



Wenn Älterwerden Hilfe braucht

Socius-Grundlagen

Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen

Von Prof. Dr. François Höpflinger

Welchen Zweck hat diese Übersicht?

Alterspolitik ist aufgrund des demografischen Wandels und der veränderten Bedürfnisse älterer Menschen in vielen Schweizer Gemeinden, Regionen und Städten in der Agenda nach oben gerückt. Politikerinnen und Politiker, Behörden und eine Vielzahl an Organisationen engagieren sich derzeit für dieses Thema und entwickeln Ideen, die sie umsetzen möchten. Bevor viel Ressourcen in ein Projekt gesteckt werden, geht es darum, sich einen umfassenden und möglichst neutralen Überblick zu verschaffen. In vielen Projekten wird am Anfang hierfür eine Situationsanalyse erstellt. Demografische Daten und Prognosen werden aufbereitet und Angebote der verschiedenen Akteure im Unterstützungs- und Pflegesystem beschrieben und quantifiziert. Viele Projekte befassen sich auch mit der Frage nach künftigen Entwicklungen, da sie diese bei ihrer Planung möglichst berücksichtigen möchten. Welche Wohnformen werden bevorzugt? Wie entwickelt sich die wirtschaftliche Lage der älteren Menschen? Sind Seniorinnen und Senioren tatsächlich einsamer als früher? Und welchen Einfluss hat die technologische Entwicklung? Diese und andere Fragestellungen hat Prof. Dr. Höpflinger für alle Interessierten zusammengefasst. Diese Socius-Grundlage soll Sie dabei unterstützen, Ihr Projekt auf der Basis von aktuellen Daten aus der Forschung zu entwickeln.

Christiana Brenk
Leitung Programm Socius

Impressum | erstellt im April 2020

Autor: Prof. Dr. François Höpflinger. Titularprofessor für Soziologie, Universität Zürich.

Herausgeberin: Programm Socius (Ein Engagement der Age-Stiftung, Zürich)

Inhaltsverzeichnis

1	Altern im Wandel – demografischer und gesellschaftlicher Hintergrund	4
1.1	Demografische Entwicklungen	4
1.2	Struktur- und Generationenwandel des Alters.....	7
1.3	Anmerkungen zum vierten Lebensalter – Hochaltrigkeit.....	10
2	Haushalts- und Wohnformen im Alter	11
2.1	Dominanz von Kleinhaushaltungen im Alter.....	11
2.2	Wohnqualität und Wohnzufriedenheit im Alter.....	12
2.3	Wohnen in einem Alters- und Pflegeheim.....	13
3	(Neue) Wohnformen im Alter	15
4	Zur Lebenszufriedenheit im Alter	19
4.1	Zur Lebens- und Pflegequalität in Alters- und Pflegeheimen	21
5	Wirtschaftliche Lage im Alter – Wohlstand versus finanzielle Prekarität	22
5.1	Wirtschaftliche Prekarität im Alter – und Bezug von Ergänzungsleistungen zur AHV.....	26
6	Soziale Beziehungen im Alter – und Einsamkeitsrisiken	27
6.1	Partnerschaften im Alter.....	28
6.2	Familienangehörige.....	29
6.3	Freundschaftsbeziehungen.....	32
6.4	Gesamtbild – Mehrheit sozial gut integriert, Minderheit isoliert und einsam.....	34
7	Hin zu einer kompetenzorientierten Alterspolitik – Förderung von Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe	37
7.1	Freiwilligenarbeit –Trends und neue Herausforderungen.....	37
7.2	Nachbarschaftsbeziehungen und Nachbarschaftshilfe.....	39
8	Altern in einer digitalen Welt	41
9	Hilfe, Unterstützung und Pflege im Alter – Trends und Entwicklungsoptionen	44
9.1	Pflege im Alter – soziodemografische Entwicklungen im Überblick.....	44
9.2	Zur Häufigkeit funktionaler Alltagseinschränkungen heute.....	46
9.3	Hilfe- und Unterstützungskonstellationen im Alter.....	49
9.4	„Ambulant vor stationär“ – Prinzip und Grenzen des Prinzips	51
10	Sterben, Lebensende und Wünsche zum Lebensende – Feststellungen und Trends	54
	Zusammenfassung in 22 Punkten	59
	Verwendete Literatur	64

Einleitung

Im folgenden Übersichtsbeitrag werden zentrale Trends und Entwicklungen des Alters sowie aktuelle Informationen zur Lebenssituation älterer Frauen und Männer in der Schweiz angeführt und diskutiert. Dabei sollen neben positiven Entwicklungen (längere gesunde Lebenserwartung und bessere soziale Beziehungen bei einer Mehrheit älterer Menschen) auch Aspekte von Armut, Einsamkeit, Vulnerabilität und Fragilität im Alter einbezogen werden. Deshalb wird – soweit möglich – auch auf die Lebenssituation über 75-jähriger bzw. über 80-jähriger Frauen und Männer eingegangen. Die Analyse aktueller Entwicklungen wird mit Hinweisen auf bedeutsame alterspolitische Optionen ergänzt.

1 Altern im Wandel – demografischer und gesellschaftlicher Hintergrund

1.1 Demografische Entwicklungen

Geburtenentwicklung, Entwicklung der Lebenserwartung und Zu- bzw. Abwanderung bestimmen die demografische Altersverteilung der Bevölkerung der Schweiz bzw. einzelner Gemeinden. Was die Geburtenentwicklung betrifft, lassen sich drei Hauptphasen unterscheiden:

In den 1920er und 1930er Jahren gehörte die Schweiz zu den weltweit geburtenärmsten Ländern; mit Geburtenraten, die langfristig einen Bevölkerungsrückgang befürchten liessen. Ende der 1930er Jahre wurde prognostiziert, dass die Schweiz – damals gut 4 Mio. Menschen stark – bis im Jahre 2000 nur noch 2.8 Mio. Menschen umfassen würde. Die überlebenden Frauen und Männer dieser geburtenschwachen Jahrgänge befinden sich heute im hohen Lebensalter. Die Geburtenchwäche der 1930er Jahre führt in einigen Regionen vorübergehend zu einem abgeschwächten Bedarf nach Pflegeheimplätzen und teilweise sogar zu einem Überhang an Pflegebetten (noch verstärkt durch eine Verlagerung zu ambulanter Pflege).

Schon vor Kriegsende, aber vor allem in den Nachkriegsjahren kam es zu einem Anstieg der Geburtenhäufigkeit (Baby-Boom-Generation = Jahrgänge 1946 bis 1965). Dies führte zeitweise zu einer deutlichen Verjüngung der Bevölkerung. Es sind die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge, die gegenwärtig und in nächster Zeit in Rente gehen und welche die Zukunft der Pflege im Alter bestimmen. Da vermehrt auch die ersten Zuwandergenerationen pensioniert werden, erhöht sich der Anteil ausländischer Pensionierter, und namentlich in Städten wächst der Bedarf nach kultursensiblen Altersangeboten (Afzali 2019).

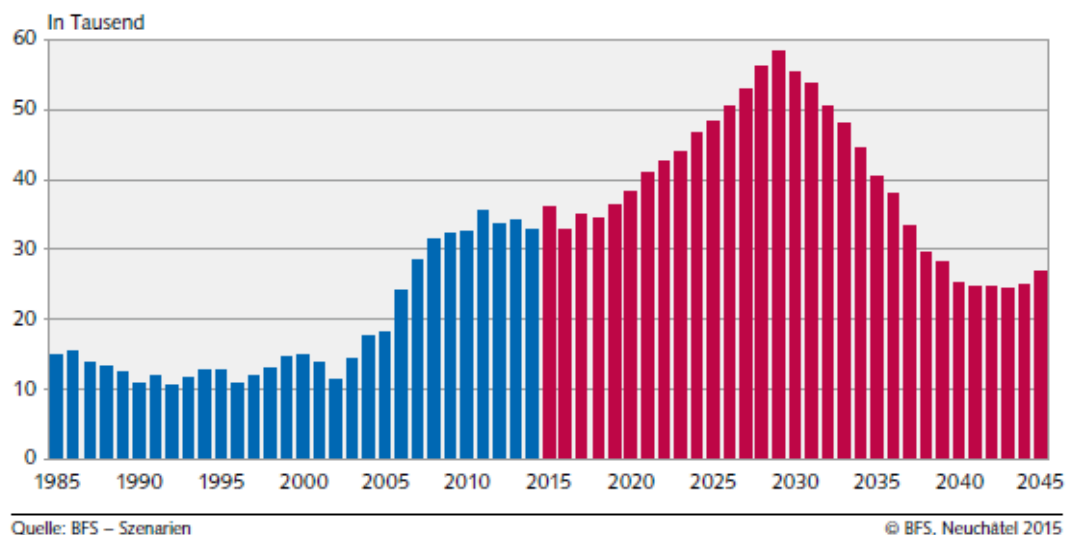
Nach 1965 kam es erneut zu einem markanten Geburtenrückgang, kombiniert mit einer teilweisen Abkehr von traditionellen Ehe- und Familienvorstellungen. Seit 1972 weist die Schweiz ein Geburtenniveau auf, das tiefer liegt als zur demografischen Reproduktion notwendig wäre. Ausgeprägte Familienplanung, späte Familiengründung und wenig Kinder sind, gekoppelt mit mehr nichtehelichen Lebensgemeinschaften und erhöhten Scheidungsraten, zentrale Elemente eines post-modernen demografischen Übergangs; ein Prozess, der langfristig zu einer rückläufigen Bevölkerungszahl führen wird. Der Geburtenrückgang wurde durch eine verstärkte Zuwanderung kompensiert, wodurch die Wohnbevölkerung der Schweiz in den letzten Jahrzehnten trotz geringen Geburtenraten weiterhin anstieg.

Die demografische Alterung der Schweiz (und nahezu aller Gemeinden) wird durch das Altern geburtenstarker Jahrgänge (Babyboomers), die von geburtenschwächeren Jahrgängen gefolgt

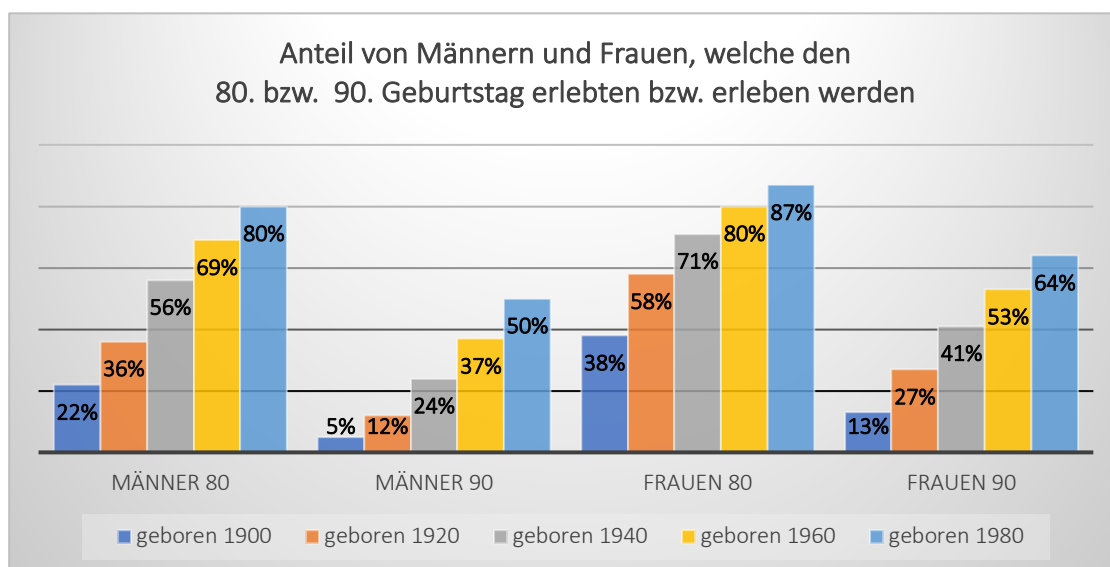
werden, vorangetrieben. Dies bedeutet, dass die demografische Alterung längerfristig – wenn die geburtenstarken Jahrgänge sterben – wieder rückläufig sein wird.

Jährliches Wachstum der Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren gemäss dem Referenzszenario A-00-2015

G 3



Seit den 1970er Jahren wird die demografische Alterung zusätzlich durch einen Alterungsprozess von oben her verstärkt, ausgelöst durch einen markanten Anstieg der Lebenserwartung pensionierter Frauen und Männer. Nach Szenarien des Bundesamtes für Statistik (2015) ist auch in den nächsten Jahrzehnten eine weiter steigende Lebenserwartung wahrscheinlich. Eine internationale Studie, welche die zukünftige Lebenserwartung gemäss 21 unterschiedlichen Szenarien analysierte, gelangt ebenfalls zum Schluss, dass in wohlhabenden Ländern (wie der Schweiz) eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Lebenserwartung weiter ansteigen dürfte (Kontis et al. 2017). Damit wird sich der Anteil von Frauen und Männern erhöhen, die den 80. Geburtstag oder den 90. Geburtstag erleben. Obwohl auch die Lebenserwartung der Männer angestiegen ist, erreichen weiterhin primär Frauen ein hohes Lebensalter. Daher steigt der Frauenanteil an der Wohnbevölkerung mit steigendem Alter an und nahezu drei Viertel der über 95-Jährigen sind Frauen.



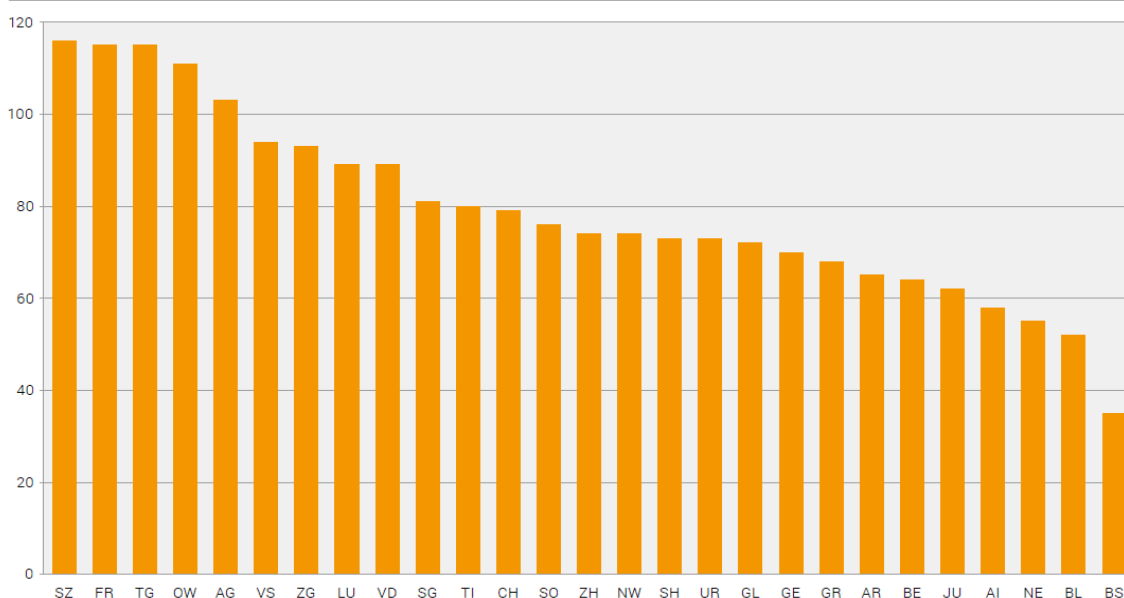
Quelle: Bundesamt für Statistik, Kohortensterbetafeln 1876-2030. Neue Tabellen Mai 2019 (Tabelle px-x-0102020300_101)

Dank Kombination von steigender Lebenserwartung und dem Altern geburtenstarker Nachkriegsjahrgänge (Baby-Boomers) erhöht sich der Anteil alter Menschen markant. Je nach Bevölkerungsszenarium (Bundesamt für Statistik 2015) wird sich der Bevölkerungsanteil der 80-jährigen und älteren Menschen von gegenwärtig 5.5% bis 2045 auf 10% bis 11% erhöhen. In jedem Fall werden Langlebigkeit und Hochaltrigkeit in Zukunft noch weitaus bedeutsamer sein, als dies schon heute der Fall ist, mit bedeutsamen Auswirkungen auf Rentensysteme, Erbvorgänge, Demenzerkrankungen und Pflegeaufwendungen.

Allerdings variiert die demografische Entwicklung kantonal bzw. kommunal je nach früherer und aktueller Geburtenentwicklung, Lebenserwartung und Zu- bzw. Abwanderung junger Menschen bzw. junger Familien aus der Schweiz und dem Ausland.

Wachstum (in %) der ständigen Wohnbevölkerung ab 65 Jahren in den Kantonen gemäss Referenzszenario (AR-00-2015), 2015–2045

G 1



Quelle: BFS – SZENARIEN

© BFS 2016

Altern in Städten – urbanes Altern

Das Altern in einer Grossstadt unterscheidet sich vom Altern in kleineren Städten und Gemeinden in wichtigen Aspekten. Zu erwähnen sind namentlich folgende Punkte:

a) Grossstädte sind bewegte Lebensorte: Sie sind Orte ständigen gesellschaftlichen Wandels und Vorreiter neuer Kulturströmungen. Sie sind mit ihren Universitäten und Fachhochschulen oft stark jugendlich geprägte Lebens- und Kulturwelten. Eine Stadt kann im Alter eine stimulierende Umgebung sein, die aber auch zu Anonymität und Isolation beitragen kann. Entsprechend braucht es in Städten besondere Anstrengungen, die Lebensqualität älterer Menschen zu schützen, die Gefahr laufen, aus einer dynamischen und jugendorientierten städtischen Lebenswelt ausgegliedert zu werden.

b) Diversität und Vielfalt sind Grundmerkmale jeder grösseren Stadt. Grossstädtisches Leben bewegt sich im Spannungsfeld von Arbeits- und Freizeitzonen versus Wohnzonen und Ruheräume. Städte sind aber auch Orte ausgeprägter sozialer Unterschiede (wohlhabende Quartiere versus ärmere Quartiere) sowie Orte internationaler Orientierungen (global tätige Unternehmen, hoher Anteil an Migrantinnen und Migranten) versus Quartieridentität und Heimatgefühl. Ein kreativer Umgang mit gegensätzlichen Trends ist zentraler Teil jeder urbanen Alterspolitik.

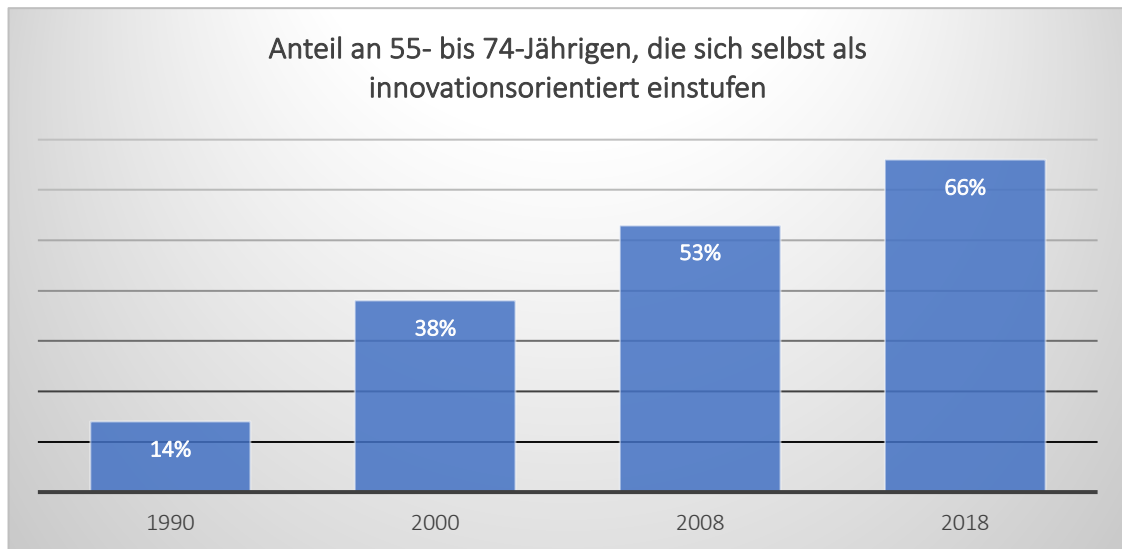
c) Grossstädte bieten Raum für spezialisierte Angebote (privater wie öffentlicher Art), da auch vergleichsweise seltene soziale Gruppen oder Problemlagen in genügender Zahl für spezialisierte Behandlungen vorhanden sind. Beispielsweise haben sich spezielle Angebote für alt gewordene Migranten und Migrantinnen – wie kultursensible Pflegeabteilungen – primär in grossen Städten durchgesetzt. Grosse Spitäler und Universitäten erlauben die Entwicklungen hochspezialisierter medizinischer Fachangebote. Gleichzeitig tragen Vielfalt und Spezialisierung zur Gefahr von Unübersichtlichkeit und fehlender Koordination bei. Koordination und Vernetzung von Angeboten sowie die Vermeidung von Doppelspurigkeit sind in grossen Städten eine besonders relevante Herausforderung.

1.2 Struktur- und Generationenwandel des Alters

Die (quantitative) demografische Alterung der Bevölkerung der Schweiz wird begleitet durch zentrale (qualitative) Wandlungsprozesse des Alterns:

Erstens haben sich die Möglichkeiten einer langen gesunden bzw. langen behinderungsfreien Lebenserwartung nach 65 ausgeweitet. Altersprozesse werden immer weniger passiv akzeptiert, sondern vermehrt als beeinflussbar und gestaltbar wahrgenommen, etwa weil Studien nachweisen, dass man auch im höheren Lebensalter seine kognitiven Fähigkeiten und seine Muskelkraft stärken kann. Die Angebote für ältere Menschen wurden ausgebaut, und immer mehr ältere und alte Menschen sind mit digitalen Kommunikationsformen vertraut.

Zweitens ergibt sich ein bedeutsamer Generationenwandel, und die neuen Generationen älterer Frauen und Männer (Babyboomers) pflegen nach der Pensionierung häufiger einen aktiven Lebensstil als frühere Generationen. Sie sind häufiger schulisch-beruflich gut ausgebildet, mussten weniger häufig harte körperliche Arbeiten erledigen und konnten stärker vom Wohlstandsaufschwung der Nachkriegszeit profitieren als etwa Vorkriegs- und Kriegsgenerationen. In diesem Rahmen hat sich beispielsweise der Anteil von 55- bis 74-Jährigen, die sich selbst als innovationsorientiert einstufen, zwischen 1990 und 2018 von 14% auf 66% erhöht (Winterthur Versicherungen 1990, European Social Survey 2018).



Quellen: Winterthur Versicherungen 1990, Ernest Dichter SA 2000, 2008 & 2018: European Social Survey (eigene Auswertungen).

Seit Jahren lässt sich deshalb feststellen, dass ältere Frauen und Männer sich vermehrt als jünger einschätzen bzw. sich jünger fühlen, als es ihrem chronologischen Alter entspricht. In einer Erhebung 2014 lag bei der grossen Mehrheit der befragten 60- bis 70-Jährigen das gefühlte Alter tiefer als das effektive Alter (Samochowicz et al. 2015). Eine 2017 durchgeführte Befragung bei

50-jährigen und älteren Personen in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und Solothurn bestätigte diese Feststellung: Nur ein Fünftel gab an, sich so alt zu fühlen, wie sie tatsächlich waren. Fast 70% gaben an, sich jünger zu fühlen, und nur 5% fühlten sich subjektiv älter, als es ihrem chronologischen Alter entsprach (Schicka; Uggowitz 2017). Auch die 2018/19 durchgeführte Online-Erhebung des Berner Generationenhauses (2019) lässt erkennen, dass das gefühlte Alter mit steigendem Lebensalter immer stärker vom chronologischen Alter abweicht.

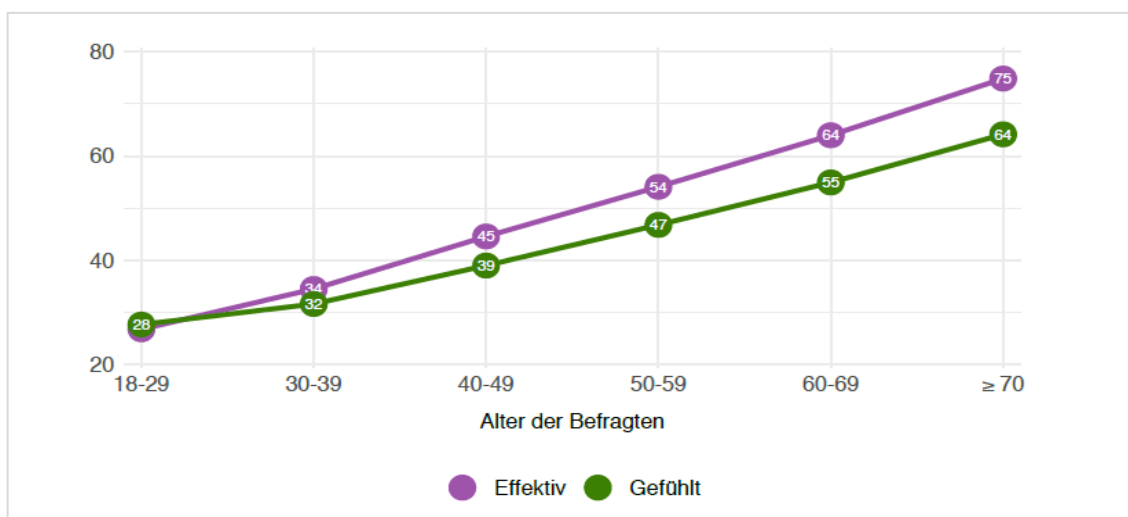


Abbildung: Gefühltes und tatsächliches Alter – nach Alter

Faktisch zeigt sich damit eine gewisse sozio-kulturelle Verjüngung neuer Rentnergenerationen (was eine Gleichsetzung von demografischer Alterung und gesellschaftlicher Überalterung grundsätzlich infrage stellt). Die Ausdehnung einer teilweise auf jung ausgerichteten Lebensweise bis weit ins Rentenalter führt allerdings zu zwei gegensätzlichen Trends:

Einerseits entstehen vermehrte Möglichkeiten, sich auch in der zweiten Lebenshälfte neu auszurichten. Die Pensionierung bedeutet nicht mehr Ruhestand und Rückzug, sondern sie ist eine Lebensphase mit vielfältigen und bunten Möglichkeiten. Das Alter ist nicht eine Phase nur von Defiziten und Verlusten, sondern auch eine Phase, wo sich neue Chancen ergeben und bisher vernachlässigte Kompetenzen – etwa bezüglich sozialer Kontakte, Gartenarbeiten, Bildung usw. – ausgelebt werden können.

Andererseits entstehen neue soziale Zwänge, das sichtbare körperliche Alter zu verdrängen oder gar zu bekämpfen. Lebenslanges Lernen, möglichst lange Aktivität, aber auch ein möglichst langer Erhalt der körperlichen Gesundheit und Fitness werden zu neuen Normvorstellungen eines „erfolgreichen Alterns“. Die „Anti-Aging“-Bewegung – als Bestrebung, das körperliche Altern aufzuhalten – verstärkt den Druck, sich möglichst lange „jung“ zu geben.

Der strukturelle und intergenerationelle Wandel des Alters hat alterspolitisch vier grundlegende Konsequenzen:

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

Zweitens realisieren jüngere Generationen, dass sie in mancherlei Hinsicht anders alt werden (müssen) als ihre Elterngeneration. Umgekehrt wissen ältere Generationen, dass ihre Erfahrungen für nachkommende Generationen nicht mehr bestimmend sein können. Dies wirkt sich auf die intergenerationellen Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern und alternden Eltern aus, indem das Altern der eigenen Eltern für die nachkommende Generation zwar ein Prozess ist, der direkte Betroffenheit auslöst, gleichzeitig aber auch oft den Wunsch, anders alt zu werden. Dies löst bei nachkommenden Generationen teilweise höhere Ansprüche an Pflege im Alter aus, als bei den heute alten Menschen zu beobachten ist.

Drittens kommt es zwar zu einer demografischen Alterung der Bevölkerung durch tiefe Geburtenraten einerseits (demografische Alterung von unten) und erhöhte Lebenserwartung älterer Frauen und Männer andererseits (demografische Alterung von oben). Aber dieser demografischen Alterung entspricht keine gesellschaftliche Alterung, sondern im Gegenteil – dank Ausdehnung eines jugendnahen Erwachsenenalters und aktiver Lebensgestaltung auch in der nachberuflichen Lebensphase – ergibt sich soziologisch gesehen zumindest teilweise eine soziokulturelle Verjüngung der Gesellschaft.

Viertens finden Angebote und Anlässe, die sich explizit auf Altersfragen beziehen, bei Personen, die sich nicht zu den „Alten“ zählen, auf wenig Anklang und Interesse. So interessieren sich viele Menschen erst für Alterswohnungen, wenn altersbezogene funktionale Einschränkungen vorliegen, und altersspezifische Beratungsangebote werden erst genutzt, wenn konkrete Problemlagen existieren. Alterspolitische Angebote, die sich zu explizit nur an „alte Menschen“ richten, stoßen heute häufiger auf Vorbehalte als Angebote, die intergenerationell oder fachorientiert organisiert werden.

1.3 Anmerkungen zum vierten Lebensalter – Hochaltrigkeit

Die erhöhte Lebenserwartung und der Strukturwandel des Alters haben dazu beigetragen, dass vermehrt zwischen dem dritten Lebensalter bzw. den „jungen Alten“ und dem vierten Lebensalter bzw. den „alten Alten“ unterschieden wird. Zum einen unterscheidet sich die Lebensgestaltung neu pensionierter Frauen und Männer wesentlich von der Lebenssituation von 80-jährigen und älteren Menschen. Zum anderen gelten aktivitätsorientierte Kompetenz- und Ressourcenmodelle – welche das moderne Bild der „jungen Alten“ prägen – nur bedingt für sehr alte Menschen (Höpflinger 2017).

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

Je älter Menschen werden, desto weiter greifen zudem ihre persönlichen Erinnerungen in vergangene Gesellschafts- und Kulturepochen zurück. Leben und Werthaltungen alter Menschen sind durch vergangene lebensgeschichtliche Rahmenbedingungen mitgeprägt. Heute 80-jährige Menschen wurden 1940 geboren und sie wurden zumindest als Kinder vom II. Weltkrieg geprägt. Noch stärker sind Kriegseffekte bei heute 90-Jährigen, die 1930 zur Welt kamen. Viele heute hochaltrige Menschen haben beispielsweise eine Kindheit und Jugend in Armut und Not erfahren, und sie wuchsen oft in bäuerlich-gewerblichen Milieus oder in Arbeiterkreisen auf. Viele hochaltrige Frauen, aber auch manche hochaltrige Männer, konnten aus wirtschaftlichen Gründen keine weiterführende Ausbildung absolvieren, was ihre wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen im Alter reduziert hat. In den 1950er und 1960er Jahren – als heute alte Menschen ihre Familien gründeten – waren Ehe und Familie traditionell geprägt, was bis heute familiäre Pflegevorstellungen alter Frauen und Männer beeinflusst. Aufgrund der Prägung durch heute verschwundene Sprachformeln, Höflichkeitsgebräuche oder religiöse Werthaltungen sind im Kontakt zwischen hochaltrigen Menschen und jüngeren Menschen ausgeprägte Generationendifferenzen zu überwinden. Dies wird bei der (palliativen) Pflege sehr alter Menschen umso wichtiger als im hohen Alter Langzeiterinnerungen an Bedeutung gewinnen (wogegen sich das Kurzzeitgedächtnis reduziert). Dadurch können Essen, Spiele, Musik, aber auch religiöse Werthaltungen aus der Kindheit wieder bedeutsam werden, ebenso wie früher erlebte Traumata (die teilweise aufgrund abnehmender Emotionskontrolle nicht mehr verdrängt werden können).

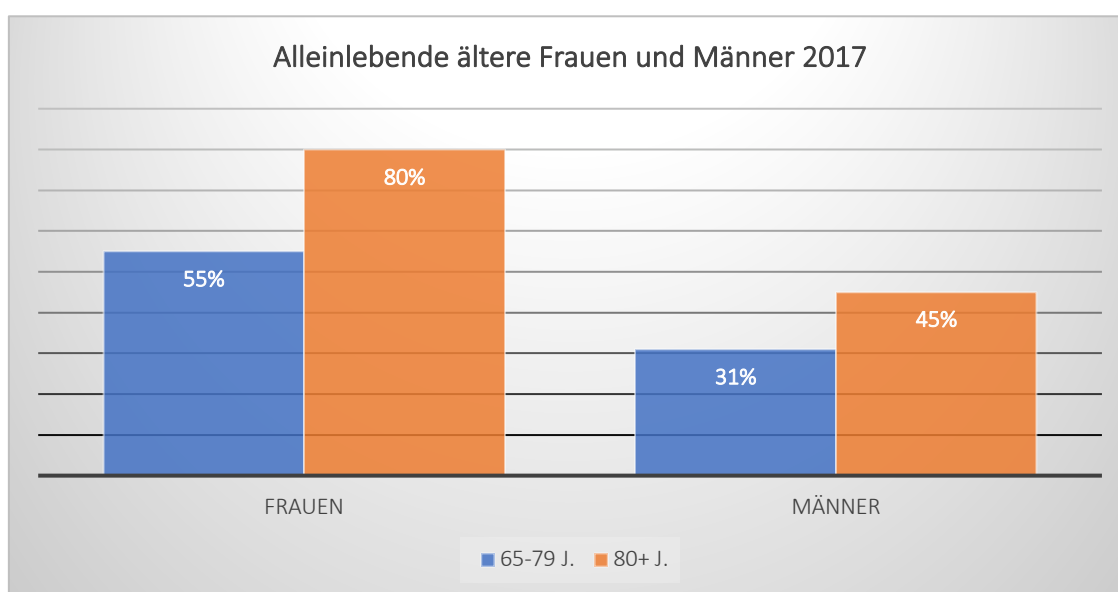
Alte Menschen ihrerseits leben in einer Gesellschaft, die von deutlich jüngeren Menschen dominiert wird. Dies gilt auch für die Alterspflege, die nach modernen professionellen und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten jüngerer Generationen organisiert wird. Gleichzeitig bedeutet die körperliche, psychische und soziale Fragilität eines hohen Lebensalters, dass die Ressourcen abnehmen, sich proaktiv auf jüngere Menschen einzustellen. Im hohen Lebensalter können entstehende Generationendifferenzen zumeist nicht mehr von den alten Menschen bewältigt werden, sondern zentral ist eine Anpassung der jüngeren Alters- und Pflegefachleute an die Lebensgeschichte und Werthaltungen der Vertreterinnen alter Generationen. Alterspolitische Massnahmen von Gemeinden zugunsten alter Menschen haben auf die lokale familiäre, religiöse und kulturelle Prägung alter Generationen Rücksicht zu nehmen.

2 Haushalts- und Wohnformen im Alter

2.1 Dominanz von Kleinhaushaltungen im Alter

Die grosse Mehrheit der älteren Bevölkerung der Schweiz lebt in Kleinhaushaltungen mit ein oder zwei Personen. Haushalte mit drei und mehr Personen sind seltener geworden. So lebten 2018 nur 5% der zu Hause lebenden Frauen und Männer im Alter von 80 Jahren und mehr in einem Haushalt, der mehr als zwei Haushaltmitglieder umfasste (Höpflinger et al. 2019).

Mit steigendem Lebensalter steigt der Anteil an alleinlebenden Personen, namentlich bei Frauen (die häufiger einen Partnerverlust erleiden als gleichaltrige Männer). Darin widerspiegeln sich drei Sachverhalte: Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer und gleichzeitig ist bei vielen Paaren die Frau jünger als der Mann. Zusätzlich gehen Männer auch im Alter häufiger eine neue Partnerbeziehung ein als gleichaltrige Frauen.



Quelle: BfS, SAKE (bezogen auf zu Hause lebende Personen)

Zusammengelebt wird am häufigsten mit dem Ehe- bzw. Lebenspartner bzw. der Ehe- bzw. Lebenspartnerin. Wenn alte Menschen in einer Partnerschaft leben, ist der Partner bzw. die Partnerin fast immer die wichtigste Bezugs- und Ansprechperson. Im höheren Lebensalter sinkt einzig die wahrgenommene praktische Hilfe, da der Partner bzw. die Partnerin häufig ebenfalls altersbezogene Einschränkungen erfährt. Eine neuere Entwicklung sind Partnerbeziehungen im Alter, wo Partner und Partnerin nicht im gleichen Haushalt leben. So erwähnten gemäss Auswertungen des Schweizerischen Haushaltspanels 2016 6% der 65- bis 74-jährigen Männer eine feste Partnerbeziehung mit getrennten Haushalten (und bei den 65- bis 74-jährigen Frauen waren es mit 5% nahezu gleich viele).

Ein Zusammenleben im gleichen Haushalt mit erwachsenen Kindern und Schwiegerkindern ist in der Schweiz eher selten. Je nach Altersgruppe sind es 3% bis 7%. Dabei ist nicht klar, ob alte Elternteile bei ihren Kindern wohnen oder ob erwachsene Kinder bei ihren Eltern wohnhaft bleiben. Häufiger als in Zusammenleben im gleichen Haushalt ist ein Zusammenleben im gleichen Wohnhaus (aber in getrennten Haushalten). Alle neueren Studien bestätigen, dass auch bei haushaltsgetrentem Wohnen der Familiengenerationen die Beziehungen häufig intensiv verbleiben (Isengard 2018).

Ein gemeinsames Wohnen und Leben mit anderen Verwandten (Geschwister) oder nicht verwandten Personen (Freunde) ist ebenfalls selten. Der Anteil an Altersrentnern und Altersrentnerinnen, die in einer expliziten Wohngemeinschaft leben, ist gering. Alterswohngemeinschaften umfassen gegenwärtig maximal 1% der älteren Wohnbevölkerung, und an diesem geringen Anteil wird sich auch in den nächsten Jahren wenig verändern (auch weil es in der Schweiz vielerorts schwierig geworden ist, finanzierbare Grosswohnungen für eine Wohngemeinschaft zu finden).

2.2 Wohnqualität und Wohnzufriedenheit im Alter

Im Allgemeinen verfügen die Menschen in der Schweiz über eine gute Wohnqualität, und dies gilt auch für ältere Frauen und Männer. Eine zu feuchte oder zu dunkle Wohnung liegt nur bei 5% der Altersrentner und Altersrentnerinnen vor und nur 0.1% haben eine Wohnung ohne eigenes Bad oder Dusche. Auch der Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung, die in einer überbelegten Wohnung leben, ist mit 2% gering (Bundesamt für Statistik 2017b). Die Mehrzahl der älteren Bevölkerung lebt in Wohnungen mit 3 und mehr Zimmern, und dies gilt auch für alleinlebende ältere Menschen. Entsprechend zeigt sich ein tiefer Anteil (1%) an älteren Menschen, die nicht über ein eigenes Zimmer verfügen. Entsprechend tief ist der Anteil von älteren Menschen, die ihre Wohnung als zu klein einstufen. Auf der anderen Seite fällt auf, dass nicht wenige zu Hause lebende ältere Personen ihre Wohnung als etwas bis viel zu gross einstufen. Je nach Sprachregion sind es 15% bis 21% (Höpflinger et al. 2019). Sozialpolitisch bedeutsam ist die Feststellung, dass ein nicht geringer Teil der älteren Menschen in unterbelegten Wohnungen lebt.¹ Bezüglich Wohnungsgrösse wird im Alter häufiger eine Verkleinerung der Wohnung als eine Vergrösserung bevorzugt. Ein Wechsel in eine kleinere Wohnung stösst allerdings oft auf finanzielle Barrieren, da die Wohnkosten für eine neu bezogene Wohnung – auch wenn sie kleiner ist – höher ist als für die langjährig bewohnte bisherige Mietwohnung bzw. für das bewohnte Einfamilienhaus. Dies ist vor allem der Fall, wenn es sich bei Kleinwohnungen um hindernisfreie Neubauwohnungen an zentraler Lage handelt.

Die Erhebungen zu den Lebensbedingungen der schweizerischen Wohnbevölkerung lassen eine hohe Wohnzufriedenheit erkennen. Besonders zufrieden mit ihrer Wohnsituation ist die ältere Bevölkerung. Nahezu 90% beurteilen ihre aktuelle Wohnsituation sehr positiv; ein Wert, der sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert hat (vgl. Bundesamt für Statistik 2017b). An und für sich ist die hohe Wohnzufriedenheit der grossen Mehrheit der älteren Frauen und Männer ein gutes Zeichen. Es ist ein Hinweis auf eine zumeist gute Lebensqualität in einem zentralen Lebensbereich. Auf der anderen Seite kann eine hohe Wohnzufriedenheit dazu beitragen, dass sich alte Menschen zu spät nach einer altersgerechten Wohnung umsehen. Ebenso kann eine langjährige gegenseitige Anpassung von Person und Wohnung dazu führen, dass Wohnungsmängel, welche das Alter erschweren, nicht oder zu spät wahrgenommen werden. Hohe Wohnzufriedenheitswerte können deshalb auch bei objektiv problematischen Wohnbedingungen auftreten. Eine hohe Wohnzufriedenheit älterer Menschen ist kein geeigneter Gradmesser dafür, ob eine Wohnung tatsächlich bedürfnisgerecht ist. Hohe Wohnzufriedenheitswerte im hohen Alter dürfen nicht zur Annahme verleiten, es bestünde kein Verbesserungsbedarf. Sie zeigen höchstens, dass kein Handlungsbedarf wahrgenommen wird.

Wohnberatung im Alter wird allerdings schwierig und heikel, wenn objektive Wohnmängel von den betroffenen Personen nicht wahrgenommen werden.

¹ *Mögliche Strategien, um eine Unterbelegung von Wohnraum durch ältere Menschen zu reduzieren, können sein: Bau kostengünstiger (hindernisfreier) Kleinwohnungen oder nachträgliche bauliche Verdichtung bzw. Neugestaltung grosser Einfamilienhäuser in kleinere Wohneinheiten. Unterbelegung von Wohnraum durch ältere Menschen kann zu energetischen Ineffizienzen beitragen, namentlich wenn ältere Wohneigentümer in alten Wohneinheiten leben, die energetisch leicht sanierbar sind. Zu den Energiesparpotenzialen in Haushalten älterer Menschen vgl. Rütter, Umbach-Daniel et al. (2019).*

Ageing in Place – in der gewohnten Wohnung alt werden

Alternde Menschen sollen – so die Grundidee – auch bei sich verschlechternder funktionaler Gesundheit selbstständig in ihrer gewohnten Wohnung und Wohnumgebung verbleiben können. „Ageing in Place“ ist einerseits mit einer Trendwende in der Pflegepolitik – von stationärer zu ambulanter Pflege – verbunden. Andererseits geht es um den Ausbau altersgerechter Wohnungen und altersgerechter Wohnumwelten (z.B. „age-friendly-cities“). Ebenso werden Konzepte des „Ageing in Place“ angeführt, wenn es um Entwicklung und Anwendung digitaler Haushaltstechnologien geht („Ambient-and-Assisted-Living AAL-Technologien). Befragungen belegen, dass ältere Menschen auch bei Pflegebedürftigkeit so lang wie möglich in der eigenen Wohnung bzw. dem eigenen Haus verbleiben möchten (Höpflinger et al. 2019).

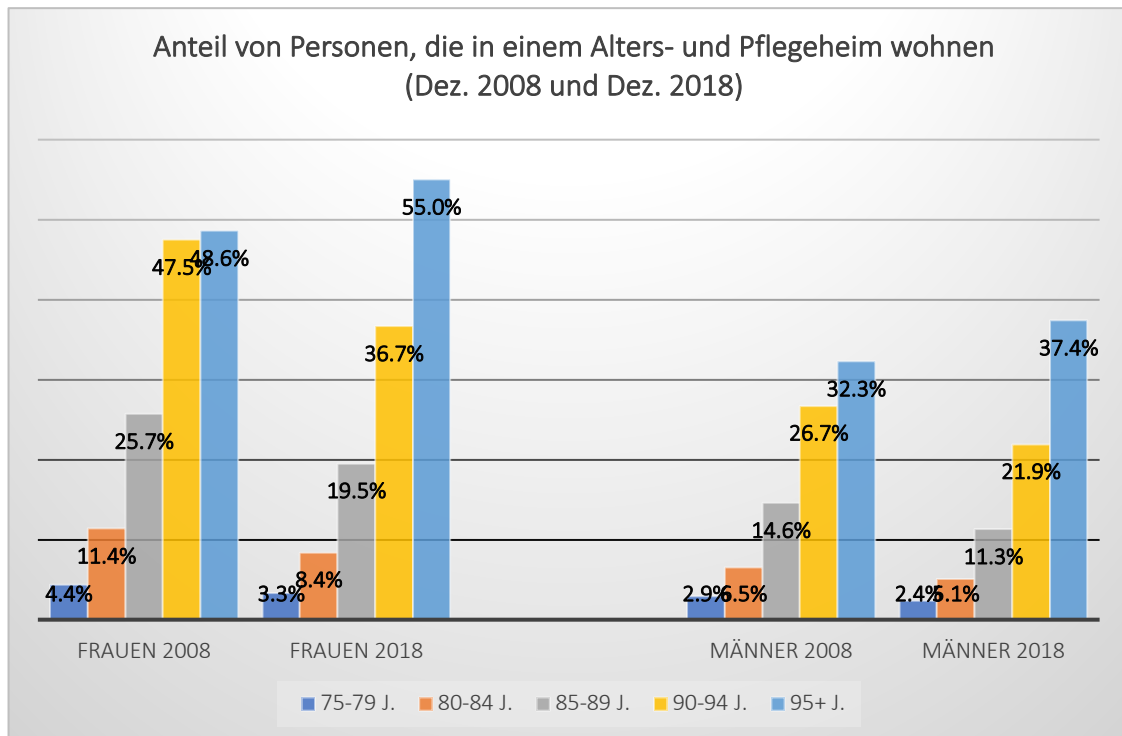
Das Konzept einer möglichst geringen Wohnortsveränderung im Alter – wie es „Ageing in Place“ impliziert – kann allerdings kritisch hinterfragt werden, da inner- und ausserhäusliche Immobilität eine rechtzeitige Anpassung der Wohnlage behindern kann. Sich rechtzeitig oder sogar frühzeitig nach neuen Wohnmöglichkeiten umzusehen (etwa Umzug in hindernisfreie Wohnung, in Nähe von Angehörigen oder Wechsel aus abgelegener Wohnlage in zentrumsnaher Wohnlage mit guten Einkaufsmöglichkeiten), kann eine angebrachte Strategie sein, um spätere Problemlagen zu vermeiden. Eine zu starke Betonung von Wohnortkontinuität im Alter betont „ein Altersbild, das älteren Menschen Stabilität, Starrheit und möglicherweise auch Starrsinn unterstellt. Erweitern wir unsere Perspektive jedoch vom höheren Alter auf den gesamten Lebensverlauf, so finden wir häufig Wohnveränderungen, die als normal oder teilweise gar konstitutiv für bestimmte Lebensphasen angesehen werden (Auszug aus dem Elternhaus, Zusammenziehen mit einem Partner oder einer Partnerin etc.)“ (Müller et al. 2018: 50).

2.3 Wohnen in einem Alters- und Pflegeheim

Zwischen 1970 und 1990 wurde in der Schweiz die stationäre Alterspflege ausgebaut, wodurch in dieser Zeit der Anteil an alten Menschen anstieg, die in einem Alters- und Pflegeheim wohnten. Nach 1990 und vor allem nach 2000 wurden ambulante Pflegestrukturen (Spitex) gefördert. Gleichzeitig wurden mehr altersgerechte bzw. hindernisfreie Wohnungen erstellt. Dies erlaubte ein längeres Verbleiben in privaten Haushaltungen. Gekoppelt mit einem Trend zu einer längeren behinderungsfreien Lebenserwartung führte dies in den letzten Jahren zu einem Rückgang im Anteil an stationär gepflegten alten Menschen.

Zwar steigt der Anteil der stationär gepflegten Frauen und Männer mit dem Alter weiterhin an, aber selbst 80- bis 94-jährige Menschen leben heute öfters zu Hause, als dies früher der Fall war. Die einzige Gruppe, wo sich der Heimanteil erhöht hat, sind die über 94-jährigen Frauen und Männer (was darauf hinweist, dass in einem sehr hohen Alter eine ambulante Pflege an Grenzen stösst).

Da Frauen im Alter häufiger – etwa durch Verwitwung – nicht mit Partnerpflege rechnen können, wohnen mehr alte Frauen als Männer in Alters- und Pflegeheimen. Dies wird dadurch verstärkt, dass Frauen im Alter häufiger als Männer an chronischen Erkrankungen leiden, die ein selbstständiges Leben und Wohnen erschweren oder verunmöglichen, aber nicht sofort zum Tod führen (z.B. Herzinsuffizienz statt Herzinfarkt).

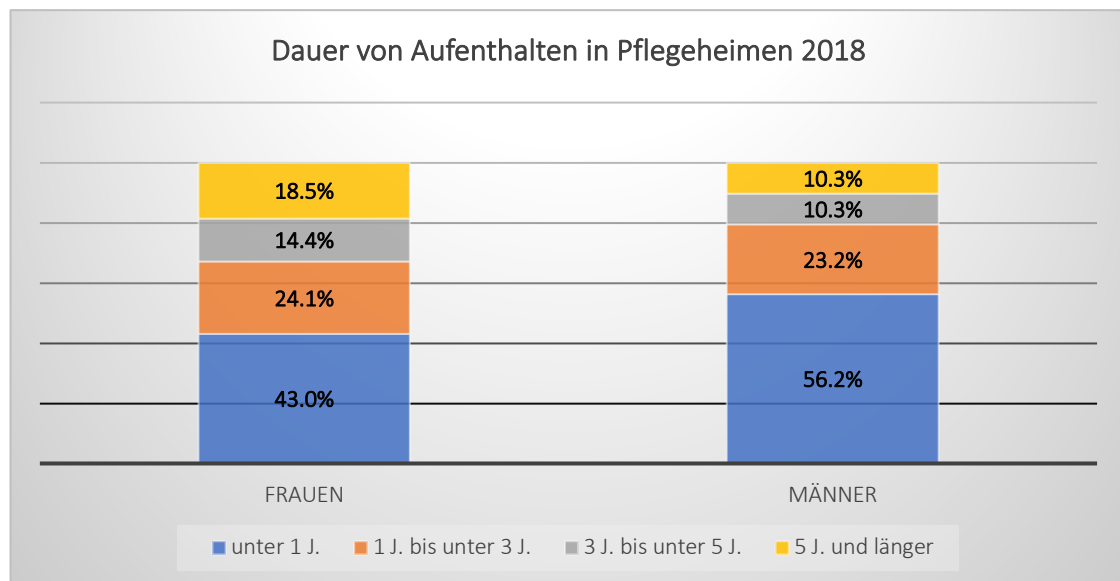


Quelle: Statistik sozio-medizinischer Einrichtungen

Das durchschnittliche Eintrittsalter in ein Pflegeheim hat sich in den letzten Jahrzehnten erhöht. Es lag 2016 bei 81 bis 82 Jahren. In den nächsten Jahren dürfte es sich weiter erhöhen. Ansteigend ist auch die Zahl alter Menschen, die vorübergehend – etwa nach einem Spitalaufenthalt – in ein Pflegeheim ziehen (Übergangspflege).

Ein hohes Eintrittsalter führt einerseits dazu, dass Pflegeheimbewohner und Pflegeheimbewohnerinnen häufig multimorbid sind und an ausgeprägten funktionalen und hirnorganischen Einschränkungen leiden, was entsprechend intensive professionelle Pflegeleistungen erfordert. Mehr als 60% der heutigen Pflegeheimbewohnerschaft leidet an hirnorganischen Erkrankungen (Demenz u.a.). Andererseits verkürzt ein hohes Eintrittsalter die Aufenthaltsdauer. Momentan leben Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen durchschnittlich 2.5 Jahre in dieser Einrichtung. Allerdings verdecken die Durchschnittswerte bedeutsame Lebensunterschiede zwischen alten Menschen, die kurz vor ihrem Lebensende in eine Pflegeeinrichtung wechseln, und alten Menschen, die lange stationär gepflegt werden (beispielsweise demenzerkrankte alte Menschen ohne kardiovaskuläre Erkrankungen).

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



Quelle: Statistik der sozio-medizinischen Einrichtungen

3 (Neue) Wohnformen im Alter

Die überwiegende Mehrheit älterer und alter Menschen lebt weiterhin in altersunspezifischen Wohnverhältnissen (private Ein- und Zweipersonenhaushalte in normalen Wohnungen). Angepasste Alterswohnformen sind nur einer Minderheit älterer und alter Menschen zugänglich. Dennoch erweitern die sogenannten neuen Wohnformen – wie sie nachfolgend kurz skizziert werden – den Optionsraum im Alter wesentlich (Höpflinger 2018):

a) Gemeinschaftliches Wohnen: Seit den 1990er Jahren werden Alterswohngemeinschaften und Altershausgemeinschaften vermehrt diskutiert und realisiert.² Als zentrale Vorteile eines altersgemeinschaftlichen Wohnens werden gegenseitige Hilfe, gemeinsame Aktivitäten sowie für alleinstehende Personen ein geringeres Risiko von Vereinsamung angeführt. Dabei geht es nicht um die Aufgabe von Individualität durch kollektive Wohn- und Lebensformen, sondern um die Ergänzung der eigenen Individualität mit gemeinschaftlichen Kontakten. Dementsprechend handelt es sich bei den meisten Projekten um hausgemeinschaftliches Wohnen bzw. Cluster-Wohnen (eigene, private Wohneinheit gekoppelt mit gemeinschaftlich genutzten Räumen und Kontakten, die über eine unverbindliche Nachbarschaft hinausgehen). Allerdings kommt gemeinschaftliches Wohnen erst für eine Minderheit der älteren Menschen in Betracht. In der deutschsprachigen Schweiz befürworteten 2018 15% der 65- bis 74-Jährigen eine Wohngemeinschaft (aber nur 6% der 75- bis 84-Jährigen). Mehr Zustimmung genossen hausgemeinschaftliche Wohnformen (31% bei den 65- bis 74-Jährigen und 21% bei den 75- bis 84-Jährigen) (Höpflinger et al. 2019). Gemeinschaftliches Wohnen in der zweiten Lebenshälfte erfordert hohe soziale Kompetenzen. Entsprechend ist bei der Planung und Organisation solcher gemeinschaftlichen Wohnformen eine externe Beratung sinnvoll.³

² Zur sozialen Geschichte gemeinschaftlichen Wohnens vermittelt die kürzlich veröffentlichte Publikation von Susanne Schmid (2019) die besten Auskünfte und Illustrationen.

³ Das Netzwerk ‚Zukunftswohnen‘ (www.zukunftswohnen.ch) berät und begleitet entsprechende Wohnprojekte und vermittelt vielfältige Erfahrungen über Möglichkeiten und Stolpersteine von Alterswohngemeinschaften bzw. Altershausgemeinschaften

In jedem Fall ist mit der Neuaufwertung der Idee des gemeinschaftlich geprägten Wohnens ein gesellschaftlich stimulierendes Experimentierfeld entstanden, allerdings primär für „junge Alte“ (d.h. gesunde und aktive ältere Menschen vor oder nach ihrer Pensionierung) und weniger für hochaltrige Menschen (80+).

b) Generationenwohnen: In den letzten Jahren verloren altersspezifische Wohnformen gegenüber generationengemischten Wohnprojekten an Bedeutung, und dies dürfte auch die zukünftige Entwicklung bestimmen. In der Age-Wohnerhebung 2018 wurde eine deutliche Vorliebe für generationengemischtes Wohnen sichtbar. Von den befragten Frauen und Männern aus der deutschsprachigen Schweiz im Alter von 65 und älter befürworteten 55% für sich ein generationengemischtes Wohnen, gegenüber 14%, die in einem Haus nur mit älteren Menschen leben möchten (Höpflinger et al. 2019).

Jedenfalls kam und kommt es vermehrt zur Planung und zum Bau von Mehrgenerationenhäusern und generationengemischten Wohnsiedlungen. In der Schweiz häufig genossenschaftlich organisiert, geht es bei vielen Projekten zum Mehrgenerationenwohnen um eine Kombination einer altersgemischten Bewohnerschaft mit guten nachbarschaftlichen Kontakten und intergenerationellen Hilfeleistungen. Dabei ist vor allem bei grösseren generationengemischten Wohnprojekten eine angepasste architektonische Raumgestaltung zentral. Bedeutsam sind erstens unterschiedliche Wohnungstypen, die eine durchmischte Bewohnerschaft ermöglichen, wie Vorhandensein grösserer Familienwohnungen, kleinere Wohneinheiten für junge Singles oder ältere Einzelpersonen. Eine Vielfalt von Wohnformen – die für Menschen mit unterschiedlichen Lebensbedürfnissen geeignet sind – erleichtert eine soziale Durchmischung. Zweitens werden Begegnungen erleichtert, wenn ansprechende Gemeinschaftseinrichtungen vorliegen, wie Café, Mehrzweckhalle, Seminarräume, kleine Bibliothek, Bastel-Räume. Sofern engere Kontakte und Hilfeleistungen zwischen Jung und Alt gewünscht, ist eine entsprechende Betreuung und Begleitung notwendig. Drittens sind ansprechend gestaltete Aussen- und Grünanlagen zentral. Eine geeignete räumliche Gliederung der Aussenanlagen, die sowohl ruhige als auch lebhaftere Aktivitäten erlaubt, reduziert intergenerationelle Konfliktflächen und erhöht die Chancen gemeinsamer Aussenaktivitäten und Gartennutzung (Hagen Hodgson, Eberhard 2018, vgl. www.alter-gruen-raum.ch).

c) Alterswohnung: Eine spezielle Alterswohnung wird im hohen Lebensalter häufiger befürwortet als in den Jahren nach der Pensionierung. Dabei ist nicht das chronologische Alter an sich, sondern das Auftreten erster funktionaler Alltagseinschränkungen derjenige Einflussfaktor, welcher das Interesse an einer Alterswohnung verstärkt. Es sind dabei schon leichte funktionale Einschränkungen, die zu einem erhöhten Interesse beitragen.

Gegenwärtig werden viele Alterswohnungen gebaut (Wohnungen mit 2 bis 3½ Zimmern), aber es bestehen keine klaren Richtlinien, was als altersgerecht zu gelten hat (und teilweise wird diesbezüglich Etikettenschwindel betrieben). Ein differenziertes Evaluationskonzept altersadäquater Wohnungen nach sechs zentralen Bewertungsdimensionen (Hindernisfreiheit, altersangepasste Gestaltung, Ausstattung und Komfort, Sicherheit, Förderung der Gemeinschaft, Privatsphäre und Orientierung) wurde vom ETH-Wohnforum Zürich ausgearbeitet und 2017 zu einem Zertifikatslabel (www.lea-label.ch) weiterentwickelt. Wichtige Kriterien für eine attraktive Alterswohnung sind neben einer hindernisfreien Gestaltung von Wohnung und Wohnzugang auch eine zentrale Lage (in Nähe von Einkaufsmöglichkeiten).

Vereinfacht dargestellt lassen sich drei Grundtypen von Alterswohnungen unterscheiden:

1. Privat gebaute und angebotene Alterswohnung – im Sinne einer normalen, hindernisfreien Mietwohnung – ohne weitere Angebote. Alterswohnungen ohne pflegerische Anbindung sind vor allem für Menschen im dritten Lebensalter attraktiv (weniger für hochaltrige Menschen mit verstärkter Hilfs- und Pflegebedürftigkeit). Solche Alterswohnungen können unter Umständen einen Wechsel von einem grossen Familienhaus in eine altersgerechte Wohnsituation erleichtern, können regional aber auch zu einem Zuzug junger Pensionierter aus teuren Wohnregionen beitragen (was für die Zuzugsgemeinden längerfristig die Pflegekosten erhöhen kann).
2. Privat oder genossenschaftlich organisierte Alterswohnung mit Service-Leistungen (Betreute Alterswohnung, dazu vgl. nachfolgenden Abschnitt). Eine hindernisfreie Wohnung kombiniert mit Serviceleistungen ist vor allem bei erhöhter Fragilität und steigender Hilfsbedürftigkeit von Vorteil. Allerdings müssen die Service-Kosten aktuell selbst finanziert werden, und bei verstärkter Hilfs- und Pflegebedürftigkeit werden betreute Wohnformen, die nicht an vorhandene pflegerische Strukturen angebunden sind, teuer.
3. Alterswohnung in Nähe eines Alters- und Pflegezentrums: Ein Hauptvorteil ist eine betriebswirtschaftliche Nutzung der Hilfs- und Pflegeangebote eines Pflegezentrums (Synergie-Effekte), und bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit ist ein Wechsel von der Alterswohnung in ein Pflegezimmer ohne zusätzlichen Ortswechsel möglich bzw. bei flexiblen Baustrukturen kann eine Alterswohnung zu einer Pflegewohnung umwandelt werden. Umgekehrt kann die Nähe zu einem Pflegeheim abschreckend wirken, vor allem bei Personen, die Mühe aufweisen, ihr eigenes Alter anzuerkennen.

d) Betreutes bzw. begleitetes Wohnen (Wohnen mit Service): Im Idealfall bestehen betreute Wohnformen aus einer engen Verknüpfung einer hindernisfreien privaten Wohnung mit zuverlässigen Hilfe- und Serviceleistungen (wie Notrufsystem, Beratung, hauswirtschaftliche Hilfeleistungen und Pflegeleistungen). Betreute Wohnformen unterscheiden sich von traditionellen Alterseinrichtungen dadurch, dass im betreuten Wohnen die Bewohner und Bewohnerinnen über eine abgeschlossene private Wohnung – inklusive Bad und Küche – verfügen. Bei den Dienst- und Serviceleistungen besteht der Unterschied zu traditionellen Alterseinrichtungen darin, dass beim betreuten Wohnen die einzelnen Bewohner und Bewohnerinnen selbst entscheiden, welche Dienstleistungen sie in welcher Intensität in Anspruch nehmen. Zwei gesellschaftliche Entwicklungen tragen zur Ausbreitung betreuter Wohnformen bei. Erstens zeigt sich ein Trend zur De-Institutionalisierung und teilweise zur Privatisierung der Altershilfe. Anstelle institutioneller Formen der Versorgung treten individuelle Lösungen (Betreuung und Pflege nach Mass, individuelles Case- und Care-Management). Zweitens hat der wachsende materielle Wohlstand die Ansprüche an Wohnen und Hilfeleistungen im Alter erhöht.

In der Schweiz sind manche betreuten Wohnungen direkt oder indirekt einer Alters- und Pflegeeinrichtung angegliedert. In vielen Kantonen (2016 in 21 von 25 befragten Kantonen) bieten Pflegeheime Alterswohnungen mit Service an (Oesch, Künzi 2016). Wohnqualität wie auch Art und Weise der Hilfeleistungen variieren. Häufig vorhanden sind Notrufsystem und Mahlzeitendienst. Häufig werden – speziell bei grösseren Alterssiedlungen – auch soziale Aktivitäten und Veranstaltungen organisiert. Konkrete Dienstleistungen wie Betreuung, Pflege, Reinigung und Wäscheservice sind hingegen nur bei der Hälfte aller Alterswohnungen verfügbar. Am wenigsten verbreitet ist das Angebot einer 24-Stunden-Ansprechperson (Werner et al. 2016). In der Mehrheit der Fälle wird für das Wohnen mit Dienstleistungen eine Pauschale erhoben, die zusätzlich zum Mietzins bezahlt werden muss. Je nach Pauschalbeitrag variiert der Umfang der angebotenen Dienstleistungen beträchtlich (für konkrete Beispiele vgl. Age-Stiftung 2016, Age-Stiftung 2020).

Häufig ziehen Menschen erst in eine betreute Wohnform, wenn sie die angebotenen Leistungen aufgrund funktionaler Einschränkungen wirklich benötigen. „Nicht jüngere Ältere ab 65 suchen also das Wohnen mit Dienstleistungen, sondern Betagte bis Hochbetagte“ (Age-Stiftung 2016: 43). Eine Detailanalyse der Age-Wohnerhebung 2018 (Höpflinger et al. 2019) bestätigt, dass die Inanspruchnahme pauschaler Dienstleistungen beim Wohnen im Alter am stärksten vom Alter und von funktionalen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten beeinflusst wird. Hohes Alter und Einschränkungen beim Alltagsleben führen nicht allein dazu, dass häufiger Dienstleistungen beansprucht werden, sondern auch dazu, dass ein umfangreicheres (und damit kostspieligeres) Dienstleistungsangebot eingekauft wird. Daneben spielen soziale Faktoren mit: Alleinlebende Frauen und Männer kaufen häufiger und mehr Dienstleistungen ein als Personen in Mehrpersonenhaushalten. Der Anteil an alleinstehenden Frauen und Männern ist bei betreuten Wohnformen deshalb hoch. Hoher Bildungsstatus und gute finanzielle Lage führen ebenfalls eher zur Nutzung von Dienstleistungen. Älteren Menschen mit tiefem Einkommen bleiben betreute Wohnformen häufig verwehrt, weil die Miet- und Dienstleistungskosten für solche Wohnungen nicht über Ergänzungsleistungen zur AHV finanziert werden können.

Bei hoher Pflegebedürftigkeit – und namentlich bei ausgeprägter demenzieller Erkrankung – stossen betreute Wohnformen an Grenzen beziehungsweise eine ambulant-betreute Pflege kann teurer werden als eine stationäre Pflege. Zentrale Gründe für einen Wegzug aus einer betreuten Wohnform in eine stationäre Pflegeeinrichtung sind deshalb schwere körperliche Pflegebedürftigkeit sowie fortgeschrittene demenzielle Erkrankungen. Auch depressive Symptome oder Suchtprobleme im Alter können ein Leben in betreuten Wohnformen erschweren oder verunmöglichen. Seit einigen Jahren werden allerdings vermehrt Überlegungen und Anstrengungen unternommen, betreutes Wohnen auch bei schwerer Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen, beispielsweise durch den Ausbau von Pflegewohngruppen innerhalb betreuter Wohnsiedlungen oder durch eine enge Anbiederung betreuter Alterswohnungen an ein Alters- und Pflegezentrum (Age-Stiftung 2016).

Jährliche Gesamtkosten (in CHF) von drei Pflege- und Wohnformen (alle Kostenträger)

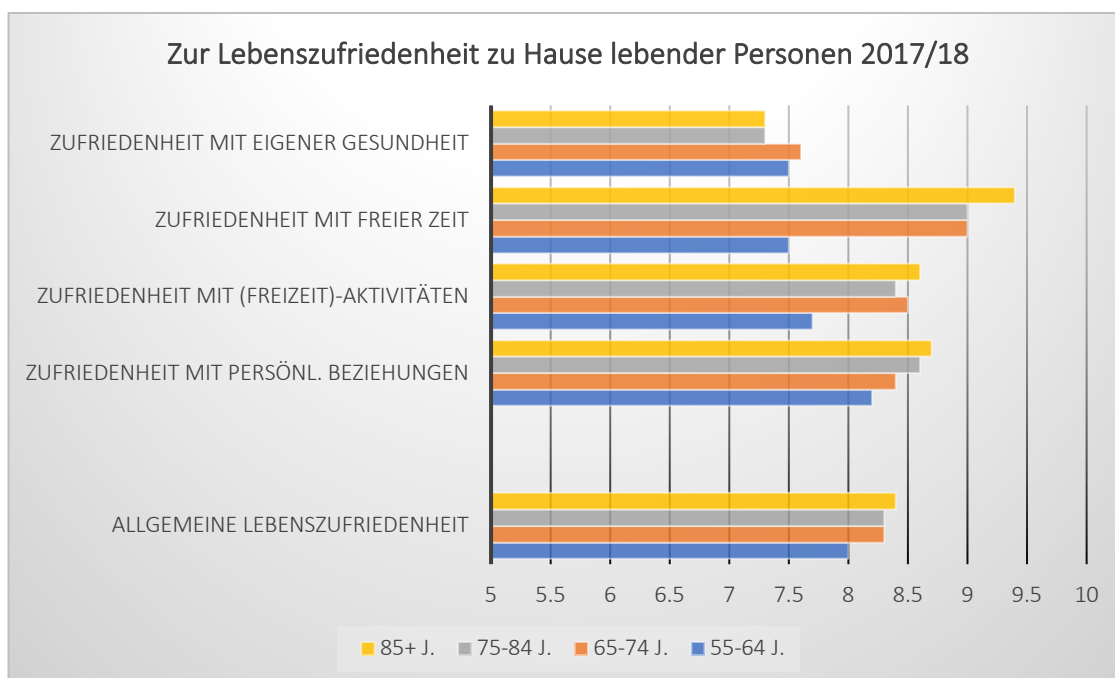
	Im Pflegeheim	Zu Hause	Betreutes Wohnen
A) Pflegebedarf von täglich 30 Minuten, 14-täglich 2 Stunden Hauswirtschaft	74'620	65'780	71'610
B) Pflegebedarf von täglich 90 Minuten, wöchentlich 2 Stunden Hauswirtschaft	95'930	95'820	100'690

Quelle: Wächter, Kessler 2019

4 Zur Lebenszufriedenheit im Alter

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

Ein erster Vergleich vorliegender Erhebungen zur Lebenszufriedenheit zu Hause lebender Menschen zeigt keine Abnahme der allgemeinen Lebenszufriedenheit im hohen Lebensalter, und pensionierte Menschen sind gesamthaft zufriedener als Personen im Erwerbsalter. Allerdings ist bei der Betrachtung solcher Zahlen zu berücksichtigen, dass unzufriedene und unglückliche Menschen häufiger vorzeitig versterben bzw. im Alter häufiger in einer Alters- und Pflegeeinrichtung leben (was im hohen Alter die Durchschnittswerte zur Lebenszufriedenheit bei den überlebenden zu Hause lebenden Personen erhöht).



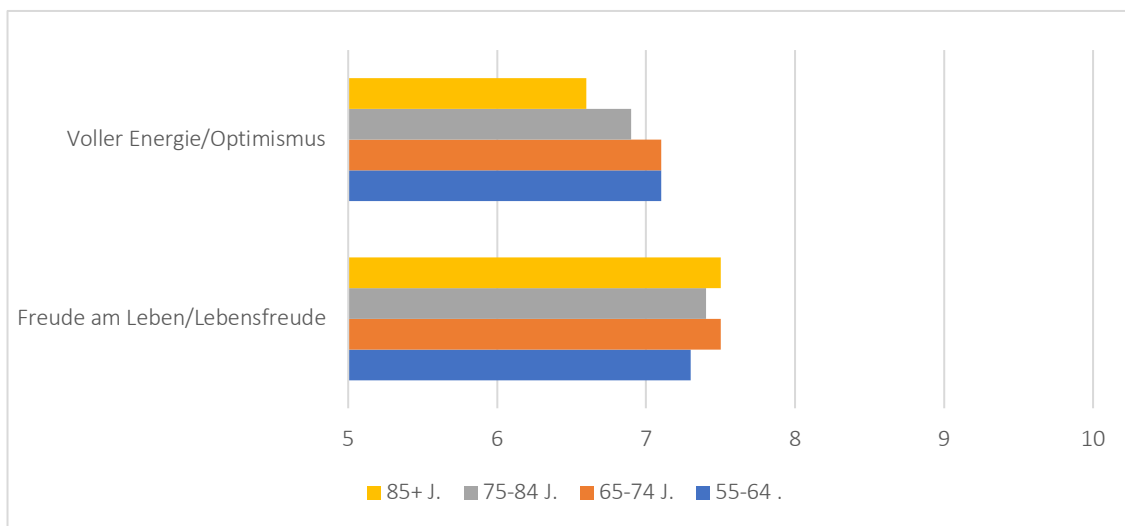
Mittelwerte einer Skala von 0 bis 10 (je höher der Wert, desto zufriedener). Quelle: Schweiz. Haushaltspanel 2017/18 (Welle 19, gewichtete Daten), eigene Auswertungen.

Im hohen Lebensalter werden Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden nicht allein von der gegenwärtigen Situation bestimmt, sondern sie werden durch vergangene Ereignisse beeinflusst. Während in jungen Jahren die Lebenszufriedenheit durch Zukunftsperspektiven bestimmt wird, ist im hohen Lebensalter die Lebenszufriedenheit durch eine positive oder negative Interpretation der biografischen Vergangenheit beeinflusst. Wer auf ein positiv erinnertes Familien- oder Berufsleben zurückgreifen kann, kann eher mit aktuellen Alltagseinschränkungen umgehen, als wenn traumatische oder unerledigte Dinge aus der Vergangenheit das Alter belasten.

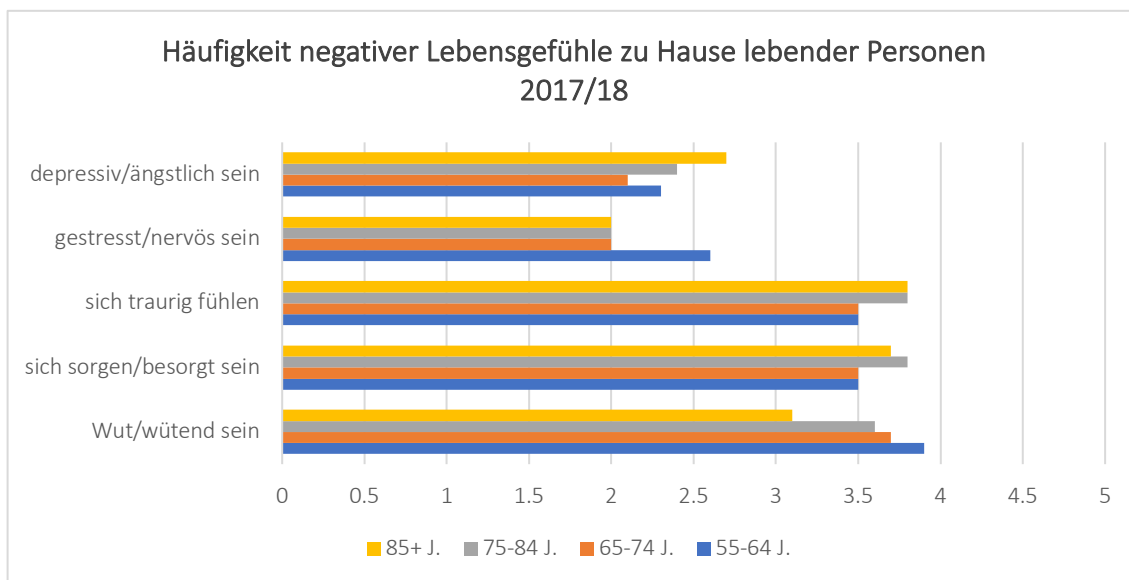
Erwartungsgemäss sinkt die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit im Alter, wenn auch weniger stark, als zu vermuten wäre. Die oft noch hohe Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit hat im Alter allerdings damit zu tun, dass man seine eigene Gesundheit mit anderen Personen gleichen Alters vergleicht („Ich habe zwar meine Beschwerden, aber gesundheitlich geht es mir immer noch besser als meiner gleichaltrigen Nachbarin“, „Gesundheitlich gibt es Probleme, aber die sind weniger schlimm als manche in diesem Alter erleben“ usw.).

Mit dem Alter eher ansteigend ist die Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, wobei im hohen Lebensalter weniger die Quantität als die Qualität sozialer Beziehungen bedeutsam ist. Im Alter ansteigend ist auch die Zufriedenheit mit der freien Zeit und den (Freizeit-)Aktivitäten. Allerdings gilt auch hier, dass vor allem sozial gut eingebettete und aktive Frauen und Männer ein hohes Alter erreichen bzw. in diesem hohen Lebensalter noch zu Hause wohnen können.

Die Lebensfreude bzw. die Freude am Leben bleibt für eine Mehrheit alter Menschen hoch, auch wenn die Werte tiefer liegen als bezüglich der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Was sich im hohen Lebensalter verringert, ist das Gefühl, voller Energie/optimistisch zu sein.



Mittelwerte einer Skala 0-10; 0: nie, 10 immer, Je höher der Wert, desto häufiger. Quelle: Schweiz. Haushaltspanel 2017/18 (Welle 19, gewichtete Daten), eigene Auswertungen



Mittelwerte einer Skala 0-10; 0: nie, 10 immer, Je höher der Wert, desto häufiger. Quelle: Schweiz. Haushaltspanel 2017/18 (Welle 19, gewichtete Daten).

Bei den negativen Gefühlen werden tägliche Sorgen und Traurigkeit im Alter relativ am häufigsten erwähnt, wogegen Stressgefühle weniger angeführt werden. Wutgefühle nehmen mit dem Alter eher ab, was mit einer gewissen Gelassenheit älterer und alter Menschen zusammenhängt. Höhere Werte im Alter ergeben sich hingegen bezüglich depressiver Stimmungen und Ängstlichkeit. Diesbezüglich sind über 84-jährige Befragte häufiger betroffen als jüngere Befragte.

Gesamthaft gibt es nur wenige Hinweise darauf, dass alte Menschen allgemein ein negativeres psychisches Wohlbefinden aufweisen als jüngere Menschen. Was die vorgestellten Angaben allerdings nicht widerspiegeln, sind Veränderungen der psychischen Befindlichkeit am Lebensende. Oft, wenn auch nicht immer, ergeben sich massive Veränderungen des psychischen Befindens nicht aufgrund des hohen Lebensalters, sondern als Folge chronisch-funktionaler Einschränkungen gegen Lebensende. Lebensmüde werden alte Menschen nicht so sehr, weil sie alt sind, sondern weil das Leben gegen Lebensende mühsam und beschwerlich wird (Höpflinger 2019).

4.1 Zur Lebens- und Pflegequalität in Alters- und Pflegeheimen

Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, sind zumeist hilfe- und pflegebedürftig, leiden oft an Multimorbidität und zu über 60% an demenziellen Erkrankungen. Zudem leidet gut ein Viertel der alten Heimbewohner und Heimbewohnerinnen an Depressionen. Mehrheitlich handelt es sich um alte Menschen, die in Heimen leben, weil sie aufgrund depressiver Symptome nicht mehr zu Hause leben können. In einigen Fällen kann auch der Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim zu depressiven Symptomen beitragen bzw. solche verstärken.

In einer grösseren Studie wurden 2013–2014 1035 Bewohner und Bewohnerinnen aus 51 Pflegeheimen der deutsch- und französischsprachigen Schweiz zu ihrer Lebens- und Pflegequalität befragt (wobei nur Personen bis und mit mässigen kognitiven Einschränkungen einbezogen wurden) (Sommerhalder et al. 2015). Das durchschnittliche Alter der befragten Personen (zu 76% Frauen) war 86 Jahre.

Insgesamt bewerteten sieben von zehn befragten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern ihre Lebensqualität als gut (62%) oder sehr gut (9%). Erwartungsgemäss fällt die Beurteilung der Pflege- und Lebensqualität mit zunehmender Pflegeabhängigkeit, kognitiven Einschränkungen sowie mit schlechterem Gesundheitszustand schlechter aus.

Mehr als 90% fühlten sich in ihrem Pflegeheim sicher und geborgen. 85% sagten, sie würden mit Höflichkeit und Respekt behandelt und in ihrer Intimsphäre respektiert. Schutz der Würde und Wahrung der Privat- und Intimsphäre sind zentrale Rahmenbedingungen für eine gute Pflege- und Betreuungsqualität im Alter.

Häufigere Einschränkungen wurden bezüglich Autonomie angeführt. So konnten nur zwei Drittel der Befragten den Zeitpunkt des Aufstehens selbst wählen und fast 40% vermissten Möglichkeiten, individuelle Hobbies, die Freude bereiten, auszuüben. Selbstbestimmung ist nicht in allen Pflegeheimen gleichermassen gewährleistet. Die am schlechtesten bewertete Dimension bezog sich auf die personenzentrierte Behandlung, Pflege und Betreuung. So gab nur ein Drittel der befragten alten Heimbewohnerinnen und -bewohner an, dass sich das Personal für ihre Lebensgeschichte interessiere. Alltägliche und vertrauensvolle Kontakte zum Personal waren gemäss den Befragten nur teilweise vorhanden. So gaben lediglich 30% an, dass das Personal manchmal bei ihnen vorbeischaue, um zu reden. Umgekehrt gaben immerhin 60% an, eine Vertrauensperson beim Personal aufzuweisen.

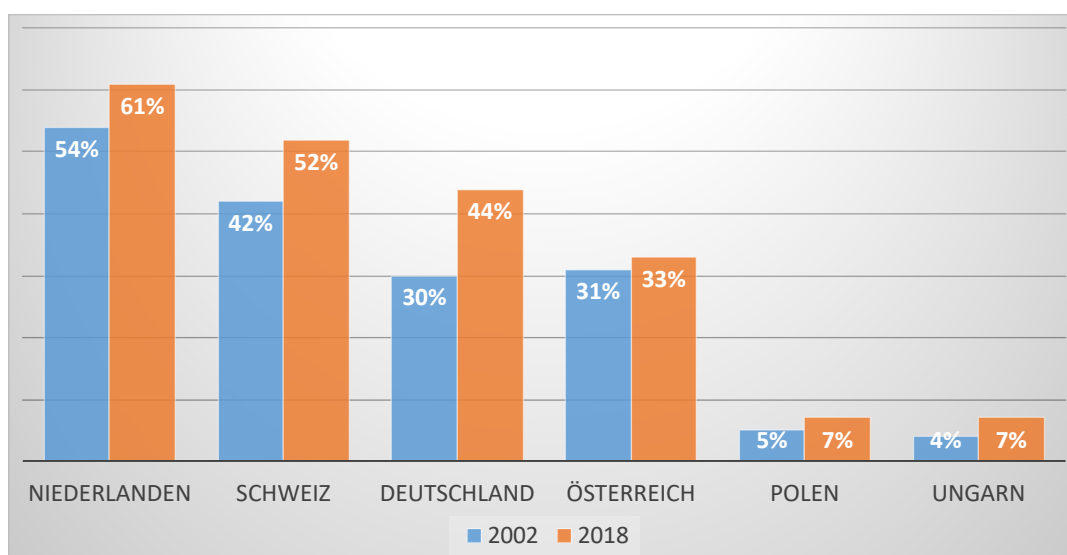
Insgesamt erweist sich die erlebte Lebens- und Pflegequalität alter Heimbewohnerinnen und -bewohner als besser, als medial vielfach vermittelt wird. Lücken ergeben sich am ehesten bezüglich Selbstbestimmung, genügend Zeit des Personals für persönliche Kontakte und Beachtung der Lebensgeschichte alt gewordener Heimbewohner und Heimbewohnerinnen.

5 Wirtschaftliche Lage im Alter – Wohlstand versus finanzielle Prekarität

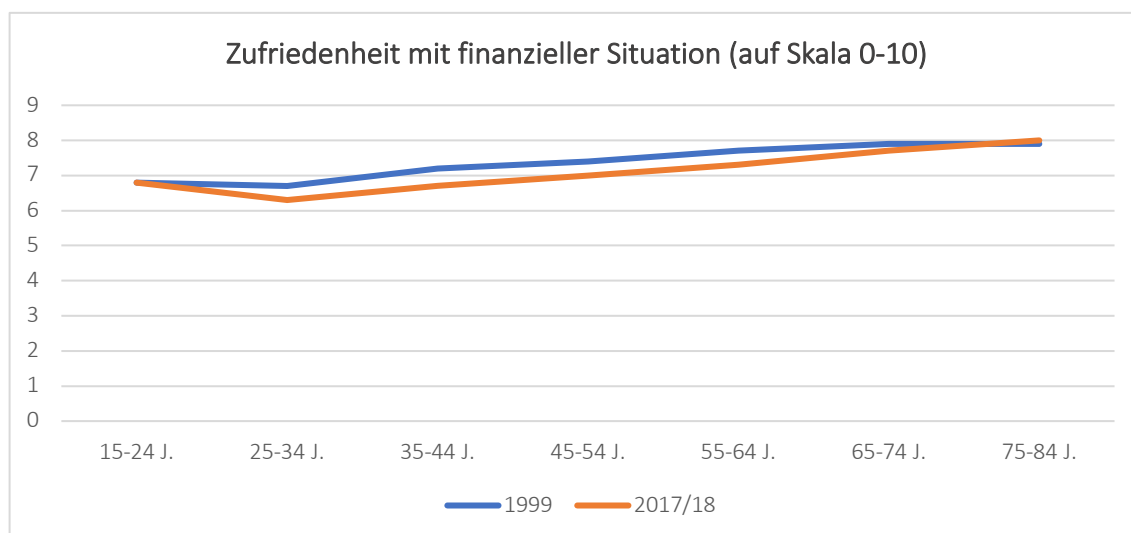
Dank allgemeiner Wohlstandssteigerung und Ausbau der Altersversorgung hat sich die wirtschaftliche Lage vieler älterer Menschen verbessert. Seit den 1980er Jahren gilt die Gleichung „alt gleich arm“ als überholt. Der Anteil an wohlhabenden bis reichen älteren Menschen ist in den letzten Jahrzehnten angestiegen, wodurch die älteren Personen zu einer wichtigen Nachfragegruppe auf vielen Konsummärkten, aber auch auf dem Wohnungs- und Immobilienmarkt wurden.

In der Schweiz stuft eine knappe Mehrheit der 65- bis 74-jährigen Menschen ihre finanzielle Lage als komfortabel ein. Geringere Werte zeigen sich in den Nachbarländern, und in Polen oder Ungarn ist der Anteil an Altersrentnern gering, die eine komfortable finanzielle Situation erwähnen.

Anteil an 65-74-Jährigen, die ihre finanzielle Lage als komfortabel beurteilten 2002 und 2018



Fragestellung: Wie kommen Sie mit dem aktuellen Haushaltseinkommen zurecht? Antwortkategorien: kann mit dem aktuellen Einkommen komfortabel leben, kommt mit dem aktuellen Einkommen aus, schwierig bis sehr schwierig, mit dem aktuellen Einkommen auszukommen. Quelle: European Social Survey 2019 (eigene Auswertung).



Quelle: Schweiz. Haushaltspanel-Daten (gewichtet, eigene Auswertungen).

Entsprechend zeigen sich bei Fragen zur Zufriedenheit mit der finanziellen Lage auch bei älteren Menschen im Allgemeinen gute Werte. Die finanzielle Zufriedenheit liegt bei älteren Befragten sogar signifikant höher als bei jüngeren Befragten. Dies kann einerseits damit zusammenhängen, dass jüngere Personen familial bedingt (Kinder) höhere Ausgaben haben, finanziell noch weniger Reserven aufbauen konnten oder beruflich noch erst am Anfang ihrer Karriere stehen. In der nachberuflichen Lebensphase entfallen zudem berufsbedingte Zusatzausgaben. Andererseits kann eine hohe Zufriedenheit mit der finanziellen Lage bei älteren Generationen auch das Ergebnis reduzierter Lebens- und Konsumansprüche sein.

Charakteristisch für die wirtschaftliche Lage im Alter sind allerdings starke Unterschiede der Einkommens- und Vermögenssituation pensionierter Männer und Frauen. Dies illustrieren die aktuellsten Daten der Haushaltsbudget-Erhebung 2015/17. Die ärmsten 20% der Alleinstehenden 65+ weisen ein durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen von gerade 2'300 Franken aus (im Gegensatz zu nahezu 9'500 Fr. bei den 20% wohlhabendsten Alleinstehenden). Analoge Unterschiede zeigen sich bei Paarhaushalten 65+: Die ärmsten 20% der Paare müssen mit einem Monatsbudget von durchschnittlich 4'000 Franken auskommen. Die reichsten 20% können durchschnittlich mit fast 16'000 Franken rechnen. Während untere Einkommensgruppen insgesamt mehr ausgeben, als sie einnehmen bzw. auf Ersparnis (soweit vorhanden) zurückgreifen müssen, haben wohlhabendere Altersrentner oft weiterhin eine positive Sparquote.

Einen grossen Einfluss auf das frei verfügbare Einkommen im Alter haben selbstfinanzierte Betreuungs- und Pflegekosten, wobei sich hier enorme kantonale Unterschiede ergeben. Bei exakt gleicher finanzieller Ausgangslage und Unterstützung im Alltag hängt die finanzielle Situation alter Menschen stark vom jeweiligen Wohnort ab, wie eine neue Studie detailliert aufzeigt (Knöpfel, Leitner et al. 2019).

Bruttoeinkommen nach Einkommensklasse 2015/17

Einkommensklassen (Quintile)	I	II	III	IV	V
A) Bruttoeinkommen (in CHF pro Monat)					
Alleinstehende 65+	2'298	3'116	3'931	5'152	9'480
Paarhaushalte 65+	3'983	5'715	7'214	9'032	15'981
B) Renten und Sozialleistungen (in % Bruttoeinkommen)					
Alleinstehende 65+	95%	93%	90%	85%	61%
Paarhaushalte 65+	92%	87%	86%	80%	51%
C) Monatlicher Sparbetrag (in % Bruttoeinkommen)					
Alleinstehende 65+	-35%	-10%	-5%	-3%	+16%
Paarhaushalte 65+	-28%	- 5%	-2%	+8%	+13%

Quintile: I = 20% der betreffenden Personengruppe mit dem tiefsten Einkommen, II = 20% mit dem zweitiefsten Einkommen bis V = 20% mit dem höchsten Einkommen.

Quelle: Bundesamt für Statistik, Haushaltsbudgeterhebungen (HABE)

Den stärksten Einfluss auf das Einkommen im Rentenalter haben Bildungsniveau bzw. ehemalige berufliche Position, Lebensform und Wohnort: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung weisen im Alter ein deutlich höheres Armutsrisiko auf als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Alleinlebende ältere Menschen sind häufiger arm als Personen, die als Paar leben. Frauen leiden – auch wegen familial bedingter Reduktion der Arbeitspensen sowie früheren Karriere- und Lohnbenachteiligungen – häufiger unter finanziellen Engpässen als Männer (vgl. auch Bundesamt für Statistik 2019).

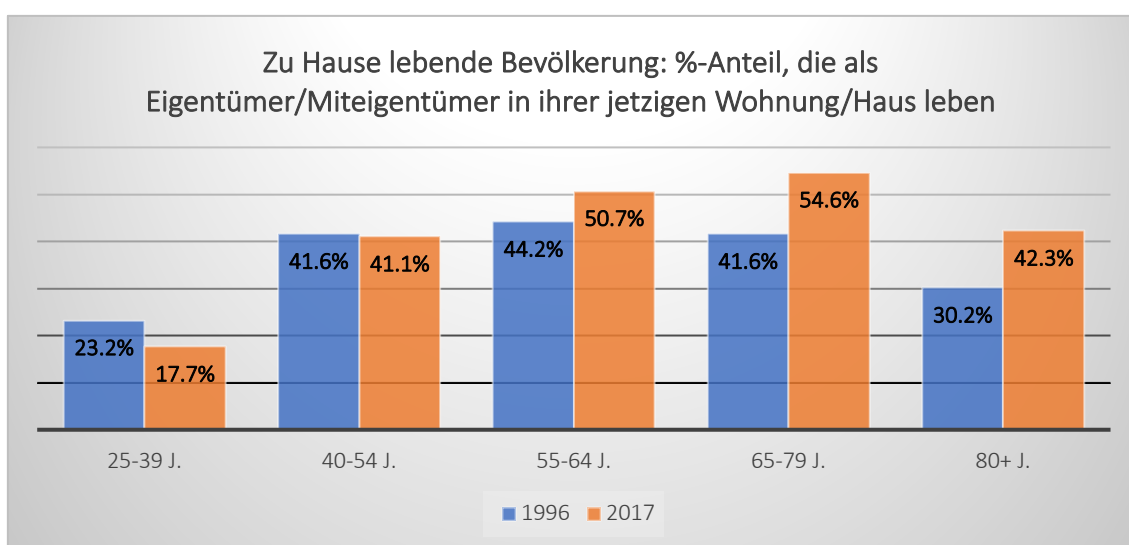
Zudem sind ältere Menschen in ländlichen Gemeinden stärker armutsgefährdet als jene in Städten und Agglomerationen. Daneben spielt indirekt auch die Nationalität mit, und die über 64-jährigen Personen ausländischer Nationalität weisen ein höheres Armutsrisiko auf als gleichaltrige Schweizer und Schweizerinnen. Dies ist damit verbunden, dass es sich gegenwärtig bei einem wesentlichen Teil der ausländischen AHV-Rentner und AHV-Rentnerinnen um ehemalige unqualifizierte Arbeiter und Arbeiterinnen handelt, die nur minimale Renten beziehen.

Wohneigentum im Alter

Ein Teil der älteren Bevölkerung ist sehr wohlhabend und 2015 konnten 51% der 65-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz auf ein liquides Bruttohaushaltsvermögen von mehr als 100'000 Fr. zurückgreifen. Umgekehrt besaßen allerdings 18% ein liquides Vermögen von weniger als 10'000 Fr. Häufiger wurde in der Schweiz auch Immobilienvermögen. Lag die Wohneigentumsquote 1970 gesamtschweizerisch erst bei 28.5%, stieg sie bis 2000 auf 34.6% an, um weiter anzusteigen, bis 2017 auf 38.8%. Die Tatsache, dass Kapital aus der beruflichen Vorsorge für Wohneigentum eingesetzt werden kann, sowie die Tatsache, dass Erbschaften heute oftmals eher spät anfallen, tragen dazu bei, dass in den letzten Jahrzehnten speziell die Wohneigentumsquote der älteren Bevölkerung angestiegen ist. Sachgemäss variiert auch im Alter die Wohneigentumsquote regional stark und sie ist in ländlichen Regionen deutlich höher als in städtischen Gebieten.

Gegenwärtig wohnt eine Mehrheit der 65- bis 79-Jährigen als Besitzer bzw. Mitbesitzer ihrer Wohnung bzw. ihres Hauses. Bei Personen im höheren Lebensalter (80+) liegt die Wohneigentumsquote tiefer als bei den „jungen Alten“. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass die älteste Generation weniger wohlhabend ist als die nachkommende Generation. Andererseits führt ein altersbedingter Verkauf von Wohneigentum zu geringeren Wohneigentumsquoten, sei es, dass ein zu aufwendig gewordenes Einfamilienhaus verkauft wird, um den Aufenthalt in einer altersgerechten Mietwohnung zu finanzieren; sei es, dass die Kosten einer langjährigen Pflegebedürftigkeit den Verkauf von Wohneigentum erzwingen.

Im Allgemeinen ist Wohneigentum im Alter mit einer besseren Wohnqualität, einer erhöhten Wohnzufriedenheit und vermehrten Gestaltungsmöglichkeiten verbunden. Gleichzeitig haben Wohneigentümer oft andere Ansprüche an Quartiergestaltung oder Pflege im Alter als Mieter und Mieterinnen (und der Wohneigentumsanteil ist eine wichtige Kenngrösse bei kommunalen alterspolitischen Strategien).



Quelle: BFS, SAKE

5.1 Wirtschaftliche Prekarität im Alter – und Bezug von Ergänzungsleistungen zur AHV

Armut bzw. finanzielle Not im Alter ist auch in der reichen Schweiz nicht verschwunden. Neben wohlhabenden bis reichen Altersrentnern finden sich weiterhin nicht wenige arme Altersrentner und Altersrentnerinnen. Als arm können Menschen eingestuft werden, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um die für ein gesellschaftlich integriertes Leben notwendigen Güter und Dienstleistungen zu erwerben. Die in der Schweiz verwendete Armutsgrenze leitet sich ab von Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS), welche in der Schweiz als Bemessungsgrundlage der notwendigen Mittel zur Existenzsicherung eine breite – wenn auch nicht unumstrittene – Verwendung finden.

Finanzielle Situation bei zu Hause lebenden Personen im AHV-Alter: Schweiz 2007-2018

%-Anteil Personen 65+	2007	2010	2018
- die so viel ausgeben wie hereinkommt	45%	43%	42%
- die Vermögen/Reserven aufbrauchen	17%	18%	20%
- die sich verschulden	1%	1%	1%

Materielle Entbehungen im Alter: Schweiz 2018

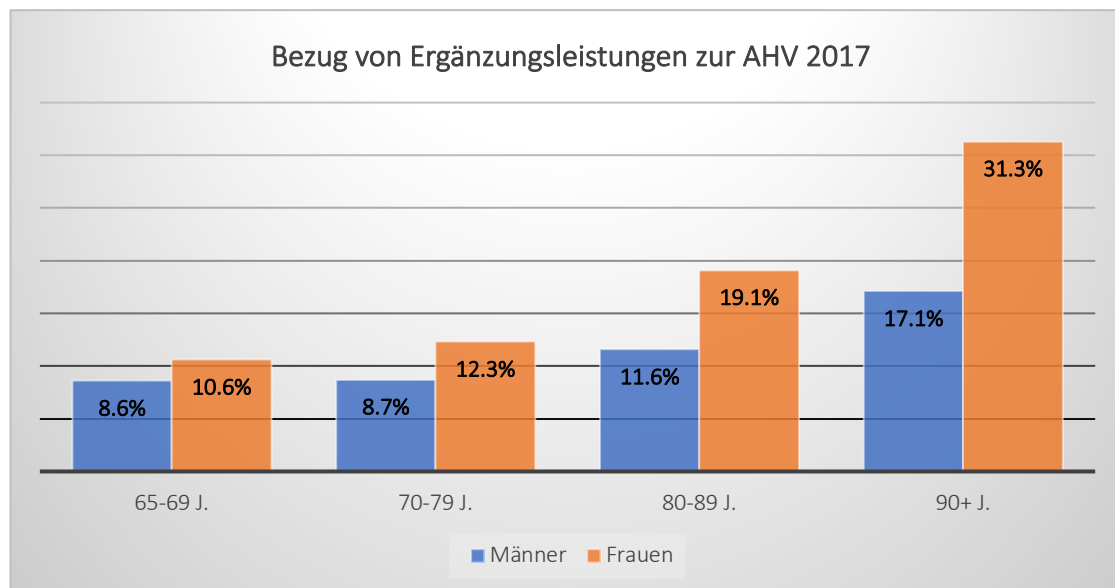
*65+ nach Haushaltsform

	65+	1 Pers.*	2 Pers.*
%-Anteil mit zu wenig finanziellen Ressourcen für			
- unerwartete Ausgaben (von Fr. 2'500)	11.3%	17.2%	6.7%
- eine Woche Ferien pro Jahr	8.4%	12.9%	5.2%

Quelle: BFS, Erhebungen über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC).

Mehr als zwei Fünftel der AHV-Rentner und AHV-Rentnerinnen geben monatlich etwa so viel aus, wie sie an Einkommen bzw. Renten einnehmen und ein Fünftel muss Vermögensreserven aufbrauchen. Ein häufiges Problem bei Einkommensschwäche im Alter ist die Unfähigkeit, eine unerwartete grössere Ausgabe zu tätigen. Normalerweise geht es, aber wenn – krankheits- oder betreuungsbedingt – unerwartete Kosten anfallen, kommen einkommensschwache ältere und alte Menschen rasch in eine Notlage.

Bei ungenügendem Renteneinkommen werden Ergänzungsleistungen zur AHV ausbezahlt, wenn das Bruttovermögen einen festgelegten Freibetrag (Alleinstehende: Fr. 37'500, Paare: Fr. 60'000) nicht überschreitet. Vermögensverzehr im Alter ist häufig und in den letzten Jahren häufiger geworden.



Trotz Ausbau der beruflichen Vorsorge ist der Anteil an AHV-Rentnern, die auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sind, in den letzten Jahren nicht gesunken bzw. in einigen Regionen sogar angestiegen. Dafür verantwortlich sind sowohl höhere Betreuungs- und Gesundheitskosten als auch höhere Wohnkosten. Zudem werden im hohen Lebensalter Ergänzungsleistungen zur AHV oft zur Finanzierung von Pflegeheimaufenthalten notwendig. So entfielen 2016 gut 49% der Ausgaben für Ergänzungsleistungen zur AHV auf heimbedingte Mehrkosten.

Frühere Lohndiskriminierungen, ebenso wie langjährig unbezahlte Familienarbeit tragen dazu bei, dass Frauen im Alter häufiger auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sind als gleichaltrige Männer.

Dank Ausbaus der Altersvorsorge hat sich die wirtschaftliche Lage vieler älterer und alter Menschen verbessert. Dies hat auch zu einer Ausdehnung der gesunden Lebenserwartung und zu mehr Aktivitäten im Rentenalter beigetragen. Im intereuropäischen Vergleich gehört die Schweiz mit zu den Ländern, welche den grössten Anteil an wohlhabenden älteren Menschen aufweisen. Dennoch ist Armut bzw. Einkommenschwäche im Alter für eine nicht unbeträchtliche Minderheit weiterhin ein Problem. Oder in anderen Worten: Die wirtschaftliche Lage älterer und alter Menschen ist auch in der Schweiz durch beträchtliche soziale (und ansteigende) Ungleichheiten geprägt.

6 Soziale Beziehungen im Alter – und Einsamkeitsrisiken

Soziale Beziehungen sind in jeder Lebensphase ein zentrales Element sozialer Integration und das Wohlbefinden älterer Frauen und Männer wird von guten sozialen Beziehungen mitbestimmt. Entsprechende Studien bei älteren Menschen zeigen, dass weniger die Quantität als die Qualität sozialer Beziehungen das Wohlbefinden erhöht. Entscheidend in späteren Lebensphasen ist insbesondere das Vorhandensein mindestens einer Vertrauensperson. Gute Sozialbeziehungen sind zudem eine bedeutsame Quelle sozialer Unterstützung, etwa im Fall von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Ein soziales Netz, welches emotionale wie instrumentelle Unterstützung anbietet, wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit aus (Bachmann 2014). Entsprechend ergeben sich im Alter in allen europäischen Ländern positive Beziehungen zwischen der selbst eingestuften Gesundheit und der wahrgenommenen Qualität der sozialen Netzwerke (Deindl et al. 2013).

Soziale Beziehungen sind allerdings in ihrer Form und Art vielfältig. Struktur, Dynamik und psychosoziale Wirkungen sozialer Beziehungen variieren je nachdem, ob es sich um eine Partnerbeziehung, eine Eltern-Kind-Beziehung, um Beziehungen zu Geschwistern, zu Nachbarn oder Arbeitskollegen handelt (Tesch-Römer 2010). Inhaltlich – bezogen auf Unterstützung und Solidarität – sind bei sozialen Beziehungen vor allem drei Dimensionen bedeutsam: erstens Art und Ausmass an (instrumentellen) Hilfeleistungen, zweitens die (emotionale) Beziehungsenge und drittens die Kontakthäufigkeit. Die drei Dimensionen können unabhängig voneinander variieren. Eine hohe Kontakthäufigkeit muss nicht mit emotional enger Beziehung einhergehen, wie umgekehrt eine enge Beziehung vorliegen kann, ohne dass es zu häufigen Kontakten kommt.

Angehörige und Freunde im Alter 2018

Altersgruppe	Zu Hause lebende Personen				Heimbewohner/innen
	65-69	70-74	75-79	80+	80+V
(Ehe)-Partner/in:					
Männer	67%	70%	74%	61%	30%*
Frauen	52%	48%	41%	20%	10%*
Geschwister	86%	86%	82%	71%	57%
Kinder	77%	79%	86%	87%	80%
Enkelkinder	57%	66%	75%	81%	76%
Freunde	98%	98%	99%	94%	80%

CH: gesamte Schweiz (gewichtete Daten) (N: 2198 zu Hause lebende Personen, 407 befragbare Heimbewohner/innen 80+ in West- und Deutschschweiz.

* Von den verheirateten Personen 80+ im Heim leben allerdings nur gut 6% zusammen im Heim.

Quelle: Age-Wohnerhebung 2018 (vgl. Höpflinger et al. 2019)

6.1 Partnerschaften im Alter

Wenn alte Menschen in einer Partnerschaft leben, ist der Partner bzw. die Partnerin fast immer die wichtigste Bezugs- und Ansprechperson. Im höheren Lebensalter sinkt einzig die wahrgenommene praktische Hilfe, da der Partner bzw. die Partnerin häufig selbst auch altersbezogene Einschränkungen erfährt. Und mit steigendem Lebensalter erhöht sich das Risiko einer Verwitwung. Partnerverlust durch Tod bedeutet oft das Ende einer langjährigen Partnerbeziehung, mit allen persönlichen und familialen Konsequenzen, welche den Schluss einer engen und intimen Lebens- und Haushaltsgemeinschaft für den überlebenden Partner beinhaltet. Entsprechend gilt Verwitwung als bedeutsames kritisches Lebensereignis mit negativen psychischen und sozialen Folgen. Vor allem die erste Zeit nach einer Verwitwung ist durch eine erhöhte Anfälligkeit für körperliche und psychische Erkrankungen gekennzeichnet. Die Bewältigung einer Verwitwung hängt längerfristig sowohl von den Umständen des Partnerverlustes als auch von den sozialen und psychischen Ressourcen des überlebenden Partners oder der überlebenden Partnerin ab. „Eines der häufigsten Befunde der Trauerforschung ist, dass Personen, die zuvor an psychischen Störungen litten (z.B. klinische Depression oder Angststörungen), mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im

Umgang mit einem Verlust Schwierigkeiten erleben. Folglich gelten vorangegangene psychische Probleme als erheblicher Risikofaktor. Dasselbe gilt für Verluste, die unter gewaltsamen und unerwarteten Bedingungen stattfinden“ (Boerner 2012: 233). Auch der Zwang nach einem Partnerverlust, allein verantwortlich zu sein und alles selber zu machen, wird von vielen Verwitweten als schwerwiegende Herausforderung eingestuft. An erster Stelle der negativ erlebten Aspekte einer Verwitwung steht jedoch Einsamkeit (Perrig-Chiello et al. 2015).

Aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede der Lebenserwartung (Frauen leben länger als Männer), kombiniert mit geschlechtsspezifischem Heiratsverhalten (Männer heiraten häufig eine jüngere Frau), ist Verwitwung im höheren Lebensalter primär „Frauensicksal“. Unterschiede der Wiederverheiratungsraten (Männer heiraten auch im höheren Lebensalter häufiger als Frauen erneut) verstärken die geschlechtsspezifischen Differenzen zusätzlich. Vom Unterstützungspotenzial „Partnerin“ profitieren somit Männer in stärkerem Masse als Frauen. Umgekehrt scheinen Männer allerdings stärker von einer Zweierbeziehung „abhängig“ zu sein, wie die bei Männern signifikanten Mortalitätsunterschiede zwischen Verheirateten und Nichtverheirateten illustrieren (Höpflinger 2016).

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden zeigen sich auch bedeutsame Generationenunterschiede. So ist der Anteil hochaltriger Paare in den letzten Jahrzehnten angestiegen: Waren 1970 beispielsweise 37% der 85- bis 89-jährigen Männer verheiratet, waren es 2016 64%, und auch bei den 85- bis 89-jährigen Frauen hat sich der Anteil verheirateter Frauen von 7% auf 21% erhöht. Auch der Anteil der verheirateten 90-jährigen und älteren Menschen hat sich in dieser Periode erhöht (bei den Männern von 25% auf 48% und bei den Frauen von 3% auf 8%). Darin widerspiegeln sich die Auswirkungen einer erhöhten Lebenserwartung, wodurch sich die Chancen erhöht haben, gemeinsam alt zu werden.

Neue Generationen älterer Frauen und Männer werden – auch aufgrund höherer Scheidungsraten und vermehrter nicht ehelicher Partnerbeziehungen – allerdings weniger oft verheiratet sein. Wichtig ist auch, dass neue Generationen älterer Paare eine oft stärker individualisierte Partnerschaft pflegen. Getrennte Ferien oder getrennte Schlafzimmer im Alter ebenso wie eine partnerschaftlich organisierte Beziehung werden häufiger.

6.2 Familienangehörige

In der Schweiz können ältere Menschen grossmehrheitlich auf ein dichtes soziales Kontakt- und Unterstützungsnetz zurückgreifen. Allerdings leben viele Bezugspersonen älterer Menschen – wie Kinder und Enkelkinder oder Freunde – nicht im gleichen Haushalt.

a) Geschwister: Der Anteil älterer Menschen mit noch lebenden Geschwistern ist relativ hoch. Auch wenn Geschwister im Alter oft ebenfalls versterben, ist doch überraschend, dass selbst eine Mehrheit der heute 80-jährigen und älteren Befragten noch Geschwister hat. Dahinter verbirgt sich insofern auch ein Generationeneffekt als bei der Altersbevölkerung gegenwärtig noch viele Personen aus kinderreichen Familien stammen. Es steht zu erwarten, dass sich der Anteil an geschwisterlosen Personen bei zukünftigen Generationen erhöhen dürfte.

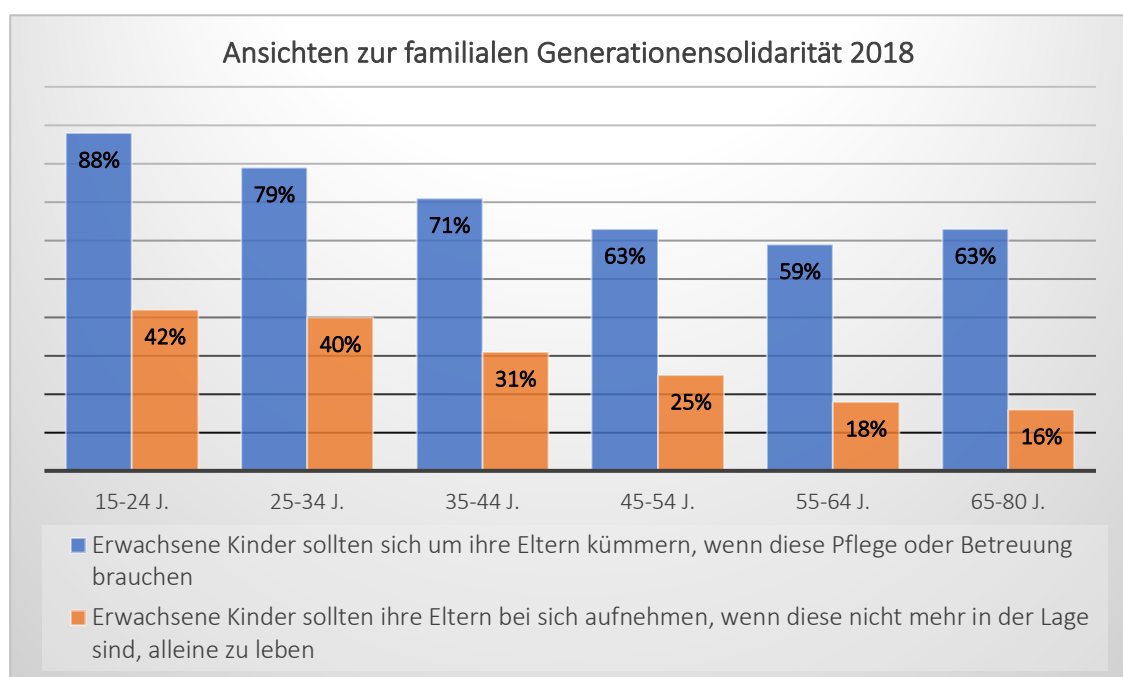
b) Erwachsene Kinder: Die grosse Mehrheit weist Nachkommen auf, und erwachsen gewordene Kinder sind im Alter oftmals bedeutsame Bezugs- und Unterstützungspersonen (gleichzeitig aber auch diejenigen, die bezüglich Pflege im Alter hohe Ansprüche formulieren). Auffallend ist allerdings, dass bei den 65- bis 74-Jährigen bzw. den neuesten Rentnergenerationen der Anteil der Kinderlosen höher liegt als bei den über 75-Jährigen. Dies reflektiert die Tatsache, dass sich in den letzten Jahrzehnten der Anteil kinderlos bleibender Frauen und Männer erhöht hat, primär

weil Beruf und Familie in der Schweiz lange Zeit wegen fehlender familienexterner Kinderbetreuung auf Vereinbarkeitskonflikte stiessen. Dies bedeutet, dass in Zukunft der Anteil an Kinderlosen auch bei den über 80-jährigen Frauen und Männern ansteigen wird.

Zwar leben erwachsene Kinder zumeist nicht im gleichen Haushalt wie ihre alten Eltern, aber die gegenseitigen Kontakte zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern sind vielfach intensiv, und persönliche, aber auch telefonische Kontakte werden häufig regelmässig gepflegt. Enge Beziehungen zu Angehörigen können auch bei grosser Wohnentfernung gepflegt werden, etwa durch regelmässige telefonische oder elektronische Kontakte. Hingegen sind alltagsbezogene informelle Hilfeleistungen eng mit der Wohnortsnähe der Angehörigen verknüpft.

Von einem Abbrechen der Generationenbeziehungen nach dem Auszug der Kinder aus dem Elternhaus kann somit nicht die Rede sein (Szydlik 2016). Im Gegensatz zu einer häufig geäusserten Ansicht hat das getrennte Wohnen der Generationen nicht zur Schwächung der Solidarität zwischen den Generationen geführt. Gemäss der Familien- und Generationenerhebung 2018 unterstützt eine bedeutsame Mehrheit die Norm, dass sich erwachsene Kinder um ihre Eltern kümmern sollten, wenn diese Pflege oder Betreuung benötigen. Es ist allerdings auffallend, dass die Zustimmung zu dieser Norm umso ausgeprägter ist, je jünger die Befragten (bzw. ihre Eltern) sind. Je konkreter eine elterliche Pflege wird, desto realistischer sind auch die Vorstellungen zu Pflegeverpflichtungen.

Während eine Unterstützung pflegebedürftiger Elternteile betont wird, findet die Idee, pflegebedürftige alte Elternteile bei sich aufzunehmen, in der Schweiz weniger Unterstützung. Man will alte Eltern unterstützen, aber nicht unbedingt mit ihnen im gleichen Haushalt leben. Die Zustimmung, Eltern bei sich aufzunehmen, sinkt je konkreter die Situation wird. Auch ältere Befragte (65- bis 80-jährig) sind mehrheitlich nicht erpicht, bei ihren erwachsenen Kindern im gleichen Haushalt zu wohnen. Dies entspricht dem in Mittel- und Nordeuropa verankerten Modell von „Intimität auf Abstand“: Sich gegenseitig unterstützen, aber nicht im gleichen Haushalt leben (sondern eventuell in Ortsnähe oder im gleichen Haus, aber mit getrennten Haushaltsstrukturen).



Quelle: Bundesamt für Statistik (2019), Erhebung zu Familien und Generationenbeziehungen 2018, Neuchâtel: BFS

c) **Enkelkinder:** Die Mehrheit der älteren Menschen haben Enkelkinder und sie sind als Grosseltern intergenerationell oft stark engagiert (Höpflinger 2016). Der zunehmende Anteil an Kinderlosen widerspiegelt sich allerdings darin, dass der Anteil älterer Menschen ohne Enkelkinder beträchtlich ist und im Zeitvergleich angestiegen ist, namentlich bei den jüngeren Altersgruppen (65–74 J.) bzw. jüngeren Geburtsjahrgängen. Der Trend zu später Familiengründung bei jungen Menschen verstärkt die Tendenz zu wenig Enkelkindern, die oft später geboren werden. Während 2003 in der deutschsprachigen Schweiz 71% der 65- bis 69-Jährigen Grosseltern waren, ist dies 2018 nur noch für 53% der Fall.

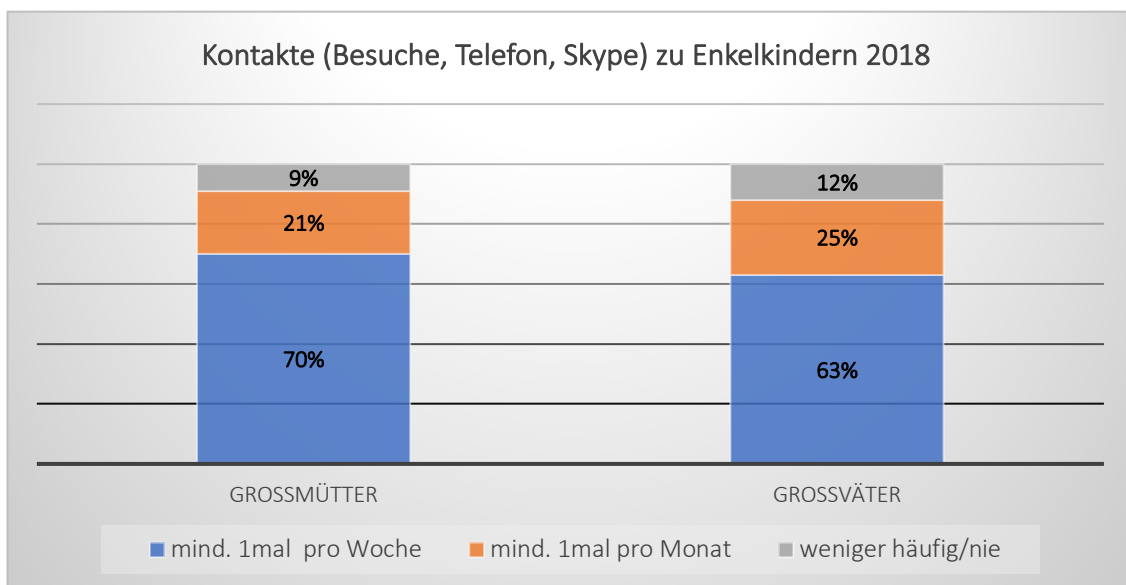
In der Schweiz – analog zu anderen Ländern Nord- und Mitteleuropas – ist Grosselternschaft durch zwei zentrale Besonderheiten gekennzeichnet: Erstens leben die verschiedenen Generationen zumeist in getrennten Haushalten und Drei-Generationen-Haushalte sind selten. Vorherrschend ist eindeutig das Muster einer multilokalen Mehrgenerationenfamilie. Zweitens bestehen kaum klar formulierte Rechte der Grosseltern. So haben Grosseltern in der Schweiz gegenüber minderjährigen Enkeln keine gesetzlichen Besuchsrechte (etwa im Unterschied zu den USA). Die Beziehungen zwischen Enkelkindern und Grosseltern beruhen auf Freiwilligkeit und individueller Gestaltung. Entsprechend ist die Grosseltern-Enkel-Beziehung stark individualisiert und das persönliche Verhältnis zu den Enkelkindern variiert. Dazu trägt die Tatsache bei, dass auch das Alter von Frauen und Männern, in denen sie diese Rolle übernehmen, variiert. Je nach Umständen kann eine Frau schon mit 40 oder 45 Jahren zur Grossmutter werden; das heisst zu einem Zeitpunkt, da sie sich beispielsweise um einen beruflichen Wiedereinstieg bemüht und sich deshalb kaum als „alt und grossmütterlich“ fühlt. In diesen Fällen trifft die erste Phase der Grosselternschaft auf eine Lebensphase, in welcher ein Grossvater und zunehmend auch eine Grossmutter noch voll beruflich beschäftigt sind. Frauen und Männer, die vergleichsweise früh zu Grosseltern werden, können Mühe aufweisen, sich mit dieser Rolle zu identifizieren, da Grosselternschaft gesellschaftlich mit Alt-sein verbunden wird. In anderen Fällen wird eine Frau oder ein Mann erst nach der Pensionierung zur Grossmutter bzw. zum Grossvater. Grosselternschaft nach der Pensionierung erleichtert zwar möglicherweise die Übernahme von Betreuungsaufgaben, aber späte Grosselternschaft ist wiederum mit dem Problem behaftet, dass altersbedingte Behinderungen und Krankheiten die gemeinsamen Aktivitäten mit Enkelkindern einschränken können. Empirische Studien belegen eine enge Verknüpfung von Grossmutter-Enkel-Kontakten sowohl mit dem Alter der Grossmütter als auch mit dem Alter der Enkelkinder (Höpflinger 2016).

Die konkrete Ausgestaltung der Grosselternrolle wird durch diverse Bedingungen bestimmt:⁴ Zum Ersten zeigen sich klare geschlechtsspezifische Unterschiede und Grossmütter sind insgesamt aktiver und engagierter um Enkelkinder bemüht als Grossväter. Zentral ist zum Zweiten die räumliche Distanz zu den jeweiligen Enkelkindern, und mit zunehmender räumlicher Distanz werden persönliche Kontakte seltener. Bedeutsam ist zum Dritten das Alter der Enkelkinder (und damit verbunden das Alter der Grossmutter). So vermindern sich die Kontakte und vor allem die gemeinsamen Aktivitäten zwischen Grosseltern und Enkelkindern teilweise mit dem Heranwachsen der Enkelkinder. Teenager erleben neben der Ablösung von den Eltern oft auch eine gewisse Ablösung von der Grosselterngeneration. Dies schliesst nicht aus, dass Grosseltern unter Umständen von Teenagern und Jugendlichen als zusätzliche Vertrauenspersonen benützt werden, insbesondere wenn sich Jung und Alt gegenüber der mittleren Generation zu einer Allianz zusammenschliessen (und Teenager etwa via Grosseltern über die „Jugendsünden“ ihrer eigenen Eltern erfahren).

⁴ Ein spezielles Magazin „Grosseltern. Das Magazin über das Leben mit Enkelkindern“ vermittelt konkrete Hinweise und Reportagen zu dieser intergenerationellen Beziehung (www.grosseltern-magazin.ch)

Lebensbiografisch betrachtet bietet die Geburt von Enkelkindern und ihr Aufwachsen für ältere Menschen eine Gelegenheit, erneut enge, persönliche Kontakte zur jüngsten Generation zu pflegen. Gleichzeitig kann zumindest symbolisch an frühere Lebensphasen angeknüpft werden, wodurch biografische Kontinuität gestärkt wird. Lebensgeschichtliche Erzählungen und die Tradierung des familialen Gedächtnisses sind bedeutsame Bestandteile in der Beziehung zwischen Grosseltern und Enkelkindern.

In nicht wenigen jungen Familien erfüllen die Grosseltern – und namentlich die Grossmütter – unersetzliche Betreuungsaufgaben. Der Wert der unbezahlten Kleinkinderbetreuung durch Grosseltern (mehrheitlich Grossmütter) wird auf gegen 8 Mrd. Franken pro Jahr eingeschätzt. Die überwiegende Mehrheit der Grosseltern hat denn auch regelmässig Kontakt mit Enkelkindern.



Anmerkung: Personen 50- bis 80-jährig mit mind. 1 Enkelkind, das nicht im gleichen Haushalt lebt. Enkelkind, mit dem die Grosseltern am meisten Kontakt haben. Quelle: Bundesamt für Statistik (2019) Erhebung zu Familien- und Generationenbeziehungen 2018, Neuchâtel: BfS.

6.3 Freundschaftsbeziehungen

Ausserfamiliale Vertrauenspersonen – wie Freunde – können bei alleinlebenden oder kinderlosen alten Menschen fehlende familiale Bezugspersonen kompensieren. Freundschaftsbeziehungen können aber auch für familial integrierte alte Menschen bedeutsam sein, etwa wenn enge Freundinnen als Vertrauenspersonen eine Diskussion familialer Probleme ermöglichen oder wenn beim Zusammensein im Freundeskreis bedeutsame Erlebnisse aus der eigenen Vergangenheit wachgehalten werden. Im Gegensatz zu familialen Beziehungen beruhen Freundschaften auf Freiwilligkeit und enge Freundschaften sind oft durch gemeinsame Interessen geprägt (Höpflinger 2019). Obwohl im Allgemeinen primär die affektiv-emotionale Bedeutung von Freundschaftsbeziehungen betont wird, können Freunde und Freundinnen auch in praktischer Hinsicht hilfreich sein, z.B. durch die Bereitstellung kleiner Alltagshilfen, wie Begleitung bei Einkäufen oder Beratung bei administrativen Problemen.

Nach eigenen Angaben verfügt die grosse Mehrheit älterer Menschen über Freunde. So erwähnten in der 2018 durchgeführten Erhebung zu Familien und Generationen nur 4% der 65- bis 80-jährigen Frauen sowie 5% der 65- bis 80-jährigen Männer, keine Freundschaftsbeziehungen zu pflegen (Bundesamt für Statistik 2019). Im hohen Alter kann es allerdings geschehen, dass Freunde – weil oft Gleichaltrige – wegsterben. Der Vergleich von zu Hause lebenden 80-jährigen

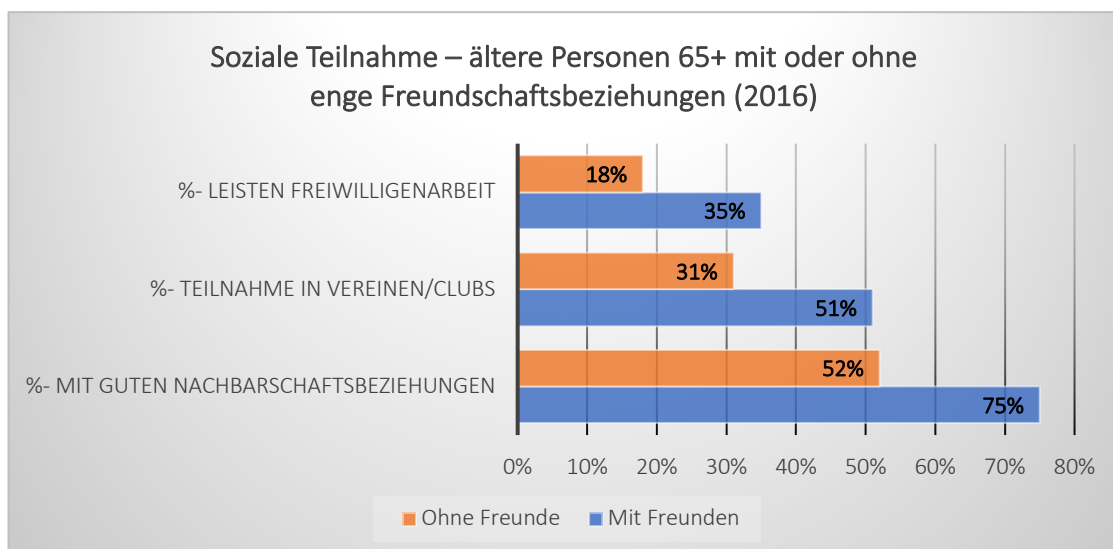
und älteren Befragten mit 80-jährigen befragten Heimbewohnern lässt erkennen, dass Heimbewohner häufiger anführen, keine Freunde (mehr) zu besitzen.

Im Zeitvergleich 1979 bis 2016 wird deutlich, dass sich das Freundschaftsnetz älterer Menschen ausgeweitet hat. Auch der Anteil über 80-jähriger Menschen mit zwei oder mehr engen Freunden hat sich erhöht, wogegen sich der Anteil älterer Menschen ohne enge Freunde verringert hat (Höpflinger 2019). Dieser Wandel kann einerseits die Folge einer erhöhten Lebenserwartung sein, wodurch gleichaltrige Freunde länger überleben. Andererseits widerspiegeln die Daten einen Trend neuer Generationen älterer Menschen, länger aktiv und sozial engagiert zu verbleiben. Freundschaftsbeziehungen sind besonders geeignet, Wünsche nach Nähe und Unterstützung mit Individualisierungsvorstellungen zu vereinen. Freundschaftsbeziehungen sind zudem weniger als familiäre Beziehungen durch Verpflichtungsnormen charakterisiert und entsprechend freier gestaltbar.

Freundschaftsbeziehungen im Alter konzentrieren sich stark – wenn auch nicht ausschliesslich – auf Personen des gleichen Geschlechts. Mit steigendem Lebensalter erhöht sich der Anteil von Personen, die keine generationenübergreifenden Freundschaftsbeziehungen erwähnen. 2016 erwähnten nur wenige der 65-jährigen und älteren Personen einen besten Freund bzw. eine beste Freundin, der bzw. die wesentlich jünger war. Auch soziale Homogenität ist bei Freundschaftsbeziehungen häufig. 2016 wiesen bei älteren Befragten mit tertiärer Ausbildung auch der beste Freund bzw. die beste Freundin zu 64% ebenfalls eine tertiäre Ausbildung auf. Bei bildungsfernen älteren Menschen war dies nur bei 10% der besten Freundin, des besten Freundes der Fall (Höpflinger 2019).

Mehrheitlich werden regelmässige Kontakte zu engen Freunden erwähnt, wobei Frauen eine höhere Kontakthäufigkeit anführen als Männer. Frauenfreundschaften scheinen intensiver zu sein als Männerfreundschaften. Ebenso wie Frauen oft familial-verwandtschaftlich stärker engagiert sind als Männer, so sind Frauen vielfach auch bezüglich nichtfamiliärer Beziehungen (Nachbarschaften, Freundschaften) oft intensiver involviert.

Freundschaftsbeziehungen im Alter sind ein wichtiges Element sozialer Integration und Teilnahme: Personen, die zumindest eine enge Freundschaftsbeziehung anführen, haben häufiger gute Nachbarschaftskontakte und engagieren sich häufiger in Vereinen oder bei Freiwilligenaktivitäten als Gleichaltrige ohne Freunde. Die Kausalität zwischen Freundschaftsbeziehungen und sozialer Integration kann allerdings wechselseitiger Art sein: Wer im Alter enge Freundschaften pflegt, engagiert sich oft auch in anderen Bereichen, in der Nachbarschaft oder in Vereinen. Umgekehrt erleichtert das Vorhandensein von Freunden und Freundinnen eine soziale Teilnahme, da gemeinsam ausgegangen werden kann, und wer enge Freunde hat, nimmt auch im höheren Lebensalter eher an öffentlichen Anlässen teil. Freunde bzw. Freundinnen sind im Alter nicht nur als Vertrauenspersonen wichtig, sondern vielfach auch als Begleitpersonen für ausserhäusliche Aktivitäten.



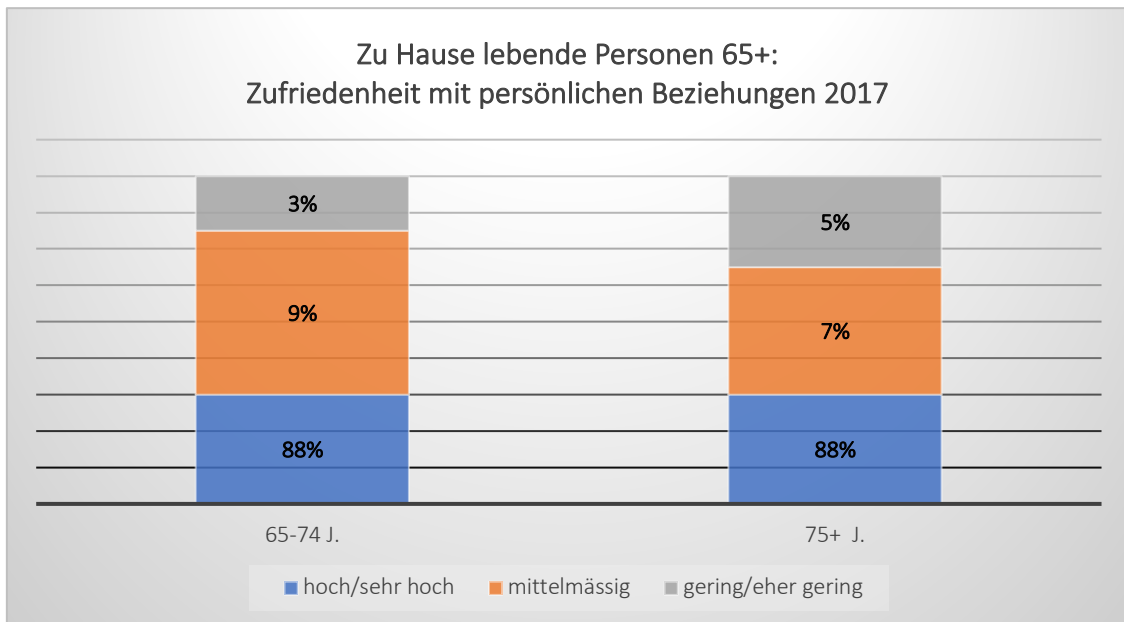
Quelle: Schweiz. Haushaltspanel 2016 (gewichtete Daten, eigene Auswertungen, vgl. Höpflinger 2019)

6.4 Gesamtbild – Mehrheit sozial gut integriert, Minderheit isoliert und einsam

Werden familiäre und ausserfamiliäre Sozialbeziehungen älterer Menschen insgesamt betrachtet, ergibt sich folgendes Bild: Insgesamt weist nur eine Minderheit der zu Hause lebenden älteren und alten Menschen keine oder nur schwache Sozialbeziehungen auf. Nur eine relativ geringe Minderheit älterer und alter Menschen kann sozial als eindeutig isoliert eingestuft werden. Häufiger ist eine Tendenz zur sozialen Isolation, etwa aufgrund einer Konzentration auf wenige Bezugspersonen oder wegen eines mobilitätsbedingten Rückzugs auf die eigene Wohnung. Zwar steigt der Anteil sozial isolierter Menschen mit steigendem Alter tendenziell an, aber vielfach ist es nicht das Alter an sich, sondern schon früher vorhandene soziale Lücken, welche im hohen Alter zu sozialer Isolation beitragen.

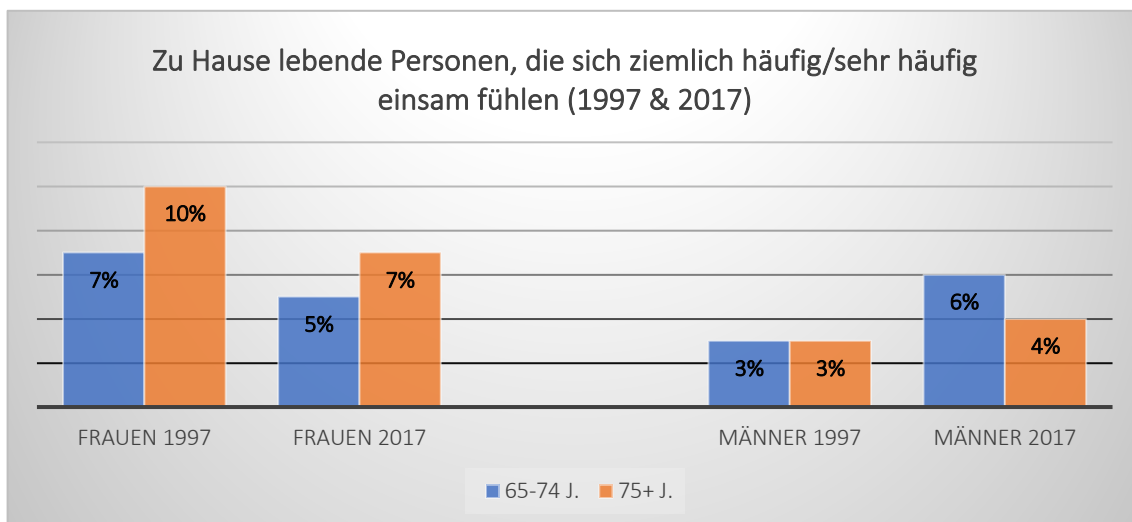
Menschen im Alter sind somit häufig in soziale Netzwerke integriert, dabei handelt es sich jedoch oft entweder um Familienmitglieder oder gleichaltrige Freundschaften. Auch eine Mehrzahl der über 80-jährigen Menschen bleibt familial oder freundschaftlich integriert, allerdings zeigt sich im hohen Lebensalter eine verstärkte Konzentration auf wenig Angehörige oder ausgewählte Freunde. Die gegenwärtig grössten Lücken zeigen sich bezüglich engen Nachbarschaftskontakten sowie ausserfamiliären Generationenbeziehungen.

Eine grosse Mehrheit der zu Hause lebenden älteren Menschen äussert eine hohe Zufriedenheit mit ihren aktuellen persönlichen Beziehungen (wobei im Alter häufig die Qualität der Beziehungen und weniger die Quantität an sozialen Kontakten bewertet wird).



Einstufung der Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen auf einer Skala 0-10 (sehr gering bis sehr hoch: gering/eher gering 0-5 Punkte, mittelmässig 6-7 Punkte, hoch bis sehr hoch 9-10 Punkte. Quelle: Bundesamt für Statistik (SILC-Erhebungen zur Lebensqualität in der Schweiz).

Auf der anderen Seite ist soziale Isolation und Vereinsamung bei nicht wenigen älteren und alten Menschen durchaus eine schmerzhaft Reality. Die im Rahmen der schweizerischen Gesundheitsbefragungen erhobenen Antworten zu Einsamkeitsgefühlen zeigen allerdings einen geringen Anteil an sich ziemlich oder sehr häufig einsam fühlenden älteren Menschen. Der Zeitvergleich 1997 bis 2017 der geäußerten Einsamkeitsgefühle älterer Menschen zeigt zudem keine Zunahme von Vereinsamung im Alter. Die Werte sind konstant oder leicht rückläufig.



Quelle: BFS, Schweiz. Gesundheitsbefragungen 1997 & 2017.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sozial isolierte oder zurückgezogene lebende ältere Frauen und Männer sich überdurchschnittlich häufig nicht an Befragungen beteiligen (und deshalb sind die angeführten Werte wahrscheinlich eher zu tief). Zu beachten ist zusätzlich, dass das Gefühl von Einsamkeit und soziale Isolation – definiert als Fehlen guter sozialer Beziehungen – nicht deckungsgleich sind. Einerseits fühlen sich nicht alle sozial isolierten alten Menschen einsam. Andererseits ist Einsamkeit auch in einer Ehe oder einer lebhaften Nachbarschaft möglich. Speziell im hohen Lebensalter kann das Wegfallen gleichaltriger Personen zu einer Art existenzieller

Einsamkeitsgefühlen beitragen: Man lebt in einer Gesellschaft, einer Nachbarschaft, die von deutlich jüngeren Menschen dominiert wird, und alle gleichaltrigen Personen, mit denen man bestimmte gemeinsame Kindheits- und Jugenderinnerungen teilt, sind verstorben.

Eine andere Erhebung – mit leicht anderer Frageform – bestätigt, dass sich eher wenige ältere und alte Menschen häufig sozial isoliert einstufen. Häufiger im Alter ist das Gefühl einer zeitweisen sozialen Isolierung (Antwort: hie und da Gefühle sozialer Isolation). Zeitweise Gefühle sozialer Isolierung zeigen sich am häufigsten bei 80-jährigen und älteren Menschen, bei bildungsfernen und ärmeren Pensionierten sowie bei zugewanderten Personen (Merçay 2017). Es ist – mit Ausnahme eines sehr hohen Lebensalters – weniger das Alter an sich, das mit sozialer Isolation und Vereinsamung assoziiert ist, sondern eher sozioökonomische und sensorische Einschränkungen (Armut, wenig kulturelles Kapital, deutliche Hör- und Seheinschränkungen).

Gefühle sozialer Isolation bei zu Hause lebenden Personen 65+ (2017)

	Nie/fast nie	Hie und da	häufig
Total	84%	13%	2%
Geschlecht:			
Männer	88%	10%	2%
Frauen	82%	15%	3%
Alter:			
65 - 69 J.	86%	13%	2%
70 - 74 J.	90%	8%	1%
75 - 79 J.	84%	12%	3%
80+ J.	77%	19%	4%
Bildungsniveau:			
- nur obligatorische Schule	77%	18%	2%
- Sekundarstufe II	87%	11%	1%
- Tertiärstufe	85%	12%	1%
Einkommen:			
- höher als Armutsgrenze	87%	11%	2%
- tiefer als Armutsgrenze	77%	18%	4%
Geburtsland:			
- Schweiz	86%	11%	3%
- Ausland	79%	18%	2%

Rest auf 100%: keine Antwort
Merçay 2017: Tab, 6.140

7 Hin zu einer kompetenzorientierten Alterspolitik – Förderung von Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe

Individualismus wird zwar immer noch hoch geschätzt und Selbstbestimmung im Alter gehört zu den zentralen Wünschen der allermeisten Frauen und Männer. In den letzten zwei Jahrzehnten haben jedoch neue Formen des zivilgesellschaftlichen Engagements an Bedeutung gewonnen, und zwar bei jungen wie älteren Menschen gleichermaßen. Genossenschaftliche Projekte, Nachbarschaftshilfe, Freundschaftsbeziehungen ebenso wie Share-Economy, Teamarbeit, vernetztes Denken und Handeln sowie familiäre Beziehungen erfuhren eine Neu-Aufwertung. Dies trägt zu einer Stärkung vielfältiger zivilgesellschaftlicher Engagements bei, allerdings gekoppelt mit Wunsch nach Selbstbestimmung. Freiwilligenarbeit wird weiterhin geleistet, aber häufiger als früher nur, wenn dabei Selbstbestimmung, eigene Erfahrungen und Professionalität mitberücksichtigt werden. Eine zentrale Konsequenz neuer Formen moderner Sozialität besteht darin, dass soziales Engagement fachlich und infrastrukturell stärker zu begleiten und zu unterstützen ist, als dies früher der Fall war, etwa via organisierten Nachbarschaftsprojekten oder intergenerationellen und interkulturellen Pilotprojekten. Dies ist speziell in grösseren Städten oder Neubausiedlungen wichtig.

Neben einer Alterspolitik zugunsten hilfe- und pflegebedürftiger und sozial benachteiligter alter Menschen gewinnt in modernen Gemeinden und speziell in Städten deshalb eine kompetenzorientierte Alterspolitik eine verstärkte Bedeutung. Dies weil die demografische Alterung ohne Nutzung der Erfahrungen, Kompetenzen und Ressourcen gesunder pensionierter Frauen und Männer nicht zu bewältigen ist. Eine kompetenzorientierte kommunale Alterspolitik fördert, vernetzt und anerkennt soziales Engagement älterer Generationen. Sie unterstützt entsprechende zivilgesellschaftliche Projekte, sei es im Sinne von „Senioren helfen Senioren“ (gesunde ältere Frauen und Männer unterstützen fragile alte Menschen); sei es auch im Sinne von generationenübergreifenden Aktivitäten (z.B. Pensionierte als Mentoren für junge Menschen).⁵

Eine kompetenzorientierte Altersstrategie kann ähnlich aufgebaut werden wie eine gute Kulturförderung: Es geht weniger um Aufbau und Finanzierung eigener Strukturen als um eine gemässigte finanzielle und infrastrukturelle Unterstützung, Vernetzung und Anerkennung entsprechender privater Projekte (in Zusammenarbeit mit Pro Senectute, Seniorenverbänden und privaten Projektgruppen). Finanziell geht es primär um (subsidiäre) Anschubfinanzierung sowie um Bereitstellung von Räumen und Treffpunkten. Bedeutsam kann auch eine fachliche Begleitung und Koordination von Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe sein. Zu einer kompetenzorientierten Altersstrategie gehört idealerweise auch der gezielte Einbezug älterer Menschen selbst, etwa im Rahmen von Zukunftskonferenzen oder kommunalen Seniorenräten (Stichwort: Partizipative Alterspolitik: nicht allein für ältere Menschen, sondern mit älteren Menschen zusammen).

7.1 Freiwilligenarbeit – Trends und neue Herausforderungen

Während gemäss Schweiz. Arbeitskräfte-Erhebung zwischen 1997 und 2016 der Anteil der freiwillig tätigen Personen jüngeren Alters (25- bis 54-jährig) eher rückläufig war, ist der Anteil der freiwillig engagierten „jungen Alten“ (65- bis 74-jährig) konstant geblieben (52–53% dieser Gruppe sind freiwillig tätig), und bei den über 75-jährigen Personen hat sich der Anteil der freiwillig engagierten Männer und Frauen leicht erhöht (von 26% auf 30%). Frauen und Männer, die sich nach ihrer Pensionierung in irgendeiner Weise freiwillig engagieren, weisen eine höhere Lebenszufriedenheit und eine bessere soziale Einbettung auf als nicht engagierte gleichaltrige

⁵ Ein gutes Beispiel ist das Netzwerk Munterwegs (www.munterwegs.eu). Kompetenzorientierte Leistungen übernehmen beispielsweise aber auch die im Innovage-Netzwerk engagierten pensionierten Frauen und Männer (www.innovage.ch)

Menschen.⁶ Die neuen Generationen älterer Menschen – oft gut ausgebildet und professionell geschult – haben allerdings andere Ansprüche an freiwillige Tätigkeiten als frühere Generationen (Samochowiec et al. 2018): Sie wünschen sich oft anspruchsvolle Tätigkeiten, in denen sie ihre bisherigen (beruflichen) Erfahrungen einbringen können, und sie möchten nicht einfach fremdbestimmte Hilfsarbeiten leisten. Sie wollen häufiger als früher eigenbestimmte Aktivitäten organisieren und nicht einfach vorgegebene Tätigkeiten ausführen (was zu einer Zunahme an selbstorganisierten Seniorengruppen beiträgt). Häufiger als früher wollen sich pensionierte Menschen zwar engagieren, sich aber nicht auf unbestimmte Zeit für unbestimmte Funktionen verpflichten. Wenn ein Verein beispielsweise eine neue Präsidentin oder einen neuen Präsidenten sucht und nicht klar wird, was diese Funktion zeitlich beinhaltet und sie zudem ihre Nachfolge selbst zu organisieren hat, wirkt dies heute abschreckend.

Die angeführten Entwicklungen bedeuten, dass manche Frauen und Männer durchaus für freiwilliges Engagement bereit sind, wenn sie genau wissen, was es zeitlich beinhaltet und welche Entwicklungsmöglichkeiten (inklusive Chancen zum Lernen) dabei bestehen. Gleichzeitig sind die heutigen Möglichkeiten an Freiwilligentätigkeiten enorm. Nicht selten fühlen sich frisch pensionierte Menschen von der Vielfalt an Angeboten überfordert. Dies gilt vor allem für Frauen und Männer, die aus beruflichen oder familialen Gründen kaum Kontakte zu Sport-, Freizeit-, Kultur- und Sozialvereinen pflegten. Die Wahl eines geeigneten Freiwilligenengagements nach der Pensionierung sind fast ebenso anspruchsvoll wie eine Berufswahl. Bewährt haben sich deshalb Informations- und Anlaufstellen der Freiwilligen-Plattform Benevol (www.benevol.ch, www.benevol-jobs.ch), die digital, aber auch via persönliche Beratung geeignete Freiwilligentätigkeiten vermitteln.

Zeitvorsorgesysteme (Zeitgutschriften, KISS) – als neue Form von Freiwilligenarbeit

Eine moderne Form der Freiwilligenarbeit – die ein vermehrtes Interesse erhält – sind Zeitvorsorgesysteme: Frauen und Männer, die in gesunden Lebensjahren hilfebedürftige Menschen unterstützen, erhalten dafür Zeitgutschriften, die sie später bei Bedarf selbst gegen Hilfeleistungen eintauschen können.⁷ Zeitvorsorgesysteme sind nicht unbestritten, da sie eine gute administrative Organisation benötigen und längerfristig eine öffentliche Risikoabdeckung voraussetzen.

Zeitvorsorgesysteme weisen im Unterschied zu traditionellen Formen organisierter Freiwilligenhilfe drei nicht unwesentliche Vorteile auf:

Erstens begegnen sich hilfeleistende und hilfebedürftige Menschen sozusagen auf gleicher Augenhöhe. Hilfe anzunehmen ist einfacher, wenn man weiss, dass die hilfegebende Person eine Gegenleistung (Zeitvorsorge) erhält. Vor allem alte Menschen, die früher selber Hilfe leisteten und die Selbstständigkeit hoch gewichten, fühlen sich weniger als abhängige Hilfebedürftige, wenn Hilfe durch eine Gegenleistung aufgewogen wird. Im Alter auf Hilfe angewiesen zu sein, wird erleichtert, wenn angesammelte Zeitgutschriften beweisen, dass man früher selber Hilfe geleistet hat.

Zweitens entspricht ein Zeitvorsorgesystem vermehrt modernen Vorstellungen eines freiwilligen Engagements. Nicht nur werden Hilfeleistungen anerkannt (durch das Recht, später selber Hilfe zu erhalten), sondern via Zeitvorsorge können Frauen und Männer genauer festlegen und definieren, wie viele Stunden sie investieren möchten. Viele Menschen von heute sind bereit, sich

⁶ Detaillierte Informationen zu Formen und Motiven informeller und organisierter Freiwilligenarbeit vermittelt der *Freiwilligen-Monitor der Schweiz. Gemeinnützigen Gesellschaft*, vgl. Freitag et al. 2016.

⁷ Das bekannteste Beispiel ist das Zeitvorsorgesystem der Stadt St. Gallen. Zu Erfahrungen und Evaluation vgl. Amt für Gesellschaftsfragen der Stadt St. Gallen 2017. Zum KISS-Konzept und KISS-Projekte vgl. www.kiss-zeit.ch.

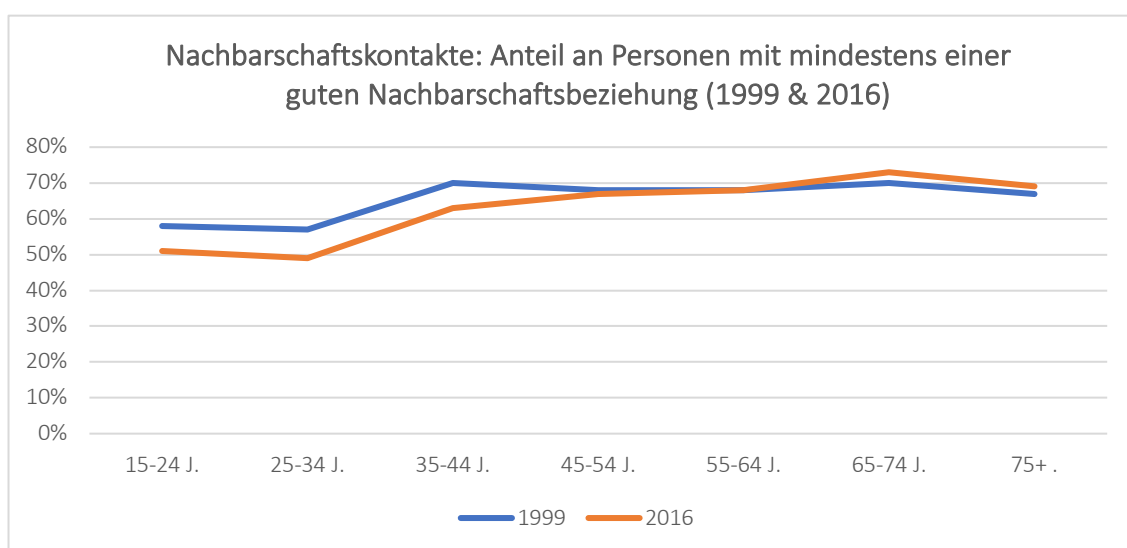
sozial zu engagieren, aber sie möchten selbstständig über ihr Zeitbudget bestimmen. Ein gut organisiertes Zeitvorsorgesystem erlaubt ein flexibles und zeitlich berechenbares soziales Engagement.

Drittens leiden viele der üblichen Hilfenetze daran, dass unklar bleibt, ob die organisierten Hilfeleistungen tatsächlich einem Bedarf entsprechen. Mit dem Zeitvorsorgesystem werden Zahl und Dauer der Hilfeleistungen (wie auch ein Ungleichgewicht zwischen Hilfebedarf und Angebot an Hilfe) sichtbar. So wird schnell deutlich, ob zu wenige oder zu viele Hilfeleistende vorliegen. Ein Zeitvorsorgesystem erlaubt es, gezielt auf Lücken oder Probleme zu reagieren. Ebenso wird im Zeitverlauf deutlich, wie sich das Hilfenetz konkret entwickelt und welche Personengruppen mobilisiert werden (und welche Personengruppen noch mobilisiert werden sollten).

7.2 Nachbarschaftsbeziehungen und Nachbarschaftshilfe

In den letzten Jahren haben Nachbarschaftsbeziehungen – und namentlich Nachbarschaftshilfe – eine verstärkte Aufmerksamkeit erhalten, auch im Rahmen sozial-räumlicher Konzepte, die davon ausgehen, dass gerade im höheren Lebensalter eine gute lokale Einbettung das Wohlbefinden von Frauen und Männern erhöht. Ein funktionierendes Nachbarschaftsnetzwerk ist im Alter ein wichtiges Element sozialer Unterstützung (Seifert 2016). Speziell alte Menschen mit funktionellen Alltagseinschränkungen können von nachbarschaftlichen Hilfeleistungen profitieren.

Wird nach den Nachbarschaftskontakten gefragt, zeigt sich die Tendenz, dass über 35-Jährige leicht häufiger gute Nachbarschaftsbeziehungen anführen als unter 35-Jährige. Im Jugendalter und bei jungen Erwachsenen sind Kontakte zu Gleichaltrigen (Peer groups) wichtiger als lokale Kontakte mit älteren Nachbarn. Mit der Familiengründung (Geburt von Kindern) und im höheren Lebensalter (Pensionierung und Verlust an Arbeitskontakten) werden nachbarschaftliche Beziehungen bedeutsamer. Im Zeitverlauf 1999 bis 2016 zeigen sich kaum grosse Veränderungen (ausser dass junge Menschen 2016 etwas weniger häufig gute Nachbarschaftsbeziehungen anführten als 1999). Die Mehrheit der älteren Menschen verfügt zumindest über eine gute Nachbarschaftsbeziehung. Dennoch ist beachtenswert, dass gut 30% keine guten Nachbarschaftskontakte erwähnen.



Quelle: Schweiz. Haushaltspanel-Daten (eigene Auswertungen).

Der Anteil von älteren Befragten (65+), die gute Nachbarschaftsbeziehungen erwähnen, steigt mit dem Bildungsstatus leicht an (auch weil sozial gut gestellte Personen häufiger über genügend

Ressourcen verfügen, um einer schlechten Nachbarschaft durch einen Wohnwechsel zu entgehen). Pensionierte Menschen mit guten Nachbarschaftsbeziehungen sind etwas häufiger in Vereinen und Clubs engagiert und leisten leicht häufiger Freiwilligenarbeit. Die Beziehung kann wechselseitig sein: Man engagiert sich, weil man lokal gute Beziehungen aufweist, und weil man sich lokal engagiert, profitiert man von besseren lokalen Kontakten.

Wird nach der erlebten praktischen und emotionalen Unterstützung durch Nachbarn gefragt, ergeben sich deutlich tiefere Werte, als dies bei familialer oder freundschaftlicher Unterstützung der Fall ist. Emotionale nachbarschaftliche Unterstützung wird höher gewichtet als praktische Unterstützung. Auffallend ist auch, dass Frauen nachbarschaftlich stärker integriert sind als Männer. In jedem Fall berichten Frauen häufiger über emotionale und praktische Nachbarschaftsunterstützung als Männer. Dies entspricht dem allgemeinen Muster, dass Frauen – aus verschiedenen Gründen – generell stärkere Netzwerkbeziehungen pflegen als Männer.

Eine funktionierende Nachbarschaftshilfe kann gerade für fragile alte Frauen und Männer bedeutsam sein. Allerdings muss Nachbarschaftshilfe – soll sie über längere Zeit funktionieren – organisiert und betreut werden. Zudem ist Nachbarschaftshilfe in schweren Krisen oder bei Pflegebedürftigkeit primär kurzfristig von Nutzen, wogegen langfristige Pflege die Nachbarschaftshilfe zumeist überfordert (abgesehen davon, dass Nachbarschaftshilfe engen „Intimitätsschranken“ unterworfen ist). Kommunale Nachbarschaftsprojekte müssen deshalb neben den Chancen einer guten Nachbarschaftshilfe auch deren Grenzen anerkennen (was etwa eine fachliche Begleitung von Nachbarschaftsnetzen und eine klare Arbeitsteilung zwischen Nachbarn und Pflegefachpersonen einschliesst).

Förderung von Nachbarschaftskontakten

Eine Förderung der Nachbarschaftskontakte und der Nachbarschaftshilfe ist je nach sozialer und räumlicher Gestaltung der Wohnumgebung unterschiedlich zu organisieren. Entscheidend sind der Mix von Wohneigentümern und Mietern, die soziokulturelle Zusammensetzung der Wohnbevölkerung sowie die räumlichen Verhältnisse (viel Verkehr, Nähe zum Zentrum, nahegelegene Wälder oder Parks usw.). Die Erfahrungen westschweizerischer Nachbarschaftsprojekte (Quartiers Solidaires der Pro Senectute Waadt (www.quartiers-solidaires.ch), des Berner Projekts „Nachbarschaftshilfe“ (www.nachbarschaft-bern.ch), des Luzerner Projekts Vicino (www.vicino-luzern.ch) sowie der Nachbarschaft Zürich (www.nachbarschaftshilfe.ch) verdeutlichen, dass gute Kenntnisse des Quartiers, ein frühzeitiger Einbezug der interessierten Bevölkerung und vorhandener Vereine (inkl. Kirchen, Parteien, Quartiervereine usw.) unabdingbar sind. Klare Erfolge sind – vor allem bei neuen Siedlungen – zudem oft erst nach einigen Jahren sichtbar.

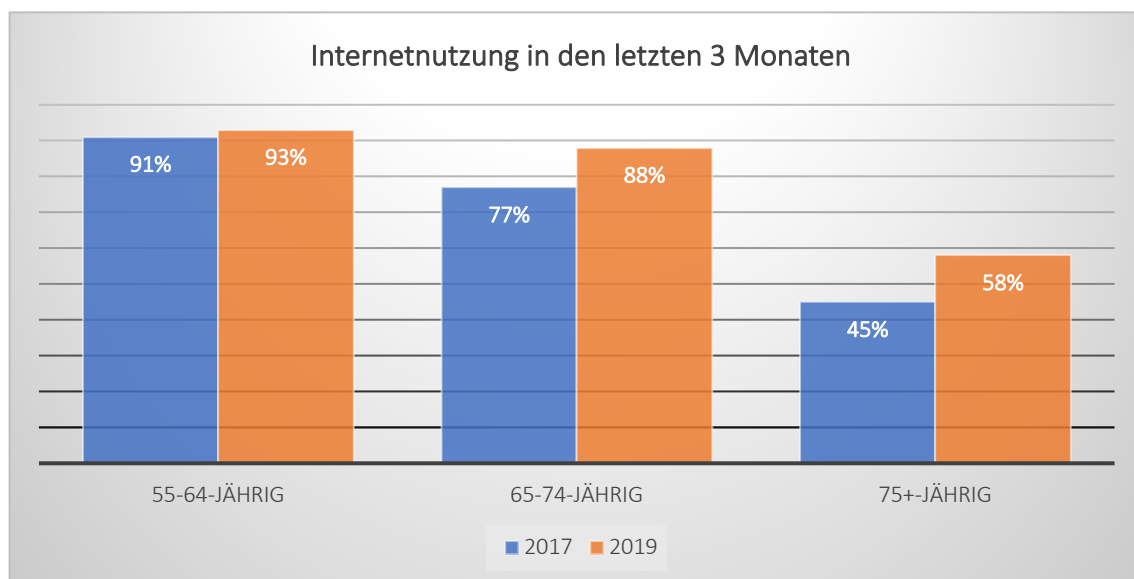
Wichtig bei einer Förderung von Nachbarschaftshilfe ist vorerst eine Stärkung nachbarschaftlicher Kontakte. Ein gutes Nebeneinander ist zentrale Voraussetzung für ein (späteres) gutes Miteinander. Kontakte können durch regelmässige Siedlungs- und Quartierfeste, gezieltes Ansprechen neu zugezogener Personen sowie durch Gemeinschaftsräume und gemeinsam nutzbare Grünzonen verstärkt werden. Fachlich begleitete Quartierbegehungen können mithelfen, Stärken und Schwächen der Wohnumgebung zu erkennen und anzusprechen.⁸ Je nach Situation können generationenübergreifende Unterstützungsnetzwerke oder generationengetrennte Netzwerke (etwa ein Netzwerk für Familien mit jungen Kindern und ein Netzwerk im Sinne von Senioren helfen Senioren) sinnvoll sein. Ein fachlicher Austausch von im Quartier tätigen Fachleuten und Verwaltungsstellen kann ebenfalls von Nutzen sein, etwa durch ein jährliches Treffen aller mit Altersfragen konfrontierter Fachpersonen eines Quartiers.

⁸ Zum Konzept fachlich begleiteter Quartierbegehungen, vgl. www.programmsocius.ch.

8 Altern in einer digitalen Welt

Der technologische Wandel – von digitalen Kommunikationsformen, biomedizinischen Sensoren bis zu haushaltstechnologischen Verbesserungen – beeinflusst auch das Leben älterer und alter Menschen. Technische Geräte können Kraftverluste kompensieren und der Einsatz moderner Assistenzsysteme kann selbstständiges Wohnen bei altersbezogenen Einschränkungen erleichtern und Wohnsicherheit erhöhen (Künemund, Fachinger 2018, Samochowiec et al. 2015). Digitale Kommunikationsformen erlauben es, wenig mobilen alten Menschen regelmässige Kontakte mit entfernt lebenden Bezugspersonen zu pflegen. Bei gutem Design und leichter Bedienbarkeit kann moderne Technologie durchaus altersfreundlich sein, da sich damit auch bei eingeschränkter funktionaler Gesundheit neue Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten ergeben. Bei Demenz können sich multimediale Kommunikationstechnologien ebenfalls positiv auswirken, etwa für Biografie- und Erinnerungsarbeit mit demenzerkrankten Menschen (Bejan et al. 2018).

Die Technikakzeptanz bei älteren Menschen ist ansteigend, weil mehr Menschen pensioniert werden, die schon längere Erfahrungen mit neuen Technologien gemacht haben. So hat sich die Internet-Nutzung bei älteren Menschen vielfach durchgesetzt. Gegenwärtig die höchste Akzeptanz bei älteren Menschen haben technische Hilfsmittel, welche auf gefährliche Situationen hinweisen, vor diesen schützen oder in Notfällen für Hilfe sorgen (Knöpfel et al. 2018: 197).



Quelle: Bundesamt für Statistik 2019.

Auch die Age-Wohnerhebung 2018 (Höpflinger et al. 2019) bestätigt, dass bis zum Alter 79 eine Mehrheit über Internet-Anschluss verfügt, auch wenn davon nicht alle das Internet regelmässig nutzen. Im hohen Lebensalter (80+) ist der Anteil an Internetnutzern geringer, wenn auch ansteigend. Verantwortlich für eine reduzierte Internet-Nutzung im hohen Alter sind einerseits altersbezogene Einschränkungen (wie Seheinschränkungen). Andererseits handelt es sich bei alten Menschen um Generationen von Frauen und Männern, die erst spät mit der Digitalisierung in Berührung kamen. Dabei ist auch im Alter der Bildungshintergrund bedeutsam, und Personen mit tertiärem Bildungshintergrund nutzen das Internet deutlich häufiger als bildungsferne Gleichaltrige. Daneben ist auch die generelle Technikaffinität bedeutsam, ob und wie das Internet genutzt wird (Seifert, Schelling 2018).

Altern in einer technisierten Umwelt ist in jedem Fall sowohl anregend als auch anspruchsvoll, und der Nutzen vieler technischer Innovationen im Alter wird erst bei guter sozialer Begleitung

und Unterstützung realisiert. Für einen positiven Einsatz neuer Technologien im Alter ist vielfach das soziale Netz entscheidend. Häufig führt erst ein Zusammenspiel von Technologie und sozialer Unterstützung zu einer optimalen Nutzung einer neuen Technologie im Alter.⁹ So erweist sich beispielsweise eine Kombination von Internet-Einkäufen und Transportdiensten oft als optimale Lösung, da sich ältere Menschen übers Internet informieren können, ohne auf den Besuch eines Einkaufsladens verzichten zu müssen. Intensive elektronische und telefonische Kontakte alter Menschen mit Angehörigen oder Freunden werden vor allem positiv erlebt, wenn sich immer wieder persönliche Kontakte ergeben. Ebenso erhöht sich die Motivation, im höheren Lebensalter neue digitale Kommunikationsmittel zu verwenden, wenn damit die Beziehungen zu erwachsenen Kindern, Enkelkindern oder Freunden gestärkt werden können. Daneben variiert die Ausstattung mit modernsten Technologien und Haushaltsgeräten auch im Alter je nach Einkommen und Bildungshintergrund.

Der Umgang mit modernen Techniken kann deshalb zu neuen Formen sozialer Ungleichheiten in den Handlungsspielräumen älterer Menschen führen: Auf der einen Seite erleben wir mehr Menschen, die auch in späteren Lebensjahren alle verfügbaren technischen Möglichkeiten optimal zur Gestaltung ihrer Wohnumwelt, zur Erweiterung ihrer Handlungsspielräume oder für neue Beziehungsmöglichkeiten nutzen (und damit altersbezogene Einschränkungen kompensieren). Auf der anderen Seite sind wir mit einer beträchtlichen Minderheit älterer Menschen konfrontiert, die aus wirtschaftlichen Gründen, aufgrund kognitiv-sensorischer Einschränkungen oder einfach wegen Technikresistenz auf moderne Mittel verzichten (müssen) und für welche die zunehmende Technisierung der Welt zum unüberwindbaren Hindernis bei der Bewältigung des Alltags wird.

Vereinfacht dargestellt zeigen sich bei altersbezogenen Techniken drei Ansätze: a) Designlösungen zur leichten Handhabung von Alltagsgeräten oder Werkzeugen, etwa bei erschwerten Greifbewegungen; b) High-Tech-Produkte für Hör- und Sehbehinderungen oder zur Kompensation von Mobilitätseinschränkungen) und c) eine systematische technische Optimierung des ganzen Körpers (Biosensorik) oder ganzer Wohnungen („Smart Homes“). Allerdings zeigt sich gerade bei alters- und haushaltsbezogenen technischen Hilfsmitteln ein Trend, dass die Kundennachfrage nach technischen Hilfsmitteln bzw. Systemen für das Alter den neu entwickelten Angeboten hinterherhinkt. Weil sich Technologien rascher verändern als Menschen, ergibt sich sozusagen ein technologisches Überangebot (Frick, Tenger 2015). Auch fehlende Standards und mangelhafte Bedienungsfreundlichkeit sind mitverantwortlich für eine noch geringe Marktdurchdringung vieler technischer Produkte. Hindernisse sind auch die Kosten und es bleibt eine Herausforderung, kostengünstige Mittel anzubieten, die den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung angemessen sind. Am ehesten verwendet werden gegenwärtig neben digitalen Kommunikationsmitteln (Handy, Internet) und Hörgeräten sanitärtechnische Hilfsmittel (Sitzduschen, Haltegriffe) sowie Notrufsysteme (2018 bei gut 12% der zu Hause lebenden Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr vorhanden (Höpflinger et al. 2019)).¹⁰ Die Einrichtung und Nutzung eines spezifischen Notrufsystems zu Hause wird primär beim Auftreten funktionaler Alltagseinschränkungen häufiger in Betracht gezogen.

Zu kontroversen Diskussionen Anlass gibt der Einsatz von Assistenz- und Pflegerobotern zur Unterstützung von Pflege und Betreuung sowie zur Erhaltung der Autonomie von Menschen mit Unterstützungsbedarf. Bei den aktuell eingesetzten Robotern handelt es sich um mehr oder weniger autonome Assistenzsysteme in den Bereichen Sicherheit, Kommunikation und Tagesstruktur (Unterhaltung und Beschäftigung). Intelligente und vollautonome (Pflege)- Roboter hingegen

⁹ Ein interessanter Ansatz von digitalen Apps zur Unterstützung sozialer Beziehungen ist das Projekt ‚Bonjour‘ (www.bonjour.help).

¹⁰ Ein Beispiel ist etwa der Smart-Sensor-„Caru“ www.caruhome.com (erhielt 2019 in Langenthal einen Design Preis).

sind erst in Entwicklung, und Modelle, die komplexere Alltags- und Pflegehandlungen ausüben, werden momentan primär in Laborsituationen getestet. Bedeutsam bei der Entwicklung alltagsrelevanter Pflegerobotik ist eine enge Kooperation mit Pflegefachpersonen. Programmierer wiederum sollten für Alters- und Pflegefragen sensibilisiert werden. „Roboter sollten in konkreten Projekten getestet werden; diese Aktionen sowie deren Ergebnisse sollten auf Plattformen zugänglich gemacht werden. Auch Sensibilisierungskonferenzen sollten organisiert werden. Wenn die Gesellschaft transparente Informationen zu den effektiven Fähigkeiten dieser Maschinen hat, kann sie besser beurteilen, ob Roboter eine Option für einen sozial derart komplexen Bereich sind“ (TA-Swiss 2019: 11).

Die Frage, ob der Einsatz technischer Hilfsmittel oder ganzer Assistenzsysteme ein längeres Verbleiben zu Hause und einen späteren Eintritt in eine Pflegeeinrichtung erlaubt, kann gegenwärtig noch nicht positiv beantwortet werden. Technische Hilfsmittel haben zwar eine günstige Wirkung auf Lebensqualität, soziale Kontakte und selbstständiges Haushalten im Alter. Ein klarer Effekt auf eine Verzögerung eines Heimeintritts lässt sich hingegen (noch) nicht feststellen, auch weil die Gründe für einen Heimeintritt vielfach multidimensional sind, wodurch eine einzige Technologie nicht ausschlaggebend dafür sein kann, dass eine Person länger zu Hause bleiben kann (Seyler 2016).

Im Zusammenhang mit der digitalen Entwicklung sind alterspolitisch vor allem drei Punkte wichtig:

- a) Ältere und alte Menschen sollten über neue technologische Möglichkeiten informiert werden; zum Beispiel über digital vernetzte Musterwohnungen, die besucht werden können, oder über Innovations- und Technik-Infos (junge Menschen informieren ältere Menschen über neue Trends).¹¹ Auch eine gezielte altersbezogene Technikberatung – beispielsweise durch ehrenamtliche Medien- und Technik-Lotsen – ist eine mögliche Strategie (vgl. dazu www.innovativ-altern.de).
- b) Im Alter sollte niemand „digital“ ausgeschlossen werden. Webseiten sollten auch für sehbehinderte Menschen zugänglich sein, oder alte Menschen ohne Internet sollten sich via „Compuerias“ in Quartieren telefonisch oder persönlich informieren können.
- c) Fach- und Pflegepersonen aus Altersarbeit und Pflege sollten über Chancen und Risiken neuester pflegeorientierter Technologien informiert sein. Nützlich ist diesbezüglich etwa die Technologie-Plattform des Heimverbandes www.curasolutions.ch.

¹¹ In Luzern steht mit dem Ihome-Lab ein solcher Versuchsraum für Besucher offen (www.ihomelab.ch), in St. Gallen führt die Fachhochschule ein „Living Lab 65+, wo ältere Menschen entsprechende Innovationen testen können (vgl. www.fhsg.ch/alter).

9 Hilfe, Unterstützung und Pflege im Alter – Trends und Entwicklungsoptionen

9.1 Pflege im Alter – soziodemografische Entwicklungen im Überblick

Demografische Szenarien illustrieren, dass die Aufwendungen für Pflegeleistungen im Alter ansteigen werden (Eidgenössisches Finanzdepartement 2016, Eling, Elvedi 2019). Allerdings wird der Anstieg von Pflegefällen und Pflegekosten auch von der Entwicklung der behinderungsfreien Lebensjahre bestimmt. Wenn Menschen nicht nur lange leben, sondern auch länger behinderungsfrei verbleiben – etwa durch eine gezielte kommunale Gesundheitsförderung –, fällt der Kostenanstieg geringer aus. Tatsächlich hat sich die funktionale Gesundheit älterer Frauen und Männer in den letzten Jahrzehnten insgesamt verbessert (Höpflinger et al. 2011, Höpflinger 2019). Bis zum Alter 80 sind weniger als 10% alltagsbezogen pflegebedürftig (im Sinne, dass sie alltägliche Dinge – wie aufstehen, sich ankleiden, waschen usw. – nicht oder nur mit grosser Mühe selbstständig erledigen können). Bei den 80- bis 84-Jährigen sind weniger als ein Siebtel auf Alltagshilfen angewiesen. Bei den 85- bis 89-Jährigen ist es jedoch schon gut ein Viertel, und 90-jährige und ältere Frauen und Männer sind zu mehr als die Hälfte auf alltagsbezogene Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen. Bei zukünftigen Generationen sehr alter Frauen und Männer dürfte der Anteil pflegebedürftiger Menschen wahrscheinlich geringer sein und auf unter 50% sinken. Dennoch ist und bleibt vor allem das hohe Lebensalter (und die letzte Lebenszeit) eine Phase erhöhter Pflegeabhängigkeit.

Wirtschaftlicher Wohlstand, bessere Ausbildung, geringere körperliche Belastungen im Beruf, ein ausgebautes Alterssicherungssystem sowie medizinische Fortschritte sind für eine verzögerte Pflegebedürftigkeit verantwortlich. Die zukünftige Entwicklung bleibt offen, aber es zeigt sich, dass Vertreter und Vertreterinnen der Babyboom-Generation im Alter zwar nicht unbedingt später von chronischen Krankheiten (wie Bluthochdruck, Glieder- und Gelenkschmerzen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Tumoren, Hörproblemen) betroffen sind, aber dass sie – auch dank sozio-medizinischer Versorgung, kurativen und rehabilitativen Interventionen – mehrheitlich später an starken funktionalen Einschränkungen leiden bzw. später alltagsbezogen pflegebedürftig werden.¹²

Mit steigendem Lebensalter erhöht sich namentlich das Risiko einer demenziellen Erkrankung und den damit verbundenen Gedächtnis-, Sprach-, Bewegungs- und Erkennungsstörungen. Gegenwärtig leiden gut 30% der 80- bis 89-Jährigen und gut 45% der 90-jährigen und älteren Menschen der Schweiz an einer demenziellen Erkrankung (Alzheimer Schweiz 2017). Die altersabhängige Häufigkeit demenzieller Erkrankungen löst Befürchtungen aus, dass die Zahl an demenzerkrankten Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung massiv ansteigen wird und sich damit der demenzbezogene Pflegebedarf stark erhöhen wird. Lineare Fortschreibungen aktueller Raten sind allerdings angesichts neuer Trends problematisch. So zeigen neuere Untersuchungen, dass die altersspezifischen Risiken demenzieller Erkrankungen bei neueren Generationen älterer Menschen sinkende Tendenzen aufweisen (Langa et al. 2017, Skoog et al. 2017). Dafür verantwortlich ist einerseits eine bessere schulisch-berufliche Bildung neuer Generationen, die es erlaubt, kognitive Reserven im Alter zu bilden. Lernprogramme und Gedächtnistraining im Alter können dies verstärken. Andererseits tragen medizinische Fortschritte (bessere Behandlung kardiovaskulärer und hirnorganischer Probleme wie z.B. Schlaganfall) dazu bei, dass demenzielle Erkrankungen nicht oder später eintreten. Bessere Bildung neuer Generationen und medizinische

¹² Was psychische Erkrankungen im Alter betrifft, ist die Datenlage für Szenarien zu schlecht. Soweit ersichtlich, hat sich das psychische Befinden alter Menschen in der Schweiz insgesamt eher verbessert als verschlechtert. Ausnahme sind starke Depressionen („major depressions“), wo sich konstante altersspezifische Inzidenzraten abzeichnen.

Fortschritte werden zumindest in wohlhabenden Ländern das Risiko, im Alter an Demenz zu erkranken, reduzieren. Offen bleibt allerdings, inwieweit ein reduziertes Risiko hirnorganischer Erkrankungen teilweise durch eine verlängerte Überlebenszeit bei Demenz kompensiert wird (Prince et al. 2016). In anderen Worten: Das Risiko im Alter an Demenz zu erkranken, kann in den nächsten Jahren sinken, aber wenn alte Menschen mit Demenz länger überleben, steigt die Zahl an demenzerkrankten alten Menschen trotzdem an (wenn auch weniger stark, als dies in früheren demografischen Projektionen vermutet wurde).¹³

Gesamthaft und zusammenfassend lässt sich Folgendes erwarten (mit bedeutsamen Folgen für Unterstützung- und Pflegeformen der Zukunft):

Wir werden nicht unbedingt eine Abnahme leichter Morbidität im Alter erleben (d.h. Krankheiten, die sich behandeln lassen und die bei guter sozio-medizinischer Versorgung nicht zu funktionalen Einschränkungen führen). Wahrscheinlich ist primär ein späteres Eintreten schwerer Morbidität bzw. starker Pflegebedürftigkeit. Dies gilt für viele körperliche Erkrankungen, wo kurative und operative Interventionen (wie Hüftoperationen, Staroperationen) bis ins höchste Lebensalter erfolgreich sein können. Auch bei manchen – wenn auch nicht allen – Demenzerkrankungen zeichnen sich qualitative Verschiebungen ab: Da zukünftige Rentnergenerationen eine bessere Ausbildung und verstärkte Lernbiografien aufweisen, sind sie häufiger in der Lage, hirnorganisch bedingte kognitive Alltagseinbußen länger zu kompensieren. Dies hat zur Konsequenz, dass die Zahl an leicht bis mittelschwer demenzerkrankten alten Menschen stärker ansteigen wird als die Zahl an stark pflegebedürftigen demenzerkrankten alten Menschen.

Für den sozio-medizinischen Versorgungsauftrag von Gemeinden weisen diese sozio-epidemiologischen Veränderungen primär folgende Konsequenzen auf:

- a) Zahl und Anteil an stark pflegebedürftigen alten Menschen werden weniger stark ansteigen als frühere Pflegeszenarien vermuteten. Menschen werden primär in einem sehr hohen Alter pflegebedürftig, oft gegen Lebensende. Palliative Pflege wird entsprechend auch in Alters- und Pflegezentren wichtiger.
- b) Stärker ansteigen als Zahl stark pflegebedürftiger alter Menschen wird die Zahl alter Menschen, die aufgrund leichter bis mittelschwerer funktionaler Einschränkungen oder aufgrund steigender Fragilität auf Hilfe-, Unterstützungs- und Begleitungsmaßnahmen angewiesen sind; idealerweise im Rahmen betreuter Wohnformen oder via Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn und ambulante Dienste.
- c) Ansteigend ist bei ausgebauter kurativer und operativer Medizin auch die Zahl alter Menschen, die Übergangspflege benötigen (intensive Pflege für eine kürzere Zeit, etwa nach einer Hüftoperation, um danach wieder zu Hause zu leben). Stationäre Übergangspflege wird für Alterszentren wichtiger, was entsprechende Reservekapazitäten (freie Betten) voraussetzt. Gleichzeitig dürften zukünftig auch ambulante Formen der Übergangspflege bedeutsamer werden.

Da genetische Dispositionen biologische Alternsprozesse mitbestimmen, ebenso wie berufliche und private Belastungen, profitieren allerdings nicht alle Frauen und Männer gleichermaßen von

¹³ Allgemein zeigt sich in Ländern mit zunehmenden medizinischen Fortschritten ein sozial- und gesundheitspolitisch zentraler, wenn bisher auch wenig diskutierter Trend: Sinkende Inzidenzraten (geringere Erkrankungsrisiken), aber steigende Prävalenzraten (mehr erkrankte Personen). Konkretes Beispiel: Diabetes B im Alter: Zahl und Anteil erkrankter alter Menschen steigen an, nicht primär, weil Diabetes B im Alter häufiger wurde, sondern vor allem weil Menschen mit Diabetes B heute länger überleben als früher. Herzerkrankungen führten früher rasch zum Tod, wogegen heute herzerkrankte alte Menschen zumeist noch eine längere Lebenserwartung aufweisen (oft in guter Lebensqualität)

einem langen, behinderungsfreien Leben. Auch in der Schweiz existiert eine nicht unbeträchtliche Zahl an vorzeitig erkrankten Menschen (z.B. frühe Demenzerkrankungen, Personen mit multipler Sklerose usw.). Dazu kommt, dass mehr körperlich und/oder geistig behinderte Menschen das AHV-Alter erreichen. Solche Entwicklungen tragen dazu bei, dass Ü-65-Angebote ausgebaut werden müssen (d.h. Pflegewohngruppen für behinderte oder erkrankte Menschen, die vergleichsweise früh intensive Pflege benötigen).

9.2 Zur Häufigkeit funktionaler Alltagseinschränkungen heute

Der Alltag alter Menschen wird vor allem mühsam, wenn gesundheitliche Probleme die Ausübung alltäglicher Aktivitäten erschweren bzw. verunmöglichen. Je mehr die Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind, desto stärker sind alte Menschen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen.

Hinweise auf funktionale Alltagseinschränkungen bei zu Hause lebenden Frauen und Männern vermitteln die Angaben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Die nachfolgende Tabelle zeigt Gehvermögen und Einschränkungen von Alltagsaktivitäten bei 75-jährigen und älteren Frauen und Männern gemäss dieser Erhebung. Dies vermittelt Hinweise auf den Anteil zu Hause lebender alter Menschen, die zumindest potenziell auf alltagsbezogene Unterstützung und Hilfe angewiesen sind.

Funktionale Alltagseinschränkungen bei zu Hause lebenden Frauen und Männern im Alter 75+ (2017)

Zu Hause lebende Personen im Alter 75+	Frauen	Männer
Gehvermögen bzw. Gehfähigkeit im Alter: *		
200 Meter und mehr	86%	91%
Mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter	7%	6%
Nur einige Schritte/überhaupt nicht	7%	3%
Einschränkungen bei grundlegenden Alltagsaktivitäten: **		
Keine Schwierigkeiten	86%	91%
Leichte Schwierigkeiten	9%	5%
Grosse Schwierigkeiten oder Unfähigkeit	5%	4%
Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten: ***		
Keine Schwierigkeiten	48%	66%
Leichte Schwierigkeiten	23%	16%
Grosse Schwierigkeiten oder Unfähigkeit	29%	18%

* Wie weit können Sie alleine, d.h. ohne Hilfe gehen, ohne dass Sie anhalten müssen und ohne dass Sie starke Beschwerden haben?

** Baden oder duschen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen, aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufstehen, essen.

*** Schwere Hausarbeit erledigen, öffentliche Verkehrsmittel benützen, Wäsche waschen, einkaufen, sich um Finanzen kümmern, leichte Hausarbeit erledigen, Essen zubereiten, telefonieren.

Quelle: Bfs, Schweiz. Gesundheitsbefragung 2017 (ab- und aufgerundete Zahlen).

Zwischen 9% (Männer) und 14% (Frauen) sind mit Einschränkungen der Gehfähigkeit konfrontiert, und sofern keine soziale Unterstützung angeboten wird, wird Einkaufen oder Teilnahme an Veranstaltungen eingeschränkt. Ebenso viele alte Menschen erwähnen leichte bis grosse Einschränkungen bei den grundlegenden Alltagsaktivitäten (Baden/Duschen, sich an- und ausziehen, essen usw.). Mehr als 10% der zu Hause lebenden 75-jährigen und älteren Menschen sind hier auf regelmässige Unterstützung angewiesen. Die Zahlen sind nur deshalb nicht höher, weil bei massiven Einschränkungen grundlegender Alltagsaktivitäten oft ein Umzug in eine Alters- und Pflegeeinrichtung notwendig wird.

Am grössten ist allerdings der Hilfe- und Unterstützungsbedarf bezüglich instrumenteller Aktivitäten (schwere Hausarbeit erledigen, Einkaufen, Finanzen usw.). Es ist ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf, der nicht Pflegefachpersonen erfordert, sondern engagierte Angehörige, Nachbarn und Freunde. Es ist bei instrumentellen Aktivitäten, wo Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe den grössten Nutzen für viele alte Menschen erbringen.

Die Age-Wohnerhebung 2018 – die allerdings andere Frageformen umfasste als die Schweizerische Gesundheitsbefragung – verweist darauf, dass im hohen Lebensalter (80+) vor allem Einschränkungen der Gehfähigkeit den Alltag erschweren. So hat nahezu ein Drittel der zu Hause lebenden 80-jährigen und älteren Personen Mühe, Treppen zu steigen (was die Bedeutung einer stufenlos zugänglichen Wohnung im Alter verdeutlicht). Einschränkungen der basalen Alltagsaktivitäten betreffen auch in dieser Erhebung mehr als 10% der Befragten, wobei wiederum zu berücksichtigen ist, dass bei ausgeprägten funktionalen Einschränkungen ein Wechsel in eine Pflegeeinrichtung oft unumgänglich wird. Entsprechend ist der Anteil an alten Menschen mit Geh- und Alltagseinschränkungen bei Heimbewohnern hoch.

Einschränkungen der Alltagsaktivitäten im höheren Lebensalter, Schweiz (2018)

%-Personen, die bei den angeführten Alltagsaktivitäten Mühe aufweisen oder diese Aktivität nicht mehr allein erfüllen können.

	Heimbewohner 80+	Zu Hause lebende Personen 80+
Eine Treppe hoch oder hinunter steigen	31%	70%
Mindestens 200 Meter zu Fuss gehen	19%	54%
Sich ausserhalb Ihres Hauses bewegen	19%	58%
Aufstehen und sich hinlegen	13%	33%
Sich waschen und kämmen	12%	40%
Sich an- und ausziehen	11%	39%
Essen und Nahrungsmittel zerschneiden	10%	17%
Von einem Zimmer in ein anderes gehen	7%	45%

Quelle: Age-Wohnerhebung 2018. Zu Hause lebend Befragte: Schweiz, gewichtete Zahlen, Heimbewohner: nur deutsch- und französischsprachige Schweiz (vgl. Höpflinger et al. 2019)

Zu beachten: einbezogen sind nur befragbare Heimbewohner (und unter Einbezug von Demenzerkrankungen ist der Anteil der hilfe- und pflegebedürftigen Personen deutlich höher als hier ausgewiesen.)

Formen der Unterstützung im Alter

Um im hohen Lebensalter bei verstärkter Fragilität und erhöhtem Hilfe- und Pflegebedarf möglichst lange zu Hause verbleiben zu können, sind vielfach unterschiedliche Unterstützungsformen notwendig (die über die KVG-anrechenbaren medizinisch-pflegerischen Leistungen hinausgehen). Je nach Form der Unterstützung sind je andere Bezugspersonen bzw. Dienstleistungsangebote zentral. Zu unterscheiden ist namentlich zwischen folgenden Unterstützungsleistungen.

a) Hilfe und Unterstützung im Alltag (administrativ, hauswirtschaftlich). Dazu gehören administrative Hilfen (Rechnungen, Steuererklärungen), teilweise durch Angehörige, Freiwillige der Pro Senectute oder Beistandschaften gemäss Erwachsenenschutzrecht. Wichtig sind auch hauswirtschaftliche Dienste (Putzen, Waschen, Mahlzeitendienste u.a.), die durch professionelle Angebote (Spitex, Pro Senectute), durch Angehörige oder Nachbarn angeboten werden können. Im Allgemeinen ist Wohneigentum im Alter mit einer besseren Wohnqualität, einer erhöhten Wohnzufriedenheit und vermehrten Gestaltungsmöglichkeiten verbunden. Gleichzeitig haben Wohneigentümer oft andere Ansprüche an Quartiergestaltung oder Pflege im Alter als Mieter und Mieterinnen (und der Wohneigentumsanteil ist eine wichtige Kenngrösse bei kommunalen alterspolitischen Strategien).

b) Betreuung und Begleitung, etwa beim Einkaufen und bei Arztbesuchen. Dazu gehört auch Förderung sozialer Kontakte (gemeinsames Essen, Jassen oder Begleitung zu Seniorenveranstaltungen). Betreuung und Begleitung sind relativ zeitintensiv und setzen eine gute persönliche Beziehung voraus. Freiwillige und Nachbarn können hier zentral sein, ebenso wie organisierte Gruppen im Sinne von „Senioren helfen Senioren“. Wichtig bei intensiveren Betreuungsleistungen ist allerdings eine gute fachliche Einführung und Beratung der Betreuungspersonen, namentlich wenn es um eine Betreuung demenzerkrankter, suchtgefährdeter oder depressiver alter Menschen geht.

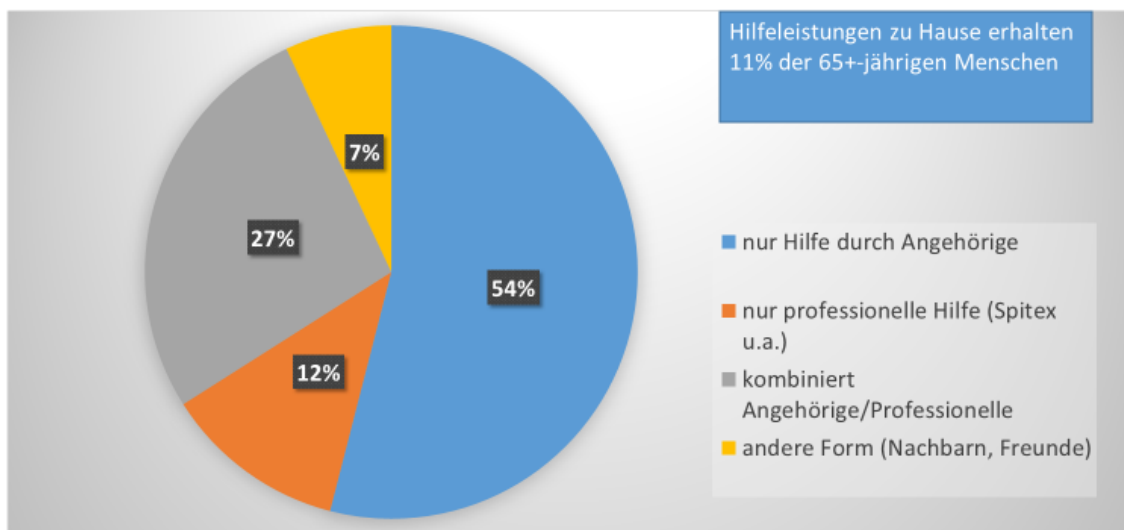
c) Pflege im engeren Sinne einer Grundpflege (Waschen, Duschen u.a.) oder einer sozio-medizinischen Pflege (Behandlungspflege). Solche Pflegeleistungen können – weil intim – zumeist nur von engen familialen Bezugspersonen (Partner/in, Töchter, Söhne) oder von geschulten Pflegefachpersonen (Spitex) geleistet werden. Sofern professionell geleistet, übernehmen die Krankenkassen die entsprechenden Kosten. Allerdings unterliegen die kassenpflichtigen Pflegeleistungen strengen zeitlichen Beschränkungen..

Eine integrierte Unterstützungsstruktur verknüpft idealerweise alle drei Dimensionen (Unterstützung im Alltag, Betreuung und Begleitung (inkl. Stärkung sozialer Kontakte) und Pflege (Behandlungs- und Grundpflege). Ob alle drei Dimensionen zentral von einer Organisation oder dezentral – via Koordination verschiedener Leistungserbringer – erfüllt werden, hängt von den finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen einer Gemeinde ab, ist aber auch von den funktionalen Fähigkeiten und Autonomiewünschen hilfebedürftiger Frauen und Männer abhängig.

9.3 Hilfe- und Unterstützungskonstellationen im Alter

Gegenwärtig erhält bzw. beansprucht eine knappe Mehrheit der zu Hause lebenden hilfebedürftigen Menschen 65+ nur informelle Hilfe durch Angehörige (Ehepartnerin, Ehepartner, Töchter, Söhne). An zweiter Stelle steht eine Kombination informeller und professioneller Hilfe- und Unterstützungsleistungen (z.B. Spitex, Pro Senectute). Eine Kombination informeller und professioneller Unterstützung wird mit steigendem Hilfe- und Pflegebedarf häufiger, vor allem bei alleinlebenden, stark pflegebedürftigen alten Menschen, wo oft nur eine Zusammenarbeit von Spitex und informellem Netz ein Verbleiben in der angestammten privaten Wohnung ermöglicht (Perrig-Chiello, Höpflinger 2012: 104). Freunde und Nachbarn sind zwar zur sozialen Unterstützung und Begleitung wichtig, werden aber bezüglich alltagsbezogener und gesundheitlicher Hilfen vergleichsweise seltener erwähnt.

Hilfekonstellation bei älteren Menschen 65+, die zu Hause Hilfe erhalten (2017)



Quelle: Merçay 2017: 32-34

Auch in der Age-Wohnumfrage 2018 (Höpflinger et al. 2019) erwähnten hilfebedürftige Befragte primär Wohnpartner und Angehörige sowie Spitex-Fachpersonen als hilfeleistende Bezugspersonen, selten jedoch Nachbarn. Alltagsbezogene Hilfe, Unterstützung und Pflege im Alter bewegt sich weitgehend im Spannungsfeld von Angehörigen (soweit vorhanden) und professionellen Angeboten.

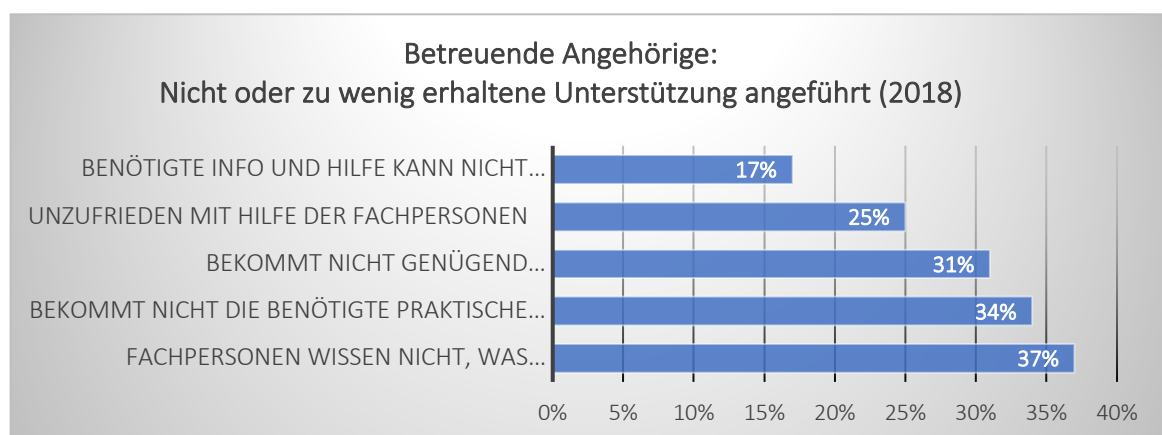
Inhaltlich ergibt sich zwischen informellen und formellen Hilfeleistungen heute oft eine gewisse Aufgabenteilung: Familienmitglieder und ausserfamiliale Netze fokussieren primär auf Aufgaben im Bereich Betreuung, Hauswirtschaft und Administration. Professionelle Fachpersonen und -dienste übernehmen ihrerseits mehr Leistungen der Grund- und Behandlungspflege (Knöpfel et al. 2018: 79). Eine bedarfsgerechte Nutzung formeller hauswirtschaftlicher und/oder pflegerischer Hilfeleistungen wird teilweise durch die Vielfalt an öffentlichen wie privaten Dienstleistungs- und Pflegeangeboten behindert. Unübersichtlichkeit und Koordinationsprobleme werden von alten Menschen und ihren Angehörigen oft angeführt, namentlich wenn zentrale Anlauf- und Beratungsstellen fehlen. So erwähnten 2017 24% der befragten älteren Hilfsbedürftigen ein Koordinationsproblem zum Erhalt professioneller Hilfe (Merçay 2017). Auf der Gegenseite sind Anlauf- und Beratungsstellen zu Alters- und Gesundheitsfragen oft mit dem Problem konfrontiert, dass hilfsbedürftige ältere Menschen oder ihre Angehörige Hilfe und Beratung erst nachfragen, wenn die Problemlage schon dringlich wurde und die Zeit für Lösungen kurz ist.

Auch kritische Ereignisse – wie Sturzverletzungen – treten im Alter gehäuft auf. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 erlebten gut 16% der zu Hause lebenden 65- bis 79-jährigen Personen in den letzten 12 Monaten mindestens einen Sturz und 8% sogar zwei oder mehr Stürze. Bei den zu Hause lebenden 80-jährigen und älteren Personen erlebten gut 21% einen Sturz und 12% zwei oder mehr Stürze. Bei solchen Ereignissen ist der Zeithorizont zur Suche geeigneter Lösungen kurz. Eine Konsequenz später oder auf kritische Ereignisse basierender Hilfesuche ist, dass entsprechende Anlaufstellen für das Alter eine gute – teilweise sogar überkommene – Vernetzung mit lokalen Angeboten und spezialisierten Stellen benötigen (was erfahrungsgemäss regelmässige (persönliche) Kontakte voraussetzt).

Betreuende Angehörige

Eine 2018 durchgeführte umfangreiche Erhebung schätzt, dass gesamtschweizerisch um die 592'000 Menschen in der Betreuung von Angehörigen engagiert sind (wobei gut 49'000 zwischen 9 und 15 Jahre alt sind („Young Carers“)) (vgl. Otto et al. 2019). Kinder und Jugendliche betreiben am häufigsten Grosse Eltern, teilweise aber auch behinderte Eltern oder Geschwister. Im höheren Erwerbsalter werden überwiegend alte Elternteile betreut, teilweise auch Schwiegereltern. Im Rentenalter dominiert die Betreuung von (Ehe)-Partnern und (Ehe)-Partnerinnen. Die Betreuungsaufgabe durch erwachsene Betreuungspersonen wird in rund drei Viertel der Fälle ohne Inanspruchnahme der Spitex geleistet. Am häufigsten (in 85% der Betreuungssituationen) ist mindestens eine weitere Hilfsperson involviert, überwiegend ein weiteres Familienmitglied.

Die Betreuungsintensität bei erwachsenen Betreuungspersonen variiert, aber bei 43% der betreuenden Männer und 48% der betreuenden Frauen ist die Intensität der Betreuung als hoch bis sehr hoch einzustufen. In einem Drittel der Betreuungssituationen liegt der Betreuungsaufwand bei mehr als 20 Wochenstunden und in 8% der Fälle ist sogar eine 24-stündige Betreuung notwendig. Bei den subjektiven Belastungen erwachsener betreuender Angehöriger werden zeitliche Einschränkungen (weniger Zeit für sich, weniger Zeit und Energie) am häufigsten angeführt. An zweiter Stelle stehen gesundheitliche Probleme (reduzierte psychische und körperliche Gesundheit). Ein beträchtlicher Anteil der betreuenden Angehörigen fühlt sich nicht oder zu wenig unterstützt. Als Gründe für zu wenig Unterstützung werden – neben der Tatsache, dass keine Hilfe gesucht oder man nicht weiss, was hilft – etwa das Fehlen von oder Nichtinformation zu passenden Angeboten oder ein zu grosser Zeitaufwand zur Organisation von Hilfe angeführt.



Angaben beziehen sich auf betreuende Angehörige im Alter von 16 Jahren und älter (d.h. ohne „young carers“ 9-15 J. Quelle: Otto, Leu, Bischofberger 2019: Tab. 17

Informelle (und unbezahlte) Hilfe, Betreuung und Pflege durch Angehörige (namentlich Partnerin, Partner, Töchter, vermehrt auch Söhne) wird auch in Zukunft eine wesentliche Bedeutung einnehmen. Es zeigt sich kein klarer Trend, dass Angehörige heute weniger bereit sind als früher, sich um hilfe- und pflegebedürftige Familienmitglieder zu kümmern. Ein wesentlicher Wechsel ist allerdings, dass helfende und pflegende Angehörige mehr Ansprüche nach Anerkennung und Entlastungsangeboten stellen (dies vor allem in städtischen Regionen). Sozio-demografisch bedingt ist zudem weder in ländlichen noch städtischen Gebieten mit einem Ausbau der Angehörigenpflege zu rechnen. Dies ist primär aus zwei Gründen der Fall: Erstens zeigen sich immer häufiger Paarkonstellationen, in denen beide Partner hochaltrig, fragil und hilfebedürftig sind. Zweitens erhöht sich gerade in Städten der Anteil an alten Menschen ohne Nachkommen. Dazu kommt migrationsbedingt ein wachsender Anteil von alten Menschen ohne Angehörige in Wohnortsnähe, und geografische Distanz reduziert vor allem regelmässige Alltagshilfen. Der Geburtenrückgang der letzten Jahrzehnte trägt zudem dazu bei, dass sich Hilfe- und Pflegeverantwortung für alte Elternteile häufiger als früher auf nur eine Person (Tochter, eventuell Sohn) konzentriert. In nicht wenigen Fällen kommt es dabei zu einem zweiten familial-beruflichen Vereinbarkeitskonflikt – Erwerbstätigkeit und Pflegeverantwortung für alten Elternteil. Entsprechend gewinnen Fragen einer besseren Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Angehörigenbetreuung vermehrt an Bedeutung, und zwar bei Töchtern wie Söhnen alter Eltern (Zu Problemstellung und Lösungsansätzen vgl. Metrobasel 2018; Home Instead Schweiz 2018, Internet-Netzwerke: www.workandcare.ch, www.info-workcare.ch).

9.4 „Ambulant vor stationär“ – Prinzip und Grenzen des Prinzips

„Ambulant vor stationär“ ist heute ein zentrales Prinzip in der Gestaltung der Alterspflege. Tatsächlich lässt sich eine Verlagerung von stationären Pflegeangeboten zur ambulanten Pflege feststellen, und die Priorität ambulanter Betreuung und Pflege entspricht weitgehend den Wünschen alter Frauen und Männer. Grundsätzlich bedeutsam und realisierbar sind beim Prinzip „ambulant vor stationär“ aber auch konzeptuelle Vorbehalte und Grenzen zu beachten:

- a) Die Dichotomie „ambulant-stationär“ entspricht immer weniger der Realität, da dank Ausbau von teilstationären Angeboten (Tages- bzw. Nachtaufenthalten) oder einer zunehmenden Bedeutung von Formen der Übergangspflege mehr intermediäre Pflegestrukturen entstanden sind (Werner et al. 2016). Oft ist eine enge Zusammenarbeit (fachlich, infrastrukturell) zwischen ambulanten Angeboten (Spitex) und stationären Strukturen (Spitäler, Alters- und Pflegeheime u.a.) sinnvoll (etwa gemeinsame Medikationsorganisation oder gemeinsame Nutzung von Wäschereien, Mahlzeitendiensten und Notrufsystemen). Generell als ideal erachtet wird eine integrierte Versorgung, speziell bei alten Menschen mit Polymorbidität oder Menschen mit einer Kombination körperlich, sensorisch und hirnganisch bedingten funktionalen Alltagseinschränkungen.
- b) Ambulante Versorgung ist oft kostengünstiger, aber in manchen Fällen nur, weil Angehörige entsprechende Betreuungs- und Pflegeaufgaben unbezahlt übernehmen. Professionelle ambulante Pflege ist nur bei leichter bis mittelschwerer Pflegebedürftigkeit klar kostengünstiger als eine stationäre Pflege (wobei in Städten – dank kürzeren Reisedistanzen – der Kostenvorteil ambulanter Pflege länger erhalten bleibt als in Bergregionen). Kostenvorteile ambulanter Pflege verschwinden bei ausgeprägtem Pflegebedarf (und wenn keine pflegende Angehörige im Haushalt oder im Haus verfügbar ist). Auch ausgeprägte psychisch-, sucht- oder demenzbedingte Verhaltensstörungen können eine ambulante Pflege überfordern bzw. verhindern.
- c) Eine (qualitativ gute) ambulante Fachpflege zu Hause ist oft nur möglich bzw. bedürfnisgerecht, wenn entsprechende Hilfe, Unterstützung und Begleitung vorliegen. Sozio-

medizinische Pflege genügt bei sehr alten, fragilen und polymorbiden Menschen allein nicht. Zentral sind gleichzeitig hauswirtschaftliche und administrative Unterstützungsleistungen sowie eine gute soziale Begleitung (um Vereinsamung, Mangelernährung oder inadäquate Medikation u.a. zu vermeiden). Während in stationären Alters- und Pflegezentren eine integrierte Versorgung (inkl. Aktivierung, soweit erwünscht) angeboten wird, fehlt dies im häuslichen Bereich oft.

Ambulante Pflege – einige Hinweise

Im Allgemeinen bewähren sich bei der ambulanten Pflege alter Menschen folgende Aspekte:

Nicht zu viele Wechsel bei den Pflegefachpersonen (soweit dies bei Teilzeitpensen möglich ist). In jedem Fall optimal ist eine klare Festlegung einer Bezugsperson bzw. zweier Kontaktpersonen, die bei offenen Fragen oder Kritikpunkten zur Verfügung stehen.

In Diskussion „Modell Curarete“ (www.curarete.ch): Selbstgesteuerte Pflgeteams von sechs bis zwölf Fachleuten, die weitgehend in eigener Verantwortung arbeiten und den gesamten Betreuungsprozess inkl. Aufbau und Koordination des notwendigen Betreuungsnetzwerkes (Hausarzt, Nachbarschaft, Angehörige) begleiten.

Bei alten Menschen mit betreuenden Angehörigen (Partner, Partnerin, Töchter, Söhne): Nützlich und hilfreich ist eine von vornherein klar definierte Arbeitsteilung von professionellen und informellen Tätigkeiten. Das Ideal einer Co-Pflege (Spitex und Angehörige pflegen gemeinsam) erfordert gute persönliche Beziehungen und ist faktisch eher selten. Soweit als möglich: Information und Schulung pflegender Angehöriger und in einigen Fällen kann eine Teilanstellung einer pflegenden Angehörigen bei der Spitex sinnvoll sein (auch im Hinblick auf spätere Engagements nach dem Tod eines Partners oder eines Elternteils).

Bei alten Menschen, die allein leben und ein Risiko aufweisen zu vereinsamen, kann ein Tandem-Prinzip sinnvoll sein: Spitex-Fachperson besucht alte Person zusammen mit einer (geschulten) Zweitperson (Nachbarin, Freiwillige). Die Spitex übernimmt die (zeitlich limitierten) KVG-pflichtigen Leistungen (Grundpflege, Behandlungspflege). Die zweite Person bespricht anschliessend bedeutsame offene Fragen (Finanzen, Einkaufen, Kontakte usw.), eventuell bei einem Kaffee. Je nach Situation kann die zweite Person Transportdienste (Einkaufen, Arztbesuche) übernehmen. Wichtig beim Tandem-System ist, dass die freiwillig tätige Person wichtige Problemhinweise der Spitex-Fachperson zurückmeldet.

Pilot- und Praxisprojekte lassen erkennen, dass präventive Hausbesuche wirksam sind und längerfristig zu krankenkassenrelevanten Kosteneinsparungen führen. Bei einem präventiven Hausbesuch berät und informiert die Fachperson (oft Pflegefachfrau mit Zusatzausbildung) alte Menschen in ihrem häuslichen Umfeld zu Themen wie Selbstständigkeit im Alter, Gesundheitskompetenz und weiteren gesundheitsrelevanten Themen (Ernährung, Trinkverhalten, Sturzgefahren, Gleichgewichtsübungen usw.). Präventive Hausbesuche eignen sich speziell für ältere Personen mit noch geringem Hilfe- und Pflegebedarf ohne kognitive Beeinträchtigungen (Internet-Links: www.zuhausealtwerden.ch, Bern: www.zwaeginsalter.ch, Limmattal: www.praeventive-hausbesuche.ch). Insgesamt wird heute immer deutlicher, dass ambulante Betreuung und Pflege im Alter länger möglich sind, wenn Betreuung, Pflege und Gesundheitsvorsorge eng verknüpft werden).

Eine integrierte Betreuung im hohen Lebensalter kann unterschiedlich organisiert werden, aber es besteht zunehmend mehr Konsens, dass in Zukunft Wohnen, Begleitung und Pflege stärker als bisher vernetzt werden müssen (Curaviva 2016). Neue (Ideal)-Formen der Pflege im Alter beruhen auf vier Hauptfeilern:

- a) **Leben in Privatheit:** Wohnen in einer eigenen Wohnung mit Hilfe und Betreuung nach Bedarf bzw. persönlichen Wünschen. Soziomedizinische Pflegeleistungen werden extern erbracht (Spitex u.a.).
- b) **Leben im gewohnten Lebensmilieu:** Soweit als möglich soll das gewohnte Lebensmilieu (sozial, kulturell) erhalten bleiben, was eine Rücksichtnahme auf die bisherige Lebensbiografie und milieuspezifische Angebote (etwa für Migrantinnen) erfordert.
- c) **Leben mit sozialen Kontakten (soweit gewünscht):** Komplementär zum privaten Wohnen werden Angebote für gemeinschaftliches Leben und gemeinsame Aktivitäten bereitgestellt.
- d) **Institutionelle Pflegestrukturen (Alters- und Pflegeheime, Tageskliniken usw.)** sind im Quartier integriert bzw. integrierter Teil des Quartiers.

Vier alternative Zukunftsszenarien zur Entwicklung des Pflegesystems

Ein Grundlagenpapier von Senesuisse und Gottlieb Duttweiler Institut (Gürtler et al. 2018) diskutiert und analysiert sich anbahnende Veränderungen des Pflegesystems in einer digitalisierten Welt. Dabei werden vier unterschiedliche Szenarien zur Pflege der Zukunft skizziert:

a) Status Quo Plus: In diesem Szenario bleibt das etablierte Pflegesystem im Grossen und Ganzen bestehen. Die Optimierung der Pflegequalität wie auch die Anpassung an den gesellschaftlichen und technologischen Wandel obliegt primär den Institutionen und Organisationen, die bisher dafür zuständig waren. Als zentraler Engpass für dieses Szenario wird ein Mangel an fachlich geschulten Pflegefachpersonen wahrgenommen.

b) Care Society: In diesem Szenario verlagert die Gesellschaft ihren Schwerpunkt von wirtschaftlicher Leistung auf soziale Zuwendung. Produktivitätspotenziale des technischen Fortschritts führen in eine Gesellschaft, in der materielle Leistungen von Maschinen und Algorithmen erbracht werden. Immaterielle Leistungen von Hilfe, Pflege und Zuwendung werden hingegen gemeinschaftlich organisiert und kleinräumig koordiniert. Die kommunale Ebene und die dabei zentralen sozialen Netzwerke (Nachbarschaften, Genossenschaften, Kleingruppen usw.) stehen im Zentrum dieser Pflegepolitik.

c) Care-Convenience: In diesem Szenario wird das Pflegesystem komplett umgestülpt in Richtung einer normalen Dienstleistungsbranche. Als zentrales Element etablieren sich die individuellen Bedürfnisse bzw. Wünsche der pflegebedürftigen Menschen. Eine Vielzahl von privaten und öffentlichen Anbietern (inkl. international tätige Pflegekonzerne) bieten ihre Pflegedienste an. Digitale Plattformen übernehmen die Verknüpfung von Angebot und Nachfrage (unter Umständen kombiniert mit digitalen Pflege-Bewertungssystemen). Der Staat sorgt primär dafür (etwa über eine staatliche Mindestsicherung), dass auch pflegebedürftige Menschen mit wenig finanziellen Ressourcen die notwendigen Pflegeleistungen erhalten.

d) Big Doctor: In diesem Szenario wird Digitalisierung nicht allein zur Organisation von Pflegeleistungen, sondern zur Stärkung der Gesundheit bzw. zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit genutzt. Digitale Diagnose-Systeme übernehmen in diesem Szenario eine zentrale Rolle, indem sie Bio-Daten und individuelles Verhalten überwachen, um jederzeit die bestmögliche Hilfestellung zu geben bzw. zu beauftragen. Ein zentrales Element sind hier „Before-Demand“-Lösungen: Aus körpereigenen Daten (via Sensoren) werden Signale für unmittelbar bevorstehende Komplikationen herausgelesen (etwa für einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall usw.). Medizinische und pflegerische Leistungen werden entsprechend dort angeboten, wo sich die Menschen gerade befinden.

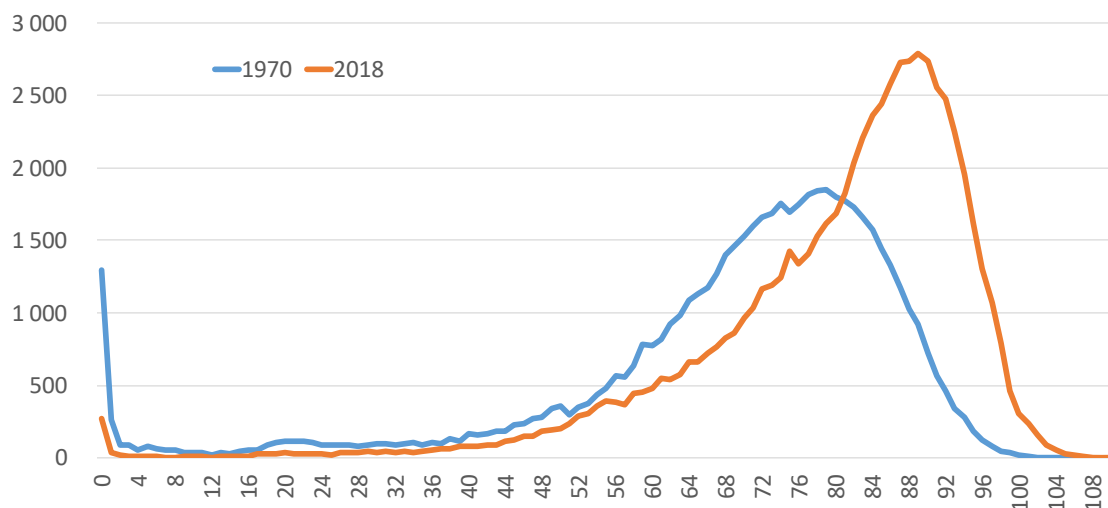
Aktuell ergeben sich Diskurse in Richtung aller vier Szenarien. Aus soziologischer Sicht ist zu erwarten, dass sich faktisch (komplexe) Kombinationen aller vier angeführten Szenarien ergeben.

10 Sterben, Lebensende und Wünsche zum Lebensende – Feststellungen und Trends

Langlebigkeit und Wünsche nach Selbstbestimmung verändern auch Sterben und Lebensende. Dazu einige wichtige Trends.

Sterbealter: Immer mehr Menschen sterben in einem hohen Lebensalter. Das Alter beim Tod hat sich erhöht. In der palliativen Pflege wird deutlich, dass Menschen, die im hohen Alter – nach einem langen Leben – versterben, andere Themen und Fragen beschäftigen als Menschen, die relativ früh versterben. Wer verfrüht stirbt, sorgt sich häufiger um unterbrochene Lebenspläne oder um überlebende Angehörige. Für Menschen im hohen Lebensalter sind Fragen der biografischen Aufarbeitung häufiger zentral (teilweise dadurch verstärkt, dass im hohen Alter das Langzeitgedächtnis besser funktioniert als das Kurzzeitgedächtnis). Bei ausgeprägter Fragilität und merkbaren funktionalen Einschränkungen werden auch Lebensmüdigkeit oder das Gefühl, eine Belastung für andere zu sein, vermehrt angesprochen. Religiös-spirituelle Fragen sind generationenbedingt bei sehr alten Menschen stärker von früheren religiösen Orientierungen und Werten geprägt als bei jüngeren Sterbenden.

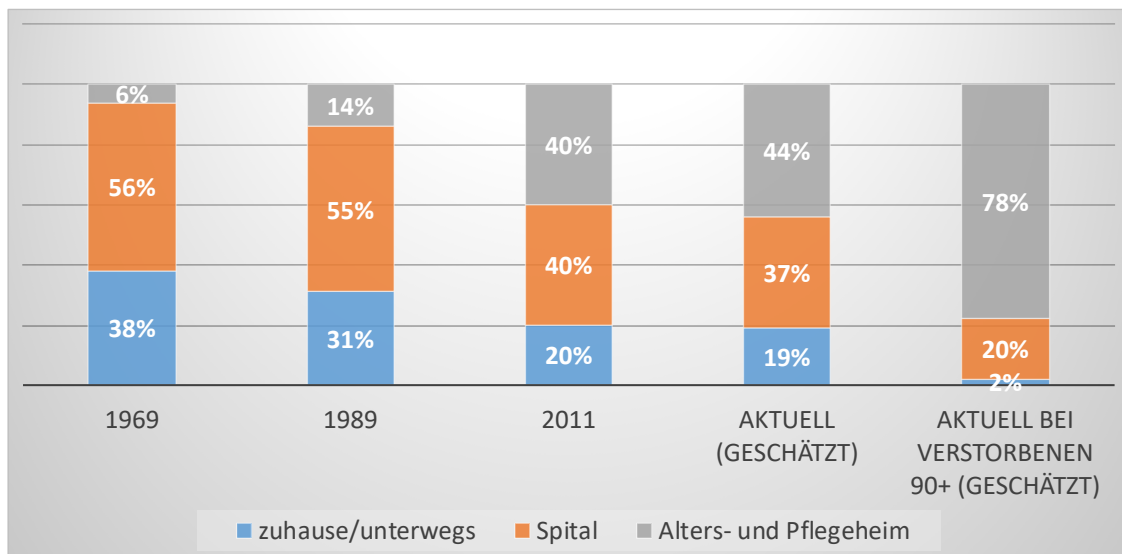
Todesfälle nach Alter 1970 & 2018



Quelle: Bundesamt für Statistik, Sterbefälle nach Alter.

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

Sterbeort in der Schweiz – Entwicklung in den letzten Jahrzehnten



Quelle: Höpflinger 2019 (Exit-Memorandum)

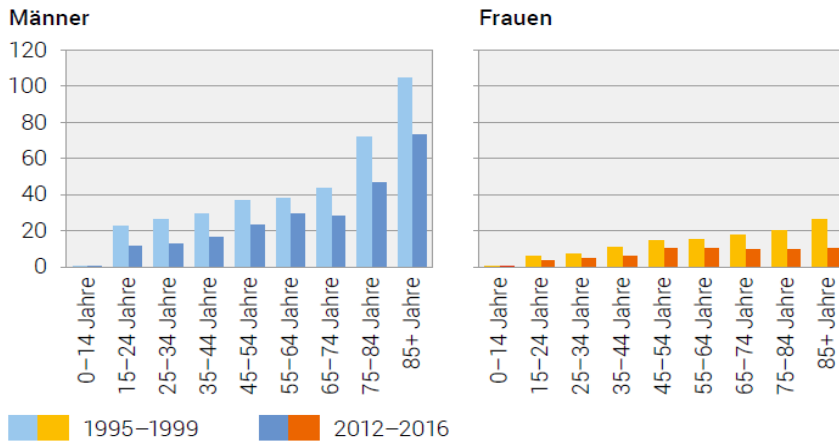
Die angeführten Angaben illustrieren allerdings eine diesen Wünschen entgegengesetzte Entwicklung: Der Anteil von Personen, die nicht in einer stationären Umgebung (Spital, Heim) versterben, ist in den letzten Jahrzehnten gesunken. Angestiegen ist der Anteil derjenigen, die ihr Lebensende in einem Alters- und Pflegeheim verbringen. Dabei nimmt der Anteil der Menschen, die in Pflegeheimen sterben, mit steigendem Alter zu, und von den über 90-jährigen Verstorbenen sterben nahezu vier Fünftel in einer Alters- und Pflegeeinrichtung.

Suizide im Alter: Ein wenig beachteter sozialer Wandel ist, dass in den allermeisten Ländern (mit Ausnahme der USA) die Suizidraten gesunken sind. Dies gilt auch für die Schweiz. Die Gründe sind vielfältig, von verbesserter sozialer Absicherung, reduzierter Arbeitslosigkeit, vermehrter Behandlung depressiver Symptome, ausgebauter Notfallhilfe bei Suizidversuchen bis hin zu gezielter Suizidprävention bei jungen wie älteren Menschen.

Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid)

Pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 29



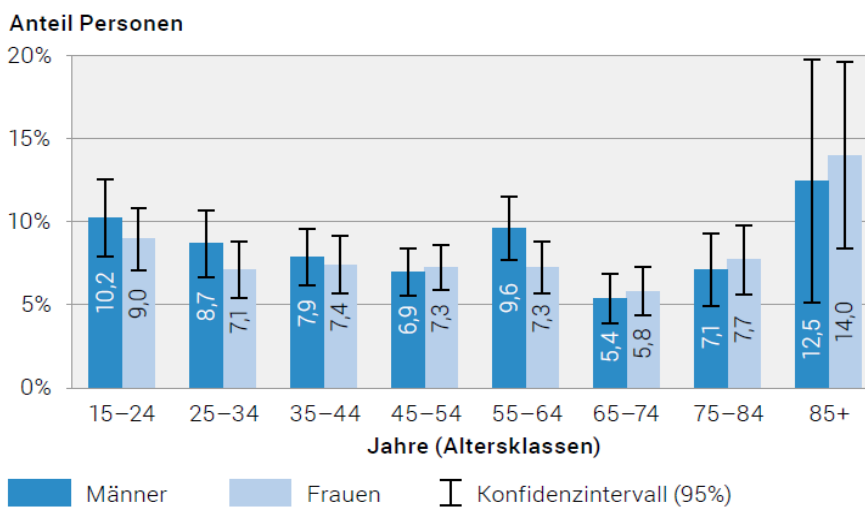
Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD)

© BFS 2019

Werden Suizidraten nach Geschlecht und Alter aufgegliedert, zeigen sich zwei bedeutsame Unterschiede: Erstens sind Suizide bei Männern in jedem Alter deutlich höher als bei Frauen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Suizidraten haben sich in den letzten Jahrzehnten nicht verringert. Männer tendieren eher dazu, Probleme mit Selbstaggression (Alkohol, Suizid) zu bewältigen als Frauen. Zweitens erhöhen sich – vor allem bei Männern – die Suizidraten mit steigendem Lebensalter. Die 85-jährigen und älteren Menschen weisen die höchsten Suizidraten auf (wobei die Raten auch in dieser Altersgruppe gesunken sind). Der Altersanstieg bei den Suizidraten ist nicht allein auf erhöhte Lebensverzweiflung im Alter zurückzuführen, sondern mit der Tatsache verbunden, dass im hohen Lebensalter Suizidversuche aufgrund körperlicher Fragilität häufiger zum Tod führen. Ein weiterer Einflussfaktor ist der Zivilstand: „Die allein lebenden geschiedenen und verwitweten Personen haben im Vergleich zu Verheirateten ein 1.5- bis 2-mal erhöhtes Risiko für Suizid, wobei der Zusammenhang mit dem Zivilstand bei den Männern stärker ausgeprägt ist als bei den Frauen“ (Bundesamt für Gesundheit 2015: 7).

Suizidgedanken nach Alter und Geschlecht, 2017

G 1



n=18 557

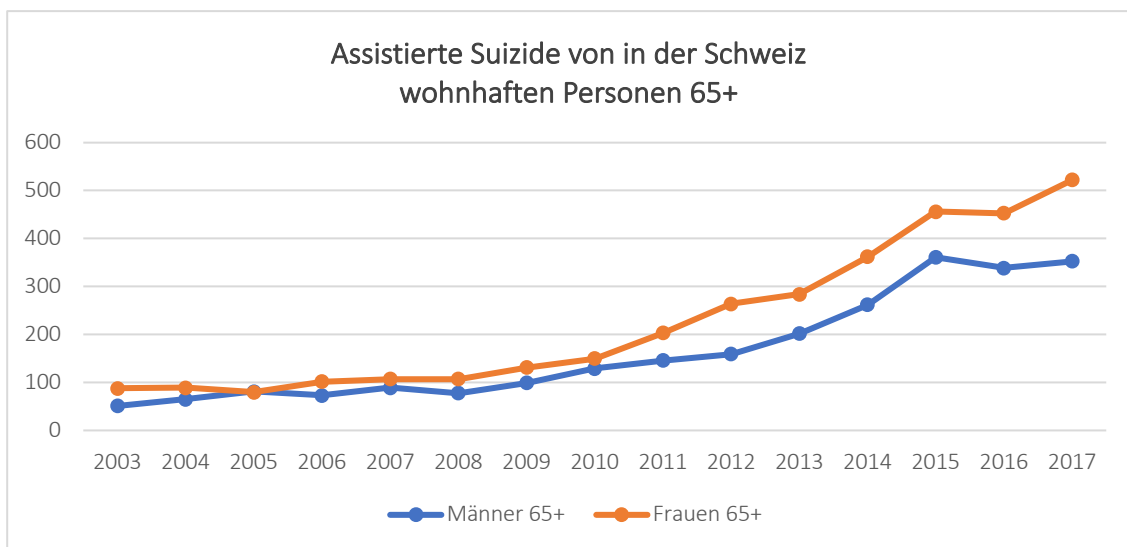
Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Werden Suizidversuche untersucht, sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede geringer. Männer wählen häufiger Suizidmethoden (Schusswaffen), die rasch zum Tod führen. Frauen wählen häufiger Methoden (Vergiften), bei denen die Wahrscheinlichkeit einer rechtzeitigen Rettung höher ist (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2015).

Ethisch problematisch bei (unbegleiteten) Suiziden und Suizidversuchen im Alter ist nicht so sehr das eigene Verfügen über das Lebensende, sondern vielmehr, wenn „jemand den Suizid wählt, weil er mögliche medizinische, pflegerische, psychologische, soziale, spirituelle oder materielle Hilfe zum Leben nicht bekommt, die er bräuchte; weil er sich trostlos, einsam, verlassen fühlt; weil er unter Druck negativer Werturteile und Altersbilder sich zu einem Suizid veranlasst sieht“ (Rüegger 2017: 51).

In den letzten Jahren stieg die Zahl assistierter Suizide bei älteren Personen deutlich an, wobei insgesamt mehr Frauen als Männer auf einen assistierten Suizid zurückgreifen (im Unterschied zu den unbegleiteten Suiziden). Dies zwingt auch Alters- und Pflegeheime, eine sorgfältige und ethisch verantwortbare Regelung assistierter Suizide (bei Wunsch von Bewohnern) einzuführen. Bewährt hat sich eine Regelung, in der alle Entscheide und Abklärungen für einen assistierten Suizid im Heim einer (anerkannten) Sterbehilfeorganisation überlassen wird (inkl. Abklärung der Urteilsfähigkeit, der Kontakte mit Angehörigen und Durchführung des Sterbeprozesses).



Quelle: Bundesamt für Statistik, Todesursachenstatistik.

Werden Krankheiten betrachtet, die mit einem (unbegleiteten) Suizid in Zusammenhang stehen, zeigt sich, dass 50% bis 70% der Menschen, die Suizid begehen, an einer Depression leiden. Bei den assistierten Suiziden hingegen zeigt sich ein anderes Bild. Hier fallen vor allem Krebsleiden und neurodegenerative Erkrankungen ins Gewicht (Bundesamt für Gesundheit 2015: 13).

Entscheiden zu Behandlungswünschen und Lebensende: Im Rahmen der 2014 und 2017 durchgeführten „International Health Policy Surveys“ wurden zu Hause lebenden älteren Menschen 65+ vier konkrete Fragen zur Behandlung am Lebensende und zur Mitgliedschaft in einer Organisation für ein selbstbestimmtes Lebensende gestellt:

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

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

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

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

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Antworten zu diesen Fragen. Mehrheitlich wird angeführt, dass man seinen Behandlungswunsch schon mit einer Vertrauensperson angesprochen oder diskutiert habe. Allerdings bleibt ein mündlicher Patientenwunsch rechtlich unverbindlich, und wenn konkreter nach schriftlichen Dokumenten (Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung) gefragt wird, sind die Werte geringer, wenn auch ansteigend. Während beispielsweise 2014 erst 28% der Menschen 80+ über eine schriftliche Patientenverfügung verfügten, waren es 2017 schon 48% (und seither haben sich die entsprechenden Werte sicherlich weiter erhöht).

Angeführte Planung zum Lebensende in der Schweiz 2014 und 2017

Zu Hause lebende Personen im Alter		65-69	70-74	75-79	80+
Mündlicher Patientenwunsch	2014	57%	52%	59%	48%
	2017	54%	57%	61%	71%
Verantwortungsperson bestimmt	2014	20%	29%	28%	35%
	2017	25%	35%	39%	50%
Schriftliche Patientenverfügung	2014	20%	26%	27%	28%
	2017	26%	35%	36%	48%
Mitgliedschaft bei Organisation:					
für selbstbestimmtes Lebensende	2014	4%	8%	5%	4%
	2017	5%	7%	8%	8%

Quelle: Merçay 2017: Tab. 6.225

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

Zusammenfassung in 22 Punkten

1. Die demografische Alterung der Schweiz (und nahezu aller Gemeinden) wird durch das Altern geburtenstarker Jahrgänge (Babyboomers), die von geburtenschwächeren Jahrgängen gefolgt werden, vorangetrieben. Seit den 1970er Jahren wird die demografische Alterung durch einen Alterungsprozess von oben zusätzlich verstärkt, ausgelöst durch einen Anstieg der Lebenserwartung pensionierter Frauen und Männer. Der Bevölkerungsanteil der 80-jährigen und älteren Menschen dürfte sich gesamtschweizerisch bis 2045 auf 10% bis 11% erhöhen, mit allerdings deutlichen kantonalen bzw. kommunalen Unterschieden.
2. Die demografische Alterung der Bevölkerung der Schweiz wird begleitet durch qualitative Wandlungsprozesse des Alterns: Erstens haben sich die Möglichkeiten einer langen behinderungsfreien Lebenserwartung ausgeweitet. Alternsprozesse werden vermehrt als beeinflussbar und gestaltbar wahrgenommen. Zweitens pflegen die neuen Generationen älterer Frauen und Männer (Babyboomers) nach der Pensionierung einen aktiveren Lebensstil als frühere Generationen. In diesem Zusammenhang fühlen sich ältere Frauen und Männer vielfach jünger, als es ihrem chronologischen Alter entspricht.
3. Der strukturelle und intergenerationelle Wandel des Alters hat alterspolitisch drei Konsequenzen: Erstens sagen Feststellungen, die über heutige ältere und betagte Menschen gemacht werden, wenig über die zukünftige Gestaltung des Alters aus. Zweitens realisieren jüngere Generationen, dass sie in mancherlei Hinsicht anders alt werden (müssen) als ihre Elterngeneration. Dies löst bei nachkommenden Generationen andere und teilweise höhere Ansprüche an Pflege im Alter aus, als bei den heute alten Menschen zu beobachten ist. Drittens finden Angebote und Anlässe, die sich explizit auf Altersfragen beziehen, bei Personen, die sich nicht zu den „Alten“ zählen, auf wenig Anklang und Interesse.
4. Ein hohes Lebensalter ist nicht zwangsläufig mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen, aber zentral für ein hohes Lebensalter sind reduzierte Reservekapazitäten und eine erhöhte Vulnerabilität. Je älter Menschen werden, desto weiter greifen zudem ihre persönlichen Erinnerungen in vergangene Gesellschafts- und Kulturepochen zurück. Leben und Werthaltungen alter Menschen sind durch vergangene lebensgeschichtliche Rahmenbedingungen mitgeprägt. Alterspolitische Massnahmen zugunsten alter Menschen haben auf familiäre, religiöse und kulturelle Prägungen alter Generationen Rücksicht zu nehmen.
5. Die grosse Mehrheit der älteren Bevölkerung der Schweiz lebt in Kleinhaushaltungen mit ein oder zwei Personen. Mit steigendem Lebensalter steigt der Anteil an alleinlebenden Personen, namentlich bei Frauen. Ein Zusammenleben im gleichen Haushalt mit erwachsenen Kindern und Schwiegerkindern ist eher selten. Häufiger ist ein Zusammenleben im gleichen Wohnhaus, aber in getrennten Haushalten. Ein gemeinsames Wohnen und Leben mit anderen Verwandten (Geschwister) oder nicht verwandten Personen (Freunde) ist (noch) selten.
6. Im Allgemeinen verfügen ältere Menschen in der Schweiz über eine gute Wohnqualität und der Anteil der älteren Bevölkerung, die in einer überbelegten Wohnung leben, ist gering. Alle Erhebungen lassen eine hohe Wohnzufriedenheit erkennen. An und für sich ist die hohe Wohnzufriedenheit der grossen Mehrheit der älteren Frauen und Männer ein gutes Zeichen. Auf der anderen Seite kann eine hohe Wohnzufriedenheit dazu beitragen, dass sich alte Menschen zu spät nach einer altersgerechten Wohnung umsehen. Ebenso kann

eine langjährige gegenseitige Anpassung von Person und Wohnung dazu führen, dass Wohnungsmängel, welche das Alter erschweren, nicht oder zu spät wahrgenommen werden.

7. Zwar steigt der Anteil der stationär gepflegten Frauen und Männer mit dem Alter an, aber selbst 80- bis 94-jährige Menschen leben heute öfters zu Hause, als dies früher der Fall war. Das durchschnittliche Eintrittsalter in ein Pflegeheim hat sich erhöht. Ein hohes Eintrittsalter führt einerseits dazu, dass Pflegeheimbewohner und Pflegeheimbewohnerinnen häufig multimorbid sind und an ausgeprägten funktionalen und hirnorganischen Einschränkungen leiden, was entsprechend intensive professionelle Pflegeleistungen erfordert. Andererseits verkürzt ein hohes Eintrittsalter die Aufenthaltsdauer. Die Trends gehen in die Richtung, dass nur noch pflegebedürftige alte Menschen in Pflegeheimen betreut werden. Festzustellen ist zudem ein Trend in Richtung einer verstärkten Auflösung der klassischen Zweiteilung „Zu Hause oder Heim“. Diverse Zwischenformen und flexible Betreuungsstrukturen werden wichtiger, etwa betreute Wohnformen, dezentralisierte Pflegewohngruppen oder Formen einer Übergangspflege im Pflegeheim.
8. Die überwiegende Mehrheit älterer und alter Menschen lebt weiterhin in alters-unspezifischen Wohnverhältnissen und angepasste Alterswohnformen sind nur einer Minderheit älterer und alter Menschen zugänglich. Dennoch erweitern die sogenannten neuen Wohnformen (wie Altershausgemeinschaften, generationengemischtes Wohnen, betreutes Wohnen) den Optionsspielraum älterer Menschen. Gegenwärtig werden viele Alterswohnungen gebaut, wobei keine klaren Richtlinien bestehen, was als altersgerecht zu gelten hat. Einen Aufschwung erleben auch Formen betreuten Wohnens (Wohnen mit Service). In der Schweiz sind manche betreuten Wohnungen direkt oder indirekt einer Alters- und Pflegeeinrichtung angegliedert.
9. Ein Vergleich vorliegender Erhebungen zeigt keine Abnahme der allgemeinen Lebenszufriedenheit im hohen Lebensalter, und pensionierte Menschen sind gesamthaft zufriedener als Personen im Erwerbsalter. Auch die erlebte Lebens- und Pflegequalität alter Heimbewohner ist häufig besser, als medial vielfach vermittelt wird. Was sich im hohen Lebensalter verringert, ist das Gefühl, voller Energie/optimistisch zu sein. Bei den negativen Gefühlen werden tägliche Sorgen und Traurigkeit im Alter relativ am häufigsten erwähnt. Wutgefühle nehmen mit dem Alter eher ab, was mit einer gewissen Gelassenheit alter Menschen zusammenhängt. Höhere Werte im Alter ergeben sich hingegen in Bezug auf depressive Stimmungen und Ängstlichkeit.
10. Dank allgemeiner Wohlstandssteigerung und Ausbau der Altersversorgung hat sich die wirtschaftliche Lage vieler älterer Menschen verbessert. Entsprechend zeigen sich bei Fragen zur Zufriedenheit mit der finanziellen Lage bei älteren Menschen im Allgemeinen gute Werte. Charakteristisch für die wirtschaftliche Lage im Alter sind allerdings starke Unterschiede der Einkommens- und Vermögenssituation pensionierter Männer und Frauen. Den stärksten Einfluss auf das Einkommen im Rentenalter haben Bildungsniveau bzw. ehemalige berufliche Position, Lebensform und Wohnort: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung weisen im Alter ein höheres Armutsrisiko auf als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Alleinlebende ältere Menschen sind häufiger arm als Personen, die als Paar leben. Frauen leiden häufiger unter finanziellen Engpässen als Männer. Bei exakt gleicher finanzieller Ausgangslage und Unterstützung im Alltag hängt die finanzielle Situation alter Menschen zudem stark vom jeweiligen Wohnort ab.
11. Trotz Ausbau der beruflichen Vorsorge ist der Anteil an AHV-Rentnern, die auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sind, in den letzten Jahren nicht gesunken bzw. in einigen

Regionen sogar angestiegen. Dafür verantwortlich sind sowohl höhere Betreuungs- und Gesundheitskosten als auch höhere Wohnkosten. Zudem werden im hohen Lebensalter Ergänzungsleistungen zur AHV oft zur Finanzierung von Pflegeheimaufenthalten notwendig. Frühere Lohndiskriminierungen, ebenso wie langjährig unbezahlte Familienarbeit tragen dazu bei, dass Frauen im Alter häufiger auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sind als gleichaltrige Männer.

12. In der Schweiz können ältere Menschen grossmehrheitlich auf ein dichtes soziales Kontakt- und Unterstützungsnetz zurückgreifen. Allerdings leben viele Bezugspersonen älterer Menschen – wie Kinder und Enkelkinder oder Freunde – nicht im gleichen Haushalt. Im Gegensatz zu einer häufig geäusserten Ansicht hat das getrennte Wohnen der Generationen nicht zur Schwächung der Solidarität zwischen den Generationen geführt. Die familialen Generationenbeziehungen (erwachsene Kinder – alte Eltern, Enkelkinder – Grosseltern) sind vielfach eng. Nur eine relativ geringe Minderheit älterer und alter Menschen kann sozial als eindeutig isoliert eingestuft werden. Häufiger ist eine Tendenz zur sozialen Isolation, sei es aufgrund einer Konzentration der Sozialbeziehungen auf wenige Bezugspersonen, sei es aufgrund eines mobilitätsbedingten Rückzugs auf die Wohnung. Dabei ist – mit Ausnahme eines sehr hohen Lebensalters – weniger das Alter an sich, das mit sozialer Isolation und Vereinsamung assoziiert ist, sondern eher sozioökonomische und sensorische Einschränkungen (Armut, wenig kulturelles Kapital, deutliche Hör- und Seheinschränkungen).
13. Neben einer Alterspolitik zugunsten hilfe- und pflegebedürftiger und sozial benachteiligter alter Menschen gewinnt in modernen Gemeinden und speziell in Städten eine kompetenzorientierte Alterspolitik eine verstärkte Bedeutung. Dies weil die demografische Alterung ohne Nutzung der Erfahrungen, Kompetenzen und Ressourcen gesunder pensionierter Frauen und Männer nicht zu bewältigen ist. Eine kompetenzorientierte kommunale Alterspolitik fördert, vernetzt und anerkennt soziales Engagement älterer Generationen und sie unterstützt entsprechende zivilgesellschaftliche Projekte. Finanziell geht es primär um (subsidiäre) Anschubfinanzierung sowie um Bereitstellung von Räumen und Treffpunkten. Bedeutsam kann auch eine fachliche Begleitung und Koordination von Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe sein. Zu einer kompetenzorientierten Altersstrategie gehört idealerweise auch der gezielte Einbezug älterer Menschen selbst.
14. Die neuen Generationen älterer Menschen – oft gut ausgebildet und professionell geschult – haben andere Ansprüche an freiwillige Tätigkeiten als frühere Generationen. Sie wünschen sich oft anspruchsvolle Tätigkeiten, in denen sie ihre bisherigen (beruflichen) Erfahrungen einbringen können, und sie wollen häufiger als früher eigenbestimmte Aktivitäten organisieren. Häufiger als früher wollen sich pensionierte Menschen zwar engagieren, sich aber nicht auf unbestimmte Zeit für unbestimmte Funktionen verpflichten. Die angeführten Entwicklungen bedeuten, dass manche Frauen und Männer durchaus für freiwilliges Engagement bereit sind, wenn sie genau wissen, was es zeitlich beinhaltet und welche Entwicklungsmöglichkeiten (inklusive Chancen zum Lernen) bestehen.
15. In den letzten Jahren haben Nachbarschaftsbeziehungen – und namentlich Nachbarschaftshilfe – eine verstärkte Aufmerksamkeit erhalten, auch im Rahmen sozial-räumlicher Konzepte, die davon ausgehen, dass im höheren Lebensalter eine gute lokale Einbettung das Wohlbefinden von Frauen und Männern erhöht. Eine funktionierende Nachbarschaftshilfe kann speziell für fragile alte Frauen und Männer bedeutsam sein. Allerdings muss Nachbarschaftshilfe – soll sie über längere Zeit funktionieren – organisiert und betreut werden. Zudem ist Nachbarschaftshilfe in schweren Krisen oder bei Pflegebedürftigkeit primär kurzfristig von Nutzen, wogegen langfristige Pflege die Nachbarschaftshilfe nicht selten

überfordert (abgesehen davon, dass Nachbarschaftshilfe engen „Intimitätsschranken“ unterworfen ist). Kommunale Nachbarschaftsprojekte müssen deshalb neben den Chancen einer guten Nachbarschaftshilfe auch deren Grenzen anerkennen (was etwa eine klare Arbeitsteilung zwischen Nachbarn und Pflegefachpersonen einschliesst).

16. Der technologische Wandel beeinflusst auch das Leben älterer und alter Menschen. Technische Geräte können Kraftverluste bei alten Menschen kompensieren, und der Einsatz moderner Assistenzsysteme kann selbstständiges Wohnen bei altersbezogenen Einschränkungen erleichtern. Digitale Kommunikationsformen erlauben es wenig mobilen alten Menschen, regelmässige Kontakte mit entfernt lebenden Bezugspersonen zu pflegen. Die Technikakzeptanz bei älteren Menschen ist ansteigend, weil mehr Menschen pensioniert werden, die schon längere Erfahrungen mit neuen Technologien gemacht haben. Altern in einer technisierten Umwelt ist sowohl anregend als auch anspruchsvoll und der Nutzen vieler technischer Innovationen im Alter wird erst bei guter sozialer Begleitung und Unterstützung realisiert. Für einen positiven Einsatz neuer Technologien im Alter ist vielfach das soziale Netz entscheidend. Häufig führt erst ein Zusammenspiel von Technologie und sozialer Unterstützung zu einer optimalen Nutzung einer neuen Technologie im Alter. Bei der Entwicklung digitaler Assistenzsysteme und alltagsrelevanter Pflegerobotik ist eine enge Kooperation von Entwicklern, Pflegefachpersonen und Nutzern zentral.
17. Die Aufwendungen für Pflegeleistungen im Alter steigen demografisch bedingt an. Allerdings wird der Anstieg von Pflegefällen auch von der Entwicklung der behinderungsfreien Lebensjahre bestimmt, und tatsächlich hat sich die funktionale Gesundheit vieler älterer Frauen und Männer in den letzten Jahrzehnten verbessert. Zu erwarten ist, dass zukünftige Generationen – auch dank sozio-medizinischer Versorgung, kurativen und rehabilitativen Interventionen – mehrheitlich später an starken funktionalen Einschränkungen leiden werden. Auch die Risiken demenzieller Erkrankungen zeigen bei neueren Generationen sinkende Tendenzen auf. Stärker ansteigen als die Zahl stark pflegebedürftiger alter Menschen wird die Zahl alter Menschen, die aufgrund leichter bis mittelschwerer funktionaler Einschränkungen oder aufgrund steigender Fragilität auf alltagsbezogene Hilfe, Unterstützung und Begleitung angewiesen sind.
18. Heute sind etwas mehr als 10% der zu Hause lebenden 75-jährigen und älteren Menschen regelmässig auf Unterstützung bei grundlegenden Alltagsaktivitäten (Baden/Duschen, sich an- und ausziehen, essen usw.) angewiesen. Noch ausgeprägter (Frauen 75+: nahezu 30%, Männer 75+: etwas weniger als ein Fünftel) ist allerdings der Hilfe- und Unterstützungsbedarf bezüglich instrumenteller Aktivitäten (schwere Hausarbeit erledigen, Einkaufen, Finanzen usw.). Es ist ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf, der nicht Pflegefachpersonen erfordert, sondern engagierte Angehörige, Nachbarn und Freunde. Es ist bei instrumentellen Aktivitäten, wo Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe den grössten Nutzen für viele alte Menschen erbringen.
19. Gegenwärtig erhält bzw. beansprucht eine knappe Mehrheit der zu Hause lebenden hilfebedürftigen Menschen 65+ nur informelle Hilfe durch Angehörige (Ehepartnerin, Ehepartner, Töchter, Söhne). An zweiter Stelle steht eine Kombination informeller und professioneller Hilfe- und Unterstützungsleistungen. Eine Kombination informeller und professioneller Unterstützung wird mit steigendem Hilfe- und Pflegebedarf häufiger. Freunde und Nachbarn sind zwar zur sozialen Unterstützung und Begleitung wichtig, werden aber bezüglich alltagsbezogener und gesundheitlicher Hilfeleistungen seltener erwähnt. Eine bedarfsgerechte Nutzung formeller hauswirtschaftlicher und/oder pflegerischer Hilfeleistungen wird teilweise durch die Vielfalt an öffentlichen wie privaten

Dienstleistungs- und Pflegeangeboten behindert. Unübersichtlichkeit und Koordinationsprobleme werden von alten Menschen und ihren Angehörigen häufig angeführt. Ein beträchtlicher Anteil betreuender Angehöriger fühlt sich nicht oder zu wenig unterstützt.

20. „Ambulant vor stationär“ ist ein zentrales Prinzip in der Gestaltung der Alterspflege. Tatsächlich lässt sich eine Verlagerung von stationären Pflegeangeboten zur ambulanten Pflege feststellen, und die Priorität ambulanter Betreuung und Pflege entspricht weitgehend den Wünschen alter Frauen und Männer. Gleichzeitig wird durch den Ausbau von teilstationären Angeboten die Dichotomie „ambulant-stationär“ aufgebrochen. Oft ist eine enge Zusammenarbeit (fachlich, infrastrukturell) zwischen ambulanten Angeboten (Spitex) und stationären Strukturen (Spitäler, Alters- und Pflegeheime u.a.) sinnvoll. Kostenvorteile ambulanter Pflege verschwinden bei ausgeprägtem Pflegebedarf (und wenn keine pflegenden Angehörigen im Haushalt oder im Haus verfügbar sind). Zu den längerfristigen Entwicklungen des Pflegesystems bestehen unterschiedliche Szenarien (von Status quo, totaler Digitalisierung, verstärkter Privatisierung bis hin zur Entwicklung „sorgender Gemeinschaften“).
21. Suizidraten sind rückläufig, wobei Männer im Alter höhere Suizidraten aufweisen als Frauen. Die Gründe für rückläufige Suizidraten sind vielfältig, von verbesserter sozialer Absicherung, vermehrter Behandlung depressiver Symptome, ausgebauter Notfallhilfe bei Suizidversuchen bis hin zu gezielter Suizidprävention. Während unbegleitete Suizide seltener werden, sind assistierte Suizide im Alter auf dem Vormarsch.
22. Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung wünscht im vertrauten häuslichen Umfeld zu sterben, aber die meisten alten Menschen sterben im Spital und Pflegeheim. Dabei steigt der Anteil der Menschen, die in Pflegeheimen sterben, mit steigendem Alter an. Auf der Gegenseite äussern heute mehr ältere Menschen klare Behandlungswünsche zum Lebensende als früher. Der Anteil älterer Menschen, die einen Vorsorgeauftrag und eine Patientenverfügung verfasst haben, hat sich in den letzten Jahren erhöht. Der Trend zu einer aktiven Gestaltung des Alters verstärkt den Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende.

Verwendete Literatur

- Age-Stiftung (2016) Betreute Wohnungen mit Heimvorteil, Age-Dossier 2016, Zürich.
- Age-Stiftung (2020) Kontaktperson vor Ort. „Wohnen plus“ oder „betreutes Wohnen light“?, Age-Dossier 2020, Zürich.
- Afzali, Minou (2019) Wohnzufriedenheit dank kultursensiblem Umfeld: Die „mediterranen Abteilungen als Vorbild? In: François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Dario Spini (eds.) Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundlagen und regionale Unterschiede, Zürich: Seismo: 249-258.
- Alzheimer Schweiz (2017) Demenzprävalenz in der Schweiz, Bern: Alzheimer Schweiz.
- Amt für Gesellschaftsfragen der Stadt St. Gallen (2017) Evaluation des St. Galler Zeitvorsorgemodells, Schlussbericht Infrac, Zürich.
- Bachmann, Nicole (2014) Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz, Obsan-Bulletin 1/2014, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bejan, Alexander; Gündogdu, Ramazan; Butz, Katherina et al. (2018) Using multimedia information and communication technology (ICT) to provide added value to reminiscence therapy for people with dementia. Lessons learned from three field studies, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 51,1: 9-15.
- Berner Generationenhaus (2019) Altersbilder der Gegenwart. Haltung der Bevölkerung zum Alter und zur alternden Gesellschaft, Bern (verfügbar via www.begh.ch).
- Boerner, Kathrin (2012) Umgang mit Verwitwung, in: Hans-Werner Wahl, Clemens Tesch-Römer, Jochen P. Ziegelmann (Hrsg.) Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen, Stuttgart: Kohlhammer: 230-235.
- Bundesamt für Gesundheit (2015) Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz, Bern.
- Bundesamt für Statistik (2015) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045, Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik (2016) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2015-2045, Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik (2017a) Szenarien zur Entwicklung der Haushalte 2017-2045, BFS Aktuell, November 2017, Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik (2017b) Erhebungen über die Einkommen und die Lebensbedingungen, Neuchâtel: BfS
- Bundesamt für Statistik (2019) Grosse Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei den Leistungen aus der 2. Säule, Medienmitteilung vom 2. Mai 2019, Neuchâtel: BfS.

Bundesamt für Statistik (2019) Erhebung zu Familien- und Generationenbeziehungen 2018, Neuchâtel: BFS.

Bundesamt für Statistik (2019) Internetnutzung in den Haushalten im Jahr 2019, Medienmitteilung vom 10.12.2019, Neuchâtel: BFS.

Curaviva (2016) Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von Curaviva Schweiz. Die Zukunft der Alterspflege, Luzern: Mai 2016.

Deindl, Christian; Hank, Karsten; Brandt, Martina (2013) Social networks and self-rated health in later life, in: Axel Börsch-Supan, Martina Brandt et al. (eds.) Active Ageing and Solidarity between Generations in Europe, Berlin: De Gruyter: 301-310.

Eidgenössisches Finanzdepartement (2016) Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz, Bern.

Eling, Martin; Elvedi, Mauro (2019) Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz, St. Gallen: Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen.

Ernest Dichter SA, Institut für Motiv- und Marktforschung (2000) Senioren 2000. Eine neue Generation auf dem Weg zur Selbstverwirklichung, Zürich: Ernest Dichter SA.

European Social Survey (2019) Round 9 Data 2018). Data file edition 1.0. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data.

Freitag, Markus; Manatschal, Anita; Ackermann, Kathrin; Ackermann, Maya (2016) Freiwilligen-Monitor Schweiz 2016, Zürich: Seismo.

Frick, Karin; Tenger, Daniela (2015) Smart Home 2030. Wie die Digitalisierung das Bauen und Wohnen verändert, Rüşchlikon: Gottlieb Duttweiler Institut.

Gasser, Nathalie; Knöpfel, Carlo; Seifert, Kurt (2015) Erst agil, dann fragil. Übergang vom „dritten“ zum „vierten“ Lebensalter bei vulnerablen Menschen, Zürich: Pro Senectute.

Gürtler, Detlef; Schäfer, Christine; Breit, Stefan (2018) Take Care. Der Mensch emanzipiert sich vom Betreuungssystem. Das wird die Care-Branchen revolutionieren; Rüşchlikon: Gottlieb Duttweiler Institut & Senesuisse.

Hagen Hodgson, Petra; Eberhard, Peter (2018) Gartenleben im Alter. 66 Schritte zu einem gemeinsam gestalteten und bewohnten Garten, Bern: Haupt.

Home Instead Schweiz (2018) Ratgeber „Zwischen Beruf und Familie“. Wie sich Seniorenbetreuung und Erwerbstätigkeit vereinbaren lassen, Basel (www.homeinstead.ch/ratgeber).

Höpflinger, François (2016) Private Lebensformen und Gesundheit aus Geschlechterperspektive, in: Petra Kolip, Klaus Hurrelmann (Hrsg.) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern: Hogrefe: 113-124.

Höpflinger, François (2016) Grosselternschaft im Wandel – neue Beziehungsmuster in der modernen Gesellschaft, Analysen & Argumente 209, Juli 2016, Konrad Adenauer Stiftung: Sankt Augustin.

- Höpflinger, François (2017) Third age and fourth age in ageing societies – divergent social and ethical discourses, in: Mark Schweda, Larissa Pfaller, Kai Brauer, Frank Adloff, Silke Schick Tanz (eds.) Planning Later Life. Bioethics and Public Health in Ageing Societies, London: Routledge: 46-56.
- Höpflinger, François (2018) Wandel des Alters und Folgen für Wohnformen im höheren Lebensalter, in: Bob Gysin Partner BGP (Hrsg.) Wohnen in jedem Alter, Bern: Stämpfli: 13-18.
- Höpflinger, François (2019) Freundschaften im höheren Lebensalter, in: Steve Stiehler (Hrsg.) Zur Zukunft der Freundschaft. Freundschaft zwischen Idealisierung und Auflösung, Berlin: Frank & Timme GmbH: 123-138.
- Höpflinger, François (2019) Hochaltrigkeit – Zur Lebenssituation der über 80-jährigen Frauen und Männer in der Schweiz, Memorandum für Exit Schweiz, Zürich.
- Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy; Zumbunn, Andrea. (2011) Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern: Huber.
- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie, Spini, Dario (eds.) (2019) Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundlagen und regionale Unterschiede, Zürich: Seismo.
- Isengard, Bettina (2018) Nähe oder Distanz? Verbundenheit von Familiengenerationen in Europa, Leverkusen: Budrich Academic.
- Knöpfel, Carlo; Pardini, Riccardo; Heinzmann, Claudia (2018) Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme, Zürich: Seismo.
- Knöpfel, Carlo; Leitner, Johanna; Meuli, Nora; Pardini, Riccardo (2019) Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz. Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung des Betreuungs- und Pflegebedarfs, Muttenz: Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut Sozialplanung, Organisatorischer Wandel und Stadtentwicklung.
- Kontis, Vasilis; Bennett, James E. et al. (2017) Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble, The Lancet: S0140-6736(16)32381-9.
- Künemund, Harald, Uwe Fachinger (Hrsg.) (2018) Alter und Technik. Sozialwissenschaftliche Befunde und Perspektiven, Berlin: Springer.
- Langa, Kenneth, M.; Larson, Eric B.; Crimmins, Eileen M. et al. (2017) A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012, JAMA Internal Medicine, 177/1: 51-58.
- Merçay, Clémence (2017) Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017, Obsan Dossier 60, Neuchâtel: Observatoire suisse de santé.
- Metrobasel (Hrsg.) (2018) Studie Aging – Betreuung. Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Betreuung, Basel (www.metrobasel.org).
- Müller, Helena; Wanka, Anna; Oswald, Frank (2018) Wohnen und Wohnveränderungen im Lebenslauf, in: Kolland, Franz; Rohner, Rebekka; Hopf, Stefan; Gallistl, Vera (2018): Wohnmonitor Alter 2018. Wohnbedürfnisse und Wohnvorstellungen im Dritten und Vierten Lebensalter in Österreich; Innsbruck/Wien: Studienverlag: 49-60.

Oesch, Thomas; Künzi, Kilian (2016) Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen. Schlussbericht, Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS.

Otto, Ulrich; Leu, Agnes; Bischofberger, Iren et al. (2019) Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht des Forschungsprojets G01a des Förderprogramms Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020, Bern: Bundesamt für Gesundheit.

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

Perrig-Chiello, Pasqualina; Spahni, Stefanie; Höpflinger, François; Carr, Deborah (2015) Cohort and Gender Differences in Psychosocial Adjustment to Later-Life Widowhood, *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, DOI:10.1093/geronb/gbv004.

Prince, M.; Ali, G-C. ; Guerchet, M. et al. (2016) Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia, *Alzheimer's Research & Therapy*, 8: 23, DOI 10.1186/s13195-016-0188-8.

Rüegger, Heinz (2017) Assistierte Suizide und Suizidprävention: eine schweizerische Perspektive, *Suizidprophylaxe* 44,2: 50-53.

Rütter, Heinz; Umbach-Daniel, Anja et al. (2019) Energiesparpotenziale in Haushalten von älteren Menschen, Schlussbericht, Nationales Forschungsprogramm 71 „Steuerung des Energieverbrauchs“, Rüşchlikon: Rütter Soceco.

Samochowiec, Jakub; Kühne, Martina; Frick, Karin (2015) Digital Ageing – unterwegs in die alterslose Gesellschaft, Rüşchlikon: GDI (Gottlieb Duttweiler Institut).

Samochowiec, Jakub; Thalmann, Leonie; Müller, Andreas (2018) Die neuen Freiwilligen – Die Zukunft zivilgesellschaftlicher Partizipation, Rüşchlikon: GDI (Gottlieb Duttweiler Institut).

Schicka, Manuela; Uggowitzer, Franziska (2017) Alters-Survey – Soziale Beziehungen im Alter. Forschungsbericht 19. Dez. 2017, Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz/ Hochschule für Soziale Arbeit.

Schmid, Susanne (2019) Eine Geschichte des gemeinschaftlichen Wohnens. Modelle des Zusammenlebens, Basel: Birkhäuser.

Seifert, Alexander (2016) Das Wohnquartier als Ressource im Alter. Nachbarschaftskontakte, Nachbarschaftshilfe und die Verbundenheit mit dem Wohnumfeld, *Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete*, Jg. 65: 42-49.

Seifert, Alexander; Schelling, Hans Rudolf (2018) Seniors Online: Attitudes Toward the Internet and Coping With Everyday Life, *Journal of Applied Gerontology*, 27/1: 99.109.

Seyler, Christina (2016) Kann Gerontotechnologie dazu beitragen, dass ältere Menschen länger zu Hause leben können?, Masterarbeit Gerontologie, Berner Fachhochschule, Bern.

Skoog; Ingmar; Börjesson-Hanson, Anne et al. (2017) Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influence of education and stroke, *Scientific Reports* 7: 6136, DOI: 10.1038/41598-017-05022-8.

Sommerhalder, Kathrin; Gugler, Eliane u.a. (2015) Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. Residents“ Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS), Bern: Berner Fachhochschule.

Szydlik, Marc (2016) Sharing Lives. Adult Children and Parents, London: Routledge.TA-SWISS (Hrsg.) (2019) Focus Robots, Schlussbericht, Bern.

Tesch-Römer, Clemens (2010) Soziale Beziehungen alter Menschen, Stuttgart: Kohlhammer.

Wächter, Matthias; Kessler, Oliver (2019) Pflege und Betreuung 2035 – Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung, Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

Werner, Sarah; Kraft, Eliane et al. (2016) Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz, Obsan-Dossier 52, Neuchâtel: Schweiz. Gesundheitsobservatorium.

Winterthur Versicherungen (Hrsg.) (1990) Unsere neuen Senioren, Winterthur.