen primär körperbezogene Pflegeleistungen (Grund- und Behandlungspflege) übernehmen. Oder in anderen Worten: Der gesellschaftliche Trend geht in Richtung einer starken informellen Hilfe, gekoppelt mit ausgebauter formeller Pflege, wodurch sich Familienmitglieder und ausserfamiliale Netze auf informell lösbare Hilfeleistungen konzentrieren, wogegen professionelle Fachpersonen sich stärker auf Leistungen der Grund- und Behandlungspflege beschränken.¹⁵⁹

Das Obsan führt diese Entwicklung u.a. auf die starke Zunahme von Demenzerkrankungen zurück. Diese würden den Verbleib zu Hause oft nur dann erlauben, wenn eine Kombination von intensiver Angehö-

¹⁵⁶ Vgl. dazu etwa die Entlastungsangebote des Schweizerischen Roten Kreuzes <http://www.redcross.ch/activities/social/care/index-de.php> oder der Pro Senectute <http://www.pro-senectute.ch/angebote/hilfen-zu-hause-services.html>.

¹⁵⁷ Beispielsweise bei der Arbeitgeberin Stadt Zürich haben Mitarbeitende, die pflegebedürftige Angehörige länger als zwei Jahre pflegen, seit 1. April 1994 Anspruch auf eine zusätzliche Ferienwoche.

¹⁵⁸ Bischofberger, Iren (2012): Erwerbstätige pflegende Angehörige – drei zentrale Handlungsfelder, in: Soziale Sicherheit CHSS 2012/1, S. 6-8. Vgl. a.a.O. auch den Artikel von Anita Ledergerber und Karin van Holten: Beruf und Angehörigenpflege vereinbaren – Entwicklungen in der Arbeitswelt, S. 13-16.

¹⁵⁹ Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbunn (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern, S. 68.

rigenbetreuung und professioneller Pflege zum Tragen komme. Neben der Spitex kann die professionelle Unterstützung beispielsweise in einer teilstationären Betreuung in einem Tagesheim bestehen.¹⁶⁰ Allerdings sind solche Tagesplätze vorderhand noch rar (vgl. *Abbildung 19*). Gleichzeitig wird festgestellt, dass Entlastungsangebote nur zurückhaltend genutzt würden. Als Hauptgründe dafür werden der Widerstand der Pflegebedürftigen oder auch der Pflegenden genannt. Aber auch finanzielle Gründe oder die Einschätzung, dass das bestehende Angebot nicht den Bedürfnissen und Ansprüchen der Erkrankten und/oder deren Angehörigen entspreche, werden aufgeführt.¹⁶¹

In den Kontext der informellen Pflege gehört auch die so genannte Pendelmigration, die in den vergangenen Jahren zunehmend ins öffentliche Bewusstsein gerückt ist. Damit ist der Arbeitsmarkt angesprochen, der sich für die Betreuung und Pflege von alten Menschen in Privathaushalten entwickelt hat. Wie Gabriela Medici und Sarah Schilliger feststellen, handelt es sich dabei vor allem um Frauen aus osteuropäischen Ländern und Deutschland, die jeweils für einige Monate in einem Privathaushalt arbeiten. Vermittelt werden sie meist über Agenturen, deren Zahl ständig zunehme. Die beiden Autorinnen machen darauf aufmerksam, dass dieser Arbeitsmarkt nicht zuletzt auch aus gleichstellungspolitischer Sicht brisant sei:

*denn er ist fast ausschliesslich auf weibliche Arbeitskräfte ausgerichtet. Gefragt sind nicht berufliche Qualifikationen, sondern sogenannt weibliche Fähigkeiten in der Haushalt- und Betreuungsarbeit. Die Betreuerinnen werden nur für einen Teil der Arbeitszeit bezahlt, die Präsenzzeit wird meistens nicht entgolten.*¹⁶²

Nebst dem, dass diese Arbeit schlecht bezahlt wird, ist auch zu monieren, dass diese Betreuerinnen oft nicht als Arbeitskräfte gemeldet sind und sich so in einer rechtlichen Grauzone bewegen. Auf internationaler Ebene wird zudem kritisiert, dass weltweit in den armen Ländern das Pflegepersonal durch die reichen westlichen Länder abgezogen wird.¹⁶³

Zur informellen Pflege werden auch international vergleichende Studien durchgeführt. Dazu Höpflinger et al:

Unterschiedlich ist das Ausmass des Sichverpflichtet-Fühlens, wo die Schweizer – ähnlich wie die Deutschen – hohe Werte aufweisen, im Gegensatz zu Italienern und Schweden. Von pflegenden Angehörigen in der Schweiz wird zudem die Kategorie «keine Alternative» im intereuro

¹⁶⁰ Obsan (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in der Schweiz. Nachfrage nach Pflege zu Hause wird steigen. Medienmitteilung vom 19. Mai 2011, S. 1.

¹⁶¹ Hutchinson, Sara, Helen Ritchard et al. (2012): Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige, in: Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger (Hrsg.): *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, Bern, S. 232ff.

¹⁶² Medici, Gabriela und Sarah Schilliger (2012): Arbeitsmarkt Privathaushalt – Pendelmigrantinnen in der Betreuung von alten Menschen, in: *Soziale Sicherheit CHSS 2012/1*, S. 17-20.

¹⁶³ Razavi, Shahra (2007): *The Political and Social Economy of Care in a Development Context* Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options, Gender and Development Programme Paper Number 3, United Nations Research Institute for Social Development, Genf.

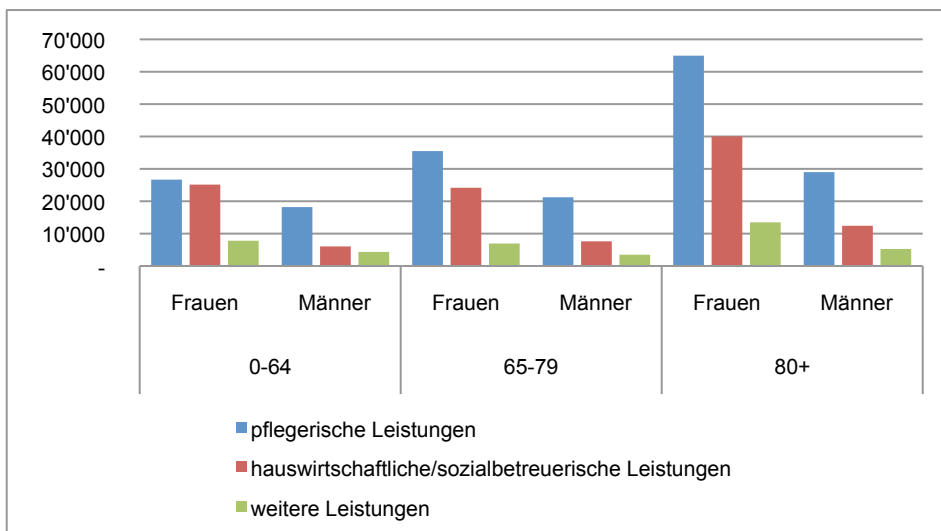
päischen Vergleich am häufigsten geltend gemacht, was mit der Tatsache zusammenhängt, dass die Pflegekosten (und vor allem die Kosten einer Langzeitpflege) in der Schweiz stärker als in anderen Ländern privat getragen werden müssen und Angehörigenpflege kaum eine direkte finanzielle Unterstützung erhält (...).¹⁶⁴

11.2 Ambulante Dienste

Die Devise „ambulant vor stationär“ stützt darauf ab, dass professionelle ambulante Dienste beansprucht werden können, wenn die informellen Hilfe- und Pflegeleistungen an ihre Grenzen kommen. Solche Dienste werden in erster Linie von den Spitex-Organisationen angeboten. Diese übernehmen zum einen Pflegeaufgaben, andererseits aber auch Arbeiten im Haushalt. Je nach Region bieten sie auch Mahlzeitendienste, Fahrdienste, Nachtwache oder Ergotherapie an. Von den Krankenkassen werden jedoch nur Leistungen gedeckt, die ärztlich angeordnet sind. Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen gehören nicht zum Grundkatalog der Krankenkassen.

Obschon Spitex ihre Dienste für alle Altersklassen anbietet, wird sie primär von Personen ab 65 Jahren beansprucht. Diese haben im Jahr 2010 rund drei Viertel der Spitex-Leistungen beansprucht. Quantitativ im Vordergrund stehen klar die pflegerischen Leistungen. Wie die *Abbildung 16* zeigt, nehmen insbesondere die Leistungsbezüge der Frauen der Altersklasse 80 plus stark zu.

Abbildung 16 Spitex-KlientInnen nach Geschlecht, Altersklasse und Art der Leistung, 2010 (Quelle: BFS¹⁶⁵)



¹⁶⁴ Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn (2011): S. 81.

¹⁶⁵ Bundesamt für Statistik (2011): Spitex-Statistik 2010, Neuchâtel, S. 14. Eine Person, die gleichzeitig mehrere Leistungen bezieht, wird mehrfach gezählt.

Im Durchschnitt stehen gesamtschweizerisch zwei Spitex-Vollzeitstellen pro 1'000 EinwohnerInnen zur Verfügung. Wie die *Abbildung 17* zeigt, sind bei der Versorgungsdichte jedoch grosse kantonale Unterschiede festzustellen. Am höchsten ist die Versorgungsdichte in den Kantonen Genf, Basel-Stadt, Jura und Waadt. Hier sind es jeweils 3.1 bis 3.6 Vollzeitstellen pro 1'000 EinwohnerInnen. In den Kantonen Aargau, Glarus und Nidwalden sind es nur 1.1 Vollzeitstellen:

Abbildung 17 Spitex-Vollzeitstellen pro 1'000 EinwohnerInnen nach Kanton, 2010 (Quelle: BFS¹⁶⁶)

Kanton	Vollzeitstelle pro 1'000 EinwohnerInnen	Kanton	Vollzeitstelle pro 1'000 EinwohnerInnen
Genf	3.6	Thurgau	1.5
Basel-Stadt	3.3	Uri	1.5
Jura	3.1	Obwalden	1.5
Waadt	3.1	Luzern	1.5
Bern	2.3	Appenzell Ausserrhoden	1.4
Tessin	2.2	St. Gallen	1.4
Neuenburg	2.2	Freiburg	1.4
Graubünden	1.9	Appenzell Innerrhoden	1.2
Wallis	1.9	Schwyz	1.2
Basel-Landschaft	1.7	Aargau	1.1
Solothurn	1.7	Glarus	1.1
Zürich	1.7	Nidwalden	1.1
Schaffhausen	1.6	Schweiz, 2010	2.0
Zug	1.6	Schweiz, 2009	1.7

Interessant ist der Vergleich zwischen der Versorgungsdichte bezüglich Spitex-Personal (*Abbildung 17*) und Pflegeplätzen (*Abbildung 19*). Einige Kantone wie etwa Genf, Basel-Stadt, Jura und Waadt setzen offenbar eher auf Spitex-Dienste als auf Pflegebetten. In den Kantonen Uri, Schaffhausen, Appenzell Innerrhoden, Luzern und St. Gallen ist das umgekehrte Phänomen zu beobachten. Höpflinger et al. verweisen darauf, dass

in öffentlichen Diskussionen (...) häufig von einer substitutiven Beziehung zwischen ambulanter und stationärer Pflege gesprochen [wird], in dem Sinn, dass ein Ausbau der ambulanten Pflege Einweisungen in stationäre Alters- und Pflegeeinrichtungen reduziert oder zumindest verzögert. Entsprechende Analysen (...) belegen, dass dies primär für die Gruppe der 80-jährigen und älteren Personen – und nicht für die 65- bis 79-Jährigen – gilt. In Kantonen mit intensiver Inanspruchnahme der Spitex-Dienste ist die Quote der Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeein-

¹⁶⁶ Bundesamt für Statistik (2011): Spitex-Statistik 2010, Neuchâtel, S. 10. Die selbständigen Pflegefachpersonen der Kantone Genf und Zürich haben an den Erhebungen 2010 nicht teilgenommen.

*richtungen im hohen Alter vergleichsweise geringer. Allerdings ist auch im hohen Alter (80plus) die Spitex nur für eine begrenzte Gruppe von pflegebedürftigen Personen eine klare Alternative zum Pflegeheim. Bei hoher Pflegebedürftigkeit ist eine ambulante Pflege zuhause oft nur bei guter Kombination von informeller (familiärer) und formeller Pflege möglich. Eine wesentliche Bedeutung für die Entscheidung, ob und wie lange pflegebedürftige alte Menschen zuhause gepflegt werden, hat das Pflegepotenzial der Angehörigen (...).*¹⁶⁷

Eine im Auftrag des Dachverbandes Spitex Schweiz verfasste Studie kommt zudem zum Schluss, dass der individuellen Wahl- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ambulanter und stationärer Pflege auch ökonomische Grenzen gesetzt sind. Die Autoren Matthias Wächter und Kilian Künzi kommen zum Schluss, dass bei der Berücksichtigung der Vollkosten die Versorgung durch Spitex-Dienste bei Pflegefällen von leichter bis mittlerer Komplexität Kostenvorteile bringe, die Pflegeheime bei Fällen mittlerer und höherer Komplexität. Was den mittleren Bereich betrifft, stellen sie fest,

*dass sich **keine scharfe Grenze** zwischen den Kostenvorteilen der einen oder anderen Pflegeform ziehen lässt, sondern dass diese eher durch **eine Bandbreite des Pflegebedarfs von 60 bis 120 Minuten** gegeben ist. Ausschlaggebend für die Kostenvorteile einer Pflegeform in diesem Überlappungsbereich sind (1) der über die Spitex-Pflege hinausgehende Betreuungsbedarf, (2) die Wohnkosten zu Hause im Vergleich mit dem Ausbaustandard des gewählten Heimes, (3) die Refinanzierung der Investitionskosten und ihre Umlagerung auf die Heimbewohner.*¹⁶⁸

11.3 Institutionelle Pflege

Ende 2010 lebten in der Schweiz 87'400 Personen in einem Alters- oder Pflegeheim. Im Durchschnitt waren die Heimbewohnerinnen 85-jährig und die Heimbewohner um vier Jahre jünger.¹⁶⁹ Wie die *Abbildung 18* zeigt, steigt der Anteil der BewohnerInnen von stationären Einrichtungen mit zunehmendem Alter. Aber auch von den Personen über 95 Jahren lebten 2008 weniger als die Hälfte (45%) in einem Heim. Der entsprechende Anteil war bei den Frauen mit 49 Prozent deutlich höher als bei den Männern mit 32 Prozent. Wie ein Vergleich der Daten von 2002 und 2008 zeigt, hat die Quote der in Heimen lebenden Personen abgenommen, insbesondere bei den Personen, die älter als 95-jährig waren. Die Gründe für diesen doch beträchtlichen Rückgang sind aus diesen Daten nicht ersichtlich.

¹⁶⁷ Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn (2011): S. 87.

¹⁶⁸ Wächter, Matthias und Kilian Künzi / BASS (2011): Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Im Auftrag des Spitex Verbandes Schweiz, Bern, S. IV.

¹⁶⁹ Bundesamt für Statistik (2011): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Provisorische Standardtabellen 2010 (Stand am 21.1.2011), Neuchâtel

Abbildung 18 Anteil von Personen, die in einem Alters- oder Pflegeheim leben nach Altersgruppen und Geschlecht in %, 2002 und 2008 (Quelle: BFS¹⁷⁰)

Altersgruppe	Betreuungsrate im Jahr 2002 in %				Betreuungsrate im Jahr 2008 in %		
	Total	Männer	Frauen		Total	Männer	Frauen
65-69 -Jährige	0.7	0.7	0.7		0.8	0.7	0.8
70-74-Jährige	1.6	1.5	1.8		1.6	1.4	1.7
75-79-Jährige	4.0	3.0	4.7		3.7	2.9	4.4
80-84-Jährige	10.4	7.3	12.3		9.6	6.5	11.4
85-89-Jährige	23.5	16.5	26.7		21.7	14.6	25.2
90-94-Jährige	39.7	29.2	43.3		38.1	26.7	42.5
95-Jährige u. Ältere	56.4	42.8	59.8		45.0	32.3	48.6
65 plus	6.8	4.1	8.8		6.5	3.8	8.5
80 plus	19.8	12.9	23.2		18.4	11.7	21.9
85 plus	30.4	21.0	34.3		27.9	18.5	32.1

Die neuesten Zahlen, die wir zur Verweildauer in Heimen gefunden haben, stammen von der Volkszählung des Jahres 2000. Damals verbrachten die Männer durchschnittlich ein Jahr in einem Heim, während bei den Frauen die Aufenthaltsdauer drei Jahre betrug. Die Aufenthaltsdauer bei den Männern war seit 1970 stabil, während sie sich bei den Frauen im gleichen Zeitraum verdreifach hat.¹⁷¹

Gemäss der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) stehen in der Schweiz in Pflegeheimen rund 90'000 Plätze zur Verfügung. Die Bettenzahl hat zwischen 1999 und 2010 um 16 Prozent zugenommen. Für 1'000 EinwohnerInnen im Alter ab 65 stehen im Durchschnitt 67 Pflegebetten für Langzeitpflege und 1.3 Plätze für Kurzeaufenthalte zur Verfügung. Wie die *Abbildung 19* zeigt, gibt es bezüglich Bettendichte grosse kantonale Unterschiede. Am höchsten war sie 2010 mit 93 Betten pro 1'000 EinwohnerInnen im Kanton Uri, am tiefsten im Kanton Appenzell Innerrhoden mit 22.

¹⁷⁰ Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn (2011): S. 98.

¹⁷¹ Guillely, Edith (2005): Das Leben in einem Heim, in: Wanner, Philipp, Claudine Sauvain-Dugerdil, Edith Guillely und Charles Hussy: Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Neuchâtel, S. 117. Es

Abbildung 19 Plätze in Pflegeheimen nach Kanton (Quelle: BFS¹⁷²)

	Plätze in Pflegeheimen	Plätze in Pflegeheimen	Veränderung in % zwischen 1999 und 2010	Langzeitpflegebetten pro 1'000 Einw. 65plus	Kurzzeitplätze pro 1'000 Einw. 65plus
	1999	2010		2010	2010
Uri	439	599	36.4	92.8	0.6
Schaffhausen	1'275	1'352	6.0	90.5	0.7
Appenzell A. Rh.	773	849	9.8	88.7	2.1
Luzern	4'640	4'749	2.3	77.9	0.8
Bern	12'490	14'641	17.2	77.7	1.9
St. Gallen	5'497	5'997	9.1	76.6	1.2
Obwalden	404	422	4.5	75.7	1.1
Neuenburg	2'020	2'347	16.2	75.3	1.6
Thurgau	2'793	2'888	3.4	73.3	2.3
Zürich	13'509	16'587	22.8	72.6	1.5
Basel-Landschaft	2'263	2'617	15.6	70.8	2.4
Graubünden	2'252	2'458	9.1	70.6	0.6
Schwyz	1'480	1'497	1.1	67.2	0.8
Freiburg	2'028	2'475	22.0	62.3	1.2
Tessin	4'063	4'182	2.9	59.9	1.4
Zug	1'004	1'040	3.6	59.6	0.8
Jura	639	754	18.0	59.3	0.1
Aargau	4'934	5'738	16.3	58.9	1.5
Nidwalden	385	386	0.3	57.3	0.8
Solothurn	2'093	2'615	24.9	57	0.7
Waadt	3'408	6'316	85.3	54.6	1.9
Glarus	852	363	-57.4	52.7	0.1
Wallis	2'157	2'776	28.7	51.4	0.6
Genf	3'406	3'591	5.4	49.5	0.1

¹⁷² Bundesamt für Statistik (2011): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Provisorische Standardtabellen 2010 (Stand am 21.1.2011), Neuchâtel, Tabelle 2A. Weggelassen wurden hier die Plätze in Altersheimen, da sie nur unvollständig erfasst sind. 1999 wurden 3'246 Altersheimbetten erfasst. Mittlerweile gibt es nur noch rund halb so viele. Vgl. dazu die Tabelle 14.3.3.01 auf der Website des BFS (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/02/key/01.html>) (Zugriff am 8.3.2012)

Basel-Stadt	2'546	2'818	10.7	48.4	0.6
Appenzell I. Rh.	67	59	-11.9	22.2	
Total	77'551	90'116	16.2	66.5	1.3

Ob diese Pflegeplätze ausreichend sind oder nicht, kann hier nicht abschliessend beantwortet werden. Diese Frage ist u.a. auch deshalb schwer zu beantworten, weil seit einigen Jahren der Trend bei der Planung von Alters- und Pflegeheimen in Richtung „autonom vor stationär“ geht. Das heisst, dass das stationäre Angebot künftig nur noch für Personen mit einem grösseren Pflegebedarf vorgesehen ist. Wie Lucie Bayer-Oglesby und François Höpflinger feststellen, haben einige Kantone dieses Konzept schon fast vollständig umgesetzt, während andere noch einigen Spielraum haben. Im Jahr 2008 waren insbesondere in Freiburg, Genf, Neuenburg, im Tessin und im Jura fast alle Betten mit Pflegebedürftigen besetzt.¹⁷³

Noch schwieriger ist es, den Bedarf für einen grösseren Zeitraum zu schätzen. Anhand von vier Szenarien berechnen Lucie Bayer-Oglesby und François Höpflinger, dass im Jahr 2030 gesamtschweizerisch bis zu 144'000 Pflegebetten erforderlich sein werden.¹⁷⁴

Wie bereits erwähnt, ist die Bereitstellung von Pflegebetten Sache der Kantone oder der Gemeinden. Der Bericht zur Alterspolitik des Kantons Bern sei hier stellvertretend zitiert, um zu zeigen, wie die Planung begründet wird. Dabei muss vorausgeschickt werden, dass es im Kanton Bern aktuell 14'532 Pflegeheimplätze gibt. Diese sollen im Zeitraum bis 2030 auf maximal 15'500 Plätze erhöht werden. Der aktuelle Ausbaustand entspricht – gemessen an der Bevölkerung ab 80 Jahren – einem Abdeckungsgrad von 26 Prozent. Im Jahr 2030 wird dieser Abdeckungsgrad mit der vorgegebenen Plafonierung und der erwarteten Zunahme der hochaltrigen Bevölkerung noch 18 Prozent betragen. Begründet wird diese Begrenzung mit verschiedenen Argumenten: in den Jahren 2008 und 2009 seien die Pflegebetten jeweils nur zu 93 bzw. 92 Prozent ausgelastet gewesen. Zudem seien die Pflegeplätze zu einem Drittel von Personen mit Pflegestufen 0 bis 2 belegt. Dies widerspreche der kantonalen Politik, nur Personen mit einem grossen Pflegebedarf stationär aufzunehmen. Finanzielle Aspekte werden zum einen mit Blick auf die potenziellen BewohnerInnen, zum andern auf die kantonalen Finanzen geltend gemacht:

(..) die mit der neuen Pflegefinanzierung einhergehende Änderung im Investitionsbereich [werden] dazu beitragen, dass Menschen ohne oder mit geringem Pflegebedarf kaum noch ins Alters- und Pflegeheim eintreten. Das Angebot wird durch den Aufschlag der Investitionskostenpauschale von bis zu maximal CHF 34.55 pro Wohnertag für das Jahr 2011 auf den Tarif eine Verteuerung von rund CHF 1000.– im Monat erfahren. Dies wird den Anreiz erhöhen, den Eintritt in ein Heim hinauszuschieben bzw. ganz zu vermeiden (...).

¹⁷³ Bayer-Oglesby, Lucy und François Höpflinger (2010): Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen, Obsan Bericht 47, Neuchâtel, S. 38. Aufgrund fehlender Daten konnten sie zu den Kantonen AI, AR, GL, NW, OW, SG, VD und ZH keine Aussagen machen.

¹⁷⁴ Bayer-Oglesby, Lucy und François Höpflinger (2010), S. 7ff und S. 43ff.

Die Inkraftsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 belastet das kantonale Budget massiv. Nach vollständiger Umsetzung dieser Neuordnung ist mit einer Mehrbelastung von jährlich etwa CHF 82 Mio. zu rechnen. Umgerechnet auf das Kontingent an Pflegeplätzen ergibt das einen Wert von CHF 5300.– pro Platz und Jahr. Würde das Kontingent um beispielsweise weitere 500 Plätze erhöht, ginge das mit einer zusätzlichen Mehrbelastung der öffentlichen Hand von nochmals CHF 2,5 Mio. jährlich einher. Angesichts der angespannten finanzpolitischen Lage ist dies nicht vertretbar. Eine Erhöhung des Pflegeplatzkontingents trotz veränderter demografischer Ausgangslage steht deshalb nicht zur Debatte. (..)¹⁷⁵

Knapp sind nicht nur die Finanzen, sondern es wird auch ein Mangel an Pflegenden prognostiziert. Laut einer Studie des Obsan haben im Jahr 2006 200'000 Personen in einem Gesundheitsberuf gearbeitet – 60 Prozent von ihnen in einem Spital, 30 Prozent in einem Alters- und Pflegeheim und 10 Prozent bei einem Spitex-Dienst. Im erwähnten Bericht werden Bedarfsprognosen für das Jahr 2030 gemacht. Die AutorInnen kommen zu folgendem Schluss:

Gemäss den untersuchten Szenarien müssen bis zum Jahr 2030 zwischen 120'000 und 190'000 Fachpersonen rekrutiert werden. Mindestens 2/3 davon sind notwendig, um Personal zu ersetzen, welches das Rentenalter erreicht. Das dritte Drittel muss den gestiegenen Bedarf an Pflege und Versorgungsleistungen abdecken.¹⁷⁶

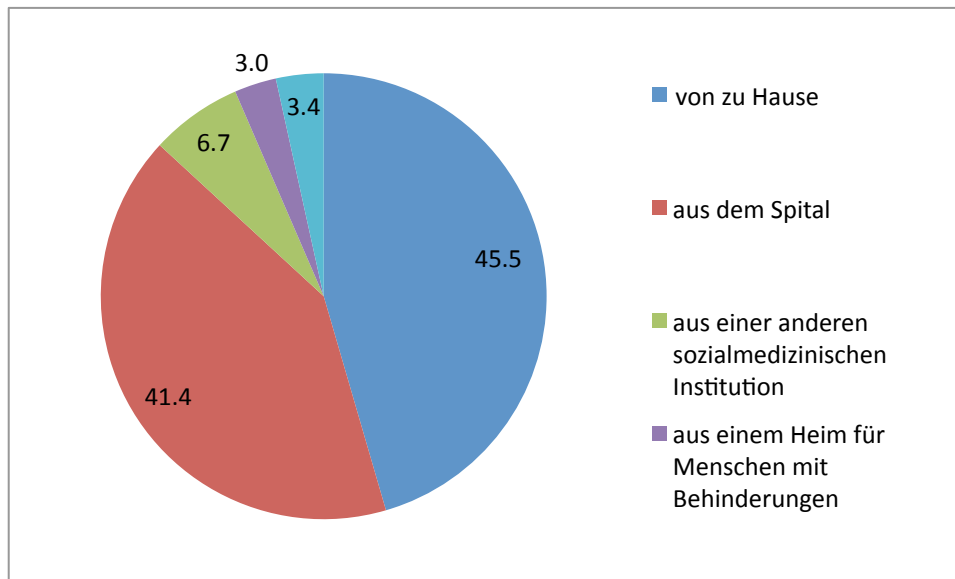
Die Personen, welche im Verlauf des Jahres 2010 neu in ein Alters- und Pflegeheim eingetreten sind, kamen gemäss der SOMED-Statistik der sozialmedizinischen Institutionen zu 46 Prozent von zu Hause. Fast gleich viele – nämlich 41 Prozent – kamen aus dem Krankenhaus. Eine andere Quelle – die Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen (EGBI) – spricht dagegen davon, dass 90 Prozent der BewohnerInnen vor dem Heimeintritt zu Hause gelebt haben.¹⁷⁷ Wenn wir davon ausgehen, dass auch bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus weiterhin der private Haushalt als Wohnadresse gilt, dann liessen sich diese doch massiven Abweichungen zwischen den beiden Datensätzen erklären.

¹⁷⁵ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern, Bern, S. 51.

¹⁷⁶ Obsan (Jaccard Ruedi, Hélène und France Weaver) (2009): Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030, Neuchâtel, S. 14.

¹⁷⁷ Bundesamt für Statistik (2011): Betagte Personen in Institutionen: Eintritte in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09, Neuchâtel, S. 2.

Abbildung 20 Herkunft der Personen, die während des Jahres 2010 in ein Alters- und Pflegeheim eingetreten sind, in % (Quelle: BFS¹⁷⁸)



Gemäss der EGBI-Daten haben fast 60 Prozent der Personen vor dem Heimeintritt allein gelebt – von den Frauen waren es 62 Prozent und von den Männern 41 Prozent.¹⁷⁹

¹⁷⁸ Bundesamt für Statistik (2011): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Provisorische Standardtabellen 2010 (Stand am 21.1.2011), Neuchâtel. Die Angaben zum Vorjahr sind quasi identisch.

¹⁷⁹ Bundesamt für Statistik (2011): Betagte Personen in Institutionen: Eintritte in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09, Neuchâtel, S. 2.

Teil 3

12 Fazit

12.1 Lebensqualität und ökonomische Bedingungen

Alter und demografische Entwicklung sind seit einigen Jahren ins Bewusstsein von Politik und Gesellschaft gerückt. Entsprechend stark ist auch die Literatur dazu angewachsen. Diese Studie basiert auf aktuellen schweizerischen Fakten und Zahlen, soweit diese greifbar waren, sowie auf einer Auswahl von Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Raum. Sie macht nicht den Anspruch, alle Teilaspekte des Themas in ihrer ganzen Breite und Tiefe einbezogen zu haben.

In Teil 1 haben wir uns mit der Lebensqualität im hohen Alter befasst. Wir haben begründet, warum wir uns schwerpunktmässig mit dem vierten Lebensalter befassen. Der Hauptgrund liegt darin, dass die Frauen einen grossen Teil dieser Altersgruppe ausmachen und somit von allen Problemstellungen, die diese Lebensphase mit sich bringt, aber auch von allen Entscheiden, die die öffentliche Hand in der Alterspolitik trifft, stark betroffen sind.

Wir haben festgestellt, dass das hohe Alter sehr unterschiedlich gefasst wird: Zwischen Gebrechlichkeit und Vulnerabilität einerseits, gelingender, erfolgreicher Hochaltrigkeit andererseits und Lebenskunst auch im hohen Alter öffnet sich ein weites Spektrum von Auffassungen, Haltungen, Einstellungen und Bildern.

Lebensqualität im vierten Lebensalter ist ein fragiles Gut, das oft zitiert, ja geradezu beschworen wird, jedoch schwierig zu beschreiben und zu fassen ist. Vieles bedarf der Klärung und der Interpretation. Menschenwürde und Entwicklung von Lebenssinn sind adäquate Leitlinien. Menschen im vierten Lebensalter, in ihrer Mehrheit Frauen, haben ein Recht darauf, als ganze Menschen wahrgenommen zu werden.

In Teil 2 haben wir uns mit den konkreten Verhältnissen in der Schweiz befasst. Zusammenfassend stellen wir fest, dass sich die Situation von Frauen und Männern im Alter in folgenden Punkten unterscheidet.

Lebenserwartung

Im Alter von 65 Jahren liegt die Lebenserwartung bei Frauen aktuell bei 22 Jahren und bei gleichaltrigen Männern bei knapp 19 Jahren. Bei den 80-jährigen Frauen und Männern betragen die entsprechenden Werte gut 10 bzw. gut 8 Jahre. Bei den über 100-Jährigen beträgt der Frauenanteil 84 Prozent. Die Prognosen bis ins Jahr 2060 gehen dahin, dass Frauen in allen Altersgruppen die Mehrheit sein werden und ihr Anteil mit zunehmendem Alter wächst. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass sich die Männerquoten pro Altersgruppe erhöhen werden.

Wohnformen

Im Alter von 80 Jahren leben noch drei Viertel der Männer in einem Paarhaushalt, bei den Frauen sind es 35 Prozent. Ein Grossteil der Frauen lebt also allein. In allen Alterskategorien leben mehr Frauen im Heim als Männer: Bei den über 85-Jährigen sind es 32 Prozent Frauen gegenüber 18 Prozent Männer. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Heim beträgt bei den Männern ein Jahr, bei den Frauen drei Jahre.

Sozialversicherungen

Die AHV ist die Basis für die wirtschaftliche Existenzgrundlage. Die durchschnittliche monatliche Altersrente ist bei Frauen und Männern praktisch identisch. 15 Prozent der Pensionierten müssen mit der AHV als einziger Einnahme auskommen. Die Frauen beziehen mehr Ergänzungsleistungen. Im Jahr 2010 haben knapp 14 Prozent der Rentnerinnen gegenüber 8.7 Prozent der Rentner Ergänzungsleistungen erhalten.

Insgesamt 3 Prozent der RentnerInnen beziehen eine Hilflosenentschädigung, davon sind 76 Prozent Frauen und 23 Prozent Männer. Zwei Drittel der RentenbezügerInnen aus der beruflichen Vorsorge sind Männer, ein Drittel Frauen. Die Durchschnittshöhe der Renten liegt bei den Männern bei 36'000 Franken pro Jahr, bei den Frauen bei 19'000. Rund ein Drittel aller Rentnerinnen und Rentner bezieht eine Leistung aus der dritte Säule (Säule 3a) – 42.3 Prozent der Männer und 25.3 Prozent der Frauen.¹⁸⁰ Insgesamt sind Rentnerinnen im (hohen) Alter finanziell schlechter gestellt als Rentner.

Gesundheitskosten

Frauen beanspruchen mehr Leistungen des Gesundheitssystems als Männer. Dies vor allem, weil sie älter werden und den Grossteil der HeimbewohnerInnen ausmachen. Die neue Pflegefinanzierung führt tendenziell dazu, dass der Eigenanteil im ambulanten Bereich ansteigt. Die Rede ist davon, dass ein bis zu 500 Franken höheres Monatseinkommen nötig sein wird. Auch im stationären Bereich steigen die Kosten an, weil neben den Krankassen zunehmend auch die Kantone ihre Beiträge plafonieren und beispielsweise Infrastrukturkosten auf die BewohnerInnen überwältzt werden.

12.2 Aktuelle (Schnittstellen)probleme

Hochaltrigkeit ist teuer, sowohl für das Individuum wie auch für den Staat und die Krankenkassen. Ein Grossteil der Kosten fällt im vierten Lebensalter an. Eine einseitige Ausrichtung auf finanzielle Belange wird in Zukunft jedoch nicht ausreichen, die mit der Langlebigkeit von uns Menschen zusammenhängenden Fragen zu beantworten. Wir werden uns Gedanken über neue (oder alte?) Formen der Arbeit und Unterstützung machen müssen. Auf solch weitreichende Fragen kann dieser Bericht keine Antworten geben. Wir wollen aber einige Fragestellungen und Spannungsverhältnisse benennen, die sich aufgrund dieser Studie ergeben.

¹⁸⁰ Bundesamt für Statistik (2011): Indikatoren zur Alterssicherung, Resultate der Schlüsselindikatoren, S. 10.

Zeit und Geld

In keiner anderen Altersgruppe sind Einkommen, Vermögen, aber auch Lebensstile und -möglichkeiten unterschiedlicher als bei den über 60-Jährigen, haben wir festgestellt. Die Individualität der Menschen im Alter und die Unterschiedlichkeit ihrer Lebensformen dürfen aber nicht darüber hinweg täuschen, dass soziale Schicht und Lebenslage, Bildungsstand und Einkommen, Geschlecht und Rollennormen im Alter weiterhin prägend sind. Wer mehr finanzielle Mittel hat, kann sich mehr leisten: die Wohnung altersgerecht umbauen lassen, technische Hilfsmittel beziehen, Kur- und Ferienangebote nutzen etc. Wer in der Lage ist, neben den von der Krankenkasse übernommenen notwendigen Pflegeleistungen der Spitex genügend weitere häusliche und unterstützende Dienstleistungen zu bezahlen, kann einen Heim-eintritt vermeiden oder hinauszögern. Das Wohnen in einer Seniorenresidenz, wo Pflege-, Betreuungs- und Haushaltleistungen in Anspruch genommen werden können, kann gut und gern 10'000 CHF im Monat kosten. Lebensqualität im Alter ist *auch* ökonomisch determiniert.

Autonomie und Abhängigkeit

Selbständigkeit und Selbstbestimmung, Partizipation am öffentlichen und sozialen Leben heissen die gut klingenden Postulate in den Alterspolitiken und -leitbildern. Autonomie wird zur Norm erklärt. Ebenso die „Pflicht“, gesund zu leben, Sport zu treiben, sich gesund zu ernähren und sich geistig fit zu halten. Pointiert ausgedrückt: Wer im Alter krank und pflegebedürftig ist, hat seine Aufgaben nicht gut gemacht und ist selber schuld. Autonomie, nun zur Norm erklärt, verliert ihren emanzipatorischen Charakter. Im Pflegeheim ist nur noch Platz für Menschen, die einen höheren Pflegebedarf ausweisen. Pflege, Betreuung und Unterstützung fallen aber auch bei alten Leuten an, die zuhause wohnen. Die Möglichkeit besteht, dass in Zukunft externe Dienste wie Spitex, Tagesheime, Mahlzeiten- und Fahrdienste, Ferienbetten ausgebaut werden. Da die Krankenkassen in der Regel nur die pflegerischen Leistungen übernehmen, wird auch in Zukunft die informelle Unterstützung gefragt sein – Familienangehörige, Freunde, Nachbarinnen –, wenn mindestens eine Teilselbständigkeit bewahrt werden soll. Das Prinzip Daheim-statt-Heim kann bei den Beteiligten zu einer Überlastung führen.

Pflege und Betreuung

Die Zusammenarbeit zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen LeistungserbringerInnen (meistens Mitarbeitende der Spitex) funktioniert aus der Sicht beider Seiten gut bis sehr gut. Die wenigen Konfliktpunkte, die genannt werden, sind etwa die häufig wechselnden Mitarbeitenden, die mangelhafte Kommunikation oder die Zeiteinhaltung seitens der Professionellen. Manchmal fehlt es auch schlicht und einfach an der Information: Angehörige sehen nicht ein, warum die Spitex-Mitarbeitende nicht noch kurz Zeit hat für die eine oder andere Handreichung, die gerade ansteht und die der pflegenden Ehefrau viel Kraft kostet. Sie wissen offenbar nicht, dass dies gar nicht möglich ist, weil die Spitex solche Leistungen nicht über die Pflegekosten abrechnen kann.

Die Belastung pflegender Angehöriger wird in der letzten Zeit breit diskutiert. Ungelöst ist z.B. die Frage, wie die soziale Sicherheit für Pflegende, die ihr Arbeitspensum reduzieren oder die Erwerbsarbeit vorübergehend ganz aufgeben, gewährleistet werden kann. Wie wir gesehen haben, werden AHV-Betreuungsgutschriften nur gewährt, wenn die Pflegebedürftigen eine Hilflosenentschädigung beziehen.

Diese machen insgesamt 3 Prozent am Total der AHV-BezügerInnen aus. Die Diskussion bewegt sich im Moment eher auf der Ebene der Unternehmen, die aufgefordert werden, praxistaugliche Modelle für Mitarbeitende anzubieten, die Pflegeaufgaben übernehmen wollen oder müssen.¹⁸¹

Caring und Zeitsysteme

Care-Arbeit ist mehr als Pflege. Care bedeutet sorgen, pflegen, beachten, behüten, sich kümmern. Care bedeutet eine sorgende Beziehung aufbauen, einen gelingenden Alltag unterstützen. Grösster Kritikpunkt der pflegenden Angehörigen gegenüber den Spitex-Mitarbeitenden ist, dass diese zu wenig Zeit haben. Spitex-Mitarbeitende müssen ihre Leistungen nach einem bestimmten System und abgestuft nach den Leistungen, die sie bei der Kundin erfüllen, erfassen. Die Krankenkassen übernehmen eine bestimmte Anzahl Pflegestunden pro Monat oder Quartal. Hauswirtschaftliche Leistungen werden nur in ganz bestimmten Fällen von der Krankenkasse übernommen. Beide Seiten haben also ein gewisses Interesse, dass die Zeiten kurz sind und dass sie eingehalten werden: die Kundinnen, damit die von der Krankenkasse übernommene Pflegezeit nicht überschritten wird, die Professionellen, damit sie möglichst viele Pflegebedürftige betreuen können. Derjenige Teil von Care, der über die medizinische Versorgung hinausgeht, bleibt den informellen HelferInnen vorbehalten oder muss separat bezahlt werden.

Qualität und Kontrolle

Die Mittel der öffentlichen Hand sind beschränkt und die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger sei das Ziel, hält der Kanton Bern in seiner Alterspolitik fest. Sein Versorgungssystem sei auf den effektiv vorhandenen Bedarf ausgerichtet, die transparent gestalteten Angebote und erfüllten definierte minimale Qualitätsvorgaben, wo dies zum Schutz der LeistungsempfängerInnen – insbesondere zum Schutz vor gefährlicher Pflege – notwendig sei. Darüber hinaus würden sie bedarfsgerechten Qualitätsanforderungen entsprechen.¹⁸²

Dem gegenüber verlangen Fachpersonen der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, dass folgende Themen in Zusammenhang mit Pflege dringend diskutiert werden müssen: Bedarf an freien Zeiträumen zum Beziehungsaufbau; die Notwendigkeit, Fürsorge als Qualitätsmerkmal der Gesundheitsversorgung beizubehalten und die Gefahren einer zunehmend industriell geprägten funktionalen Arbeitsteilung.¹⁸³ Da wird eine Kluft sichtbar, die so leicht nicht zu überbrücken ist.

Die (Langzeit)pflege im Zentrum

Das vierte Lebensalter ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass ein Mensch, mehrheitlich eine Frau, ihren Alltag nicht mehr ohne fremde Hilfe bewältigen kann. An der (Langzeit)pflege und -betreuung lassen sich alle Fragen, die sich im vierten Lebensalter stellen, exemplarisch aufzeigen:

¹⁸¹ Siehe z.B. www.workandcare.ch

¹⁸² Gesundheits- und Fürsorgedirektion (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern 2011, a.a.O., S.12.

¹⁸³ Lorenz Imhof und Romy Mahrer-Imhof, in: Caritas (2011) a.a.O., S. 188.

In der Regel übernimmt eine bislang gut zusammenarbeitende Kombination von Professionellen und Familienangehörigen, darunter viele Ehefrauen und Partnerinnen von pflegebedürftigen Männern, die Pflege und Betreuung. Wo Geld vorhanden ist, werden zusätzliche Hilfeleistungen eingekauft. Das kann z.B. die Einstellung einer sogenannten Pendelmigrantin sein, die unter nicht immer geklärten arbeitsrechtlichen Verhältnissen hier ein vorübergehendes Auskommen findet. Familienangehörige – meist Töchter oder Schwiegertöchter – versuchen die Quadratur des Kreises, ihren Müttern, gleichzeitig ihrer Familie und ev. noch betreuungsbedürftigen Kindern sowie ihrer eigenen beruflichen Laufbahn gerecht zu werden. In den Pflegeheimen versorgt ein Heer von ausgebildeten und angeleiteten Personen, hauptsächlich Frauen, eine Bewohnergruppe, die weitestgehend aus Frauen besteht. Die Qualität der Versorgung – im privaten und im institutionellen Bereich – ist, bei aller Liebe und gutem Willen der informellen, bei aller Fachkompetenz der formellen Helfenden, von Zeitdruck sowie physischer und psychischer Belastung geprägt.

Wir wollen hier explizit festhalten: Die politisch-institutionellen Rahmenbedingungen in der Schweiz sind vorläufig noch gut. Das Versorgungssystem für die alte und älter werdende Generation, in welchem öffentliche und private Institutionen ineinandergreifen, funktioniert. Soziale Unterschiede sind aber zweifellos vorhanden. Zukünftige RentnerInnengenerationen – Stichwort Babyboomer – werden wohl höhere Ansprüche stellen in Bezug auf Wahlfreiheit, Selbständigkeit, Partizipation als die heute 80 bis 100-Jährigen, die zum Teil vor dem Ersten, jedenfalls aber vor dem Zweiten Weltkrieg geboren sind. Es ist zu hoffen, dass demografische und ökonomische Zukunftsszenarien nicht zu einem Abbau von Leistungen und einer Entsolidarisierung führen. Wie sich die seit Anfang 2011 geltende neue Pflegefinanzierung auswirken wird, muss genau beobachtet werden. Die an einem Forschungsprojekt im Rahmen des NFP 60¹⁸⁴ beteiligte Sozialwissenschaftlerin Annegret Wigger stellt die Frage nach der Definitionsmacht:

*Diese Auseinandersetzung ist letztlich eine Frage darüber, inwieweit die Versorgung, das Caring im Altersbereich, als öffentliche Aufgabe wahrgenommen und gestaltet wird oder inwieweit es tatsächlich Privatsache also dem persönlich-privaten und dem Warenmarkt überlassen bleibt.*¹⁸⁵

¹⁸⁴ NFP 60 Gleichstellung der Geschlechter. Prof. Annegret Wigger, Dr. Nadia Baghdadi, Dr. Raphaela Hettlage: «Care»-Trends in Privathaushalten: Umverteilen oder auslagern? Das NFP 60 dauert bis 2014.

¹⁸⁵ Wigger, Annegret: Private-Care-Arrangements in der Schweiz. Eine Herausforderung für die Gleichstellung. Referat gehalten an der Tagung der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich am 11. November 2011 zum Thema: „Arbeitsmarkt Privathaushalt - Betagtenbetreuung durch Migrantinnen“, www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung.html

13 Literaturhinweise

- Aeschbacher, Monique, Margareta Lauterburg und Barbara Lischetti-Greber (1994):** Durchs Netz gefallen. Eine juristische Analyse der Stellung der Frauen im schweizerischen Sozialversicherungssystem unter Berücksichtigung von Frauenlebensläufen. Schriftenreihe der SGGP N0. 34, Bern
- Aeschbacher, Monique (2011):** Alterspolitik in der Schweiz – Zwischen Konstanz und Umbruch. Referat gehalten am 30.9.2011 im Rahmen des Zertifikatsstudienganges CAS 2011 „Gerontologie heute“, ZfG, Universität Zürich
- Backes, Gertrud M. (2010):** Zwischen Jugendlichkeitsideal und „alternder Gesellschaft“. Wie leben die Hochaltrigen heute? Foliensatz zu einem Vortrag innerhalb der Vortragsreihe an der Evangelischen Akademie Wittenberg zum Thema „Viele Gebrechen umgeben den Greis (Horaz) – zum Umgang mit dem Altern in Medien, Kultur und Religion, 18.-20. Juni 2010
- Barben, Marie-Louise (2011):** Frauengeschichte – Frauenalltag. Frauen zwischen 65 und 75 sprechen über den Zusammenhang von Frauengeschichte und Lebensgestaltung. www.grossmuetter.ch
- Barlösius, Eva und Daniela Schiek (Hrsg.) (2007):** Demographisierung des Gesellschaftlichen. Analysen und Debatten zur demographischen Zukunft Deutschlands, Wiesbaden
- Bayer-Oglesby, Lucy und François Höpflinger (2010):** Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen, Obsan Bericht 47, Neuchâtel
- Bericht des Bundesrates (2007):** Strategie für eine schweizerische Alterspolitik vom 29. August 2007
- Bericht des Bundesrates (2010):** Gesamtschweizerische Strategie zur Armutsbekämpfung vom 31. März 2010
- Bertschy, Kathrin und André Müller (2011):** Was hat die Herabsetzung der Eintrittsschwelle in der 1. BVG-Revision gebracht?, in: Soziale Sicherheit CHSS 2011/4, S. 214-218
- Bischofberger, Iren und Marc Höglinger (2008):** Herausforderungen für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege, in: Schweizer Arbeitgeber Nr. 20, S. 36-39
- Bonoli, Giuliano, Fabio Betozzi, Sabine Wichmann /IDHEAP – Institut des Hautes Etudes en Administration Publique (2008):** Anpassungen der Rentensysteme in der OECD: Reformmodelle für die Schweiz? Beiträge zur sozialen Sicherheit 2008/5
- Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte) vom 26. Mai 2004**
- Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005**
- Bundesamt für Gesundheit (2007):** Pflegefinanzierung. Studie Infrac, Zürich
- Bundesamt für Gesundheit (2011):** Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2008):** 60 Jahre AHV. Faktenblatt, Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2011):** AHV-Statistik Dezember 2010. Statistiken zur sozialen Sicherheit (inkl. Tabellenteil), Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2011):** Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2011. Statistiken zur sozialen Sicherheit, Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2011):** Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2010. Statistiken zur sozialen Sicherheit (inkl. Tabellenteil), Bern
- Bundesamt für Statistik (2008):** Armut von Personen im Erwerbsalter, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2008):** Demografische Alterung und soziale Sicherheit. Informationen aus der Demografie 2007/4, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2008):** Sterblichkeit nach Todesursachen, 1998/2003. Informationen aus der Demografie 2007/3, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2009):** Bevölkerungswachstum und demografische Alterung: ein Blick in die Zukunft. Hypothesen und Ergebnisse der Bevölkerungsszenarien der Bevölkerungsszenarien für die Schweiz 2005-2050, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2009):** Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2009):** Newsletter 2009/1. Informationen aus der Demografie, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2009):** Studie zu den letzten Lebensjahren im Heim und Spital, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2010):** Die demografische Alterung. Informationen aus der Demografie 2010/1, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2010):** Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010–2060, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2011):** Betagte Personen in Institutionen: Eintritte in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2011):** Die berufliche Vorsorge in der Schweiz. Pensionskassenstatistik 2009, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2011):** Indikatoren zur Alterssicherung, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2011):** Sinkende Sterberaten, aber Zunahme demenzbedingter Todesfälle. Medienmitteilung vom 24.11.2011, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2011):** Sozialbericht des Kantons Zürich, Neuchâtel

- Bundesamt für Statistik (2011):** Spitex-Statistik 2010, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2011):** Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Provisorische Standardtabellen 2010 (Stand am 21.1.2011), Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2011):** Sterblichkeit. Newsletter Informationen aus der Demografie 2011/1, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2012):** Aktives Altern – neues Leitbild für neue Generationen älterer Menschen. Newsletter Informationen aus der Demografie 2012/1, Neuchâtel
- Caritas (2011):** Sozialalmanach 2011: Das vierte Lebensalter, Luzern
- Colombier, Carsten (2008):** Demografische Alterung und Gesundheitswesen – Mehrbelastungen primär in der Langzeitpflege, in: Die Volkswirtschaft 2008/10, S. 63-66
- Dubach, Philipp, Heidi Stutz und Ruth Calderón (2010):** Armutsbericht Basel-Stadt. Ursachen – Dynamiken Handlungsempfehlungen, hrsg. von der Christoph Merian Stiftung, Basel
- Ecoplan (2006):** Gründe für unterschiedliche EL-Quoten. Statistische Analyse im Rahmen der Evaluation der Ergänzungsleistungen zu AHV und IV, Bern
- Ecoplan und Fachhochschule Nordwestschweiz (2007):** Pflege im Alter. Pilotstudie. Studie im Auftrag von Spitex Bern, Domicil Bern und Diakonissenhaus Bern, Bern
- Eidgenössische Finanzverwaltung (2012):** Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2012, Bern
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2010):** Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit. Impulse aus der Sicht der Gleichstellung, Bern
- Esping-Andersen, Gøsta (2009):** The Incomplete Revolution. Adapting to Women's New Roles, Cambridge UK
- Europäische Kommission (2010):** Grünbuch. Angemessene, nachhaltige und sichere europäische Pensions- und Rentensysteme, Brüssel
- Filipp, Sigrun-Heide:** Das Vierte Lebensalter im Spiegel der psychologischen Forschung - Jenseits von Mythen und Stereotypen, Foliensatz zum Vortrag am SGG-Kongress „Hochaltrigkeit im Wandel“, 3. Februar 2012 in Fribourg
- Fischer, Rahel, Sarah Müller und Carlo Knöpfel / Caritas (2009):** Armutsbekämpfung in Zürich: Versagt die Politik? Von der historischen Analyse zur Zukunftsvision. Diskussionspapier Nummer 25, Luzern
- Fooker, Insa:** Neue Alter(n)sriskien – eine geschlechtsneutrale Standortbestimmung? Rezension zu: Backes, Gertrud M., Wolfgang Clemens und Harald Künemann (Hrsg.) (2004): Lebensformen und Lebensführung im Alter, Wiesbaden
- Frey, Miriam, David Liechti und Manuel Feer / B,S,S (2011):** Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Out-Of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich, Obsan Dossier 17, Neuchâtel
- Gächter, Thomas (2010):** Die Finanzierung von Pflegeheimaufenthalten. Grundprobleme, Entwicklung und Gefahren, in: Breitschmid, Peter und Thomas Gächter (Hrsg.) : Rechtsfragen zum Heimaufenthalt und dessen Finanzierung, Zürich, S. 1-18
- Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (2007):** Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik, Basel
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2008?):** Sozialbericht 2008. Armut im Kanton Bern: Zahlen, Fakten und Analysen, Bern
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011):** Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern, Bern
- Guggisberg, Jürg, Kilian Künzi, Philipp Dubach und Eveline Hüttner (2007):** Statistik Alterssicherung. Analyse der Vorsorge-situation der Personen rund um das Rentenalter anhand der Daten der schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2002 und 2005, hrsg. vom Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
- Guilley, Edith (2005):** Das Leben in einem Heim, in: Wanner, Philipp, Claudine Sauvain-Dugerdil, Edith Guilley und Charles Hussy: Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Neuchâtel, 117-128.
- Guldemann, Joana (2008):** Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen, BASS, BSV, Bern
- Gurny, Ruth (2009):** Aktivierung grenzenlos: Produktiv und aktiviert auch im Alter?. In: Denknnetz, Jahrbuch 2009, Zürich, S. 127-133
- Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbunn (2011):** Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Bern
- Höpflinger, François:** Generationen in Familie und Gesellschaft – Zusammenfassung des Generationenberichts Schweiz www.hoepflinger.com/fhtop/Generationenbericht-Summary.pdf
- Höpflinger, François (2009):** Wohnen im Alter - Zusammenfassung der Buchpublikation „Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter, Zürich, www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1R.html
- Höpflinger, François (2011):** Alter & Gender – Themenstellungen – Fragen – Konzepte. Letzte Aktualisierung November 2011. www.hoepflinger.com
- Hutchinson, Sara, Helen Ritchard et al. (2012):** Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige, in: Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger (Hrsg.): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege, Bern, S. 211-271
- Informationsstelle AHV/IV in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (2011):** Altersrenten und Hilflosenentschädigungen der AHV, Merkblatt 3.01 (Stand am 1.1.2012)
- Informationsstelle AHV/IV in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (2011):** Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, Merkblatt 5.01 (Stand am 1.1.2012)
- Informationsstelle AHV/IV in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (2011):** Ihr Anspruch auf

Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, Merkblatt 5.02 (Stand am 1.1.2012)

Karrer, Dieter (2009): Der Umgang mit den dementen Angehörigen. Über den Einfluss sozialer Unterschiede, Wiesbaden

Kehrli, Christin und Carlo Knöpfel / Caritas (2006): Handbuch der Armut in der Schweiz, Luzern

Knupfer, Caroline und Heidi Stutz (2012): Absicherung unbezahlter Care-Arbeit von Frauen und Männern, in: Soziale Sicherheit 2012/1, S. 9-12

Kobi, Sylvie (2008): Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten, Bern

Künemund, Harald und Klaus R. Schroeter (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen, Wiesbaden

Künzi, Kilian und Kris Haslebacher / BASS (2009): Untersuchung von Schnittstellen im Altersbereich der Stadt Bern. Befragung von Kundinnen und Kunden der Spitex und von Alters- und Pflegeheimen. Im Auftrag des Alters- und Versicherungsamts der Stadt Bern, Bern

Künzler, Gertrud, Knöpfel, Carlo (2002): Arme sterben früher. Soziale Schicht, Mortalität und Rentenalterspolitik in der Schweiz, Luzern

Madörin, Mascha (2007): Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. In: Denknetz, Jahrbuch 2007, Zürich, S. 141-162

Marin, Bernd und Eszter Zólyomi (2010): Erwerbstätigkeit und Rentenanspruch von Frauen: Was ist gut, was ist am besten?, in: Soziale Sicherheit CHSS 2010/6, S. 330-334

Martin, Gerlind und Elisabeth Ryter (2010): Erhebung zur Altersfreundlichkeit der Stadt Bern. Bericht zuhanden des Alters- und Versicherungsamtes der Stadt Bern, Bern

Martin, Mike, Caroline Moor und Christine Sutter (2010): Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 2010/11, Bern

Medici, Gabriela und Sarah Schilliger (2012): Arbeitsmarkt Privathaushalt – Pendelmigrantinnen in der Betreuung von alten Menschen, in: Soziale Sicherheit CHSS 2012/1, S. 17-20.

Moser, Peter (2002): Alter, Einkommen und Vermögen. Eine Analyse der Zürcher Steuerstatistik 1999, in: statistik.info 2002/23, hrsg. vom Statistischen Amt des Kantons Zürich

Moser, Peter (2006): Einkommen und Vermögen der Generationen im Lebenszyklus. Eine Querschnitts-Kohortenanalyse der Zürcher Staatssteuerdaten 1991-2003, in: statistik.info 2006/1, hrsg. vom Statistischen Amt des Kantons Zürich

Moor, Caroline und Mike Martin (2010): Alterspolitik in den Kantonen: eine Bestandesaufnahme, in Soziale Sicherheit CHSS 2010/6, S. 344-347

Obsan (Weaver, France, Hélène Jaccard Ruedi, Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud) (2008): Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse, Document de travail 34, Neuchâtel

Obsan (Jaccard Ruedi, Hélène und France Weaver) (2009): Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030, Neuchâtel

Obsan (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in der Schweiz. Nachfrage nach Pflege zu Hause wird steigen. Medienmitteilung vom 19. Mai 2011

Ostertag, Marta und Carlo Knöpfel / Caritas (2006): Einmal arm – immer arm? Lebensgeschichten zur sozialen Vererbung und Mobilität in der Schweiz. Eine Studie der Caritas Zürich, Diskussionspapier 16, Luzern

Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpflinger, Christian Suter (2008): Generationen – Strukturen und Beziehungen. Generationenbericht Schweiz, Zürich

Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpflinger und Brigitte Schnegg (2010): Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz, Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz, Schlussbericht, Bern

Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger (Hrsg.) (2012): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege, Bern

Petzold, Hilarion G., Erika Horn und Lotti Müller (Hrsg.) (2011): Hochaltrigkeit. Herausforderungen für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit, Wiesbaden

Preisüberwachung PUE (September 2011): Probleme bei der neuen Pflegefinanzierung – Preisüberwacher ortet dringenden Handlungsbedarf, Bern

Pro Senectute /Amélie Pilgram und Kurt Seifert (2009): Leben mit wenig Spielraum. Altersarmut in der Schweiz, Edition Pro Senectute Band 1, Zürich

Razavi, Shahra (2007): The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options, Gender and Development Programme Paper Number 3, United Nations Research Institute for Social Development, Genf

Rehberg, Walter (2009): Sozioökonomische Situation älterer Menschen, in: Soziale Sicherheit CH SS 2009/5, S. 313-316

Rehberg, Walter (2009): Vorurteile und Fakten zur wirtschaftlichen Situation von älteren Menschen, im Auftrag des Seniorenrates (Version vom 26.3.2009)

Rielle, Yvan, Rolf Wirz und Reto Wiesli / Polsan Fachstelle für Gesundheit (2010): Alterspolitik in den Kantonen. Bericht zuhanden der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Bern

Schön-Bühlmann, Jacqueline (2005): Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und –haushalten, in: Soziale Sicherheit CHSS 2005/5, S. 274-280

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (2012): Positionspapier zur künftigen Ausgestaltung der Sozialpolitik. ExpertInnengruppe der SAGW, Bern

- Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (2012):** Was ist Generationenpolitik? Eine Positionsbestimmung, Bern
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2012):** Botschaft über die Legislaturplanung 2013-2015. Anhang 7: Entwicklungsszenarien Ausgaben im Gesundheitswesen, Bern, S. 157-171
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium / Bundesamt für Statistik (2011):** Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in der Schweiz. Nachfrage nach Pflege zu Hause wird steigen, Medienmitteilung vom 19.5.2011
- Seifert, Kurt (2010):** Altersarmut: Wird das Rad der Geschichte zurückgedreht?, in: Sozialalmanach 2010, Luzern, S. 199-211
- Spitex Verband Schweiz (2011):** Pflegefinanzierung in den Kantonen – Ambulante Pflege, Bern
- Spitex Verband Schweiz (2011):** Pflegefinanzierung – Übersicht Neuerungen 2011, Bern
- Spitex Verband Schweiz (2011):** Pflegefinanzierung – Umsetzung in den Kantonen, Bern
- Spitex Verband Schweiz (2012):** Pflegefinanzierung – Liste Patientenbeteiligung 2012, Bern
- Sturny, Isabelle (2004):** 5-Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Analyse der Krankenversicherer OKP mit dem Datenpool von santésuisse. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 10, Neuchâtel
- Stutz, Heidi und Silvia Strub (2006):** Leistungen der Familien in späteren Lebensphasen, in: Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen (Hrsg.): Pflegen, betreuen und bezahlen, Familien in späteren Lebensphasen, Bern, S. 73-102
- Stutz, Heidi, Tobias Bauer und Susanne Schmugge (2007):** Erben in der Schweiz. Eine Familiensache mit volkswirtschaftlichen Folgen, Zürich
- Stutz, Heidi und Caroline Knufer (2012):** Absicherung unbezahlter Care-Leistungen von Frauen und Männern. Anpassungsbedarf des Sozialstaats in Zeiten sich ändernder Arbeitsteilung. Grundlagenpapier im Auftrag des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann, Bern
- Thiele, Gisela:** Rezension zu: Amann Anton und Franz Kolland (Hrsg.)(2008): Das erzwungene Paradies des Alters. www.socialnet.de/rezensionen/5633.php
- Wigger, Annegret (2011):** Private Care-Arrangements in der Schweiz. Eine Herausforderung für die Gleichstellung. www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung.html
- Villiger, Simone und Carlo Knöpfel / Caritas (2009):** Armut macht krank. Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen, Diskussionspapier 24, Luzern
- Wächter, Matthias und Kilian Künzi / BASS (2011):** Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Im Auftrag des Spitex Verbandes Schweiz, Bern
- Wanner, Philipp, Claudine Sauvain-Dugerdil, Edith Guilley und Charles Hussy (2005):** Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Neuchâtel
- Wanner, Philippe und Alexis Gabadinho (2008):** Die wirtschaftliche Situation von Erwerbstätigen und Personen im Ruhestand. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht 2008/1, Bern
- Zenker, Christina und Katja Gentinetta (2009):** AHV – eine Vorsorge mit Altersblindheit, Zürich
- Zogg, Claudio (2011):** Wer zahlt die Pflege? Die neue Pflegefinanzierung, in: Caritas: Sozialalmanach 2011: Das vierte Lebensalter, Luzern, S. 87-106