

4. Zürcher Gerontologietag, 1. Oktober 2003

François Höpflinger

Pflegebedürftigkeit und soziale Lebensformen im Alter

Pflegebedürftigkeit gemäss ADL-Kriterien

Pflegebedürftig sind jene älteren Menschen, welche aufgrund körperlicher, sensorischer und/oder kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, den normalen Alltag selbstständig zu bewältigen. Zentral ist die Feststellung, dass Pflegebedürftigkeit den Endpunkt eines komplexen Prozesses darstellt, da spezifische funktionale Einschränkungen (Gehschwierigkeiten, Seh- oder Höreinschränkungen) nur unter spezifischen Umständen ein selbstständiges Alltagsleben verunmöglichen. Als Ursache von Pflegebedürftigkeit kommen in Betracht (vgl. Mager 1999):

- angeborene Behinderungen,
- Akuterkrankungen mit bleibenden Einschränkungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (z.B. Schlaganfall, Sturzunfall mit Fraktur),
- Kumulation von Erkrankungen im Lebensverlauf (chronisch-degenerative Erkrankungen, Multimorbidität),
- altersassoziierte physische Funktionseinschränkungen,
- altersassoziierte psychische und demenzielle Einschränkungen.

Im Alter und insbesondere im hohen Lebensalter ist Pflegebedürftigkeit häufig nicht auf eine Ursache allein zurückzuführen, sondern sie ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener alters- und krankheitsbedingter Ursachen. Gleichzeitig hängt Pflegebedürftigkeit davon ab, welche Alltagsaktivitäten als unabdingbar (und nicht kompensierbar) erachtet werden. Eine ältere Person im Rollstuhl kann bei geeigneter Lage und Ausrüstung ihrer Wohnung (keine Schwellen, zugängliche Küchengeräte, angepasstes Bad usw.) durchaus weiterhin selbstständig haushalten.

Um angesichts der Unterschiede der Haushaltssituation und Lebensinteressen von Menschen dennoch zu einer einigermaßen vergleichbaren Konzeptualisierung zu gelangen, wird deshalb im allgemeinen das Konzept der Pflegebedürftigkeit an der Unfähigkeit verknüpft, elementare tägliche Verrichtungen zu verrichten. Häufig werden zur Operationalisierung der Pflegebedürftigkeit ADL-Kriterien („activity-of-daily-living“/ Aktivitäten des täglichen Lebens) verwendet, wie sie von Katz et al. (1963) entwickelt wurden: Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, sich selbst an- und auszukleiden, selbst zu Bett zu gehen oder das Bett zu verlassen, selbst die Körperpflege zu übernehmen und sich zumindest innerhalb der Wohnung zu bewegen.

ADL-Kriterien werden sowohl bei epidemiologischen Studien als auch bei sozialrechtlichen Regelungen (Hilflosenentschädigung der AHV/IV in der Schweiz, deutsche Pflegeversicherung) häufig verwendet. Breitere Kriterien zur Alltagsbewältigung, welche neben den basalen Aktivitäten des Alltagslebens auch komplexere instrumentelle und soziale Aktivitäten des Lebens (wie Kontaktfähigkeit usw.) einbeziehen, werden seltener benützt. Dies hat damit zu tun, dass ADL-Kriterien kultur-, zeit- und geschlechtsübergreifend gültig sind, wogegen etwa IADL-Kriterien (‘instrumental activity of daily living’) bedeutsamen zeitgeschichtlichen und geschlechtsspezifischen Unterschieden unterliegen.

Die Festlegung der Kriterien und vor allem der Schnittpunkte (Wie viele Alltagsverrichtungen werden berechnet, um jemand als leicht bzw. schwer pflegebedürftig zu klassifizieren?) unterliegen ständigen Diskussionen. Entsprechend variieren die altersspezifischen Raten von Pflegebedürftigkeit zwischen unterschiedlichen Erhebungen deutlich.

In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig zu erwähnen, dass Pflegebedürftigkeit - gemessen nach funktionalen Kriterien - und Hilfs- und Pflegebedarf nicht deckungsgleich sind. Neben funktionalen Einschränkungen und Behinderungen beeinflussen auch soziale und wirtschaftliche Faktoren Form und Ausmass des Pflegebedarfs: Spitex-Leistungen werden weniger beansprucht, wenn familiäre Unterstützung (EhepartnerIn, Kinder u.a.) vorliegt, und auch der Wechsel in ein Pflegeheim wird von sozialen Faktoren (familiäre Situation, wirtschaftliche Lage u.a.) mitbestimmt. Umgekehrt können wirtschaftliche und soziale Probleme (langjährige Armut, Vereinsamung u.a.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen (Spitex-Dienste u.a.) zusätzlich erhöhen. Aber auch die Nachfrage nach Alters- und Pflegeheimplätzen ist nicht allein vom gesundheitlichen Befinden älterer Menschen abhängig, sondern auch von sozio-ökonomischen Faktoren (sozialer Status, Familienstand).

Pflegebedürftigkeit in der Schweiz - bisherige Erhebungen und aktuelle Schätzwerte

Bedeutsame Datenquelle zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung sind die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 1997. Allerdings beziehen sich diese Erhebungen nur auf Zuhause lebende Personen, was speziell in höheren Altersgruppen eine wesentliche Einschränkung ihrer Aussagekraft bedeutet. Auch in Privathaushaltungen sind allerdings viele ältere Menschen hilfs- und pflegebedürftig. Gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung 1997 litten 14% der Zuhause lebenden 65-jährigen und älteren Männer und 15% der Zuhause lebenden 65-jährigen und älteren Frauen an mindestens einer Behinderung (Seh-, Hör-, Geh- oder andere Behinderung). Dabei fallen in diese Gruppe allerdings auch Personen, welche dank Kompensation ihrer Hör- und Sehbehinderung nicht im eigentlichen Sinne als pflegebedürftig einzuordnen sind. Der Anteil der Zuhause lebenden älteren Menschen mit einer ADL-Behinderung ist sachgemäss geringer: 1.5% bis 2.5% bei den 65-74-Jährigen und 4% bis 5% bei den 75-jährigen und älteren Menschen.

Epidemiologische Schätzungen zur Pflegebedürftigkeit älterer Menschen, unabhängig von der Wohnform

Pflegebedürftigkeitsquoten in %:	Altersgruppen:					65+	absolut, hoch- gerechnet (2000)	
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+			
Schätzung Zweifel 1986/90	2.5	5.0	10.5	21.2	44.0	12.6	139'000	1
Hochrechnung Gesundheits- befragung 1992/93						14.8	164'000	2
Epidemiologische Studie Genf/Zürich 1995/96	2.5	6.5	8.2	17.5	25.3	9.6	106'000	3
Vergleich: Deutsche Pflegeversicherung 1999	2.1	4.7	9.5	19.6	42.4	11.8	131'000	4
Integrative Schätzwerte 2000	2.5	5-6	8-10	18-20	30-35	9.8- 11.4	109'000- 126'000	

Quelle: Höpflinger, Hugentobler 2003.

Die für die Schweiz vorliegenden Angaben bzw. Schätzungen zur Pflegebedürftigkeit gemäss ADL-Kriterien aller RentnerInnen, unabhängig von ihrer Wohnform (Privathaushalt oder Pflegeheim), sind dünn gesät, und entsprechend den gewählten Schnittpunkten variieren die Quoten beträchtlich. Zum Vergleich sind auch die für Deutschland auf der Basis der Pflegeversicherung erfassten Pflegebedürftigkeitsquoten einbezogen.

Je nach Studie bewegt sich der Anteil der pflegebedürftigen 65-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz zwischen 9.6% und 14.8%. Auf das Jahr 2000 hochgerechnet ergibt sich somit ein erster Schätzungsbereich von zwischen 106'000 bis 164'000 älteren Pflegebedürftigen, wobei die höchste Schätzung auf einem relativ breit definierten Hilfs- und Pflegebedarf basiert.

Bis zum Alter von 80-84 Jahren ergeben sich für alle einbezogenen Studien sehr ähnliche Werte. Deutliche Abweichungen ergeben sich vor allem in den höheren Altersgruppen. Während in der epidemiologischen Studie für Genfer/Zürcher-RentnerInnen bei den 85-89-Jährigen eine Pflegebedürftigkeitsquote von 22.5% errechnet wurde, sind dies gemäss deutscher Pflegeversicherung 35.7%. Bei den 90-jährigen und älteren Menschen kommt die Genfer/Zürcher-Studie auf einen Wert von 31.2%, gemäss deutscher Pflegeversicherung sind es 57.9%. Diese Differenzen widerspiegeln zum einen Kohortenunterschiede bei den Hochaltrigen (unterschiedliche Kohortenschicksale). Gleichzeitig scheinen die Werte für die über 90-Jährigen in der Genfer/Zürcher-Studie relativ gering zu sein (was wahrscheinlich Stichprobenprobleme widerspiegelt). Die Werte für die über 90-Jährigen sind in dieser Studie in jedem Fall tiefer, als sie internationalen Modellgleichungen zur altersspezifischen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit entsprechen.

Unter Berücksichtigung kontext- und kohortenspezifischer Unterschiede und der beobachteten Verbesserung der behinderungsfreien Lebenserwartung kann somit gegenwärtig von folgenden Pflegebedürftigkeitsquoten ausgegangen werden (in Tabelle als 'integrative Schätzwerte' aufgeführt):

Altersgruppe 65-69: Ein Schätzwert von 2.5% Pflegebedürftigen ist realistisch, auch weil gegenwärtig vermehrt IV-Pflegebedürftige das AHV-Alter erreichen.

Altersgruppe 70-74: Hier dürfte die Pflegebedürftigkeitsquote zwischen 5%-6% betragen, eventuell mit Tendenz zu sinkenden Quoten.

Altersgruppe 75-79: Die Pflegebedürftigkeitsquote kann auf zwischen 8%-10% geschätzt werden, und der für 1986/90 geschätzte Wert von 10.5% dürfte inzwischen zu hoch sein. Auch zukünftig ist in dieser Altersgruppe eher mit sinkenden Werten zu rechnen.

Altersgruppe 80-84: Unter Berücksichtigung von kohortenbedingten Wandlungen scheint der für 1986/90 geschätzte Wert von 21% zu hoch zu sein, sondern realistisch ist eine Pflegebedürftigkeitsquote von zwischen 18% und 20%.

Altersgruppe 85+: Hier ergeben sich die grössten Unterschiede und Unsicherheiten. 44% gemäss Schätzung für 1986/90 - sind gegenwärtig klar zu hoch. Angesichts der Kohortenunterschiede zwischen Schweiz und Deutschland ist aber auch der Wert von 42.4% gemäss deutscher Pflegeversicherung nicht auf die Schweiz übertragbar. Der Wert von 25% gemäss der in Genf und Zürich durchgeführten epidemiologischen Studie erscheint hingegen zu tief, namentlich wenn diese Quote mit der später in Tabelle 16 aufgeführten Demenzprävalenz in Bezug gesetzt wird. Realistisch erscheint deshalb eine Quote zwischen 30%-35% zu sein.

Insgesamt betrachtet liegt die Pflegebedürftigkeitsquote in der Schweiz nach Berücksichtigung aller vorhandenen Informationen gegenwärtig bei zwischen 9.8% und 11.4% aller 65-jährigen und älteren Menschen. Hochgerechnet sind somit in der Schweiz zwischen 109'000 bis 126'000 ältere Menschen gemäss ADL-Kriterien pflegebedürftig. Werden tiefe und hohe Schätzung gemittelt, ergibt sich eine Quote von 10.6%, was hochgerechnet um die 117'000 pflegebedürftige ältere Menschen ergibt.

Zur familialen Pflege älterer Menschen - Befürchtungen und Beobachtungen

Ein wesentlicher Teil der Altershilfe und Alterspflege wird von Angehörigen (Partner bzw. Partnerin, Kinder u.a.) übernommen. Entsprechend wichtig für die Gestaltung der Pflegeversorgung der Zukunft sind familial-verwandtschaftliche Wandlungen. In dieser Hinsicht herrscht allerdings grosse Unsicherheit, wie die zwei folgenden Zitate aus zwei Expertenberichten illustrieren:

„Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Einpersonen-Haushalte weiter zunehmen wird und infolgedessen weniger gegenseitige Hilfe geleistet wird. Schwierig einzuschätzen ist die Entwicklung der Solidarität zwischen den Generationen, konkret, wie sich die Bereitschaft zur Pflege betagter Eltern durch ihre Kinder (bis heute weitgehend durch Töchter oder Schwiegertöchter) entwickelt. Die laufende qualitative Verbesserung der Pflegeheime wird dazu führen, dass Kinder eher bereit sind, die Pflege eines Elternteils einem Pflegeheim zu übertragen.“ (Sanitätsdepartement Basel-Stadt 2001:12)

und:

„Die Nachfrage nach ausserfamiliären Pflegediensten dürfte umso höher ausfallen, je stärker sich die bereits in der Vergangenheit beobachteten Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen auf die Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familie auswirken. Angesichts der steigenden Scheidungsraten hat sich der Anteil Alleinerziehender merklich erhöht. Dies sind in der weit überwiegenden Zahl Frauen. Da das durchschnittliche Alter der Frauen bei der Geburt von Kindern rund 28 Jahre beträgt, hat ein Großteil der Frauen im Alter von 40 bis unter 65 Jahren noch Kinder im Haushalt. Zudem sind Alleinerziehende häufig auf das Einkommen aus Erwerbstätigkeit angewiesen. Dies erschwert die Möglichkeit, Pflegeaufgaben innerhalb der Familie zu übernehmen. Hinzu kommt, dass der Anteil der Mehrgenerationenhaushalte stark abgenommen hat. Eltern und Kinder leben in getrennten Haushalten, was bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit der Eltern oder eines Elternteils dann problematisch sein kann, wenn die Entfernung zwischen den Wohnungen gross ist. Die geforderte zunehmende Flexibilität und Mobilität der Arbeitskräfte könnte hier zusätzlich die Pflegemöglichkeiten einschränken.“ (Schulz et al. 2001: 19).

Auch in der Öffentlichkeit wird eher von einer Abnahme der Tragfähigkeit familialer Pflege ausgegangen, teilweise basierend auf eher kulturpessimistisch geprägten Vorstellungen zum Zerfall der Familie. Im folgenden soll das demographische familiale Pflegepotential untersucht werden, wobei hier der Frage nachgegangen wird, inwiefern zukünftige ältere Menschen häufiger als heute ohne Angehörige zurückbleiben.

Vorhandensein von LebenspartnerIn und Kindern - eine soziodemographische Hintergrundanalyse

Alle vorliegenden Studien zu Hilfe und Unterstützung bei hilfs- bzw. pflegebedürftigen betagten Menschen weisen darauf, dass in erster Linie - falls vorhanden - enge Angehörige Hilfe leisten, und zwar deutlich vor ausserfamiliären Personengruppen (Freunde, Nachbarn). An erster bzw. zweiter Stelle stehen eindeutig Kinder und Partner bzw. Partnerin. Alle anderen aufgeführten Gruppen fallen demgegenüber eindeutig ab (vgl. Künemund, Hollstein 2000). Vor diesem Hintergrund stellen sich sachgemäss folgende Fragen:

Wie viele ältere und betagte Menschen haben überhaupt noch einen Partner bzw. eine Partnerin? Welche Trends zeichnen sich diesbezüglich ab?

Wie viele ältere und betagte Menschen haben eigene Kinder bzw. wie viele sind kinderlos? Und welche Entwicklung zeigt sich diesbezüglich?

Partnerbeziehung nach Alter und Geschlecht, 1980 - 2000: mit Schätzung für 2010

%-Anteil in Paarbeziehung *

	Altersgruppen:					
	65- 69	70- 74	75- 79	80- 84	85- 89	90+
Männer:						
1980	81%	76%	69%	58%	45%	30%
1990	82%	79%	73%	64%	51%	35%
2000	84%	81%	76%	69%	58%	43%
2010 geschätzt	83%	83%	80%	71%	62%	48%
Frauen:						
1980	54%	42%	29%	17%	9%	3%
1990	57%	45%	33%	21%	11%	4%
2000	63%	53%	37%	24%	13%	6%
2010 geschätzt	64%	56%	43%	32%	18%	10%

*verheiratete Personen und nicht-verheiratet zusammenlebende Personen.

In obiger Tabelle sind Angaben zum Anteil von Männern und Frauen angeführt, welche im jeweiligen Alter eine Lebenspartnerin bzw. einen Lebenspartner aufweisen. Im Unterschied zu bisher üblichen Darstellungen sind nicht nur verheiratete Personen, sondern auch nicht-verheiratete zusammenlebende RentnerInnen berücksichtigt. Vor allem bei jüngeren Rentnergenerationen sind sogenannte nichteheliche Lebensgemeinschaften zunehmend häufiger anzutreffen. Die Angaben verdeutlichen zum einen den im hohen Alter zunehmenden Anteil von Personen, welche ihren Ehe- bzw. Lebenspartner durch Verwitwung verloren haben. Zum anderen werden die enormen geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebensform im Alter klar: Männer leben auch im hohen Lebensalter sehr viel häufiger als Frauen in einer Zweierbeziehung (und entsprechend können Männer auch im Alter häufiger als Frauen auf eine 'eheliche Pflege' zählen) (vgl. Höpflinger 2002a). So leben beispielsweise gegenwärtig gut 58% der 85-89-jährigen Männer in einer Zweierbeziehung, im Vergleich zu nur 13% der gleichaltrigen Frauen. Drei Faktoren bestimmen den ausgeprägten Geschlechterunterschied: Zum einen leben Frauen länger als Männer, wodurch Frauen häufiger eine Verwitwung erfahren. Zum anderen heiraten Männer häufig Frauen, welche jünger sind als sie selbst, was ihr Verwitwungsrisiko weiter reduziert. Zum dritten gehen Männer auch im höheren Lebensalter eine weitere Beziehung bzw. eine zweite Heirat ein als Frauen, auch weil sie aufgrund des zahlenmässigen Übergewichts an Frauen im höheren Lebensalter 'bessere Partnerschaftschancen aufweisen als gleichaltrige Frauen).¹

Bedeutsam, namentlich für die Einschätzung des partnerschaftlichen Unterstützungspotentials, ist allerdings auch eine weitere Feststellung: Der Anteil der Männer und Frauen, welche sich zu einem gegebenen Alter noch oder erneut in einer Paarbeziehung befinden, ist in den letzten Jahrzehnten in bedeutsamer Weise angestiegen. Lebten beispielsweise 1980 58% der 80-84-jährigen Männer in einer Paarbeziehung, waren es im Jahre 2000 gut 69%. Ein analoger Trend zeigt sich auch bei den 80-84-jährigen Frauen: Der Anteil von Frauen mit Lebenspartner erhöhte sich zwischen 1980 und 2000 von 17% auf 24%. Der Trend zu einem höheren Anteil an Paarbeziehungen auch im hohen Lebensalter wird sich auch in den nächsten Jahren fortsetzen, wie die Schätzwerte für 2010 andeuten.

¹ Unterschiede in der Lebenserwartung nach Zivilstand bzw. Lebensform können auch eine gewisse Relevanz aufweisen, sie sind jedoch statistisch weniger klar und eindeutig bestimmbar, vgl. Höpflinger 2002b.

Es sind vor allem zwei Faktoren, welche zu einem höheren Anteil von hochbetagten Paaren beitragen: Zum ersten hat sich aufgrund der erhöhten Lebenserwartung die gemeinsame Lebenszeit von Paaren ausgedehnt, und eine Verwitwung erfolgt heute durchschnittlich später. Zum zweiten erreichen die sogenannten 'ehereundlichen Geburtsjahrgänge' ein hohes Lebensalter: Es handelt sich hier um Jahrgänge, welche einerseits häufiger als frühere Jahrgänge eine Ehe eingingen (was sich in einem rückläufigen Anteil namentlich lediger Frauen illustriert). Andererseits haben die 'ehereundlichen Jahrgänge' noch tiefe Scheidungsquoten erfahren, namentlich im Vergleich zu späteren Ehejahrgängen.

Die Konsequenz dieser Kohorteneffekte: Zumindest mittelfristig wird sich der Anteil älterer und hochbetagter Menschen, welche in einer Partnerschaft leben, weiter erhöhen. Entsprechend erhöht sich auch der Anteil von älteren Pflegebedürftigen weiter, welche von einer partnerschaftlichen Pflege zu profitieren vermögen. Die oft geäusserte These, dass inskünftig die „eheliche Pflege“ aufgrund hoher Scheidungsraten bzw. geringer Heiratsraten am Schwinden sei, gilt zumindest mittelfristig nicht. Es ist eher die gegenteilige Entwicklung zu beobachten. Ein ansteigender Anteil unverheirateter Personen bzw. Menschen ohne Partner bzw. Partnerin im Alter ist erst längerfristig zu erwarten.

Für die Alterspflege hat die aufgeführte Entwicklung diverse Konsequenzen: Die Zahl namentlich 'alleinstehender' Frauen wird weiterhin ansteigen, aber Zahl und Anteil hochbetagter Paare bilden die Gruppe mit dem stärksten Wachstum. Bei den hochbetagten Menschen der nächsten Zukunft werden mehr als heute eine enge - und oft langjährige - Bezugs- und Vertrauensperson (Partner, Partnerin) aufweisen.

Dies hat verschiedene Konsequenzen: Der Umzug in ein Alters- und Pflegeheim wird - da er auch von der Lebensform bestimmt wird - tendenziell weiter verzögert, und mehr hochbetagte Menschen - namentlich Männer - werden auch im hohen Lebensalter von ihrer Partnerin gepflegt. Im hohen Lebensalter ergibt sich allerdings oft die Problematik, dass beide Partner gleichermaßen hochbetagt sind, und entsprechend die gegenseitige Hilfe und Pflege aufgrund körperlicher Einschränkungen beider Partner eingeschränkt bleibt. Im hohen Lebensalter muss partnerschaftliche Pflege - dort wo Partnerin bzw. Partnerin vorhanden sind - deshalb häufig durch externe Hilfe und Pflege ergänzt werden, sei es durch Hilfe seitens von Kindern, sei es durch professionelle Hilfe. Zahlenmässig an Bedeutung gewinnen wird auch die Frage eines gemeinsamen Umzugs in eine Alters- und Pflegeeinrichtung bzw. alternativ die Problematik eines 'living apart together' im hohen Alter. Und da inskünftig auch die Zahl älterer Männer ansteigt, welche ihre pflegebedürftige Partnerin betreuen und pflegen (wollen), ist auch ein wachsender Bedarf nach 'männlicher Pflegeausbildung' zu erwarten.

Es fällt auf, dass bisherige Pflegekonzepte und gerontologische Aktivitäten stark auf Einzelpersonen ausgerichtet sind, und die Pflege langjähriger Zweierbeziehungen ist ein stark vernachlässigtes Thema. In jedem Fall wird die Alterspflege der nahen Zukunft vermehrt auch die (eheliche) Beratung und Betreuung hochaltriger Paare einschliessen, inklusiv dem Umgang mit Konflikten, Ambivalenzen und Belastungen, welche sich aus der Pflegebedürftigkeit eines Partners ergeben.

Neben oder alternativ zur partnerschaftlichen Betreuung und Pflege spielen auch Kinder eine zentrale Rolle, und hilfs- und pflegebedürftige Personen mit (überlebenden) Kindern bleiben länger zu Hause als kinderlose Personen. In diesem Zusammenhang ist die Feststellung zentral, dass die Geburtenhäufigkeit verschiedener Geburtsjahrgänge in bedeutsamer Weise variiert, und zwar sowohl was die durchschnittliche Kinderzahl als auch den Anteil kinderloser Personen betrifft. In untenstehender Tabelle sind Geburtenhäufigkeit und endgültige Kinderlosigkeit ausgewählter Geburtsjahrgänge von Frauen für die Schweiz aufgeführt.

Die Daten verdeutlichen, dass die 1911/15 geborenen Frauen - welche in der ersten Hälfte der 1990er Jahre das 80 Lebensjahr erreichten - einerseits recht häufig kinderlos blieben (25%), andererseits

diejenigen Frauen, welche Kinder zur Welt brachten, häufig mehr als zwei Kinder hatten. Auch bei den nachfolgenden Geburtsjahrgänge 1916/20 - in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre 80 Jahre alt - zeigt sich eine ähnliche Polarisierung zwischen einem relativ hohen Anteil an Kinderlosen und vielen kinderreichen Frauen.

Geburtenhäufigkeit und Kinderlosigkeit bei ausgewählten Geburtsjahrgängen der Schweiz

Geburtsjahrgänge:	Lebendgeborene pro 100 Frauen	%-Anteil endgültig kinderloser Frauen	Durchschn. Kinderzahl von Frauen mit mind. 1 Kind	Jahr, indem diese Frauen 80 Jahre alt werden:
1911/15	208	25%	2.77	1991/1995
1916/20	223	20%	2.79	1996/2000
1921/25	226	18%	2.76	2001/2005
1926/30	226	17%	2.72	2006/2010
1931/35	224	15%	2.64	2011/2015
1940	208	14%	2.42	2020
1945	186	17%	2.24	2025
1950	179	18%	2.18	2030
1955	175	23%	2.27	2035
1960	176	25%	2.07	2040
1965	-	30% (S)	-	2045

Quellen: Fux, Baumgartner 2001; Pinnelli 2001, Prioux 1993.

Bei den Frauengenerationen, welche in den nächsten Jahren 80 Jahre alt werden, ist der Anteil der kinderlosen Frauen geringer. Gleichzeitig zeigt sich auch eine Reduktion der durchschnittlichen Kinderzahl (mit starker Konzentration auf 2 bis höchstens 3 Kindern). In den zukünftigen Generationen hochaltriger Menschen - mit erhöhtem Risiko von Pflegebedürftigkeit - reduziert sich der Anteil der kinderlosen Frauen (und Männer) tendenziell. Den geringsten Anteil an kinderlosen Frauen zeigt sich bei den um 1940 geborenen Frauen, welche im Jahre 2020 den 80. Geburtstag feiern werden. Der Anteil hochbetagter Menschen mit zumindest einem überlebenden Kind wird deshalb kurz- und mittelfristig ansteigen, und zwar auch weil heute mehr Kinder ein höheres Lebensalter erreichen. Gleichzeitig zeigt sich, dass Frauen - sofern sie Kinder bekamen - auch in den Geburtsjahrgängen 1931-45 durchschnittlich mehr als zwei Kinder zur Welt brachten. Auch dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass viele auch hochbetagte Frauen und Männer im Alter zumindest auf ein überlebendes Kind zurückgreifen können.

Ein klar höherer Anteil von hochaltrigen Frauen ohne Kinder ist gemäss den oben angeführten demographischen Daten erst nach 2030 zu erwarten. In der Periode 2030 bis 2045 wird allerdings der Anteil von Frauen ohne Nachkommen deutlich ansteigen, was dannzumal auch bei der familialen Pflege eine Neuorientierung erzwingt (weil Kinderlose im Alter weder auf eigene Kinder noch auf Enkelkinder zurückgreifen können).

Schlussfolgerung

Kurz- und mittelfristig erhöht sich aus demographischen Gründen das partnerschaftliche und familiale Hilfs- und Pflegepotential eher, weil mehr hochbetagte Menschen Partnerschaften und Kinder aufweisen als in früheren Geburtsjahrgängen. Erst längerfristig - nach 2030 - kehrt sich der

Trend um, insbesondere weil der Anteil der kinderlosen alter Frauen und Männer erneut rasch ansteigen wird.

Gleichzeitig haben sich allerdings auch die sozio-demographischen Rahmenbedingungen wesentlich gewandelt, unter denen familiäre Unterstützung und Pflege älterer Menschen stattfinden. Drei Punkte sind speziell zu erwähnen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 194):

Zum ersten führt die gestiegene Lebenserwartung dazu, dass die familiäre Unterstützung hochaltriger Menschen keine Ausnahme mehr darstellt, sondern erstmals in der Geschichte zu einem erwartbaren Regelfall des Lebens- und Familienzyklus von Frauen und Männern geworden.

Zum zweiten ist die höhere Lebenserwartung auch älterer Menschen mit einer steigenden Zahl von Menschen mit multimorbiden Krankheitsbildern - und damit intensivem Pflegebedarf - verbunden. Von enormer Bedeutung sind namentlich demenzielle Erkrankungen, welche für Angehörige besondere Herausforderungen und Belastungen bedeuten.

Zum dritten sind - aufgrund der Hochaltrigkeit vieler pflegebedürftiger Menschen - vielfach auch die pflegenden Angehörigen ebenfalls im höheren Lebensalter. Dies betrifft vor allem die Lebenspartner bzw. -partnerin, was namentlich kräfteraubende und körperlich anstrengende Pflegeaufgaben einschränkt. Auch das Alter von pflegender Kinder ist angestiegen: „Waren Kinder beim Eintritt einer Pflegesituation vormals vielleicht zwischen 30 und 40 Jahren alt, so erleben sie die Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern heute vielleicht in einem Alter von 60 Jahren.“ (Lettke 2002: 79)

Diese drei (qualitativen) demographischen Wandlungsprozesse bedeuten, dass das weiterhin vorhandene und teilweise sogar wachsende demographische familiäre Pflegepotential nur auf der Grundlage einer guten professionellen Beratung und Betreuung zum Tragen kommen kann.

Ältere Menschen in institutionellen Haushaltungen und sozio-medizinischen Einrichtungen

Entwicklung von Zahl und Anteil älterer Menschen in institutionellen Haushaltungen

Im Rahmen der schweizerischen Volkszählungen wird jeweils zwischen privaten und kollektiven Haushaltungen unterschieden. Die kollektiven Haushaltungen umfassen einerseits Heime diverser Form (Behindertenheime, Alters- und Pflegeheime) und andererseits auch institutionelle Haushalte wie psychiatrische Kliniken, Spitäler, Gefängnisse, Klöster u.a. Zu den BewohnerInnen kollektiver Haushalte werden auch Menschen gezählt, die zur Zeit der Volkszählungen in einem Hotel wohnhaft sind. In den höheren Altersgruppen dominieren klar die Alters- und Pflegeheime, aber ein Teil der Rentner und Rentnerinnen lebt auch in psychogeriatrischen Kliniken, Klöster und Gefängnisse.

Die nachfolgende Tabelle zeigt sowohl die zahlenmässige Entwicklung älterer Menschen (65 Jahre und älter), welche in Kollektivhaushaltungen leben. In dieser Alterskategorie dominieren klar die Alters- und Pflegeheime, aber ein Teil der Rentner und Rentnerinnen lebt auch in psychogeriatrischen Kliniken, Klöster und Gefängnisse.

Zur Entwicklung der Zahl 65 -jähriger und älterer Menschen in Kollektivhaushaltungen in der Schweiz

	65+jährige Menschen in Kollektivhaus.	
	absolut	in % aller 65+jähriger Pers.
1960	40.900	7.4%
1970	49.800	7.0%
1980	65.900	7.5%
1990	81.700	8.3%
2000	94'984	8.5%

Quelle: Schweizerische Volkszählungen

In den letzten vierzig Jahren hat sich die Zahl älterer Menschen in kollektiven Haushaltungen mehr als verdoppelt, und im Jahre 2000 waren es um die 95'000 ältere Menschen. Anteilsmässig hat sich der Anteil älterer Menschen in kollektiven Haushaltungen in dieser Periode leicht erhöht, von 7.4% auf 8.5%, was vor allem mit Altersstruktureffekten (mehr hochaltrige Menschen) zusammenhängt.

Nachfolgend sind alters- und geschlechtsspezifisch aufgegliederte Angaben zu älteren Menschen in kollektiven Haushaltungen für 1990 und 2000 aufgeführt. Drei Sachverhalte werden dabei sehr deutlich:

Erstens steigt der Anteil der in kollektiven Haushaltungen wohnenden Personen im hohen Lebensalter klar an. Leben bis zum Alter von 80 Jahren noch um die 90% in privaten Haushaltungen, steigt der Anteil namentlich von Alters- und PflegeheimbewohnerInnen im höheren Lebensalter klar an.

Zweitens wohnen in allen Altersgruppen mehr Frauen als Männer in kollektiven Haushaltungen, was zum einen mit geschlechtsspezifischen Unterschieden chronischer Beschwerden im Alter zusammenhängt (Frauen leben länger als Männer, leiden im hohen Lebensalter jedoch häufiger an chronischen Krankheiten). Zweitens leben Männer auch im höheren Lebensalter häufiger in einer Partnerschaft als Frauen (wie früher aufgezeigt wurde). Damit werden sie häufiger als gleichaltrige Frauen zuhause gepflegt. Ein Teil der geschlechtsspezifischen Unterschiede widerspiegelt allerdings auch Altersstruktureffekte, da in den jeweiligen 5-jährigen Altersgruppierungen mehr Frauen als Männer in die oberen Altersstufen fallen.

Drittens zeigen sich im Zeitvergleich 1990 und 2000 in der Altersgruppe 70-89 Jahre eher reduzierte Anteile an BewohnerInnen kollektiver Einrichtungen, wogegen sich die Anteile in den obersten Altersgruppen tendenziell erhöht haben. Dies hängt damit zusammen, dass mehr ältere Menschen länger zuhause bleiben (können) und ein Heimeintritt oft später eintritt (Tempo-Effekt). Die steigenden Anteile bei den Hochaltrigen widerspiegeln sowohl Alters- wie Tempoeffekte (mehr Hochaltrige, die spät, aber doch irgendwann gegen Lebensende in eine institutionelle Einrichtung wechseln).

Ältere Menschen in kollektiven Haushaltungen 1990 und 2000

Alter:	% - welche in institutionellen Haushaltungen wohnen *					
	1990			2000		
	Insgesamt	M	F	Insgesamt	M	F
- 65-69 J.	2.0	1.9	2.1	2.2	2.1	2.3
- 70-74 J.	3.5	3.0	3.8	3.0	2.7	3.2
- 75-79 J.	6.6	5.0	7.6	5.7	4.3	6.6
- 80-84 J.	14.4	9.9	16.8	12.6	8.7	14.8
- 85-89 J.	27.8	18.5	31.6	25.9	17.7	29.6
- 90-94 J.	42.6	28.6	47.0	42.8	29.7	47.2
- 95 J. u.ä.	53.3	34.5	58.1	58.3	40.9	62.3
65+ Jahre	8.4	5.3	10.4	8.5	5.3	10.6
80+ Jahre	21.8	13.9	25.5	22.3	14.2	26.3

M: Männer, F: Frauen

*Institutionelle Haushalte: Alters- und Pflegeheime, Spitäler, aber auch Klöster, Hotels, Gefängnisse.

Quelle: Volkszählungen 1990 und 2000

Aufgrund des Trends zum längeren Verbleiben älterer Menschen in ihrer angestammten privaten Wohnung und dem Ausbau ambulanter Alterspflege haben sich stationäre Alterseinrichtungen denn auch immer mehr zu Pflegeeinrichtungen für hochaltrige, pflegebedürftige Menschen entwickelt. Pflegebedürftigkeit ist heute der wichtigste Einzelfaktor, der zu einem Übertritt in eine stationäre Alters- und Pflegeeinrichtung führt. Aber auch andere Faktoren beeinflussen einen Heimeintritt (vgl. Cavalli 2002, Wehrli-Schindler 1997). Zu erwähnen sind namentlich:

- das Fehlen eines Partners bzw. einer Partnerin sowie lückenhafte soziale Netzwerke: Besonders häufig in Alters- und Pflegeheimen leben Ledige sowie Geschiedene und Verwitwete. Eher seltener in Alters- und Pflegeheimen finden sich verheiratete Personen. So waren von 2003 befragten Bewohnern von Alters- und Pflegeeinrichtungen nur 11% verheiratet. Gleichzeitig hatten die Heimbewohner häufiger keine Kinder und Freunde als gleichaltrige zuhause lebende Menschen (vgl. Höpflinger 2004). Fehlende familiäre Pflege und Vereinsamung können wichtige Motive für einen Umzug in eine Alterseinrichtung darstellen.
- Einkommen und schulisch-berufliche Ausbildung: Reichere ältere Menschen leben länger in privaten Haushaltungen, wogegen ärmere RentnerInnen häufiger in eine Alterseinrichtung ziehen; teilweise, weil sie damit gut versorgt sind; teilweise aber auch, weil sie sich die bisherige Wohnung nach erfolgter Wohnrenovation nicht mehr leisten können. Auch der schulisch-berufliche Ausbildungshintergrund beeinflusst einen Heimübertritt, namentlich bei Männern. Während bei den über 80-jährigen Männern mit akademischer Ausbildung weniger als zehn Prozent in Alters- und Pflegeeinrichtungen leben, sind dies mehr als zwanzig Prozent gleichaltriger Männer ohne Berufslehre.

Auch die zukünftige Nachfrage nach Alters- und Pflegeheimplätzen wird nicht allein von der gesundheitlichen Entwicklung der älteren und vor allem der hochbetagten Bevölkerung abhängen, sondern stark auch von sozialen Faktoren (Tragfähigkeit familialer Netze bei altersbedingter Pflegebedürftigkeit, Entwicklungen auf dem Wohnungsmarkt u.a.).

Angeführte Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin.
- Cavalli, S. (2002) *Vieillards à domicile, vieillards en pension. Une comparaison*, Lausanne: Réalités Sociales.
- Fux, B.; Baumgartner, D. (2001) Familialer Wandel am Beispiel von Partnerschafts- und Erwerbsverläufen, *FamPra.ch. Die Praxis des Familienrechts*, 3/2001: 440-457.
- Höpflinger, F. (2002a) Männer im Alter, Fachpublikation Pro Senectute Schweiz, Nr. 11, Zürich: Pro Senectute Schweiz (frz.: *Vieillir au masculin*, Pro Senectute Schweiz).
- Höpflinger, F. (2002b) Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit, in: K. Hurrelmann, P. Kolip (Hrsg.) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Bern/Göttingen: Verlag Hans Huber: 419-438.
- Höpflinger, F. (2004) *Traditionelles und neues Wohnen im Alter*, Zürich: Seismo-Verlag.
- Höpflinger, F.; Hugentobler, V. (2003) *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*, Bern: Huber-Verlag. (frz.: *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21e siècle*).
- Katz, S.; Ford, A. B.; et al. (1963) *Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function*, *JAMA* 1963,127: 914-919.
- Künemund, H.; Hollstein, B. (2000) Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke, in: M. Kohli; H. Künemund (Hrsg.) *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*, Opladen: Leske & Budrich: 252.
- Lettke, F. (2002) Pflegen wollen, sollen, müssen oder dürfen? Zur Ambivalenz von Generationenbeziehungen im Alter, in: A. Motel-Klingebiel; H.-J. von Kondratowitz, C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Lebensqualität im Alter. Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*, Opladen: Leske & Budrich: 71-94.
- Mager, H.- C. (1999) Pflegebedürftigkeit im Alter: Dimensionen und Determinanten, in: R. Eisen, H.-C. Mager (Hrsg.) *Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern*, Opladen: 30-77.
- Pinnelli, A. (2001) Determinants of fertility in Europe: New family forms, context and individual characteristics, in: A. Pinnelli, H.-J. Hoffmann-Nowotny, B. Fux, *Fertility and new types of households and family formation in Europe*, Population Studies No. 35, Strasbourg: Council of Europe.
- Prioux, F. (1993) *L'infécondité en Europe*, in: A. Blum; J.-L. Rallu (eds.) *European Population, Vol. 2: Demographic dynamics*, London: John Libbey & Co: 231-251.
- Sanitätsdepartement Basel-Stadt (2001) *Alterspolitik des Kantons Basel-Stadt*, Basel.
- Schulz, E., Leidl, R.; König, H.-H. (2001) Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, *DIW-Diskussionspapier Nr. 240*, Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung .
- Wehrli-Schindler, B. (1997) *Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim*, Zürich: Seismo.