

François Höpflinger (www.hoepflinger.com)

Langlebigkeit und Hochaltrigkeit. Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen

Lebenslagen im Alter- demographisch-gesellschaftliche Wandlungen

Der demographische Wandel – namentlich das Altern geburtenstarker Nachkriegsjahrgänge sowie eine erhöhte Lebenserwartung im Alter – führen einerseits dazu, dass sich Zahl und Anteil älterer Menschen rasch erhöhen (quantitative Dimension). Gesellschaftliche Veränderungen tragen andererseits dazu, dass sich Lebenslagen und Einstellungen älterer Menschen in bedeutsamer Weise verändern (qualitative Dimension). Da sich Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen auch in späteren Lebensphasen –nach der Pensionierung – durchgesetzt haben und gleichzeitig mehr Menschen ein sehr hohes Alter (von 90 Jahren und mehr) erreichen, kam es zu einem Prozess der horizontalen und vertikalen Differenzierung der Lebenslagen im Alter:

Eine horizontale Differenzierung des Alters ergibt sich, weil sich wirtschaftliche Ressourcen, soziale Lebenslagen und Aktivitätsmuster gleichaltriger Frauen und Männer unterscheiden. Wirtschaftlich, sozial, kulturell, aber auch gesundheitlich finden sich zwischen gleichaltrigen Personen enorme und teilweise anwachsende Unterschiede und Ungleichheiten (die oft aus Ungleichheiten in früheren Lebensphasen herrühren, teilweise aber auch altersbedingte Ursachen aufweisen). Die Heterogenität des Alterns ist ein zentraler Ausgangspunkt jeder sozialgerontologischen Tätigkeit, da Heterogenität einschließt, dass Soziale Arbeit, Pflege und Gesundheitsförderung im Alter zielgruppenspezifisch orientiert sein müssen.

Eine vertikale Differenzierung des Alterns ergibt sich, weil in einer Gesellschaft mit hoher Lebenserwartung verschiedene Phasen des Alters zu unterscheiden sind, da 90-jährige Menschen mit anderen Lebensfragen konfrontiert sind als 65-jährige Personen. Entsprechend weist Soziale Arbeit, aber auch gesundheitliche und pflegerische Beratung und Betreuung von 65- oder 70-jährigen Menschen ein anderes Gesicht auf als die Soziale Arbeit für oder die Pflege von 90-jährigen oder älteren Menschen. Begriffe wie ‚junge Alte‘ versus ‚alte Alte‘ oder die Unterscheidung in ein drittes Lebensalter (gesundes Rentenalter) und ein viertes Lebensalter (fragiles Alter, Hochaltrigkeit) sind Versuche, die historisch völlig neue vertikale Differenzierung des Alterns konzeptuell anzugehen.

Gesellschaftlich zeichnen sich seit Ende des 20. Jahrhunderts zwei zentrale Entwicklungen ab, die sich im 21. Jahrhundert verstärken werden: Erstens hat sich die gesunde Lebenserwartung ausdehnt, oft auf viele Jahre nach dem Rentenalter. Zweitens sind – dank besserer Gesundheit und wirtschaftlicher Absicherung grosser Teile älterer Menschen –aktive Lebenshaltungen im Rentenalter häufig geworden. 2010 identifizierten sich beispielsweise 69% der 65-74-jährigen Personen in der Schweiz mit dem Lebenswert ‚neue Ideen/Kreativität‘. Die heutigen älteren Menschen – die ‚neuen Alten‘ - sind vielfach gesünder, dynamischer, aktiver und selbstbewusster als frühere Generationen. Entsprechend unterscheidet man immer häufiger zwischen den ‚jungen Alten‘ und ‚alten Alten‘. Darin widerspiegelt sich eine zentrale, wenn auch sozial heikle Zweiteilung der späteren Lebensjahre: Die ‚jungen Alten‘ –kompetenzorientiert wahrgenommen – sind nicht ‚richtig alt‘, sondern sie geniessen noch alle Freiheiten des späten Lebens. ‚Wirklich alt‘ wird man erst, wenn funktionale Probleme zu Mobilitäts-einschränkungen – etwa zur Aufgabe des Autofahrens – oder zum Wechsel in eine ‚altersgerechte‘ Wohnform zwingen. Das Alter beginnt sozial mit 60/65, aber ‚richtig alt‘ fühlen sich Menschen erst viel später, und zwar dann, wenn sie von Hilfe und Pflege abhängig werden (oder abhängig gemacht werden). Für die grosse Mehrheit heutiger Menschen beginnt dies erst nach dem 80./84. Lebensjahr.

Langlebigkeit - sozio-demographische Trends

Die Wahrscheinlichkeit, nicht nur lange, sondern sehr lange zu leben, hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht: Während von den 1900 geborenen Männern nur 22% das 80. Altersjahr erreichten und nur 5% den 90. Geburtstag feiern konnten, dürften bei den 1940 geborenen Männer 55% den 80. Geburtstag und 24% den 90. Geburtstag erleben. Noch höher sind die entsprechenden Zahlen bei den Frauen: Der Anteil der Frauen, die den 80. Geburtstag feiern können, hat sich von 38% (Geburtsjahrgang 1900) auf voraussichtlich 71% (Geburtsjahrgang 1940) erhöht, und der Anteil derjenigen, welche das 90. Altersjahr erleben, von 13% (für die 1900 Geborenen) auf voraussichtlich 41% (bei den 1940 Geborenen) (vgl. Menthonnex 2010). Und wer heute 90 Jahre alt wird, lebt im Durchschnitt noch weitere 4.2 Jahre (Männer) bzw. 4.8 Jahre (Frauen). Ein Anstieg der Lebenserwartung zeigt sich seit den 1980er Jahren sogar bei den höchstbetagten Menschen. So stieg die durchschnittliche Lebenserwartung 99-jähriger Frauen von 1986 bis 2010 von 1.5 auf 3.4 Jahre an, und bei den 99-jährigen Männern von 1.9 auf 3.5 Jahre. Das in der Schweiz erreichte Höchstalter – welches zwischen 1880 und 1920 bei 102 Jahren lag – erhöhte sich auf derzeit 110 Jahre (Robine, Paccaud 2005).

Die Zahl von hundertjährigen und älteren Menschen ist zwischen 1970 bis 2000 von 61 auf 787 Personen angestiegen, um sich bis 2013 nochmals nahezu zu verdoppeln, auf 1500 Personen. 77% davon sind Frauen (vgl. auch Schmid Botkine 2012). Die Zahl der sehr alten Menschen wird sich weiter rasch erhöhen. Vorstellungen, dass sich eine obere Grenze – im Sinne einer nicht überschreitbaren maximalen Lebensspanne von Menschen – abzeichnet, haben sich immer wieder als falsch erwiesen.

Ein hohes Alter zu erleben, wird somit immer häufiger, und aufgrund Prozesse der demographischen Alterung (weniger Nachkommen und höhere Lebenserwartung im Alter) gehört die Gruppe der 80-jährigen und älteren Bevölkerung zur am schnellsten anwachsenden Altersgruppe der Schweiz. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung bilden die Frauen in dieser Altersgruppe klar die demographische Mehrheit. Mit steigendem Alter erhöht sich der Trend zur ‚Feminisierung des Alters‘ und 84% der 100-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz sind Frauen. Der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen an der schweizerischen Wohnbevölkerung dürfte nach dem aktualisierten Trendszenario zwischen 2010 bis 2030 von gut fünf Prozent (4.9%) bis 2030 auf 7.8% ansteigen, um 2050 einen Wert von 12.1% zu erreichen (vgl. Bundesamt für Statistik 2010). Intergenerationell ergibt sich daraus eine wesentliche Ausdehnung der gemeinsamen Lebensspanne familialer Generationen (vgl. Puur et al. 2011). Trotz später Familiengründung in der Schweiz steigt etwa die Zahl von Ur-Grosseltern rasch an und Vier-Generationen-Familien gewinnen immer mehr an Bedeutung.

Da die Zunahme der Lebenserwartung im Alter häufig unterschätzt wurde, mussten Szenarien zur Entwicklung der Zahl alter Menschen immer wieder nach oben angepasst werden. Ging beispielsweise das Bundesamt für Statistik bei seinem Referenzszenario 2000-2060 davon aus, dass 2030 in der Schweiz gut 67'400 Menschen 90-jährig und älter sein werden, wird beim neuesten Referenzszenario 2010-2060 für 2030 von nahezu 148'000 90-jährigen und älteren Menschen ausgegangen (vgl. Bundesamt für Statistik 2010). Die veränderten Werte haben enorme Auswirkungen auf die Planung von Pflegeleistungen oder auf die Rentensysteme (da Langlebigkeit die Auszahlungsdauer von Renten erhöht). 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.

Nach dem aktualisierten Referenzszenario A-00-2010 des Bundesamts für Statistik dürfte sich der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen an der schweizerischen Wohnbevölkerung zwischen 2010 und 2030 von 17.2% auf 24.0% erhöhen, um weiter anzusteigen, auf 27.7% im Jahre 2050. Ein besonders starker zahlenmässiger Anstieg wird sich bei hochaltrigen Menschen ergeben, und der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen an der schweizerischen Wohnbevölkerung steigt nach dem aktualisierten Trendszenario zwischen 2010 bis 2030 von gut fünf Prozent (4.9%) bis 2030 auf 7.8%, um 2050 einen Wert von 12.1% zu erreichen.

Unter intergenerationellen Gesichtspunkten stehen bei sehr alten Frauen und Männer vor allem zwei Aspekte im Zentrum: a) die Wirkung früherer Generationenprägungen und b) eine Veränderung der Stellung im gesellschaftlichen Generationenzusammenhang (vgl. Höpflinger 2011b):

Je älter Menschen werden, desto weiter greifen ihre persönlichen Erinnerungen in vergangene Gesellschafts- und Kulturepochen zurück und Gespräche mit sehr alten Menschen bieten Einblick in vergangene Zeitepochen. Gleichzeitig werden Leben und Werthaltungen alter Menschen durch vergangene lebensgeschichtliche Rahmenbedingungen mitgeprägt. Manche heute hochaltrige Menschen haben beispielsweise eine vergleichsweise harte Kindheit und Jugend (in Armut und Not) erfahren, und sie wuchsen oft in traditionell bäuerlich-gewerblichen Milieus oder in Arbeiterkreisen auf. Viele hochaltrige Frauen, aber auch manche hochaltrige Männer, konnten aus wirtschaftlichen Gründen keine weiterführende Ausbildung absolvieren, was später auch die wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen im Alter reduziert hat. So sind Hochaltrige wirtschaftlich insgesamt weniger gut abgesichert als spätere Generationen, da sie noch weniger vom Wohlstandsgewinn der Nachkriegsjahrzehnte zu profitieren vermochten. Die Prägung durch heute verschwundene Sprachformeln, Höflichkeitsgebräuche oder normativ-religiöse Werthaltungen führt dazu, dass im Kontakt zwischen hochaltrigen Menschen und jüngeren Menschen ausgeprägte Generationendifferenzen zu überwinden sind. Hochaltrige Menschen können dies durchaus positiv erleben, etwa als Erfahrung eines gesellschaftlichen Fortschritts und Zufriedenheit darüber, dass es die jüngere Generation ‚einfacher hat‘. Es können aber auch negative Gefühle entstehen, wie Trauer über eine verlorene Jugend oder fehlende eigene Lebenschancen sowie - im Sinne eines gewissen intergenerationalen Neides - Vorbehalte gegenüber Jüngeren, die wirtschaftlich besser gestellt sind oder ‚verwöhnt werden‘

Eine zentrale Herausforderung der Arbeit mit sehr alten Menschen besteht deshalb darin, dass jüngere Personen kompetent mit Menschen umgehen, die einen gänzlich anderen sozio-kulturellen Erlebnishintergrund aufweisen, und im hohen Alter kumulieren und verstärken sich die sozio-kulturellen Generationendifferenzen in positiver wie negativer Weise. Gleichzeitig bedeutet die erhöhte körperliche, psychische und soziale Fragilität eines hohen Lebensalters, dass die Kompetenzen, sich aktiv auf jüngere Menschen einzustellen, eher abnehmen. Im hohen Lebensalter können Generationendifferenzen oft nicht mehr von den ältesten Menschen selbst aktiv bewältigt werden, sondern zentral ist eine Anpassung der jüngeren Generation (etwa des Pflegepersonals) an die Lebensgeschichte und Werthaltungen der Vertreterinnen alter Generationen (Petzold, Horn, Müller 2011).

Durchschnittliche Lebenserwartung in der Schweiz

	Durchschnittliche Lebenserwartung				
	bei Geburt	im Alter von:			
		60 J.	70 J.	80 J.	90 J.
A) Männer:					
1889/1900	45.7	12.5	7.6	4.1	2.2
1958/63	68.7	16.2	10.0	5.5	2.8
1997/98	76.5	20.6	13.1	7.3	3.9
1999/2000	76.9	20.8	13.3	7.4	3.9
2012	80.5	23.2	15.2	8.4	3.8
B) Frauen:					
1889/1900	48.5	13.0	7.7	4.2	2.4
1958/63	74.1	19.2	11.7	6.1	3.1
1997/98	82.5	25.0	16.5	9.1	4.3
1999/2000	82.6	25.0	16.5	9.1	4.3
2012	84.7	26.5	17.8	10.0	4.4

Quelle: Schweiz. Sterbetafel. Statistische Jahrbücher der Schweiz

Lebenserwartung insgesamt und gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren: Schweiz und ihre Nachbarländer 2012

	Frauen		Männer	
	A	B	A	B
Deutschland	21.2	6.9	18.2	6.7
Frankreich	23.8	10.4	19.3	9.5
Italien	22.6	7.2	18.8	7.8
Österreich	21.3	9.5	18.1	8.9
Schweiz	22.3	14.2	19.3	13.6

A: Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter 65.

B: Gesunde Lebensjahre mit Alter 65: Eine gesundheitliche Verfassung wird als Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/ Beschwerden definiert und anhand einer Selbsteinschätzungsfrage gemessen.

Quelle: Eurostat

Ausweitung intergenerationeller Lebensspannen

Die erhöhte Lebenserwartung älterer Frauen und Männer hat zu einer Ausweitung der gemeinsamen Lebensspanne familialer Generationen beigetragen, namentlich bezüglich weiblicher Familienmitglieder (Haber Kern, Schmid et al. 2012). Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts nur um die Hälfte der 25-Jährigen noch beide Eltern besaßen, sind es zu Beginn des 21. Jahrhunderts um die neunzig Prozent. Das Absterben der Eltern generation – häufig zuerst des Vaters – erfolgt gegenwärtig erst im mittleren Lebensalter. Gut sechzig Prozent der 40-Jährigen haben heute noch beide Eltern und nur gut vier Prozent keine Eltern mehr (im Gegensatz zu über vierzig Prozent hundert Jahre früher) (Wanner 2006). Der Verlust des letzten Elternteils erfolgt primär zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr. Auch die gemeinsame

Lebensspanne von Grosseltern und Enkelkindern hat sich ausgeweitet und heutige Kinder und Teenager erleben mehrheitlich gute Beziehungen zu oft noch aktiven und gesunden Grosseltern (Höpflinger et al. 2006).

Kombiniert mit rückläufiger Nachkommenschaft haben die Prozesse der Ausweitung intergenerationeller Lebensspannen zu einer verstärkten Vertikalisierung der familialen Verwandtschaftsstrukturen geführt (weniger horizontale Verwandtschaftsbeziehungen, längere gemeinsame Lebensspanne in intergenerationeller Hinsicht). Damit wurden früher seltene und rollentheoretisch zweideutige familiäre Rollenkombinationen häufiger, etwa wenn eine 45-jährige Frau gleichzeitig die Mutter eines heranwachsenden Sohnes und das 'Kind' betagter Eltern ist. Daraus können sich neuartige Rollenkonflikte ergeben, wie dies in der Metapher der „Sandwichgeneration“ angesprochen wird (Perrig-Chiello 2011). Dank gestiegener behinderungsfreier Lebenserwartung hat sich die Phase der Pflegebedürftigkeit alter Eltern nach hinten verschoben, so dass eine Mehrheit der Eltern erst pflegebedürftig werden, wenn die intensivste Phase des Familienlebens der nachkommenden Generation abgeschlossen ist (Schmid 2012: 147). Es verbleibt jedoch die Tatsache, dass Altern und Sterben der Elterngeneration bedeutsame und durchaus ambivalent erlebte Lebensereignisse darstellen: Das Altern der Eltern ist einerseits ein Ereignis, das sich der Kontrolle und Verantwortlichkeit der inzwischen erwachsen gewordenen Töchter und Söhne weitgehend entzieht. Andererseits erzeugt es eine hohe direkte wie indirekte persönliche Betroffenheit, weil damit das eigene Altern vorgezeichnet wird. Das Altern der Eltern ist für die nachkommende Generation sozusagen der Schatten der eigenen Zukunft und zwar im positiven und im negativen Sinne. Ein geglücktes und glückliches Altern der eigenen Eltern stärkt die Hoffnung auf ein gleichermassen erfolgreiches Altern. Ein unglückliches oder durch körperlich-geistige Pflegebedürftigkeit beschwertes Altern von Mutter oder Vater kann Ängste vor dem eigenen Alter hervorrufen, aber auch den Wunsch und das Bestreben, sein eigenes Alter anders vorzubereiten und zu gestalten als dies bei den eigenen Eltern beobachtet wurde. Pflege alter Menschen ist häufig intergenerationell eingebettet, wobei vor allem in Stresssituationen etablierte intergenerationelle Bindungsmuster erneut in den Vordergrund treten (Perrig-Chiello, Höpflinger 2012: 148ff.).

Verzögerter intergenerationeller Vermögenstransfer von Alt zu Jung

Gesamtwirtschaftlich betrachtet trägt die Ausweitung der intergenerationellen Lebensspanne zu einer Verzögerung der intergenerationellen Vermögenstransfers bei. Nach den Daten des NFP 52-Projektes ‚Erben in der Schweiz‘ fliessen schätzungsweise gut 2.6% des privaten Reinvermögens der Schweiz via Erbschaften zurück und die Gesamterbsumme dürfte bei 6-7% des Bruttoinlandprodukts liegen. Insgesamt erben Haushalte in der Schweiz mehr als sie selber ersparen und Erbschaften sind ein bedeutsamer Faktor der privaten Vermögensakkumulation. Dazu kommen vorzeitige Vermögensübertragungen und Schenkungen an die nachkommenden Generationen. Sie dürften nochmals einen Fünftel bis einen Viertel des Erbvolumens ausmachen. Da es sich bei Erbschaften vor allem um Erbschaften von den Eltern handelt, erfolgen solche intergenerationelle Vermögensübertragungen hauptsächlich und mit steigender Tendenz erst nach dem 50. Lebensjahr erbberechtigter Personen. Gingen 1980 noch fast die Hälfte der Erbschaften an Personen unter 50 Jahren, so sind es heute nur noch rund ein Drittel.

Erbschaften dienen auf diese Weise immer weniger dem Aufbau einer eigenen beruflichen Existenz oder zur Familiengründung, sondern häufiger zur – sozial selektiven - weiteren Absicherung der Altersversorgung oder zur Finanzierung spät- und nachberuflicher Konsum- und Freizeitwünsche. Eine teilweise Kompensation später Erbschaften ergibt sich teilweise durch finanzielle Transfers (Darlehen, Geschenke, Schenkungen) zu Lebzeiten. Die Schweiz

gehört intereuropäisch zu den Ländern in der sowohl häufig geerbt wird als auch häufig grössere intergenerationelle Schenkungen erfolgen. Allerdings tragen solche intergenerationellen Transfers (Schenkungen und Erbschaften) dazu, dass ökonomische Ungleichheiten innerhalb von Altersgruppen zusätzlich gestärkt werden. „Da die Weitergabe des Vermögens von einer Generation an die nächste generell innerhalb von Familien vorgenommen wird, führen diese Übertragungen aus einer Familienperspektive nicht unbedingt zu einer Veränderung der Ungleichheit. Arme Familien bleiben arm, reiche Familien bleiben reich.“ (Szydlik 2012: 68) Familiäre Geldströme verlaufen zwar gegenläufig zu sozialpolitischen Geldströmen – nicht von Jung zu Alt, sondern von Alt zu Jung bzw. bei Erbschaften von den ‚alten Alten‘ zu den ‚jungen Alten‘, sie sind jedoch sozial sehr selektiv.

Das vierte Lebensalter als das ‚wirkliche Alter‘?

Zwei zentrale Prozesse der letzten Jahrzehnte – erhöhte Lebenserwartung einerseits und Strukturwandel des Alters – haben dazu beigetragen, dass vermehrt zwischen dem dritten Lebensalter bzw. den ‚jungen Alten‘ und dem vierten Lebensalter bzw. den ‚alten Alten‘ differenziert wird. Zum einen unterscheidet sich die Lebensgestaltung der neu pensionierten Frauen und Männer wesentlich von der Lebenssituation hochaltriger Menschen. Zum anderen gelten gerontologische Kompetenz- und Ressourcenmodelle – welche das Bild der ‚jungen Alten‘ prägen – nur bedingt für hochaltrige Menschen. Ab wann das hohe Alter bzw. die Hochaltrigkeit beginnt, ist angesichts der ausgeprägten Heterogenität von Alternsprozessen umstritten, aber im Übergang vom höheren zum hohen Alter – vielfach zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr – steigen die Risiken gesundheitlicher Einschränkungen und sozialer Verluste (Partnerverlust u.a.) deutlich an. Trotz positiver persönlicher Entwicklungsmöglichkeiten ist das hohe Lebensalter – auch in der Wahrnehmung der Menschen selbst – durch eine vermehrt negative oder zumindest zweideutige Gesamtbilanz gekennzeichnet, vor allem im Kontrast zu den positiven Trends bei den ‚jungen Alten‘ (vgl. Höpflinger 2011a, Karl 2012). Die Lebenssituationen der Hochbetagten markieren „eine biographische und soziale Realität, in der die Grenzen der individuellen wie gesellschaftlichen Plastizität des Alternsprozesses deutlich werden.“ (Motel-Klingebiel et al. 2013:5) 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 (Schachtschabel 2004). Ein hohes Lebensalter ist nicht zwangsläufig mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gleich zu setzen, aber zentral für das hohe Lebensalter sind reduzierte Reservekapazitäten und eine erhöhte Vulnerabilität; zwei Prozesse, die teilweise auch mit dem Konzept der Fragilität (frailty) erfasst werden (Ding-Greiner, Lang 2004; Lalive d’Epinay et al. 2008).

Aktuelle Daten zur gesundheitlichen Lage im hohen Lebensalter

Prävalenz chronischer Krankheiten nach Altersgruppe (zuhause lebend, 2010-2011)				
	Altersgruppe			
	50-64	65-79	80+	Total 50+
N:	1719	1462	446	3627
Anzahl chronische Krankheiten				
0	60.2%	46.1%	29.1%	50.1%
1	26.6%	28.8%	29.6%	27.9%
2	9.1%	15.9%	22.3%	13.7%
3 und mehr	4.1%	9.3%	19.0%	8.3%
Durchschnittliche Zahl				
Chronischer Krankheiten	0.58	0.91	1.41	0.84
Standardabweichung	0.87	1.10	1.30	1.07
Varianzkoeff. (std in % X)	150%	121%	92%	127%
Quelle: Obsan Bulletin 4/2013: Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren (Ergebnisse der SHARE-Erhebung 2010-2011, CH: N: 3761)				
Zu beachten: Befragungsdaten (nur befragbare Personen, nicht hospitalisiert, nicht in Heimen)				

Merkmale der Hospitalisierungen nach einer Konsultation in einer Notfallstation; Schweiz 2011			
	46-65 J.	66-85 J.	86+ J.
Hospitalisationsrate nach einer Konsultation			
In einer Notfallstation	38%	49%	75%
Aufenthaltort vor Hospitalisierung:			
- zu Hause	91%	90%	85%
- Alters- und Pflegeheim	1%	3%	10%
- anderer	8%	7%	5%
Aufenthaltort nach Hospitalisierung			
- zu Hause	79%	66%	46%
- Alters- und Pflegeheim	2%	8%	23%
- anderer	2%	5%	8%
- verstorben	17%	21%	23%
Entscheid für Spitaleinlieferung:			
- Patient/in	35%	26%	19%
- Rettungsdienst	23%	28%	39%
- Arzt/Aerztin	41%	45%	41%
- andere Person	1%	1%	1%
Rehospitalisierungsrate (innerhalb von 30 Tagen)			
- notfallmässig	9%	11%	9%
- geplant	7%	7%	5%
Quelle: Obsan Bulletin 3/2013: Konsultationen in Schweizer Notfallstationen (Medizinische Statistik der Krankenhäuser)			

ADL und IADL-Werte von zuhause lebenden Personen in der Schweiz 2012

Lebens	Einschränkungen bei den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens		
	Keine	leichte	grosse
Männer 65-74 J.	96.6%	2.4%	1.0%
Männer 75+	88.4%	7.3%	4.3%
Frauen 65-74 J.	94.9%	4.2%	0.9%
Frauen 75+	82.8%	9.9%	7.3%

Lebens	Einschränkungen bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens		
	keine	leichte	grosse
Männer 65-74 J.	82.0%	8.5%	9.5%
Männer 75+	60.0%	16.3%	23.7%
Frauen 65-74 J.	72.2%	15.7%	12.1%
Frauen 75+	40.9%	25.4%	33.7%

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2012

Suizid- und Sterbehilferaten nach Geschlecht und Alter 2009

	Frauen			Männer			Total		
	50-64	65-79	80+	50-64	65-79	80+	50-64	65-79	80+
Suizidraten*	10.6	11.4	7.5	30.6	33.1	68.2	20.6	21.3	28.4
Sterbehilferaten*	3.5	12.8	27.8	3.4	13.2	34.1	3.5	13.0	30.0

* pro 100'000 Personen

Quelle: Schuler, Daniela; Burla Laila (2012) Psychische Gesundheit in der Schweiz, Obsan-Bericht 32, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. 69

Aufwertung des dritten Lebensalters – Abwertung des vierten Lebensalters?

Im Gegensatz zum Rentenalter stellt Hochaltrigkeit keine rechtlich oder sozialpolitisch definierte Lebensphase dar und sie ist damit noch kein Bestandteil eines gesellschaftlich normierten Lebenslaufs. Sozio-kulturell ist auffallend, dass im Gegensatz zur positiven Aufwertung des dritten Lebensalters das hohe Alter überwiegend mit negativen Attributen versehen wird. Dadurch konzentrieren sich auch demographische Bedrohungsszenarien immer mehr auf das hohe Lebensalter, etwa wenn von unbezahlbaren Gesundheitskosten im Alter oder Pflegenotstand die Rede ist. „Die symbolische Aufwertung des dritten Alters erfolgt komplementär zur symbolischen Diskreditierung des vierten Alters: Die ‚jungen Alten‘ werden als aktive selbstverantwortliche Koproduzenten ihrer Lebensbedingungen angerufen, hochaltrige Menschen hingegen vorrangig als zu Pflegende, zu Betreuende und zu Versorgende wahrgenommen und verbleiben damit im Objektstatus.“ (Amrhein 2013: 13) Hochaltrigkeit wird gesellschaftlich zur negativen Utopie des Alterns und entsprechend wird der Übergang in das hohe Alter immer auch mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Verlust der selbstbestimmten Lebensführung in Verbindung gesetzt. Deshalb definieren sich selbst alte Menschen nicht als ‚wirklich alt‘, solange sie weiterhin in einer privaten Wohnform leben und über persönliche Entwicklungsspielräume verfügen (Graefe et al. 2011: 304).

Das hohe Lebensalter stellt für Individuen und Gesellschaft besondere Herausforderungen: „Für die Individuen geht es hierbei um soziale und wirtschaftliche Sicherung, gesellschaftliche Teilhabe, persönliche Weiterentwicklung, Kompensation von Einbussen sowie die Bewältigung von Verlusten. Auf gesellschaftlicher Ebene geht es um ein Mehr an Versorgung und sozialer Verantwortung für die Gestaltung des hohen und sehr hohen Alters.“ (Motel-Klingebiel et al. 2013:8). Mit zunehmender Fragilität sind Menschen stärker auf eine angepasste Umwelt und eine funktionierende intergenerationelle Solidarität angewiesen. Ein gesellschaftliches Spannungsfeld entsteht daraus, dass sich die sozialen Differenzen zwischen dem dritten Lebensalter, wo vieles machbar ist und machbar gemacht wird, und dem vierten Lebensalter, wo sich Grenzen des Machbaren zeigen und die Schicksalhaftigkeit körperlicher Alterungsprozesse stärker hervortreten, verstärken. Gesellschaftlich entstehen sozial und kulturell unterschiedlich definierte Altersphasen (drittes und viertes Lebensalter), aber individuell haben Menschen, die lange leben, beide Altersphasen zu bewältigen.

Zum Wandel der Lebensformen im Alter

Die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen und selbst der Hochbetagten lebt weiterhin in normalen privaten Haushaltungen. Ein auffallendes Merkmal der Haushaltssituation zuhause lebender älterer Menschen von heute ist dabei eine klare Konzentration auf Kleinhaushalte mit ein bis zwei Personen. Der überwiegende Teil der AHV-Rentner lebt entweder allein oder zu zweit. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der alleinlebenden Menschen zu, vor allem bei den Frauen.

Verheiratete Personen im Alter nach Geschlecht 1970, 2010 und 2012 Schweiz: Bezogen auf ständige Wohnbevölkerung

Anteil an verheirateten Personen (inkl. eingetragene Partnerschaften)

		65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Männer	1970	79.1	73.0	64.3	52.1	37.0	24.6
	2010	77.2	78.2	76.7	72.0	62.8	45.6
	2012	75.9	77.4	76.4	72.4	63.4	47.0
Frauen	1970	49.3	36.9	24.9	14.2	7.0	3.1
	2010	62.3	55.9	44.9	30.7	16.9	6.2
	2012	62.3	56.3	46.1	32.4	17.9	7.0

Quelle: Bundesamt für Statistik (Zivilstandsregister)

Während den letzten drei Jahrzehnten lassen sich bezüglich der Lebensform älterer und betagter Menschen vier bedeutsame Entwicklungen festhalten:

Erstens hat sich der Anteil älterer Männer und Frauen klar erhöht, welche in einem Ein-Personen-Haushalt wohnen. Dies hat mit einer verbesserten wirtschaftlichen und sozialen Selbständigkeit sowie einer verstärkten Individualisierung älterer Menschen zu tun. Der Trend zu Ein-Personen-Haushalten ist somit nicht von vornherein negativ zu bewerten, da das Leben im Einpersonenhaushalt den grossen Vorteil aufweist, privaten Freiraum und soziale Beziehungen individuell kombinieren zu können. Eine negative Bewertung dieser Entwicklung ergibt sich nur, wenn das Wohnen in einem Ein-Personenhaushalt von vornherein mit Alleinleben und sozialer Isolation gleichgesetzt wird. Faktisch hat jedoch die

grosse Mehrheit älterer Menschen in Ein-Personen-Haushaltungen durchaus gute Kontakte zu Angehörigen, Freunden oder Nachbarn.

Zweitens hat sich der Anteil älterer Männer und Frauen erhöht, welche in einem Paarhaushalt leben. Darin widerspiegelt sich einerseits die hohe Ehefreudigkeit dieser Generationen. Andererseits trägt - wie erwähnt - die höhere Lebenserwartung dazu bei, dass gemeinsames Zusammenleben heute länger dauert als früher.

Drittens hat sich der Anteil älterer Frauen und Männer weiter reduziert, welche mit bzw. bei einem ihrer Kinder wohnen. Gesamtschweizerisch sank der Anteil der 65-jährigen und älteren Menschen, welche mit Kindern zusammenwohnen, zwischen 1960 und 2000 von 27% auf unter 10%. Selbst in ländlichen Regionen ist das Zusammenleben von älterer Menschen und ihren Kindern seltener geworden. Diese Entwicklung hat weniger mit einer abnehmenden Bereitschaft von Kindern zu tun, ihre Eltern bei sich aufzunehmen, als damit, dass heute auch die älteren Menschen ihre persönliche Selbständigkeit hoch bewerten. Entsprechende Studien deuten darauf hin, dass 'Intimität auf Distanz' zwischen Angehörigen die Norm ist. Im Gegensatz zu manchen Alltagsvorstellungen haben sich die Kontakte zwischen den Generationen (Grosseltern-Eltern-Kinder) in den letzten Jahrzehnten eher verstärkt als aufgelöst.

Viertens zeigt sich ein deutlicher Rückgang in Zahl und Anteil sogenannter 'komplexer Haushaltsformen'. Das Zusammenleben mit anderen verwandten Personen (z.B. Geschwister) sowie mit nicht-verwandten Personen ist selten geworden. Das gleiche gilt auch für Mehr-Generationen-Haushalte. Darin widerspiegeln sich wiederum Prozesse der Individualisierung und verstärkten Autonomie älterer und betagter Menschen. Entsprechend der hohen Wertschätzung der individuellen Privatsphäre sind auch Alterswohngemeinschaften selten geblieben. Gesamtschweizerisch sind nur 2% aller Rentnerhaushalte Alterswohngemeinschaften im Sinne des Zusammenlebens nicht-verwandter Personen.

Fünftens hat sich das Alter beim Eintritt in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erhöht, und es fand klar ein Wandel von Altersheimen zu Pflegeheimen statt. Im hohen Alter ist und bleibt jedoch ein Wechsel in eine sozio-medizinische Einrichtung häufig.

Zur sozialen und psychischen Lebenssituation im hohen Lebensalter

Wie später ausgeführt wird, ist das hohe Alter eine Lebensphase erhöhter körperlicher Risiken. Nicht vernachlässigt werden darf allerdings, dass auch das hohe Lebensalter einem wesentlichen gesellschaftlichen Wandel unterworfen ist. Die Angaben illustrieren – am Beispiel einiger Indikatoren – in den letzten drei Jahrzehnten stattgefundene Veränderungen in der Lebenslage zuhause lebender 80-jähriger und älterer Frauen und Männer.

Ein wesentlicher Wandel – der sich in Zukunft noch verstärken wird – ist die Tatsache, dass sich der Bildungshintergrund alter Menschen verbessert hat. Der Anteil alter Frauen und Männer ohne weiterführende berufliche Fachausbildung hat sich zwischen 1979 und 2011 wesentlich reduziert. Auch das hohe Lebensalter wird immer mehr von Frauen und Männer mit hohem Bildungsniveau geprägt; ein Punkt, der dadurch verstärkt wird, dass Menschen mit hohem Bildungsstatus häufiger alt werden als Menschen mit tiefem Bildungsstatus.

Viertes Lebensalter im Zeitvergleich 1979 und 2011

Bildungshintergrund und psychische Befindlichkeit – am Beispiel von zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Frauen und Männern in ausgewählten Schweizer Regionen

	Region:	Zuhause lebend 80-Jährig und älter					
		Männer			Frauen		
		A	A	B	A	A	B
		1979	2011	2011	1979	2011	2011
N:		98	264	393	133	308	452
Durchschnittliches Alter		83.3	86.3	85.8	83.5	87.8	87.1
Bildungshintergrund:							
- tief (ohne berufliche Fachausbildung)		55%	25%	23%	75%	30%	25%
- mittel (mit beruflicher Ausbildung)		27%	48%	50%	19%	45%	48%
- hoch (tertiäre Ausbildung)		18%	27%	27%	6%	25%	27%
Psychische Befindlichkeit:							
Anteil mit Antworten: selten/nie							
- sich einsam, isoliert fühlen		72%	90%	92%	80%	87%	87%
- sich müde fühlen		54%	77%	76%	38%	60%	64%
- ängstlich, sorgenvoll		80%	87%	89%	75%	85%	85%
- traurig sein		84%	94%	95%	71%	87%	88%

Region A= Genf und Zentralwallis, Region B = Genf, Zentralwallis, Bern, Basel.

Quelle: eigene Auswertungen, (für Daten 1979 vgl. GUGRISPA 1983, für Daten 2011: NCR Vivre-Leben-Vivere (SNF-Projekt (CRSII1_129922) unter der Leitung von Michel Oris, Universität Genf und Pasqualina Perrig-Chiello, Universität Bern, sowie weiteren Gesuchstellenden. Jeweils nach Alter, Geschlecht und Region gewichtete Samples.

Vorhandensein enger Freundesbeziehungen im Alter 1979 und 2011

Haben Sie enge Freunde?

	Genf/Wallis 1979				Genf/Wallis 2011			
	65-69	70-74	75-79	80+	65-69	70-74	75-79	80+
N:	561	451	276	231	214	166	190	550
Keine Freunde	31%	35%	39%	53%	28%	28%	23%	22%
1 Freund/in	9%	11%	15%	14%	12%	10%	18%	16%
2-3 Freunde	31%	25%	23%	16%	15%	22%	17%	15%
Mehrere Freunde	29%	29%	23%	17%	45%	40%	42%	47%

Eigene Auswertungen: Daten Gugrispa 1979, Daten Lives 2011

Wird die psychische Befindlichkeit alter Menschen untersucht, ergeben sich sachgemäss Unterschiede je nach Lebensgeschichte, gesundheitlicher und wirtschaftlicher Lage, aber kein klarer Zusammenhang von psychischer Belastung und hohem Lebensalter an sich. Trotz verschlechterter körperlicher Verfassung gelingt es vielen alten Menschen eine hohe Lebenszufriedenheit zu erhalten.

Im Zeitvergleich 1979-2011 wird eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit zumindest der zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Männer und Frauen sichtbar: Der Anteil alter Menschen, die sich selten oder nie als einsam, müde, ängstlich und traurig einstufen, hat sich erhöht. Insbesondere Müdigkeit des hohen Lebensalters wird deutlich seltener angeführt. Das tendenziell verbesserte psychische Befinden sehr alter Menschen in den letzten

Jahrzehnten steht sicherlich mit einer besseren wirtschaftlichen Absicherung des Rentenalters, aber auch mit einem selbstbewussteren Umgang mit dem eigenen Leben in Verbindung. Signifikante Einflussfaktoren für Lebenszufriedenheit im hohen Alter sind Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung und die wahrgenommene Stärke der sozialen Netzwerke, und „auch für die Gruppe der Hochaltrigen gilt, dass Personen mit einem stärkeren sozialen Netzwerk eine signifikant höhere allgemeine Lebenszufriedenheit aufweisen.“ (Bennett, Riedel 2013: 25) Negativ auf die Lebenszufriedenheit im hohen Lebensalter wirken alltägliche Schmerzen (was die Bedeutung einer palliativen Pflege verdeutlicht). Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden im hohen Alter ist zusätzlich eng mit dem Wohlbefinden mit der erlebten Vergangenheit bzw. Lebensgeschichte verknüpft, was die Relevanz biographischer Ansätze unterstreicht. Wer mit seinem bisherigen Leben zufrieden ist, kann die Herausforderungen und Krisen des hohen Lebensalters und die Endlichkeit des Lebens eher akzeptieren, als wenn noch unverarbeitete biographische Verletzungen vorliegen. Vor dem Tod reduziert sich häufig die funktionale Gesundheit alter Menschen weiter, aber die Entwicklung der positiven Lebensbewertung ist – mit Ausnahmen – oft erstaunlich stabil. Einige hochaltrige Menschen zeigen als „Nestoren“ ihrer Generation ein hohes psychisches Wohlbefinden, das vom gesundheitlichen Befinden gänzlich losgelöst ist (vgl. Perrig-Chiello 1997).

Da heute hochaltrige Menschen weniger von den Wohlstandsgewinnen und Rentenverbesserungen zu profitieren vermochten als nachkommende Generationen, liegt das Armutsrisiko bei alten Menschen weiterhin höher als bei den ‚jungen Altersrentnern‘, teilweise verstärkt dadurch, dass Langlebigkeit zum Vermögensverzehr und damit zu einer relativen Verarmung beitragen kann. So bezogen 2010 18.7% der 80-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz Ergänzungsleistungen zur AHV, im Vergleich zu 9.4% der 65-79-Jährigen. Statistisch kann das Armutsrisiko hochaltriger Menschen allerdings durch einen gegenläufigen Faktor reduziert werden, nämlich durch die Tatsache, dass Einkommen, sozialer Status und Lebenserwartung positiv verknüpft sind, wodurch ärmere Personen oft kein hohes Alter erreichen. In jedem Fall sind Ungleichheiten der Lebenschancen und der wirtschaftlichen Ressourcen auch bei hochaltrigen Menschen ausgeprägt. Selbst die letzte Lebenszeit alter Menschen wird sozio-ökonomisch mitgeprägt. „End-of-life“-Interviews lassen erkennen, dass besser ausgebildete alte Menschen ihr letztes Lebensjahr mit weniger Einschränkungen verbringen als weniger gut ausgebildete Personen, die gleichzeitig früher versterben (Andersen-Ranberg, Robine et al. 2008). Wirtschaftliche und soziale Ungleichheiten der Lebenslagen und Lebenschancen bestimmen auch das hohe Lebensalter bis in den Tod hinein (wobei bei alten Frauen und Männern sowohl frühere als auch aktuelle soziale Ungleichheiten bedeutsam sind).

Leben nach 80 - von 80-84 Jahren zu 85-89 Jahren – Resultate einer Längsschnittstudie

Als Fortsetzung der vom „Centre interfacultaire de gérontologie“ (CIG) in Genf durchgeführten umfassenden Studie zur Lebenslage älterer Menschen wurden hochbetagte Menschen im Rahmen einer Längsschnittstudie weiter beobachtet. Die Ausgangsgruppe waren 340 Genfer und Walliser Frauen und Männer im Alter zwischen 80 und 84 Jahren. Im Folgenden werden einige zentrale Ergebnisse zu den Veränderungen im Leben dieser Menschen innerhalb von 60 Monaten aufgeführt. Von den ursprünglich 340 Befragten starben 26% innerhalb dieser Zeitperiode. Die Wahrscheinlichkeit innert 30 Monaten bzw. innert 60 Monaten zu sterben, war höher bei Menschen mit vielen körperlichen Beschwerden, und Männer starben auch in diesem Alter häufiger als Frauen. Dagegen zeigten sich in dieser Altersgruppe keine klaren regionalen oder sozialen Unterschiede der Sterbewahrscheinlichkeit. Etwas überraschend zeigte sich in dieser Studie, dass 80-84-jährige Personen mit aktiver religiöser Teilnahme häufiger überlebten als religiös nicht aktive Personen; was

möglicherweise damit zusammenhängt, dass ein Weiterleben im hohen Lebensalter auch mit Sinnaspekten verhängt ist. Von den überlebenden Betagten erlebten 60% im Laufe der fünf Jahre einen Spitalaufenthalt. Erstaunlich hoch - mit 60% der ursprünglich 80-84-jährigen Befragten - war der Anteil derjenigen, welche in dieser Zeitperiode einen Sturz erlebten. Diese Angaben belegen erneut das hohe Sturzrisiko bei Hochbetagten. Gleichzeitig verdeutlicht das im Rahmen des EIGER-Projekts durchgeführte präventive Gesundheitsprogramm, dass das Sturzrisiko von betagten Menschen durchaus reduziert werden kann (etwa durch regelmässige Gleichgewichtsübungen).

Zentrale Ereignisse bei überlebenden Hochbetagten im Alter 80-84 bis 85-89 Jahren

Ausgangspunkt: 80-84-jährige zuhause lebende Personen in Genf und Zentralwallis: %-welche in den nächsten 60 Monaten folgendes Ereignis erlebten:

Eigener Tod	26%
Von den überlebenden Personen erlebten:	
- Verlust des Partners/ der Partnerin	48%
- Krankenhausaufenthalt	60%
- Sturz	62%
- Operation	32%
- Umzug in Alters- und Pflegeheim	11%
- Sonstiger Umzug in andere Wohnung	9%

Quelle: Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on Old-Old, vgl. Lalive d'Epina y et al. 2001

Der Anteil der funktional autonomen Betagten sank in den 60 Monaten von 59% auf 49%, wogegen der Anteil der funktional abhängigen Menschen von 17% auf 37% anstieg. Trotz erhöhter gesundheitlicher Anfälligkeit und beträchtlichem Sterberisiko bestand die grösste Gruppe jedoch aus Personen, welche eine stabile Gesundheit aufwiesen. Daneben zeigten sich auch in Gruppe von über 80-jährigen Menschen teilweise und zeitweise gesundheitliche Verbesserungen. So verbesserte sich der gesundheitliche Zustand bei nahezu jedem zehnten Betagten merkbar. Eine genaue Verlaufsanalyse weist auf vielfältige Muster hin, welche die Idee relativieren, dass es nach 80 Lebensjahren 'nur noch abwärts geht'. Die Wahrscheinlichkeit, auch nach 80-84 Lebensjahren unabhängig zu bleiben, war eng mit dem anfänglichen Gesundheitszustand verbunden. Zusätzlich zeigte sich jedoch auch ein Effekt der psychischen Verfassung: Personen mit guter psychischer 'Moral' blieben häufiger unabhängig oder erlebten sogar häufiger eine Verbesserung ihres gesundheitlichen Befindens als Befragte mit depressiven Symptomen.

Die psychische Gesundheit sowie die moralische Lebenseinstellung zeigten in den nachfolgenden Jahren keine negativen Entwicklungen. Oder in anderen Worten: Trotz teilweise verschlechterter körperlicher Verfassung blieb die psychische Verfassung bei den meisten Betagten stabil. Der Anteil derjenigen mit depressiven Symptomen sank bei den Überlebenden sogar leicht. Die Vorstellung, dass depressive Stimmungen mit steigendem Lebensalter häufiger werden, wird auch durch diese Studie widerlegt.

Während die gesundheitliche Lage und Betreuung durch markante Wandlungen gekennzeichnet ist, zeigt sich bei den religiösen Einstellungen und allgemeinen Werthaltungen auch im hohen Alter eher ein Muster von hoher Stabilität bzw. Kontinuität. Mit steigendem Alter sinkt einzig der Anteil derjenigen, welche aktiv an kirchlichen Ereignissen teilnehmen. Auch einige Werthaltungen wurden im Verlauf der zweieinhalb Jahre

leicht häufiger, etwa die Betonung der Häuslichkeit sowie die Einstellung, das 'Leben zu nehmen, wie es kommt'. Das allgemeine Muster ist jedoch eine hohe Stabilität der Werthaltungen und Einstellungen auch im späteren Leben, und der Anteil derjenigen, welche nur noch auf den Tod warten, erhöht sich ebenfalls nicht. Die Werthaltungen der befragten Betagten erweisen sich im Detail stark geprägt durch ihre Generationenzugehörigkeit: Einerseits wurden sie in ihrer späten Kindheit und Jugend geprägt durch die Wirtschaftskrise der 30er Jahre und anschliessend durch den II. Weltkrieg. Andererseits erlebten sich als Erwachsene die ersten Wohlstandsjahre der Nachkriegszeit sowie den Aufbau des Sozialstaates. Entsprechend widerspiegelt ihre Weltanschauung häufig eine ambivalente Kombination von Öffnung gegenüber Neuem und Beharren auf Traditionen. Im Gegensatz zu früheren Generationen von Hochbetagten fühlen die heutigen 80+-Jährigen jedoch mehrheitlich weder als desengagiert noch als verlassen.

Verwitung im Alter – geschlechtsspezifisch geprägt

Das hohe Lebensalter ist - aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede der Lebenserwartung, aber auch aufgrund geschlechtsspezifischer Differenzen im Eheverhalten – eine Lebensphase, wo sich Lebensformen von Frauen und Männern auseinander entwickeln. Da Frauen länger leben und häufig einen Partner aufweisen, der jünger ist als sie selbst, sind Frauen sehr viel häufiger von Verwitung betroffen als gleichaltrige Männer, wie die Angaben verdeutlichen: Bis zum Alter von 70-74 Jahren liegt das jährliche Verwitungsrisiko bei Ehemännern unter 1%. Danach steigt es rasch an und über 8% der 90-jährigen und älteren Ehemänner erfahren innerhalb eines Jahres den Tod ihrer Ehegattin. Ehefrauen weisen ein mehr als dreifach höheres Risiko einer Verwitung auf als Ehemänner (mit Ausnahme der Gruppe der sehr alten Ehepaare (90+), wo sich das Verwitungsrisiko wieder angleicht). Schon bei Ehefrauen im Alter 60-64 liegt das jährliche Risiko, den Ehepartner zu verlieren, bei 1%. Danach steigt das Verwitungsrisiko rasch an, auf 5% im Alter 75-79 und 16% im Alter 85-89.

Verwitungsrisiko im Alter für verheiratete Männer und Frauen: Schweiz 2010

Jährliches Verwitungsrisiko pro 1000 verheiratete Männer und Frauen

Alter:	Männer	Frauen	Verhältnis Frauen/Männer
60-64	2.9	10.0	3.4
65-69	4.8	17.4	3.6
70-74	7.7	29.2	3.8
75-79	13.9	50.9	3.7
80-84	23.7	84.9	3.6
85-89	42.4	164.7	3.9
90+	84.8	144.7	1.7

Quelle: eigene Berechnungen (auf der Grundlage von Bevölkerungsstatistiken).

Partnerverlust durch Tod bedeutet häufig das Ende einer langjährigen Partnerbeziehung, mit allen persönlichen und familialen Konsequenzen, welche das Ende einer engen und intimen Lebens- und Haushaltsgemeinschaft für den überlebenden Partner beinhaltet. Entsprechend gilt Verwitung als bedeutsames kritisches Lebensereignis mit negativen psychischen und sozialen Folgen. Vor allem die erste Zeit nach einer Verwitung ist durch eine erhöhte Anfälligkeit für körperliche und psychische Erkrankungen gekennzeichnet (Schaan 2009).

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) Die Variabilität der Reaktionen auf einen Partnerverlust ist allerdings ausgeprägt und die Auswirkungen eines Partnerverlustes können von Depressivität, Verzweiflung und Suizidalität bis hin zu persönlichem Wachstum und erfolgreicher Adaptation an eine neue Lebenssituation reichen (Itzhar-Naborro, Smoski 2012).

Partnerverlust und funktionale Einschränkungen tragen dazu bei, dass sich im hohen Lebensalter eine verstärkte Polarisierung der Lebens- und Haushaltsformen abzeichnet:

Einerseits nimmt im hohen Lebensalter der Anteil der Personen in Kleinsthaushaltungen zu, Namentlich alte Frauen wohnen sehr häufig in einem Einpersonenhaushalt, oft aufgrund einer Verwitwung, und im Jahre 2010 lebten 54% aller 80-jährigen und älteren Frauen in einem Ein-Personen-Haushalt, im Vergleich zu 28% der 80-jährigen und älteren Männer. Auf der anderen Seite leben in der Schweiz nur wenige alte Frauen und Männer mit erwachsenen Kindern im gleichen Haushalt (Höpflinger 2012). Entsprechend dominieren bei den zuhause lebenden hochaltrigen Menschen eindeutig Klein- und Kleinsthaushalte.

Andererseits steigt im hohen Lebensalter die Wahrscheinlichkeit, in einer institutionellen Haushaltsform - einer Alters- und Pflegeeinrichtung - zu leben, zumeist aufgrund altersbedingter Pflegebedürftigkeit, und 2009 lebten gut 39% aller 90-jährigen und älteren Menschen in einer sozio-medizinischen Einrichtung.

Das hohe Alter bewegt sich damit haushaltsbezogen im Spannungsfeld entweder hoch individualisierter Lebensformen (allein oder zu zweit) oder kollektiv organisierter Lebensformen (Alters- und Pflegeheim). Allerdings tragen neuere Bestrebungen in Richtung von pflegerisch-betreuten Wohnformen und ein Ausbau der ambulanten Pflegeleistungen (Spitex) dazu bei, dass sich für Menschen im hohen Alter mehr Möglichkeiten eröffnen, individuelle Selbständigkeit und kollektive Sicherheit und Pflege zu kombinieren (vgl. Höpflinger 2009).

Zur Generativität des hohen Lebensalters

Obwohl alte Menschen vielfach auf Unterstützung, Hilfe und Pflege durch nachkommende Generationen angewiesen sind, können auch alte und sehr alte Menschen generationell verantwortlich handeln; ein Aspekt, der heute unter dem Stichwort der ‚Generativität des Alters‘ diskutiert wird. Generativität wird seit Erik Erikson als wichtige Entwicklungsaufgabe des höheren Lebensalters betrachtet (Höpflinger 2002, Lang 2004). „Generativität im Alter bezieht sich sowohl auf die Vermittlung und Weitergabe von Erfahrungen an jüngere Generationen als auch auf Aktivitäten, durch die ältere Menschen einen Beitrag für das Gemeinwesen leisten. Generativität trägt aber nicht nur zum Wohle der Gesellschaft bei, sondern ist in der Regel auch mit einem hohen persönlichen Nutzen verbunden. Generativität ist nämlich in hohem Masse sinnstiftend und wirkt sich dadurch positiv auf die psychische Befindlichkeit aus.“ (Perrig-Chiello 2012: 39). *Generativität im hohen Lebensalter – im Gegensatz zu Generativität im frühen Rentenalter – beinhaltet allerdings zumeist weniger aktive als passive intergenerationelle Strategien. Es geht im hohen Lebensalter weniger um die Vermittlung von Erfahrungen oder um die Unterstützung jüngerer Menschen, sondern beispielsweise darum, Hilfeleistungen jüngerer Menschen dankbar anzunehmen.* Bei erhöhtem Hilfsbedarf schliesst Generativität des hohen Alters ein, intergenerationelle

Rollenumkehrungen positiv zu bewältigen und Hilfe von seinen Töchtern und Söhnen zu akzeptieren (und sich nicht ständig zu beklagen).

In öffentlichen Diskussionen wird viel über den Erfahrungsschatz des Alters gesprochen, aber eine zentrale Leistung vieler hochaltriger Frauen und Männer zur Entlastung der nachkommenden Generation bleibt weitgehend unbeachtet. Bei dieser Leistung handelt es sich um den oft ausgeprägten Willen vieler alter Menschen, ihre Selbständigkeit im Alltag selbst unter erschwerten Umständen zu erhalten. *Dadurch dass alte Menschen auch bei funktionalen Erschwernissen ihren Alltag selbständig organisieren und Verantwortung für sich selbst tragen, fallen sie den jüngeren Generationen weniger zur ‚Last‘*: „Generativität bedeutet hier, Verantwortung nicht nur anderen gegenüber zu übernehmen, sondern vor allem auch sich selbst gegenüber.“ (Lang, Baltes 1997: 172) In dieser Verantwortung gegenüber sich selbst liegt das Besondere der Generativität des hohen Alters und je selbstverantwortlicher und selbständiger hochaltrige Menschen leben und leben können, desto mehr werden jüngere Generationen entlastet. Wirksame Programme zur Förderung der Selbständigkeit im hohen Lebensalter – etwa durch Bereitstellung altersgerechter Wohnungen und eine hindernisfreie Wohnumweltgestaltung - können eine bedeutsame intergenerative Wirkung aufweisen. Angesichts steigender Zahl alter Menschen wird der Erhalt von Selbständigkeit im hohen Alter eine immer bedeutsamere Säule des gesundheits- und sozialpolitischen Generationenvertrags, denn je länger alte Menschen ihren Alltag selbständig durchführen können, desto geringer ist die pflegerische Belastung der nachkommenden Generationen.

Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im hohen Lebensalter

Das hohe Lebensalter ist zwar nicht mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gleich zu setzen, aber es bleibt die Tatsache, dass mit steigendem Alter das Risiko ansteigt, hilfe- und pflegebedürftig zu werden. Auch Multimorbidität - das Zusammenwirken verschiedener Krankheiten - ist im hohen Lebensalter häufig. Dies führt dazu, dass hochaltrige Menschen in besonderem Masse auf eine ausgebaute Gesundheitsversorgung – auch im Rahmen von Spitex-Angeboten – und auf eine sozial unterstützende Wohnumgebung angewiesen sind. Sensorische Einschränkungen – wie Hör- und Seheinschränkungen – können soziale Beziehungen erschweren oder verunmöglichen. Selbst bei an und für sich guter funktionaler Gesundheit können alte Menschen auf externe Hilfe angewiesen sein, etwa weil Einkaufsläden zu weit entfernt liegen oder weil einige Hausarbeiten die vorhandenen körperlichen Kräfte übersteigen. So sind in der Schweiz mehr zwei Fünftel der über 84-jährigen zuhause lebenden Personen bei schweren Hausarbeiten auf Hilfe angewiesen. In vielen Fällen zwingt das hohe Alter Menschen dazu, Einschränkungen ihrer Selbständigkeit zu akzeptieren und positiv damit umzugehen, auf externe Hilfe angewiesen zu sein. Bei erhöhtem Hilfsbedarf schliesst Generativität des hohen Alters nach Ansicht von Margret M. Baltas (1996) deshalb auch ein, intergenerationale Rollenumkehrungen positiv zu bewältigen, und etwa Hilfe von seinen Töchtern und Söhnen oder jüngeren Fachleuten anzunehmen (und sich nicht ständig zu beklagen). Negative Formen der Generativität in dieser Lebensphase sind intergenerationale Ressentiments gegenüber Hilfeleistenden sowie ein durchgehendes Desinteresse gegenüber den Interessen jüngerer Generationen.

Wie die Angaben verdeutlichen, wird Pflegebedürftigkeit – im Sinne der Unfähigkeit, grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens selbst zu verrichten – im hohen Alter häufiger. Während bis zur Altersgruppe 75-79 deutlich weniger als zehn Prozent pflegebedürftig sind, sind dies schon mehr als 13% der 80-84-Jährigen und gut 34% der 85-jährigen und älteren Bevölkerung der Schweiz. Die höheren Pflegequoten in Deutschland können Generationeneffekte (Kriegsgenerationen) widerspiegeln, aber auch Wohlstandsunterschiede

der älteren Bevölkerung, und tatsächlich liegt die subjektive Lebens- und Gesundheitseinschätzung der älteren Bevölkerung in der Schweiz über dem Niveau Deutschlands.

Im hohen Alter von 90 Jahren und älter ist in beiden Ländern mit einer Pflegebedürftigkeitsquote von über fünfzig Prozent zu rechnen, und Studien bei Hundertjährigen illustrieren, dass nur noch weniger als zehn Prozent zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind. Vor dem Tod reduziert sich häufig die funktionale Gesundheit weiter, aber die Entwicklung der positiven Lebensbewertung ist – mit Ausnahmen – oft erstaunlich stabil (vgl. Andersen-Ranberg et al. 2001; Rott 1999).

Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit und demenzieller Erkrankungen im Alter

Altersgruppe:	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Alltagsbezogen pflegebedürftig:					
Deutschland (2009)	5%	10%	20%	38%	59%
Schweiz (2008)	4%	6%	13%	26%	55%
Demenzielle Erkrankungen					
Europäische Länder (2009)	4%	7%	16%	26%	43%

Quelle: Demenzielle Erkrankungen. EuroCoDe 2009, Pflegebedürftigkeit Schweiz: Höpflinger, Bayer-Oglesby, Zumbrunn 2011, Pflegebedürftigkeit Deutschland: Pflegestatistik 2009

Selbst wenn Pflegebedürftigkeit in der Schweiz dank Ausdehnung der behinderungsfreien Lebenserwartung heute später eintritt, bleibt Pflegebedürftigkeit ein Schicksal, das im hohen Alter häufig auftritt, mit allen damit verbundenen sozialen Folgen, wie etwa die Notwendigkeit eines Wechsels in eine Alters- und Pflegeeinrichtung oder der Umgang mit Selbstständigkeitsverlust gegen Lebensende.

Was gesellschaftlich und individuell die stärksten Ängste auslöst, sind heute weniger körperliche als kognitive Einschränkungen des hohen Lebensalters. Demenzielle Erkrankungen gehören zu den Schreckbildern des Alters. Demenzielle Erkrankungen bewegen Gesellschaft und Individuen auch deshalb so stark, weil unsere Gesellschaft die erste Gesellschaft der Menschheitsgeschichte ist, die mit einer rasch ansteigenden Zahl von demenzerkrankten alten Menschen konfrontiert ist. Obwohl auch früh demenzielle Erkrankungen auftreten, sind Demenzerkrankungen primär eine Krankheit des hohen Lebensalters, und die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen steigt mit dem Lebensalter nahezu exponentiell an: Während erst 7% der 75-79-Jährigen an einer Demenzerkrankung leiden, sind dies schon fast 16% der 80-84-Jährigen und gut 26% der 85-89-Jährigen. Bei den 90-jährigen und älteren Menschen liegt die Häufigkeit einer Demenz - in ihren unterschiedlichen Formen - schon bei 44%. Die Herausforderung einer steigenden Zahl alter demenzerkrankter Menschen - und ihre Zahl steigt primär an, weil mehr Menschen sehr alt werden - liegt gesellschaftlich auch darin, dass kognitive Einbussen durch Demenz quer zu üblichen Leistungsnormen und Modellen eines aktiven Alters innerhalb einer individualisierten Gesellschaft stehen. Für betroffene Angehörige beinhaltet die Demenzerkrankung eines Elternteils, eines Partners, einer Partnerin oder einer Freundin die schmerzhafteste Verlust- erfahrung eines langsamen Verabschiedens sowie häufig auch eine intensive Pflegearbeit, die gesellschaftlich wenig Anerkennung findet (Karrer 2009, Perrig-Chiello, Höpflinger 2012).

Ein gesellschaftliches Zukunftsproblem besteht darin, dass es zwar immer besser möglich ist, körperliche Einschränkungen des hohen Lebensalters zu verhindern oder zu kompensieren, dass jedoch die primäre Prävention der allermeisten demenziellen Erkrankungen in den nächsten zwei bis drei Jahrzehnten auf enge Grenzen stösst. Dies führt dazu, dass die Zahl der ‚körperlich rüstigen‘ demenzerkrankten alten Menschen stark ansteigen dürfte, was für die Pflege besondere Herausforderungen einschliesst. Gleichzeitig ergibt sich immer öfters eine ethisch und individuell schwierig zu bewältigende Zwischenphase zwischen einer Demenzdiagnose - die immer früher möglich wird - und deutlichen alltagsrelevanten kognitiven Einbussen (die dank besser gebildeten alten Menschen später eintreten). Demenzgerechte Wohn- und Betreuungsprojekte werden deshalb umso wichtiger, ebenso wie auch die Anerkennung von demenzerkrankten Menschen als Mitmenschen, die zwar nicht mehr auf der kognitiven Ebene, aber häufig – wenn auch nicht immer – auf einer emotionalen Ebene begleitet werden können. Der Umgang mit alten Menschen, die quer zu einer kognitiv orientierten Leistungsgesellschaft stehen, ist schlussendlich ein ‚Lackmus‘-Test für die zivilisatorische Qualität einer Gesellschaft.

Demenzielle Erkrankungen

Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten geriatrischen Erkrankungen im Alter, und aufgrund der steigenden Zahl hochaltriger Menschen stellen demenzielle Erkrankungen in ihren vielfältigen Formen eine zentrale gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung in einer Gesellschaft langlebiger Menschen dar. Demenzen umfassen ein breites Spektrum von Erkrankungen, die mit gravierenden kognitiven und das Gedächtnis betreffenden Einbussen einhergehen. Diese Einbussen führen zu merkbaren Einschränkungen der Alltagsfunktionen betroffener Menschen und sie können eine vollständige Unselbstständigkeit nach sich ziehen. Zur Diagnose einer Demenz - etwa vom häufigsten Typ Alzheimer - gehört, dass neben Gedächtnisdefiziten, die als Kardinalsymptom einer Demenz bezeichnet werden können, mindestens eine weitere kognitive Domäne beeinträchtigt sein muss und beide Einbussen so deutlich sind, dass sie die Alltagskompetenzen des Patienten erheblich mindern.

Obwohl auch früh demenzielle Erkrankungen auftreten - die oft klar genetische Ursachen aufweisen - sind Demenzerkrankungen weitgehend eine ‚Alterskrankheit‘. Inzidenzraten wie auch Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen steigen mit dem Lebensalter nahezu exponentiell an. Altersstandardisierte Studien lassen bisher weder signifikante Kontextunterschiede nachweisen (zumindest in den letzten Jahrzehnten), was auf eine enge Beziehung des Risikos hirnorganischer Störungen mit dem chronologischen Alter deutet. Oder in anderen Worten: Es gibt heute nicht mehr ältere Menschen mit Demenzerkrankungen, weil das Krankheitsrisiko angestiegen ist, sondern primär, weil heute mehr Menschen ein Alter erreichen, bei dem demenzielle Störungen häufiger auftreten.

Eine weiter steigende Lebenserwartung im Alter, welche zur ‚Normalisierung‘ eines hohen Lebensalters beiträgt, ebenso wie sozio-medizinische Entwicklungen können dazu beitragen, dass sich auch bei gleichbleibenden altersspezifischen Inzidenzraten von Demenz die altersspezifischen Prävalenzraten erhöhen: Wenn mehr Menschen - und namentlich auch mehr Männer - ein hohes Alter (von 90 Jahren und mehr) erreichen, wird Hochaltrigkeit sozial wie genetisch weniger selektiv, wodurch Plafonierungseffekte von Demenz im hohen Alter sich abschwächen oder ganz verschwinden. Gleichzeitig können sozio-medizinische Fortschritte dazu beitragen, dass alte Menschen mit Demenz - aufgrund relativ guter körperlicher Verfassung und Pflege - länger überleben als früher. Eine Meta-Analyse von 21 neueren europäischen Prävalenzstudien zur Demenz weist jedenfalls darauf hin, dass solche

Prozesse dazu führen, dass aktualisierte Prävalenzraten im hohen Alter deutlich höher liegen als dies noch vor zehn Jahren der Fall war.

Während die Prävalenzraten bei jüngeren Altersgruppen in etwa gleich blieben bzw. sich nur leicht erhöht haben (aufgrund längerer Lebenserwartung früh demenziell betroffener Menschen), ergeben sich in den oberen Altersgruppen deutlich höhere Prävalenzwerte, namentlich bei hochaltrigen Personen.

Das Verschwinden von Plafonierungseffekten wie auch eine erhöhte Lebenserwartung demenzbetroffener Frauen und Männer erhöhen die geschätzte Zahl hochaltriger Demenzkranker wesentlich. Dabei ist anzumerken, dass - soweit ersichtlich - die höheren altersspezifischen Prävalenzraten demenzieller Störungen bei alten Frauen primär die Tatsache widerspiegeln, dass Frauen auch bei Demenzerkrankungen länger überleben als Männer (und weniger ein höheres altersspezifisches Risiko).

Werden die neuen altersspezifischen Prävalenzraten auf die Altersbevölkerung umgerechnet, ergeben sich deutlich höhere Zahlen von demenzerkrankten älteren Menschen (60+): Nach alten Prävalenzraten liegt die Zahl an demenzerkrankten älteren Menschen in der Schweiz im Jahre 2010 bei 105'270 Personen, nach neuen Prävalenzraten hingegen bei 128'390 Personen, wovon mehr als ein Fünftel (21.1%) über 90-jährig ist.

Diese neuen Entwicklungen haben enorme Bedeutung für die Pflege im Alter, da Demenzerkrankungen oft - wenn auch nicht immer - mit langer Pflegebedürftigkeit verbunden sind.

Präventive medizinische Mittel gegen Demenz sind zwar noch Jahre von der Realisierung entfernt, aber längerfristig wahrscheinlich. Präventive Mittel werden zuerst für jene Demenzformen entwickelt und praktiziert, welche eindeutig genetisch bestimmt sind. In der Folge dürften in einer ersten Phase primär früh eintretende Demenzformen verhindert werden, was die Altersverteilung der Demenzkranken weiter nach oben verschieben kann.

Neben der Prävention von hirnrorganischen Störungen besteht eine zweite Entwicklung in der zeitlichen Verzögerung der Symptome und alltagsrelevanten Auswirkungen krankhafter hirnrorganischer Veränderungen. Schon jetzt vermögen Medikamente sowie gezieltes Gedächtnistraining das Auftreten alltagsrelevanter kognitiver Einbussen zu verzögern.

Da zudem die zukünftigen Rentnergenerationen eine bessere Ausbildung und verstärkte Lernbiographien aufweisen, sind sie auch eher in der Lage, hirnrorganisch bedingte kognitive Alltagseinbussen länger zu kompensieren. In der Folge dürften Demenzerkrankungen künftig insgesamt eher später zu Pflegebedürftigkeit führen. Eine solche Entwicklung weist verschiedene Auswirkungen auf:

- a) längere Selbstständigkeit auch bei hirnrorganischen Abbauprozessen und deshalb eine teilweise verlangsamte Zunahme stark pflegebedürftiger Demenzkranker.
- b) ein weiterer Anstieg im durchschnittlichen Alter pflegebedürftiger demenzbetroffener Menschen.
- c) eine ethisch und individuell oft schwierig zu bewältigende Phase zwischen Demenzdiagnose, die immer früher möglich wird und alltagsrelevanten kognitiven Einbussen. Je länger Krankheitsdiagnose und krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit auseinanderfallen, desto höher ist der ambulante Beratungsbedarf.
- d) eine längere Phase mit leichten bis mittelschweren Demenzgraden, was die Anforderungen an die Pflege und Betreuung erhöht, da leicht bis mittelschwer demenzkranke Menschen vielfach schwieriger zu betreuen sind als stark demenzkranke Menschen; etwa aufgrund von Stimmungs- und Aktivitätsschwankungen, der bewussten Realisierung kognitiver Einbussen usw.

Zu den Kosten von Langzeitpflege und Demenz in der Schweiz

Die öffentlichen Kosten für Langzeitpflege (ambulant und stationär) haben sich in den letzten Jahren stetig erhöht, von 6.2 Mrd. Franken 2000 auf 7.3 Mrd. Franken 2005, um 2010 auf 8.6 Mrd. Franken anzusteigen. Dies entspricht 14% der gesamten öffentlichen Gesundheitskosten bzw. 1.5% des Bruttoinlandprodukts. Mehr als drei Viertel der ausgewiesenen Langzeitpflegekosten entfallen auf Aufwendungen im Bereich der stationären Pflege (Colombier 2012, Jaccard Ruedin et al. 2009a, Weaver et al. 2008). In diesen Kosten sind allerdings private Pflegeaufwendungen – wie private Anstellung einer Pflegeperson, Kosten des Umbaus einer Wohnung auf Pflegesituation usw. - sowie unbezahlte Pflege- und Betreuungsarbeiten nicht einbezogen. Da der ökonomische Wert einer unbezahlten Pflegestunde nach unterschiedlichen Methoden (Marktkosten- oder Opportunitätskostenansatz) berechnet werden kann, ergeben sich je nach Methoden unterschiedliche Schätzwerte. Ausgehend von den Kosten, welche der öffentlichen Hand entstehen würden, wenn unbezahlte Pflege durch spezialisierte Fachkräfte erfolgen müsste, wurde für 2007 ein Total von 2.1 Mrd. Franken für Pflege und Betreuung von Haushaltsmitgliedern sowie zusätzlich von 1 Mrd. Franken für die unbezahlte Pflege von Verwandten und Bekannten aus anderen Haushalten geschätzt. Von den jährlich gut 52 Mio. Stunden unbezahlter Pflege- und Betreuungsarbeit zugunsten erwachsener Menschen werden gut 60% von Frauen geleistet (Stutz et al. 2012, Zumbrunn et al. 2010). Zumindest bei der ambulanten Betreuung alter Menschen übersteigen die informellen Pflegeaufwendungen die professionellen Pflegeleistungen bei weitem. *Unter Einbezug unbezahlter Leistungen erhöhen sich die Gesamtkosten der Langzeitpflege für 2010 auf schätzungsweise 11.5 Mrd. Franken (was 2% des ausgewiesenen Bruttoinlandprodukts entspricht).*

Kosten von Demenzerkrankungen

Die Gesamtkosten von Demenzerkrankungen wurden für die Schweiz 2007 auf 6.3 bis 6.7 Mrd. Franken geschätzt.¹ Dies entspricht jährlichen Kosten von 55'300 Franken für ambulant betreute demenzkranke Menschen und 68'900 Franken für stationär gepflegte Personen. Die Kosten steigen mit dem Schweregrad der Demenz rasch an. Von den Gesamtkosten entfielen 47% auf institutionelle Pflegekosten. Weitere 44% der Demenzkosten entfielen hingegen - basierend auf Marktkostenansatz - auf unbezahlte Pflege und Betreuung. Mehr als zwei Fünftel der Demenzkosten sind damit indirekte, verdeckte Aufwendungen von Angehörigen (Partnerinnen, Partner, Töchter). Weitere Demenzkosten waren ambulante Dienstleistungen (Spitex) (5%) und Spitalkosten (3%). Allgemeine Arztkosten (0.4%) und Medikamente (0.4%) waren weniger bedeutsam (Kraft et al. 2010).

Alters- und Pflegeeinrichtungen - spannungsvolle Integration im hohen Lebensalter

Ambulante, teilstationäre oder stationäre Alters- und Pflegeeinrichtungen sind immer auch intergenerative Einrichtungen, in denen sich die Kontakte zwischen hochaltrigen Bewohnern und jüngeren Menschen in einer eigenen Art sozial verdichten: Einerseits sind die Klienten, Kunden oder Bewohner von Alterseinrichtungen heute zumeist - und zusehends stärker - hochaltrige Menschen, die jedoch trotz aller Unterschiedlichkeiten ihrer Lebensbiographie und sozio-ökonomischen Herkunft die soziale Gemeinsamkeit einer ausgeprägten Hilfs- und Pflegebedürftigkeit aufweisen. Andererseits handelt es sich beim Personal - von den Hilfskräften bis zu den Pflegefachpersonen – um deutlich jüngere Menschen im Erwerbsalter, die sowohl einer anderen Generation angehören als auch gesundheitlich einen anderen Status einnehmen als die betreuten Hochaltrigen. Für die Alten sind die Alters- und Pflegeangebote

¹ Basierend auf Eurodem-Prävalenzraten. Geht man von den höheren EuroCoDe-Prävalenzraten aus, ergeben sich Demenzkosten für 2007 von 7.3 Mrd. Franken (Kraft et al. 2010).

ein existenzieller Teil ihrer Alltags- und Lebenswelt, für die Jungen ist dies ein ebenso existenzieller Teil ihrer Arbeitswelt. Die damit einhergehenden Besonderheiten der Intergenerationalität werden besonders anhand von Alters- und Pflegeheimen deutlich:

Für die Bewohner und Bewohnerinnen eines Alters- und Pflegeheims ist das Heim ihr eigentliches (und oft letztes) ‚Zuhause‘. Sie wohnen und leben im Heim, teilweise mit geringen Aussenkontakten. Für Angehörige des Personals ist das Alters- und Pflegeheim hingegen Arbeitsort, und der Wohnort liegt zumeist ausserhalb des Heims. Alt und Jung begegnen sich im Heimalltag unter völlig unterschiedlichen Lebenslagen, was teilweise zu kommunikativen Missverständnissen führt. Als Arbeitsort ist das Heim eine Einrichtung sozialer und pflegerischer Interventionen. Als Wohnort sollte ein Heim Ruhe, Privatsphäre, Intimität und Selbstgestaltung erlauben. Wer im Heim wohnt, möchte persönliche Beziehungen zu (ausgewählten) Pflegefachpersonen. Wer im Heim arbeitet, orientiert sich eher an funktional-hierarchischen Gesichtspunkten effizienter Leistung. Immer wieder auftauchende Diskussionspunkte, die sich aus der funktionalen Überlagerung (Wohnen versus Arbeit) der Generationenkontakte in Heimen ergeben, sind etwa: Soll das Personal eine Arbeitsuniform tragen? Wie stark soll die Pflege gemäss dem Prinzip der Bezugspflege organisiert werden? Welche Regelungen bestehen bezüglich Geschenken von Bewohnern an das Personal? Sollen die Bewohnerinnen geduzt werden? usw.

In diesem Rahmen werden Struktur und Organisation – ebenso wie Architektur und Farbgestaltung - von Alters- und Pflegeeinrichtungen faktisch weitgehend von den jüngeren Generationen bestimmt. Funktionale Gesichtspunkte dominieren oft gegenüber den lebensgeschichtlich geprägten Vorstellungen hochaltriger Bewohner und Bewohnerinnen, und der Gestaltungsspielraum der hochaltrigen Bewohner oder Kunden ist zwar nicht null, aber oft eingeschränkt. Eine klare Dominanz der jüngeren Generation entsteht einfach auch durch die Tatsache, dass das Pflegepersonal gesund und voll mobil ist, wogegen die überwiegende Mehrheit der Heimbewohner körperlich und/oder geistig deutlichen Einschränkungen unterliegt. Pflege im Alter ist von vornherein eine asymmetrische Beziehung, was sich zum Beispiel in patronisierenden Kommunikationsformen oder einer ‚second baby language‘ ausdrücken kann.

Aufgrund der hohen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit hochaltriger Heimbewohner ergeben sich in Alters- und Pflegeeinrichtungen oft sehr intim geprägte intergenerationelle Kontakte (z.B. bei der Körperpflege). Im Gegensatz zur familialen Pflege werden die intergenerationellen Kontakte in Alterseinrichtungen jedoch immer durch beruflich-funktionale Gesichtspunkte überlagert. Dies hat Vor- wie Nachteile: Einerseits entfallen viele familiäre Verstrickungen, Schuldgefühle und Ambivalenzen der Intergenerationalität (was dazu beiträgt, dass professionelle Hilfe wird von alten Menschen nicht selten lieber beansprucht wird als familiäre Hilfe). Andererseits können bei professioneller Pflege systematische Diskrepanzen zwischen den Ansprüchen hochaltriger Menschen und den Arbeitsanforderungen jüngerer Pflegefachpersonen entstehen; beispielsweise Wunsch nach individueller Pflege durch die immer gleiche Person gegenüber Rotationsgeboten der Organisation, oder Wunsch nach Selbstgestaltung und Wunsch nach effizienten Abläufen usw. Durch die eindeutige, auch gesundheitliche Dominanz der jüngeren Generationen in Alters- und Pflegeeinrichtungen führen solche intergenerativen Interessensdivergenzen allerdings selten zu manifesten Konflikten, sondern eher zu Rückzug und Anpassung der alten Menschen selbst.

Anteil von Personen, die in Alters- und Pflegeheimen betreut werden: Schweiz

	2000 in Kollektivhaushalten	Betreuungsrate (in % der Referenzbevölkerung)					
		31.12. 2002			31.12.2010		
		Total	M	F	Total	M	F
65-69 J.	2.2	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
70-74 J.	3.0	1.6	1.5	1.8	1.5	1.3	1.5
75-79 J.	5.7	4.0	3.0	4.7	3.5	2.8	4.0
80-84 J.	12.6	10.4	7.3	12.3	8.9	6.2	10.6
85-89 J.	25.9	23.5	16.5	26.7	20.7	13.7	24.1
90+ Jahre	46.4	43.1	30.0	47.2	41.9	29.4	46.5

Quelle: Bundesamt für Statistik, Statistik der sozialmedizinischen Einrichtungen 2002 und 2010

Sterbeort im hohen Lebensalter in der Schweiz 2007

	Spital	Sozio-medizinische Einrichtungen (Pflegeheim)	Zuhause/ unterwegs
75+-jährig	34%	51%	15%
90+-jährig	20%	75%	5%

Durchschnittliches Sterbealter: Im Spital: 83.9 Jahre, in Pflegeheimen: 86.4 Jahre

Durchschnittlicher Aufenthalt in sozio-medizinischer Einrichtung (vom Eintritt bis zum Tode):

Insgesamt: 2.2 Jahre, ohne vorherigen Spitalaufenthalt: 4.6 Jahre *, mit vorherigem Spital: 1.4 Jahre

* betrifft gut ein Viertel der 2007 verstorbenen Personen (Übertritt von Zuhause in Heim ohne vorherigen Spitalaufenthalt)

Zukunftsperspektiven - Hochaltrigkeit als gesellschaftlicher Kostenfaktor?

Im hohen Lebensalter steigt das Risiko einer Fragilisierung und funktional-kognitiv bedingter Pflegebedürftigkeit deutlich an. Damit werden im hohen Alter mehr Frauen und Männer von einer hindernisfreien Wohnumwelt und ausgebauten sozialen Kontakt-, Hilfe- und Pflegestrukturen abhängig. Dies wird in einer Gesellschaft, die individuelle Selbständigkeit hoch – und möglicherweise zu hoch - gewichtet, negativ gewertet. Während das dritte Lebensalter dank steigender Zahl aktiver und gesunder Altersrentner und Altersrentnerinnen eine positive gesellschaftliche Aufwertung erfuhr, konzentrieren sich die traditionellen negativen Bilder zum Alter immer stärker auf das hohe Lebensalter, wo sich aufgrund altersbezogener Einschränkungen tatsächlich deutliche Begrenzungen individueller Gestaltungsspielräume ergeben. Die wahrgenommenen Risiken eines hohen Lebensalters (wie Demenz) sind ein Grund für neue Diskussionen zu aktiver Sterbehilfe, aber auch für Modelle einer finanziellen Langlebigkeitsabsicherung.

Aufgrund der demographischen Alterung ist mit einer steigenden Zahl an pflegebedürftigen alten Menschen zu rechnen; eine Entwicklung, die als Belastung für den sozialpolitischen Generationenvertrag betrachtet wird; sei es, weil damit mehr jüngere Menschen mit Pflegeaufgaben zugunsten alter Menschen konfrontiert werden; sei es, weil damit die Gesundheitskosten ansteigen. Demographisch gesehen wird dies sichtbar in einer Erhöhung

der sogenannten intergenerationellen Unterstützungsraten, welche das zahlenmässige Verhältnis der über 80-jährigen Menschen zur nachkommenden Generation der 50-64-Jährigen messen (Höpflinger 2005). Eine zusätzliche Konsequenz des Geburtenrückgangs der letzten Jahrzehnte ist die Tatsache, dass sich familiäre Pflegeerwartungen alter Eltern häufiger als früher auf nur eine Tochter - zunehmend aber auch auf den einzigen Sohn - konzentrieren. Gesellschaftlich gesehen erhöht sich der Druck, öffentliche Gesundheits- und Pflegekosten im Alter neu zu organisieren und zu verteilen. Vor allem das Altern geburtenstarker Jahrgänge (Babyboom-Generationen) wird in den nächsten Jahrzehnten zu erhöhten Gesundheits- und Pflegeaufwendungen beitragen (vgl. Colombier 2008, Weaver et al. 2008). Die Ausgaben für die Langzeitpflege – im Jahr 2009 auf gut 1.5% des Bruttoinlandprodukts geschätzt – dürften gemäss neuestem Referenzszenario bis 2060 auf 4.3 des Bruttoinlandprodukts ansteigen, was fast einer Verdreifachung im Bereich Langzeitpflege einschliessen würde (Colombier 2012: 75). Ein zentraler Einflussfaktor ist allerdings auch die Dauer der behinderungsfreien Lebenserwartung im hohen Lebensalter. Wenn Menschen später pflegebedürftig werden, erhöht sich der Pflegebedarf langsamer, und Modellrechnungen verdeutlichen, dass selbst eine moderate Reduktion der Pflegebedürftigkeit - etwa aufgrund geriatrisch präventiver Programme oder vermehrter Erfolge in der Rehabilitation - den demographischen Effekt wesentlich abzuschwächen vermag. Eine gezielte Strategie der Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter kann die intergenerationelle Belastung einer ansteigenden Hochaltrigkeit in bedeutsamer Weise entschärfen (vgl. Eberstadt, Groth 2008).

Ausgaben für die Langzeitpflege (in % des Bruttoinlandproduktes BIP) bis 2060

Ausgangspunkt: Kosten der Langzeitpflege 2009: 1.6% des BIP

Szenario:	Behinderungsfreie Lebenszeit in % gewonnene Lebenszeit	Ausgaben in % BIP	
		2060	Veränderung 2009-2060:
Referenzszenario (BFS A-00-2010)	50%	4.3%	+ 2.7%
Morbidität:			
- Pure Ageing	0	4.9%	+ 3.3%
- Healthy Ageing	100%	3.7%	+ 2.1%
- Compression of morbidity	150%	3.2%	+ 1.6%
Lohndruck aufgrund Personalmangels ab 2020	-	4.8%	+ 3.2%

Quelle: Colombier 2012: 75.

Schlussfolgerungen

Moderne Gesellschaften erleben einen raschen Strukturwandel des Alterns, ausgelöst durch eine Ausdehnung der Lebenserwartung, das Eintreten besser ausgebildeter und selbstbewusster Generationen von Frauen und Männern ins höhere Lebensalter und dem Durchbruch neuer Modelle eines aktiven Alterns. Dadurch ergeben sich neue Herausforderungen an die Soziale Arbeit und Pflege im Alter, sei es, weil ältere und alte Frauen und Männer über soziale Rechte und gesundheitliche Fragen besser informiert sind und selbstbewusster auftreten; sei es auch, weil Frauen und Männer ihr Alter unterschiedlich gestalten bzw. gestalten können. Die Tatsache, dass sich die Lebenslage gleichaltriger Menschen unterscheidet, erschwert oder verhindert starre Lösungen und einheitliche Regelungen, sondern sie erfordert eine hohe Flexibilität der Fachangebote und zielgruppenspezifische Maßnahmen. Neben bedeutsamen sozialen Unterschieden in der Lebenslage und der Gesundheit im Alter zeichnet sich zunehmend eine lebenszyklische Kluft zwischen dem

dritten und vierten Lebensalter ab: Während bei gesunden pensionierten Frauen und Männern – neben der klassischen Beratung bezüglich Finanzen, Partnerschaft oder Suchtverhalten - aktivitätsorientierte Interventionen und partizipative soziale und gesundheitspolitische Maßnahmen im Vordergrund stehen, geht es bei sehr alten Menschen – im vierten Lebensalter – auch darum, die Grenzen sozialer, pflegerischer und medizinischer Maßnahmen zu akzeptieren. Unterlassen kann gegen Lebensende wichtiger sein als ein hyperaktives Hinauszögern des Todes. Soziale Arbeit mit und für sehr alte Menschen ist nicht nur eng mit Pflege- und Gesundheitsberufen verbunden, sondern auch mit ethischen, spirituellen und lebensbiographischen Aspekten.

Literatur

- Albrecht, Peter-Alexis (Hrsg.) (2012) Service-Wohnen als Zukunftsaufgabe einer alternden Gesellschaft, Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag.
- Andersen-Ranberg, Karen; Robine, Jean-Marie, et al. (2008) What has happened to the oldest old Share participants after two years? In: Axel Börsch-Supan et al. (eds.) First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007), Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, S. 66-73.
- Andersen-Ranberg, K., et al. (2001) Healthy Centenarians Do Not Exist, but Autonomous Centenarians Do: A population-based study of morbidity among Danish Centenarians, JAGS 49: 900-908.
- Amrhein, L. (2013) Die soziale Konstruktion von ‚Hochaltrigkeit‘ in einer jungen Altersgesellschaft, Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, 46,1: 10-15.
- Backes, Gertrud; Amrhein, Ludwig (2008) Potentiale und Ressourcen des Alter(n)s im Kontext von sozialer Ungleichheit und Langlebigkeit, in: Harald Künemund, Klaus R. Schroeter (Hrsg.) Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 71-84.
- Baltes, M. M. (1996) Produktives Leben im Alter: Die vielen Gesichter des Alters, in: M. M. Baltes, L. Montada (Hrsg.) Produktives Leben im Alter, Frankfurt: Campus: 393-408.
- Bennett, J.; Riedel, M. (2013) Was beeinflusst die Lebenszufriedenheit im hohen Alter? Repräsentative Studie zur ambulanten Altenpflege und -betreuung in der Deutschschweiz, Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, 46, 1: 21-26.
- Boerner, K. (2012) Umgang mit Verwitwung, in: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer, J. Philipp Ziegelmann, (Hrsg.), Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer: 230-235.
- Bundesamt für Statistik (2010) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Colombier, C. (2008) Demografische Alterung und Gesundheitswesen - Mehrbelastungen primär in der Langzeitpflege, Die Volkswirtschaft 10/08, 2008, S. 63-66.
- Colombier, C. (2012) Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der Eidg. Finanzverwaltung Nr. 19, Bern: Eidg. Finanzverwaltung.
- Ding-Greiner, C.; Lang, E. (2004) Alternsprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen, in: Andreas Kruse, Mike Martin (Hrsg.) Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht, Bern: Huber: 182-206.
- Eberstadt, N.; Groth, H. (2008) Die Demografiefälle. Gesundheit als Ausweg für Deutschland und Europa, Stuttgart: Thieme Verlag.
- EuroCoDe European Collaboration on Dementia (2009) Prevalence of Dementia in Europe, Workpackage 7/06, Final Report, 7.Aug. 2009 (mimeo.).
- Furger, Martha; Kehl, Doris (Hrsg.) (2006) Alt und geistig behindert. Herausforderung für Institutionen und Gesellschaft, Luzern: Edition SZH/CSPS: 33-45.

- Graefe, S.; Dyk, S. van; Lessenich, S. (2011) Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte, *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 44, 5: 299-305.
- Grünheid, Evelyn; Scharein; Manfred G. (2010) On developments in the mean joint lifetimes of three- and four-generation families in Western and Eastern Germany – A model calculation, *Comparative Population Studies* 36,1: 41-76.
- GUGRISPA (Groupe Universitaire Genevois) (1983) Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui. Saint-Saphorin: Georgi.
- Haberkern, Klaus (2009) *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haberkern, Klaus; Schmid, Tina; Neuberger, Franz; Grignon, Michel (2012) The role of the elderly as providers and recipients of care, in: OECD, *The Future of Families to 2030*, Paris: OECD Publishing: 189-257.
- Höpflinger, François (2002) Generativität im höheren Lebensalter - Generationen-soziologische Überlegungen zu einem alten Thema, *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie* 35: 328-334.
- Höpflinger, F. (2005) Pflege und das Generationenproblem – Pflegesituationen und intergenerationelle Zusammenhänge, in: K. R. Schroeter, T. Rosenthal (Hrsg.) *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim: Juventa Verlag: 157-175.
- Höpflinger, F. (2009) Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter. *Age Report 2009*, Zürich: Seismo.
- Höpflinger, F. (2011b) Die Hochaltrigen - eine neue Grösse im Gefüge der Intergenerationalität, in: H. G. Petzold, E. Horn, L. Müller (Hrsg.) *Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 37-53.
- Höpflinger, François (2012) *Bevölkerungssoziologie. Einführung in demographische Prozesse und bevölkerungssoziologische Ansätze*, Weinheim: Beltz Juventa.
- Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy; Zumbrunn, Andrea. (2011) *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*, Bern: Huber.
- Itzhar-Naborro, Z.; Smoski, M. J. (2012). A Review of Theoretical and Empirical Perspectives on Marital Satisfaction and Bereavement Outcomes: Implications for Working with Older Adults. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 35, 3: 257-269.
- Jagger, Carol; Weston, Claire, Cambois, Emanuelle et al. (2011) Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: Findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE), *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65,11: 1030-1035.
- Karl, Fred (Hrsg.) (2012) *Das Altern der ‚neuen‘ Alten. Eine Generation im Strukturwandel des Alters*, Münster: Lit-Verlag.
- Karl, Fred (2012) Das Altern der vor und nach 1930 Geborenen, in: Fred Karl (Hrsg.) (2012) *Das Altern der ‚neuen‘ Alten. Eine Generation im Strukturwandel des Alters*, Münster: Lit-Verlag: 79-128.
- Karrer, D. (2009) *Der Umgang mit dementen Angehörigen. Über den Einfluss sozialer Unterschiede*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kraft, Eliane, Marti, Michael; Werner, Sarah; Sommer, Heini (2010) Cost of dementia in Switzerland, *Swiss Medical Weekly* 140: w13093.
- Kroll, Lars E.; Lampert, Thomas; Lange, Cornelia; Ziese, Thomas (2008) *Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung*, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Juli 2008, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

- Lalivé d'Épinay, C.; Pin, S.; Spini, D. (2001) Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale Suisse sur le grand âge: L'exemple de la dynamique de la santé fonctionnelle, *L'Année Gerontologique* 2001: 78–96.
- Lalivé d'Épinay, Christian; Spini, Dario, et al. (2008) *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*, Québec: Presse de l'université Laval.
- Lang, Frieder R. (2004) Soziale Einbindung und Generativität im Alter, in: Andreas Kruse, Mike Martin (Hrsg.) *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*, Bern: Huber: 362-372.
- Lang, Frieder R.; Baltes, Margret M. (1997) Brauchen alte Menschen junge Menschen? Überlegungen zu den Entwicklungsaufgaben im hohen Lebensalter, in: Lothar Krappmann, Annette Lepenies (Hrsg.) *Alt und Jung. Spannung und Solidarität zwischen den Generationen*, Frankfurt: Campus. 161-184.
- Menthonnex, J. (2010) *La mortalité par génération en Suisse*, Lausanne: SCRIS (Rapport technique)
- Motel-Klingebiel, A.; Ziegelmann, J.P.; Wiest, M. (2013) Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens. Theoretische Herausforderung, empirisches Problem und sozialpolitische Aufgabe, *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 46,1: 5-9.
- Pelizäus-Hoffmeister, Helga (2011) *Das lange Leben in der Moderne. Wechselbeziehungen zwischen Lebensalter und Modernisierung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Perrig-Chiello, P. (1997) *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*, Weinheim: Juventa.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François (2005) Aging parents and their middle-aged children: Demographic and psychosocial challenges, *European Journal of Ageing*, 2: 183-191.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François (Hrsg.) (2012) *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, Bern: Huber-Verlag.
- Petrich, Dorothea (2011) *Einsamkeit im Alter. Notwendigkeit und (ungenutzte) Möglichkeiten Sozialer Arbeit mit allein lebenden alten Menschen in unserer Gesellschaft*, Jenaer Schriften zur Sozialwissenschaft, Jg. 4/Bd. 6, Jena: Fachhochschule Jena.
- Petzold, Hilarion G.; Horn, Erika; Müller, Lotti (Hrsg.) (2011) *Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Puur, Allan; Sakkeus, Luule; Pöldma, Asta; Herm, Anne (2011) Intergenerational family constellations in contemporary Europe: Evidence from the Generations and Gender Survey, *Demographic Research*, 25: 135-172.
- Reitinger, Elisabeth; Beyer, Sigrid (Hrsg.) (2010) *Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe*, Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Robine, J.-M.; Paccaud, F. (2005) Nonagenarians and Centenarians in Switzerland, 1860-2001. A Demographic Analysis, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59,1: 31-37.
- Rott, Christoph (1999) Kognitive Repräsentation, Coping-Verhalten und soziale Integration von Hundertjährigen, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32: 246-254.
- Schaan, B. (2009) Verwitwung, Geschlecht und Depression im höheren Lebensalter, in: A. Börsch-Supan, H. Karsten, J. Hendrik, M. Schröder (Hrsg.), *50plus in Deutschland und Europa: Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Wiesbaden: VS Verlag: 115-131.
- Schachtschabel, D. O. (2004) Humanbiologie des Alterns, in: Andreas Kruse; Mike Martin (Hrsg.) *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*, Bern: Huber: 167-181.

- Schmid, Stefanie Kerstin E. (2010). Frauen nach der Verwitwung. Soziale Netzwerke als Hilfestellung für Verwitwete. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Schmid Botkine, C. (2012) Hundertjährige und Ältere in der Schweiz im Jahr 2010, Demos Newsletter. Informationen zur Demographie 1/2012: 8-10.
- Stuckelberger, Astrid (2008) Anti-Ageing Medicine: Myths and Chances, Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Szydlík, Marc (2012) Von der Wiege bis zur Bahre: Generationentransfers und Ungleichheit, in: Felix Bühlmann, Céline Schmid Botkine (Hrsg.) (2012) Sozialbericht 2012: Fokus Generationen, Zürich: Seismo Verlag: 58-71.
- Unger, Rainer (2006) Trends in active life expectancy in Germany between 1984 and 2003 - A cohort analysis with different health indicators; Journal of Public Health 14,3: 155-163.
- Vespa, Jonathan (2012) Union formation in later life: Economic determinants of cohabitation and remarriage among older adults, Demography 49: 1103-1125.
- Von Gunten, Armin (2011) Behavioural and psychological symptoms of Dementia in Swiss nursing homes: an analysis of existing RAI-Data, Working Report, Lausanne: Service universitaire de psychiatrie de l'âge.
- Weaver, F.; Jaccard Ruedin, H.; Pellegrini, S.; Jeanrenaud, C. (2008) Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse, Document de travail 34, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Letzte Aenderung : Sept. 2014