

Altersbilder und Alterswirklichkeit im demographischen Wandel

Vortrag für die Fachtagung „Pflege – Wohnen – Mobilität“ des „Netzwerk im Alter“ Marzahn-Hellersdorf und der Alice-Salomon-Fachhochschule am 7.11.2003

Holger Adolph
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Berlin

November 2003

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Altersbilder im Spannungsfeld zwischen „später Freiheit“ und Abhängigkeit	1
3 Folgen des zukünftigen demographischen Wandels für die pflegerische Versorgung	8

1 Einleitung

Dieser einleitende Beitrag für die Tagung „Pflege – Wohnen – Mobilität“ hat zwei Schwerpunkte, die zugegebenermaßen etwas unverbunden nebeneinander stehen. Zum einen befasst er sich mit den längerfristigen Veränderungen in der Wahrnehmung der Altersphase während der letzten Jahre und den dahinter liegenden realen Veränderungen der Lebenslagen Älterer. Es sollen einige ausgewählte Aspekte des Wandels von Altersbildern dargelegt werden und einige Gründe für diesen Wandel beleuchtet werden.

Zum anderen soll im zweiten Teil die Brücke zum Tagungsthema der „Pflegeversorgung“ geschlagen werden. Es wird in diesem Teil um die Frage gehen, welche Herausforderungen der demographische Wandel für die pflegerische Versorgung älterer Menschen in Zukunft mit sich bringt.

2 Altersbilder im Spannungsfeld zwischen „später Freiheit“ und Abhängigkeit

Unter Altersbildern versteht man laut dem 3. Altenbericht der Bundesregierung allgemeinere Vorstellungen über das Alter, über die im Alternsprozess zu erwartenden Veränderungen

und über die für ältere Menschen mutmaßlich charakteristischen Eigenschaften. Altersbilder umfassen Ansichten von Gesundheit und Krankheit im Alter, Vorstellungen über Autonomie und Abhängigkeiten, Kompetenzen und Defizite, über Freiräume, Gelassenheit und Weisheit, aber auch Befürchtungen über materielle Einbußen und Gedanken über Sterben und Tod.

Nicht zuletzt enthalten sie auch – normative – Vorstellungen über Rechte und Pflichten alter Menschen. Altersbilder umfassen demnach nicht allein beschreibende und erklärende Aussagen über das Alter(n), sondern enthalten auch wertende Elemente.

Grundsätzlich muss bei der Betrachtung des Altersbildes zwischen dem Bild, das sich die Gesellschaft, also viele Menschen jeden Alters, von „den alten Menschen“ und vom Alter allgemein macht (Fremdbild) und der Art und Weise, wie ältere und alte Menschen sich selbst sehen (Selbstbild), unterschieden werden (Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend 2001).

Wenn man die Entwicklung der realen Lebensumstände in der Altersphase der Entwicklung der gesellschaftlichen Altersbilder gegenüberstellt fällt ein Punkt besonders auf: Die aktuelle Diskussion um die Probleme, welche die Alterung der Gesellschaft mit sich bringt, geht mit einer Reaktivierung von negativen Altersbildern einher und mit einer Betonung der ökonomischen Belastungen des demographischen Wandels. Es wird meistens unterschlagen, dass sich hinter der absoluten und anteiligen Zunahme der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung eine enorme zivilisatorische Leistung verbirgt: Der gesellschaftliche Fortschritt ermöglicht es nicht nur, dass die Anzahl der Menschen, die ein hohes Lebensalter erreichen ständig zunimmt und der individuelle Wunsch nach einem langen Leben für die Mehrheit heute Realität wird. Der Fortschritt hat es auch ermöglicht, dass die Lebenserwartung in höheren Altersgruppen anteilig stärker als in den jüngeren Altersgruppen ansteigt und dass ein Erreichen eines hohen Alters für die Mehrheit zu einer erwartbaren Realität geworden ist.

Folie 1

Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung						
	Früheres Bundesgebiet			Neue Länder und Berlin-Ost		
	1949/51	1986/88	1998/2000	1952/53	1986/88	1998/2000
Männer:						
bei Geburt	64,56	72,21	75,08	65,06	69,75	73,48
60-Jährige	16,2	17,55	19,39	15,99	15,95	18,57
80-Jährige	5,24	6,06	7,08	5,03	5,19	6,62
Frauen:						
bei Geburt	68,48	78,68	80,93	69,07	75,81	80,35
60-Jährige	17,46	21,95	23,62	17,75	19,47	23,01
80-Jährige	5,57	7,57	8,51	5,48	6,21	8,24

Die grundlegenden Tendenzen dazu sind bekannt und auf Folie 1 zusammengefasst: Die Lebenserwartung Neugeborener hat sich seit den fünfziger Jahren bis heute bei den Mädchen von 69 Jahren auf 81,1 Jahre erhöht. Bei den Jungen stieg die Lebenserwartung von 65 Jahren auf 75,1 Jahre. Auf der Folie 1 sehen Sie außerdem, dass sich die vor 1990 existierenden Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Ost- und Westdeutschland inzwischen im Wesentlichen angeglichen haben. Innerhalb der letzten zwölf Jahre haben beispielsweise die ostdeutschen Frauen statistisch gesehen fünf Lebensjahre hinzugewonnen.

Damit stellt sich die Entwicklung der Bevölkerungszahlen älter Menschen und ihre Anteile an der Gesamtbevölkerung wie in Folie 2 folgt dar:

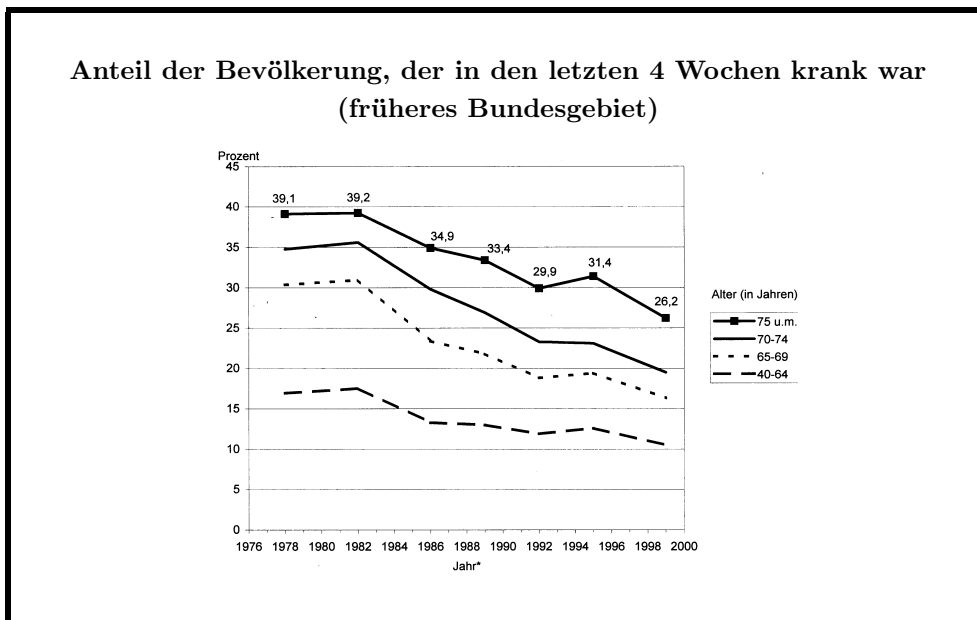
Folie 2

Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 1953 - 2000				
Alter	Bevölkerungszahl und -anteil			Zu- / Abnahme
	1953	1971	2000	1953-2000
Insgesamt	70.163.872	78.069.471	82.163.475	17,10%
60 u. älter	10.618.429	15.567.540	18.881.148	77,80%
80 u. älter	783.540	1.536.469	2.934.837	274,60%
90 u. älter	30.679	105.347	497.343	1521,10%
Insgesamt	100%	100%	100%	
60 u. älter	15,10%	19,90%	23,00%	7,8%-Pkte.
80 u. älter	1,10%	2,00%	3,60%	+2,5%-Pkte.
90 u. älter	0,10%	0,10%	0,60%	+0,5%-Pkte.

Quellen: 4. Altenbericht (BMFSFJ 2002)

Mit der Verlängerung der Lebenserwartung geht aber auch eine Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen in vielen Bereichen einher. Dies spiegelt sich beispielsweise in der gesundheitlichen Entwicklung. Der Gesundheitszustand von Älteren ist heute besser als der Zustand der vergleichbaren Altersgruppen vor einigen Jahren war.

Folie 3



Folie 3 stellt ein Ergebnisaus der repräsentativen Untersuchung „Mikrozensus“ dar. Seit mehreren Jahren wird regelmäßig die Frage erhoben „Waren Sie in den letzten vier Wochen krank?“.

Man erkennt, dass der Trend des Rückgangs von Erkrankungen über alle Altersgruppen hinweg sehr stabil ist und hat damit einen starken Indikator für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Kohortenvergleich. Es geht den 70- bis 75-Jährigen heute also

deutlich besser als vor einigen Jahren. Dies sagt aber noch nichts über die Frage aus, ob auch die durch die Verlängerung der Lebenserwartung gewonnen Jahre eher gesunde Jahre sind oder dem Leben mehr kranke Jahre hinzufügen.

Hier ist sich die Wissenschaft noch nicht einig. Es gibt aber Anzeichen, die einen vorsichtigen Optimismus rechtfertigen, dass die Krankheitsphasen am Ende des Lebens weiterhin nach hinten geschoben und dort sozusagen komprimiert werden.

Man könnte noch weitere Beispiele aus den Bereichen der „finanziellen Situation“ oder zu den „Wohnbedingungen Älterer“ hier vorlegen. Sie alle zeigen, dass es dem Sozialstaat zu verdanken ist, dass sich das Alter in weniger als 50 Jahren von einem prekären Lebensabschnitt zu einer Lebensphase entwickelt hat, die für die große Mehrheit der Älteren über lange Jahre mit guter Gesundheit und guter materieller Ausstattung verbunden ist. Man kann auf Grund der Verbesserung der Ressourcenausstattung der älteren Menschen also durchaus festhalten, dass die frühe Phase des Alters für viele tatsächlich die „Späte Freiheit“ darstellt, wie dies von dem Gerontologen Rosenmayr betitelt worden ist.

Man muss allerdings festhalten, dass die Ausweitung des Möglichkeitsspielraums im Alter, nicht nur durch die Verlängerung der Lebenserwartung begünstigt wird. Das Alter hat sich auch in Richtung der mittleren Lebensphase hin ausgedehnt. Das reale durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt heute bei rund 60 Jahren, also 5 Jahre unterhalb der regulären Renteneintrittsgrenze.

Neben der allgemeinen Verbesserung der Lebenssituation im Alter wurden die herrschenden Altersbilder aber auch durch die zunehmende Differenzierung der Altersphase beeinflusst. Die Lebenssituationen von älteren Menschen werden verschiedener und das Spektrum der möglichen Lebensweisen wird breiter. Es lässt sich nachweisen, dass sich auch im Alter die Lebensstile differenzieren. Kulturelle Unterschiede innerhalb der Gruppe der Älteren nehmen nicht nur durch das Hereinwachsen der Arbeitsmigranten in die höheren Altersgruppen zu. Aber auch bei der kognitiven Leistungsfähigkeit werden die Unterschiede innerhalb der Gruppe der älteren Menschen größer.

Auch wenn sich für den Bereich der finanziellen Situation wissenschaftlich nicht eindeutig klären lässt, ob die Differenzierung – sprich die soziale Ungleichheit – im Alter zunimmt oder abnimmt, muss man natürlich festhalten: Die in den Folien 4 und 5 dargestellte Ungleichverteilung von Einkommen aber auch besonders von Vermögen ist ein entscheidender Faktor der Differenzierung im Alter.

Wenn man sich die Schichtung der Nettoeinkommen für Ost- und Westdeutschland graphisch aufbereitet, fällt auf, dass das Einkommensspektrum eine breite Spreizung aufweist und es große Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt und die Einkommensunterschiede in Westdeutschland stärker ausgeprägt sind als in Ostdeutschland.

Folie 6 zeigt darüber hinaus, dass sich Quellen des Einkommens im Alter zwischen Ost- und Westdeutschland noch immer stark unterscheiden. Während in Ostdeutschland die gesetzliche Rentenversicherung die dominierende Einkommensquelle im Alter ist, spielen in Westdeutschland die Einkünfte aus Vermögen und sonstige Transferzahlungen, wie beispielsweise aus Betriebsrenten, eine bedeutende Rolle.

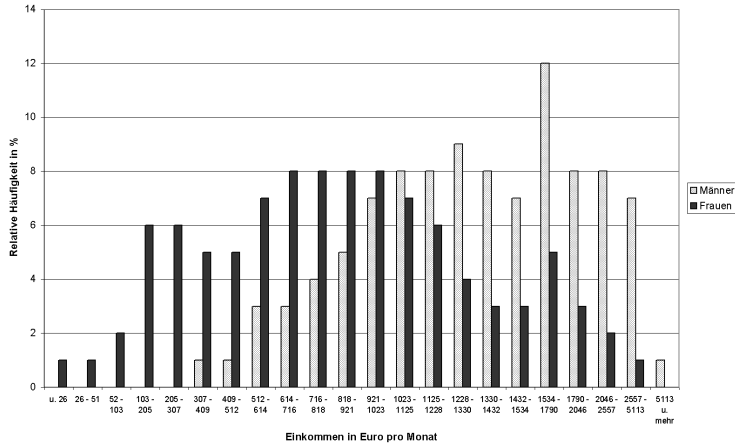
Spiegelt sich das anwachsende Wissen um die langfristig positive Grundentwicklung und die Differenziertheit der Lebenslagen im Alter in den heutigen Altersbildern wider? Hier gibt es widersprüchliche Hinweise. Ja, weil beispielsweise in der Fachöffentlichkeit und auch in der allgemeinen Öffentlichkeit das Wissen um die breite Spanne von Lebensformen im Alter stark angewachsen ist.

Schauen wir uns das **Altersbild in den Medien** an, so haben Untersuchungen gezeigt, dass es langsam zu Veränderungen kommt.

Die Defizitzuschreibung in den Medien, die in den 50er und 60er Jahren typisch für die

Folie 4

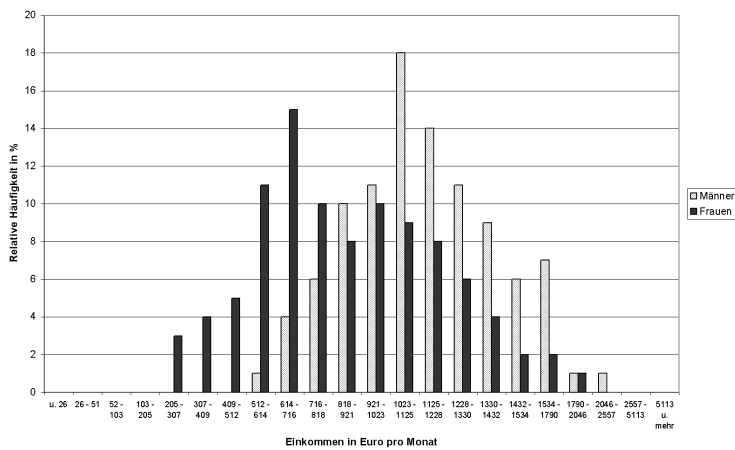
Schichtung des Nettoeinkommens von 65-Jährigen und Älteren – Westdeutschland 1999



Quelle: BMA 2001a, ASID 1999, eigene Darstellung.

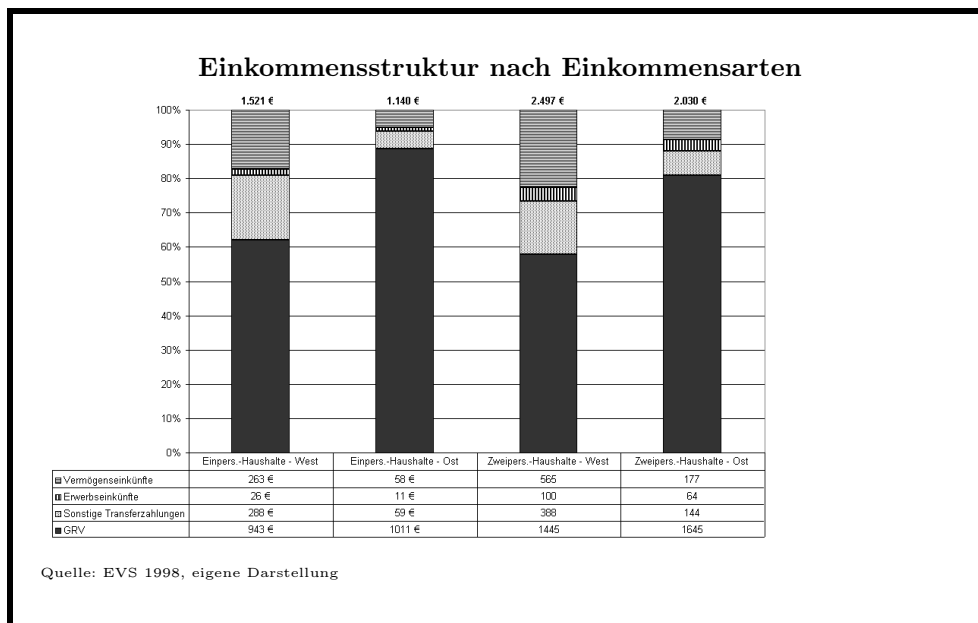
Folie 5

Schichtung des Nettoeinkommens von 65-Jährigen und Älteren – Ostdeutschland 1999



Quelle: BMA 2001a, ASID 1999, eigene Darstellung.

Folie 6



Berichterstattung zum Thema Alter waren, werden heute nach und nach durch differenziertere Aufbereitungen ersetzt. Die Themenvielfalt bei der Altersberichterstattung ist stark angestiegen. Das vermittelte Altersbild ist laut neuerer Studien differenzierter als in den Erhebungsjahren davor. Im Altersbild von Zeitschriften ist eine deutliche Zunahme von aktivitätsorientierten Berichten zu bemerken.

Allerdings muss man dazu anmerken, dass noch zu Beginn der 90er Jahre bemängelt wurde, dass Ältere Menschen in den Medien deutlich unterrepräsentiert waren (Niederfranke u. a. 1999). Die beschriebenen Verbesserungen in diesem Bereich gehen also von sehr niedrigen Ausgangsniveaus aus, sowohl was die Quantität der Berichterstattung als auch den durchschnittlichen Differenzierungsgrad der Berichterstattung angeht.

Die neueren Studien vermitteln also ein vorsichtig optimistisches Bild, was die Entwicklung der Medienpräsenz und der Qualität der Medienberichterstattung zum Thema Alter angeht (Filipp und Mayer 1999; Neufeld 1999).

Wie sehen die **Altersbilder von älteren Menschen** selbst aus?

Natürlich haben ältere Menschen selbst ein facettenreiches und ambivalentes Bild vom Alter. Es gibt ein Nebeneinander von positiven und negativen Bewertungen. Aber der Vergleich von älteren und neueren Studien weist darauf hin, dass die primär defizitorientierten Vorstellungen durch aktivitätsorientierte Modelle zwar vielleicht nicht vollständig ersetzt, aber so doch zumindest ergänzt werden.

Die Forschung hat gezeigt, dass sich die sogenannten „generalisierten Altersbilder“ – also was man allgemein vom Alter denkt – deutlich von den sogenannten „selbstbezogenen Altersbildern“ – also was man mit dem eigenen Alt-Sein in Verbindung bringt – unterscheiden.

Eine Studie zu generalisierten Altersbildern älterer Menschen hat vor einigen Jahren drei Typen von Altersbildern unterschieden: nämlich „überwiegend positives Altersbild“, „überwiegend negatives Altersbild“, „ambivalentes Altersbild“. Es zeigte sich, „dass etwa 42 Prozent aller Äußerungen [der Befragten] ein negatives Altersbild erkennen ließen, 39 Prozent beziehen sich auf positive Eigenschaften und Entwicklungen und rund 18 Prozent können als ambivalent eingestuft werden“ (Niederfranke u. a. 1999).

Im *generalisierten Altersbild* dominieren Beschreibungen wie „Passivität“ und „Unselbstständigkeit“, gefolgt von „Kräfteabnahme“, „Verzicht“ und „Krankheit“.

Im *selbstbezogenen Altersbild* dominieren hingegen positive Vorstellungen wie „Ruhe“, „Zeit haben“, „Kontakte pflegen“ und „Zukunftsorientierung“.

Die Forschungsergebnisse zu Fremd- und Selbstbild älterer Menschen lassen sich damit etwa wie folgt zusammenfassen: „Alt sind immer nur die anderen“.

Positive selbstbezogene Altersbilder spiegeln sich auch in den Ergebnissen von Befragungen zur Lebenszufriedenheit älterer Menschen. In internationalen Untersuchungen wurde die Lebenszufriedenheit bei Personen unterschiedlichen Alters erfragt. Es zeigte sich, dass 80 Prozent der jungen Erwachsenen angaben, „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ mit ihrem Leben zu sein – und dass in der Gruppe der über 65-Jährigen dieser Anteil mit 81 Prozent etwa genauso groß war (Diener und Suh 1999). Die hohe Stabilität des subjektiven Wohlbefindens bis in das hohe Alter legt die Vermutung nahe, dass ältere Menschen über eine Vielzahl von Ressourcen verfügen, mit denen sie Belastungswirkungen „puffern“ können. Ältere Menschen mit einem positiven Altersselbstbild scheinen eher in der Lage zu sein, mit Beeinträchtigungen und Selbstwertbedrohungen umzugehen (Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend 2001).

Der Alterssurvey, eine repräsentative Längsschnittstudie, deren zweite Befragungswelle zur Zeit vom Deutschen Zentrum für Altersfragen ausgewertet wird, hat untersucht, ab welchem Alter die Befragten eine Person als „alt“ bezeichnen würden. Diese Schwelle wird von der Mehrheit der Befragten beim Alter von 70 bis 75 Jahre gesetzt. Ein weiterer Befund des Alterssurveys ist, dass sich ältere Menschen rund zehn Jahre jünger fühlen, als sie es ihrem chronologischen Alter nach tatsächlich sind (Kohli und Künemund 2000).

Es gibt einen Bereich, bei dem die Differenzierungsfähigkeit zu Lebenslagen im Alter in der letzten Zeit gelitten hat. Diese polemische Einschätzung gründet sich nicht auf wissenschaftliche Studien, sondern auf die Wahrnehmung der politischen Diskussion dieses Sommers. Es geht um die Altersbilder in der Politik.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass übergeneralisierte Altersbilder oder –stereotype im *politischen Diskurs* in letzter Zeit wieder stärker zur Durchsetzung von Interessen funktionalisiert werden.

Wenn zur Zeit in der politischen Arena über die Entwicklung der wachsenden Anzahl älterer Menschen in der Gesellschaft gesprochen wird, hat man je nach Kontext, in dem dies geschieht, den Eindruck, die Lebenssituationen innerhalb der Gruppe der älteren Menschen verteilen sich nicht über ein breites Spektrum. Man kann stattdessen den Eindruck bekommen, es gibt entweder nur die Alten, die die Gesellschaft durch ihr ehrenamtliches Engagement retten und die finanziellen Probleme des Sozialstaates lösen sollen. Oder es gibt die Alten, die die Gesellschaft und den Sozialstaat ruinieren.

Lassen Sie mich dazu zwei Passagen aus dem 3. Altenbericht zitieren: „Der Diskurs über die Finanzierung des Sozialstaates einer demographisch alternden Gesellschaft zeigt sich als *dramatische Inszenierung*, die sich nicht selten an der Metapher der „Explosion“ orientiert. Mit dem Hinweis auf eine drohende „*Alterslast*“ werden Veränderungen im Bereich der Sozialversicherungssysteme begründet, wobei eine inhaltliche Beziehung zu den vorgeschlagenen Veränderungen nicht immer gegeben sein muss.“

und

„Auf der anderen Seite wird das sensible Thema der gesellschaftlichen *Nutzung des Humanvermögens*, das auch ältere und alte Menschen zweifelsohne darstellen, oftmals ... allzu vereinfachend zu instrumentalisieren versucht. Ob „altes“ oder „neues“ Ehrenamt, Selbsthilfegruppe oder freiwillige selbstorganisierte Tätigkeiten, ob familiäre oder außerfamiliäre Unterstützungsleistungen – das Humanvermögen des Sektors jenseits von Markt und Staat wird gerne auch als Ersatz für sozialstaatliche Leistungen gesehen. Dies geschieht bisweilen in Verbindung mit einer unzulässigen argumentativen Verkürzung – und insofern Missbrauch

– des in der Gerontologie entwickelten Leitbilds eines aktiven und produktiven Alterns“ (Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend 2001).

3 Folgen des zukünftigen demographischen Wandels für die pflegerische Versorgung

Über diese Kritik an der Instrumentalisierung von vereinfachten, polarisierenden Altersbildern hinaus möchte ich nun noch einen weiteren Kritikpunkt an der aktuellen politischen Diskussion zu Fragen der gesellschaftlichen Alterung nennen.

Meiner Ansicht nach ist die Diskussion zu stark auf die ökonomischen Fragen, insbesondere auf das Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben der Sozialversicherungszweige, reduziert. Die ökonomischen Herausforderung, die der demographische Wandel mit sich bringt, sind natürlich entscheidende Fragen, weil damit verbunden ist, in welchem Umfang zukünftig überhaupt Leistungen zu finanzieren sind. Mir scheint aber die strikte Trennung in der Diskussion von ökonomischen und versorgungspraktischen Fragen, wie dies im Auftrag an die Rürup-Kommission praktiziert wurde, nicht zielführend bei der politischen Diskussion um die Zukunft der Versorgung im Alter. Zu viele nicht-ökonomische Aspekte bleiben bei der aktuellen Diskussion außen vor. Auch die Fokussierung auf das Verhältnis von Erwerbstätigen zu Rentnern, also der über 65-Jährigen zu den unter 65-Jährigen, das zwar für die Finanzierung der Rente eine große Rolle spielt, verstellt den Blick darauf, dass für die Entwicklung der Pflege eine andere Altersgruppe viel interessanter ist: die Hochaltrigen mit ihren spezifischen Anforderungen an die Pflege. Die Folie 7 zeigt die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2050 für ältere Menschen und Hochaltrige.

Folie 7

Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 2002 - 2050				
Alter	Bevölkerungszahl und -anteil			Zu- / Abnahme
	2001	2020 ¹	2050 ¹	2000-2050 ¹
Insgesamt	82.440.300	82.822.100	75.117.300	-9%
60 u. älter	19.871.300	24.153.900	27.587.000	+39%
80 u. älter	3.334.320	5.727.000	9.124.670	+174%
Insgesamt	100%	100%	100%	
60 u. älter	24,10%	29,20%	36,70%	+12,6%-Pkt.
80 u. älter	4,00%	6,90%	12,10%	+8,1%-Pkt.
Altenquotient ²	43,9	54,8	77,8	

Quelle: 10. koord. Bevölkerungsvorausberechnung StBA 2003 (Variante 5)

¹ Die Angaben für die Jahre 2020 und 2050 sind Schätzwerte auf der Grundlage der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (Variante 5);

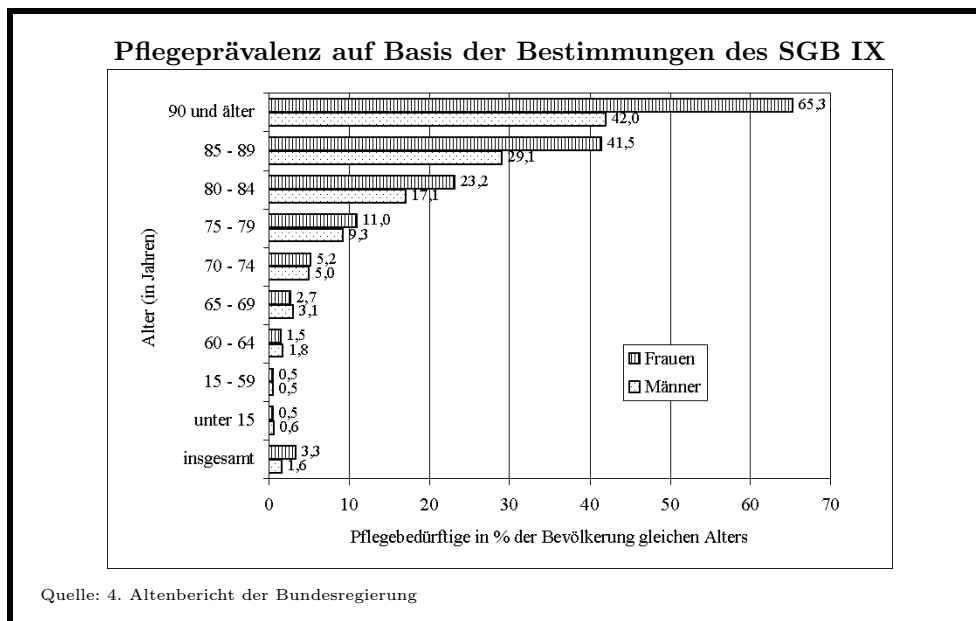
² Altenquotient: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren je 100 20- bis 59-Jähriger.

Die überdurchschnittlich steigende Zahl der Hochaltrigen hat natürlich Auswirkungen auf die Versorgung von älteren Menschen. Es kommt nicht nur zu einem steigenden quantitativen Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen. Es kommt auch zu Verschiebungen des qualitativen Bedarfs.

Prognosen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen sind mit Unsicherheiten verbunden und die Spannen, die sich innerhalb und zwischen den unterschiedlichen Prognosen finden, sind recht breit. Im Dritten Altenbericht der Bundesregierung (2001, S. 88) und im

Endbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ (2002) finden sich jeweils tabellarische Übersichten zu unterschiedlichen Prognosen. In der Regel werden die altersspezifischen Pflegeprävalenzraten als konstant gesetzt – also die Anteile der zu einem bestimmten Zeitabschnitt Pflegebedürftigen im Vergleich zur gesamten Bevölkerung des gleichen Alters verändert sich in den Prognosen nicht. Die Raten oder Anteile werden dann an die prognostizierte Bevölkerungsstruktur angelegt.

Folie 8



Zur Zeit verteilen sich die Anteile von Pflegebedürftigen in ihrer jeweiligen Altersgruppe etwa wie dies auf der Folie 8 zu sehen ist. Hier wird als Indikator für die Pflegeprävalenz auf die Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in ihrer jeweiligen Altersgruppe zurückgegriffen. Wenn man einen weiter gehenden Pflegebedürftigkeitsbegriff anlegt, der auch Gruppen mit einschließt, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, kommt man natürlich zu höheren Prävalenzraten. Aber bereits in dieser Darstellung ist das mit dem Alter deutlich steigende Risiko der Pflegebedürftigkeit zu erkennen.

Wenn man die aktuellen altersspezifischen Prävalenzraten auf die zu erwartende steigende Bevölkerungszahl in den höheren Altersgruppen überträgt, kommt man zu entsprechend stark steigenden Zahlen an Pflegebedürftigen. So geht das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung in ihren Prognosen von einer Zunahme der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 von 50 Prozent und bis zum Jahr 2050 von 147 Prozent aus (Schulz u. a. 2001). Die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ geht in einer ihrer Prognosen, die sich auf eine Expertise von Rothgang (2002) stützt, beispielsweise davon aus, dass sich die Anzahl der Pflegebedürftigen, gemessen an den Kriterien der Pflegeversicherung, bis zum Jahr 2040 um 76 Prozent erhöhen wird. Zu Grunde gelegt wird eine Verlängerung der Lebenserwartung von 3 Jahren bei den 60-Jährigen.

Wenn es aber gelänge, den Eintritt der Pflegebedürftigkeit je gewonnenem Jahr an Lebenserwartung um ein halbes Jahr nach hinten zu verschieben, so würde unter ansonsten gleich bleibenden Bedingungen, der Anstieg bis zum Jahr 2040 nicht 76 Prozent, sondern nur 40 Prozent betragen (Deutscher Bundestag 2002, S. 509). Das heißt vereinfacht gesagt: Gelingt es, die Menschen durch eine Verbesserung der allgemeinen Lebensumstände, der Arbeitsbedingungen, der Prävention und der medizinischen Versorgung länger gesund zu erhalten, würde es voraussichtlich weiterhin zu einer steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen kommen; der Anstieg an Pflegebedürftigen würde aber bei weitem nicht so dramatisch ausfallen, wie es die reine Bevölkerungsentwicklung suggeriert. Dazu müssen gesundheitspolitische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die dazu beitragen, dass die altersspezifi-

schen Prävalenzraten in Zukunft sinken. Der Prävention muss stärkeres Gewicht verleihen, wenn die Chance genutzt werden soll, die Folgen des demographischen Wandels abzufedern. Prävention ist dabei als Lebensspannen übergreifende Aufgabe zu verstehen.

Folie 9

Besondere Bedarfslagen bei der Versorgung älterer Menschen

- Multimorbidität
- Chronizität von Erkrankungen, häufig mit fortschreitendem Schweregrad (Progressivität)
- Demenzielle Erkrankungen
- Zusammenwirken von psychischen, somatischen Erkrankungen und sozialen Verlusten
- Versorgung von Sterbenden
- ...

Ich habe auf die überdurchschnittlich steigende Zahl der Hochaltrigen hingewiesen. Dieser Anstieg hat nicht nur quantitative Auswirkungen. Es kommt auch zur Verschiebung des *qualitativen* Bedarfs an Pflege und Gesundheitsleistungen.

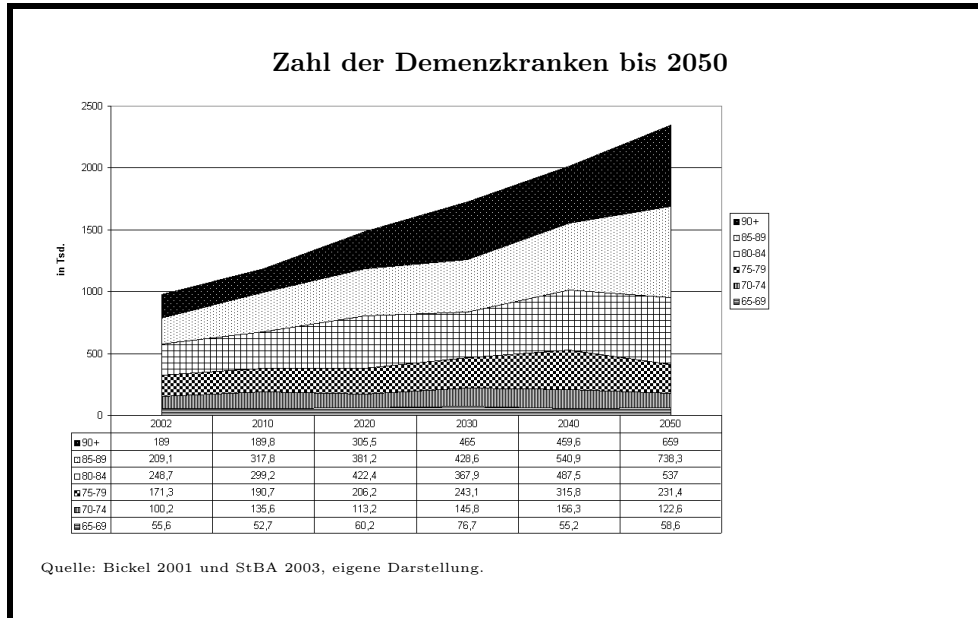
Das Krankheitsspektrum älterer Menschen ist durch **Multimorbidität** – also das gleichzeitige nebeneinander Bestehen von mehreren Erkrankungen – charakterisiert. Laut Ergebnissen der Berliner Altersstudie weisen über 30 Prozent der 70-Jährigen und Älteren 5 oder mehr behandlungsbedürftige Erkrankungen auf. Nicht alle diese Krankheiten werden von den älteren Menschen als Einschränkung ihrer Lebensqualität empfunden. Sie müssen in ihren Wechselwirkungen aber in medizinischen Behandlungs- und dem pflegerischen Versorgungsprozess berücksichtigt werden, um eine gute Versorgung zu gewährleisten (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 1996).

Auch die Pflege **chronisch Kranker** erfordert gegenüber der Pflege bei Akutkrankheiten besondere Kompetenzen. Dabei sind physische, psychische, familiäre und finanzielle Aspekte zu berücksichtigen. Auch die Einbeziehung der sozialen Unterstützungsnetzwerke der chronisch Kranken in die Pflege ist entscheidend für die Erhaltung beziehungsweise Förderung der Kooperationsbereitschaft des Patienten. Wir wissen, dass schlecht medizinisch begleitete chronische Krankheiten zu Funktionseinbußen und Pflegebedürftigkeit führen. Hier liegen noch unausgeschöpfte Potentiale in der Verbesserung der Chronikerversorgung (Deutscher Bundestag 2001).

Allein diese beiden Punkte zeigen die wachsende Bedeutung der geriatrischen und gerontologischen Wissensanteile in der Pflege. Und warum ist dies so wichtig? Ich habe vorhin auf die Bedeutung der Primärprävention hingewiesen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Hier möchte ich darauf aufmerksam machen, dass bei einer Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Begleitung von multimorbiden und chronisch kranken Patienten, fortschreitende Krankheitsverläufe häufig verlangsamt werden können. Damit wird zum einen die Lebensqualität der Patienten erhöht und zum anderen der mit höheren Schweregraden verbundene höhere Pflegeaufwand langfristig gesenkt bzw. der Anstieg in diesem Bereich gebremst.

Eine zunehmend wichtiger werdende Gruppe von Personen mit Pflege und Betreuungsbedarf ist die der **Demenzkranken**, der sich auch der vierte Altenbericht der Bundesregierung schwerpunktmäßig widmet (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002):

Folie 10



Die auf der Folie 10 dargestellte Prognose der Entwicklung der Demenzerkrankungen geht davon aus, dass kein Durchbruch bei der Prävention oder Behandlung der Demenz erfolgt und die Erkrankungsraten im Altersverlauf stabil bleiben. Dies wird hoffentlich so nicht eintreten, doch gibt es zur Zeit noch keine wirkungsvolle Therapie oder Präventionsmöglichkeit für die Demenzerkrankung.

Wie sieht die Prognose aus? Zur Zeit gibt es etwa 1 Millionen mittelschwer und schwer an Demenz erkrankte Menschen in Deutschland. Die Anzahl der mittelschweren und schweren Demenzfälle würde nach der hier dargestellten Variante bis zum Jahr 2050 auf 2,3 Millionen ansteigen.

Eine Variante die von größeren Zugewinnen bei der Lebenserwartung ausgeht kommt auf 2,7 Millionen mittelschwere und schwere Demenzfälle im Jahr 2050.

Für die Pflegenden gehen mit der Demenzerkrankung ihrer Angehörigen starke Belastungen einher. Die *Gesundheit* der Pflegenden wird durch die körperlichen und seelischen Anstrengungen in hohem Maß beeinflusst. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr und ausgeprägtere körperliche Beschwerden. Besonders vertreten sind Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden und depressiven Verstimmungen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002).

Ein weiterer Aspekt der Veränderung der Bedarfslagen in der Pflege ist, dass sich eine Verlängerung der Dauer von Pflegebeziehungen beobachten lässt. Während früher die Pflegebedürftigkeit überwiegend auf eine kurze Zeit vor dem Tod beschränkt war, sind heute – insbesondere durch die Zunahme der Demenzen – langjährige Pflegebeziehungen keine Ausnahme mehr.

Wir haben also eine Reihe von Faktoren, die auf steigende Belastungen von Pflegebedürftigen und Pflegenden in Zukunft hinweisen.

- Das informelle Pflegepotenzial nimmt langfristig ab. Kurzfristig sind aber keine gravierenden Veränderungen zu erwarten, da sowohl die Anzahl der zur Verfügung stehenden potenziellen Helfer, als auch deren Motivation nicht dramatisch zurück zu gehen scheint. Es wird aber in zwanzig bis dreißig Jahren dann doch zu einer deutlichen Schrumpfung des Pflegepotenzials kommen.

Diese vorläufige Entwarnung darf aber in den nächsten Jahren nicht dazu führen, dass man keine Anstrengungen unternimmt, um sich auf deutlich abnehmende informelle Pflege vorzubereiten.

- Die Belastung der informell Pflegenden nimmt auf Grund der sich verändernden Krankheitsprofile und der durchschnittlich ansteigenden Dauer der Pflegebeziehungen zu.

Es müssen in erster Linie Modelle ausgebaut werden, die es den pflegenden Angehörigen erlauben, ihre Belastung in einem solchen Rahmen zu halten, dass sie nicht überfordert werden und ihre Pflege, wenn die Bereitschaft vorhanden ist, möglichst lange aufrechterhalten können (Schmidt 2003, S. 41).

- Neue intelligente Mischungen aus familialer, professioneller und ehrenamtlicher Pflege können zur langfristigen Stabilisierung von Pflegearrangements einen bedeutenden Beitrag leisten. Pflegemix und Kooperation sind hier die Stichworte.

Für die zukünftige Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung lassen sich aus dem dargestellten folgende Schlüsse ziehen:

Das ambulante und stationäre Angebot muss differenzierter werden: Die ambulanten Pflegedienste konzentrieren sich, aus ökonomischen Gründen, auf den „klassischen Pflegeversicherungspatienten“. So hat sich die Situation in den letzten Jahren zwar insgesamt entspannt, Probleme gibt es aber bei Pflegebedürftigen mit dazu abweichenden spezifischen Bedarfsprofilen. Sie finden vielerorts nicht die notwendigen anspruchsvollen Angebots- und Leistungsprofile und es fehlt Ihnen an der spezifischen Beratung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001).

Es geht im Wesentlichen um vier Gruppen:

- **Psychisch erkrankte ältere Menschen:** auf die steigende Zahl der Demenzkranken habe ich hingewiesen. Es geht aber auch um die Gruppe der alternden Patienten, die bereits lang andauernde psychische Erkrankungen oder geistige Behinderungen aufweisen.
- **Schwerkranke:** Schwerkranke und Patienten mit technikintensivem Pflegebedarf spielen im ambulanten Pflegealltag zahlenmäßig bislang nur eine marginale Rolle. Ihre Pflege benötigt hohe medizinische pflegerische Kompetenz, ist aber gleichzeitig mit hohem Interaktions- und Verständigungsaufwand mit Ärzten und sozialem Umfeld des Patienten verbunden. Auf Grund der Einführung der DRGs ist aber eine Pluralisierung des Angebots nicht nur im Hinblick auf die älteren Menschen als Klientel notwendig, sondern die Nachfrage nach spezialisierten ambulanten Leistungen wird allgemein mit der weiteren Senkung der Verweildauern in den Krankenhäusern unweigerlich steigen.
- **Sterbende:** Der Großteil der Bevölkerung beendet das Leben nach wie vor in stationären Einrichtungen, besonders im Krankenhaus. Es hat in den letzten Jahren eine Reihe von Initiativen gegeben, die die Möglichkeiten unter guter ambulanter Versorgung zuhause sterben zu können verbessern sollte. Deutschland hat im Ausbau der Hospizdienste, der Sterbebegleitung und der Schmerztherapie aber nach wie vor einen großen Nachholbedarf. Dies gilt nicht nur für den ambulanten Bereich sondern auch für die stationären Einrichtungen.

- **Migranten:** In Zukunft wird die Versorgung älterer Migranten zu einer wachsenden Aufgabe. Es gibt eine Reihe von Zugangsbarrieren für diese Gruppe. Wenn Migranten in Diensten oder Einrichtungen auftauchen fehlt es bislang häufig an den nötigen Kompetenzen für eine kultursensible Pflege.

Neben den ambulanten Pflegediensten braucht es aber den Ausbau der weiteren ambulanten Infrastruktur, die auf die Unterstützung von häuslichen Pflegearrangements zielen.

Die derzeitige Unterstützungs- und Versorgungsstruktur für pflegebedürftige Personen ist noch zu stark von der scharfen Abgrenzung zwischen „häuslicher Versorgung“ versus „stationärer Versorgung“ geprägt. Dies gilt sowohl für das Gesundheitswesen wie für die Pflegeversorgung.

Die Potenziale der zwischen ambulantem und stationärem Sektor liegenden Angebote werden bislang noch zu wenig ausgeschöpft: Also zum Beispiel die Angebote der geriatrischen und gerontopsychiatrischen **Tageskliniken**, der **ambulanten Rehabilitation** sowie der **Tages- und Nachtpflege**.

Aber auch in der stationären Versorgung muss für mehr Flexibilität in den Angeboten gesorgt werden. Das Angebot in den Heimen muss besser auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Bewohnergruppen ausgerichtet werden. Daneben wird der Bedarf an neuen Formen des „betreuten Wohnens“ und an Wohngemeinschaften beispielsweise für Demenzkranke wachsen. Hier dürfen die gesetzlichen Regelungen, die zur Sicherung der Qualität in großen Heimen gedacht sind, nicht die Entwicklung von kleineren bedarfsgerechten stationären Versorgungsformen behindern.

Um noch einmal den weiten Bogen zurück zu den Altersbildern zu schlagen: Ich würde mir wünschen, dass die Diskussion sachlicher geführt und Risiken wie auch Chancen der demographischen Alterung gleichzeitig in den Blick genommen werden. Einseitige, stereotype Altersbilder und Vorstellungen über die altersgewandelte Gesellschaft sind für die Bewältigung der Anpassungsnotwendigkeiten im Pflegebereich nicht hilfreich und sollten in politischen und gesellschaftlichen Diskussionen nicht zur Durchsetzung von Einzelinteressen missbraucht werden.

Literatur

[Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend 2001] BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE; SENIOREN; FRAUEN UND JUGEND: *Alter und Gesellschaft. Dritter Altenbericht zur Lage der älteren Generation*. Berlin; BMFSFJ, 2001

[Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend 2002] BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE; SENIOREN; FRAUEN UND JUGEND: *Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation*. Berlin; BMFSFJ, 2002

[Deutscher Bundestag 2001] DEUTSCHER BUNDESTAG: *Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*. Bonn; Bundesanzeiger Verl., 2001 (Drucksache; 14/5660)

[Deutscher Bundestag 2002] DEUTSCHER BUNDESTAG: *Zur Sache*. Bd. 3/2003: *Endbericht der Enquete-Kommission Demographischer Wandel*. Berlin, 2002

[Diener und Suh 1999] DIENER, E. ; SUH, E. M.: National differences in subjective well-being. In: KAHNEMAN, Daniel (Hrsg.): *Well-being*. New York, 1999, S. 434–450. – 22. 0039

- [Filipp und Mayer 1999] FILIPP, S. H. ; MAYER, A. K.: *Bilder des Alters Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen*. Stuttgart; Berlin; Köln; Kohlhammer, 1999
- [Kohli und Künemund 2000] KOHLI, M. ; KÜNEMUND, H.: *Die zweite Lebenshälfte Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters- Survey*. Opladen; Leske u. Budrich, 2000 (Lebenslauf - Alter - Generation; Bd. 1)
- [Neufeld 1999] NEUFELD, H.: Altersbilder in der Tagespresse. In: GESCHÄFTSSTELLE ZUM INTERNATIONALEN JAHR DER SENIOREN (Hrsg.): *Vorbereitung Internationales Jahr der Senioren 1999*. Bonn, 1999, S. 120–136
- [Niederfranke u. a. 1999] NIEDERFRANKE, A. ; SCHMITZ-SCHERZER, R. ; FILIPP, S. H.: Die Farben des Herbstes Die vielen Gesichter des Alters heute. In: NIEDERFRANKE, Annette (Hrsg.) ; NAEGELE, Gerhard (Hrsg.) ; FRAHM, Eckart (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 1*. Opladen, 1999, S. 11–50. – 99. 0575 (Lit.)
- [Rothgang 2002] ROTHGANG, H.: Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte Endbericht zu einer Expertise für die Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestags. In: ENQUETE-KOMMISSION DEMOGRAPHISCHER WANDEL (Hrsg.): *Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik*. Heidelberg, 2002, S. 1–254
- [Schmidt 2003] SCHMIDT, Roland: Pflegepolitik in system- und sektorenübergreifender Perspektive. In: KLIE, Thomas (Hrsg.) ; BUHL, Anke (Hrsg.) ; ENTZIAN, Hildegard (Hrsg.) ; SCHMIDT, Roland (Hrsg.): *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen*. Frankfurt am Main : Mabuse-Verlag, 2003, S. 27–43
- [Schulz u. a. 2001] SCHULZ, Erika ; LEIDL, Reiner ; KÖNIG, Hans-Helmut: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050 / Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. 2001 (Diskussionspapier Nr. 240). – Forschungsbericht
- [Steinhagen-Thiessen und Borchelt 1996] STEINHAGEN-THIESEN, E. ; BORCHELT, M.: Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: MAYER, Karl U. (Hrsg.) ; BALTES, Paul B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin, 1996 (Forschungsberichte der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften; Bd. 3), S. 151–183