

Seminararbeit

**Zur Pflegesituation im Alter:
Pflegebedürftigkeit und Angehörigenpflege –
Problemfelder, Netzwerke, Perspektiven**

eingereicht von:

Peter Clausen
Lienisweid
Postfach 322
8494 Bauma
Tel.: 055 245 51 12
e-mail: peter.clausen@bluewin.ch

Matrikel-Nr. 98-701-931

Student im 15. Semester
Hauptfach: Soziologie
1. Nebenfach: Publizistikwissenschaft
2. Nebenfach: Filmwissenschaft

Thema und Zeitpunkt des Seminars:

Alter(n)
(Sommersemester 2007)

Dozent der Lehrveranstaltung:

Prof. Dr. Marc Szydlik
SUZ – Soziologisches Institut der Universität Zürich
Andreasstrasse 15
8050 Zürich

Zürich, 29. September 2007

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 1. | Einleitung | 2 |
| 2. | Vier Fragenkomplexe zur Pflegesituation im Alter | 3 |
| 3. | Ursachen und Konsequenzen der demographischen Alterung | 4 |
| 3.1 | Die „alternde Gesellschaft“ und ihre Hintergründe..... | 4 |
| 3.1.1 | Tiefes Geburtenniveau – „Alterung von unten“ | 5 |
| 3.1.2 | Höhere Lebenserwartung – „Alterung von oben“ | 6 |
| 3.1.3 | Doppelfunktion der Migrationsbilanz als „Steuerungsfaktor“ | 6 |
| 3.1.4 | Die zukünftige Entwicklung der alternden Gesellschaft | 7 |
| 3.2 | Konsequenzen im ökonomischen und sozialen Bereich | 8 |
| 4. | Verluste und Risiken im Alter – die gesundheitlichen Probleme | 8 |
| 5. | Zur Situation der Pflegebedürftigkeit in der Schweiz..... | 9 |
| 5.1 | Pflegebedürftigkeit und steigende Lebenserwartung | 10 |
| 5.2 | ADL-Kriterien zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit | 11 |
| 5.3 | Pflegebedürftigkeit – aktueller Status und Datenlage..... | 11 |
| 5.4 | „Pflegechaos“ – befürchtete Zukunftsvision?..... | 14 |
| 6. | Die wichtigsten Pflege- und Betreuungsformen im Überblick..... | 16 |
| 7. | Die „familiale Pflege“ in der Schweiz und in Deutschland | 16 |
| 7.1 | Angehörigenpflege – die Situation der pflegenden Personen..... | 17 |
| 7.1.1 | Motivation, Bereitschaft und Netzwerke..... | 17 |
| 7.1.2 | Probleme im psychischen, physischen und sozialen Bereich..... | 19 |
| 7.1.3 | Ambivalenzen gegenüber intergenerationellen Verpflichtungen... .. | 20 |
| 7.1.4 | Die „andere“ Seite der Belastungsperspektive..... | 21 |
| 7.1.5 | Wie können Pflegende unterstützt und entlastet werden?..... | 22 |
| 7.2 | Angehörigenpflege – Einflussfaktoren und Perspektiven | 24 |
| 7.2.1 | Auswirkungen veränderter Familien- und Haushaltsstrukturen | 24 |
| 7.2.2 | Pflegebedarf und familiales Pflegepotenzial – quo vadis? | 25 |
| 8. | Fazit / Schlussbemerkung..... | 26 |
| | Literaturverzeichnis | 29 |

1. Einleitung

Die „demographische Alterung“ ist ein weltweit in Erscheinung tretendes Phänomen, das sich mit einer rasch wachsenden Anzahl *alter* Menschen sowie einer zurückgehenden Anzahl *junger* Menschen in einer Bevölkerung erklären lässt. Das heisst, eine stark gestiegene *Lebenserwartung* und ein ebenso starker Rückgang der *Geburtenrate* bilden die „Triebfedern“, die Gesellschaften altern lassen – gleichzeitig aber auch vor vielfältige und anspruchsvolle Herausforderungen stellen.

Die ersten Konsequenzen des demographischen Wandels sind bereits heute spürbar. Neben der *Arbeitswelt* sind vor allem die *Sozialwerke* betroffen. So kann das soziale Sicherungssystem aufgrund der bereits eingetretenen Veränderungen im Bevölkerungsaufbau in der heutigen Form nicht mehr aufrechterhalten werden. Reformmassnahmen im Bereich der Sicherstellung der *Alterseinkommen* drängen sich auf, aber auch im Bereich des *Gesundheitswesens* und der *Krankenversicherung* wird man nicht über grundlegende Restrukturierungen hinwegkommen. Und schliesslich hat in einer alternden Gesellschaft auch der *Pflegebereich* – speziell die „Alterspflege“ – an Relevanz gewonnen.

Für die langfristige Planung ihrer Ressourcen und Strukturen ist zunächst von Bedeutung, wie sich die *Pflegebedürftigkeit* in den kommenden Jahren und Jahrzehnten entwickeln wird. Mit steigender Lebenserwartung und einem wachsenden Anteil alter und betagter Menschen liegt es nahe, dass auch die Zahl der pflegebedürftigen Menschen fortan zunehmen wird – die Frage ist nur, in welchem Ausmass und mit welcher Dynamik.

Die Pflegesituation im Alter wird aber nicht nur durch die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bestimmt, es stellt sich auch die Frage, wie der wachsende *Bedarf an Alterspflege* zukünftig gedeckt werden kann, insbesondere wie sich die Lastverteilung zwischen den wichtigsten Pflegeformen – ‚familiale Pflege‘, professionelle ‚ambulante Dienste‘ und ‚stationäre Langzeitpflege‘ – in Zukunft entwickeln und verändern wird. Hervorzuheben ist, dass ein beachtlicher Teil der Alterspflege auf „familiären Ressourcen“ beruht, womit der *Angehörigenpflege* eine wichtige Rolle unter den Pflegeformen zukommt. Vor allem die „Situation“ der Pflegenden – individuelle Problemfelder, soziale Netzwerke usw. – steht im Vordergrund der Diskussion, die auch Aufschluss gibt, wie sich das „familiäre Pflegepotenzial“, namentlich unter Berücksichtigung der sich verändernden Familien- und Lebensformen, entwickeln wird.

Pflegebedürftigkeit und *Angehörigenpflege* stehen folglich im Zentrum meiner Betrachtungen. Anhand dieser zwei „Determinanten“ möchte ich versuchen, nicht nur einen Überblick über den *heutigen* Stand der Alterspflege, sondern auch einen Ausblick auf ihr *zukünftiges* „Gesicht“ zu geben. Da vor allem die Datenlage in der *Schweiz* zum Teil recht dünn gesät ist, bin ich darauf angewiesen, auch die Situation in der *Bundesrepublik Deutschland* in meine Betrachtungen mit einzubeziehen.

Nach einer erklärenden Einführung zu den Ursachen und Konsequenzen der demographischen Alterung und einem Hinweis auf die häufigsten gesundheitlichen Probleme im Alter wende ich mich dem ersten Schwerpunktthema, der *Pflegebedürftigkeit* zu. Hier geht es zunächst um die Frage, ob eine höhere Lebenserwartung gleichbedeutend ist mit „gewonnenen“ Lebensjahren, oder ob nicht vielmehr die Lebenszeit „mit Behinderungen“ ausgedehnt wird. Die Beschreibung der Erfassungskriterien der Pflegebedürftigkeit erlaubt dann den Blick auf die aktuelle und zukünftige Situation.

Im zweiten Teil der Arbeit liegt der Fokus auf der *Angehörigenpflege*. Hier stehen vor allem die Pflegenden im Vordergrund. Es interessieren ihre psychischen und physischen, aber auch ihre Probleme im sozialen Bereich. Weitere Aspekte sind Pflegebereitschaft und Motivation der Angehörigen sowie deren Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten. Abschliessend werden die Einflussfaktoren auf die Angehörigenpflege und die Entwicklung des familialen Pflegepotenzials diskutiert.

2. Vier Fragenkomplexe zur Pflegesituation im Alter

Die inhaltliche Struktur meiner Arbeit folgt vier zentralen Fragestellungen, die auf die gegenwärtige und zukünftige Pflegesituation im Alter ausgerichtet sind:

- Welches ist der heutige Stand der Pflegebedürftigkeit im Alter in der Schweiz, und wie wird sie sich in Zukunft entwickeln?
- Welches sind die häufigsten gesundheitlichen Probleme im Alter, und welche Pflege- und Betreuungsformen eignen sich, um diese Probleme anzugehen?
- Welchen Belastungen werden Pflegepersonen, die ihre Angehörigen zuhause pflegen, am häufigsten ausgesetzt, und welche Möglichkeiten sind geeignet, sie in ihrer Pflegesituation zu unterstützen und zu entlasten?
- Welches sind die Einflüsse veränderter Familien- und Haushaltsstrukturen auf die Angehörigenpflege, und wie wirken sich diese auf die weitere Entwicklung des familialen Pflegepotenzials aus?

3. Ursachen und Konsequenzen der demographischen Alterung

„Demographische Alterung“, eine Erscheinung, die vor allem die hochentwickelten Industrieländer der Europäischen Union, aber auch die USA, Russland, Japan und Südkorea betrifft, bedeutet, dass die Zahl der alten, insbesondere der sehr alten Menschen stetig wächst (vgl. Roloff 2005: 13). Demnach bezeichnet die Alterung einer Bevölkerung einen Prozess, der eine Veränderung der Altersstruktur dieser Bevölkerung zur Folge hat, und zwar indem der Anteil der älteren Altersgruppen im Verhältnis zu den jüngeren zunimmt, womit sich gleichzeitig auch das Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung erhöht.¹

3.1 Die „alternde Gesellschaft“ und ihre Hintergründe

Die demographische Alterung kann, von einer ursprünglich stabilen Bevölkerung ausgehend betrachtet, verschiedene Ursachen haben; diese treten in der Realität nie einzeln, sondern zumeist gemeinsam auf. Schimany nennt vier Hauptursachen, die zu einer alternden Gesellschaft führen können (vgl. Schimany 2003: 239):

- Fertilitätsveränderungen (Geburtenniveau)
- Veränderte Sterberaten und Überlebenswahrscheinlichkeiten (Lebenserwartung)
- Zu- oder Abwanderungen (Migrationsbilanz)
- Besondere Ereignisse (Kriege, Epidemien, Naturkatastrophen)

Vor allem in den ersten drei Bereichen sind mit dem *Geburtenniveau*, der *Lebenserwartung* und dem *Verhältnis von Ein- und Auswanderungen* jene demografischen Größen enthalten, welche die Altersverteilung der Bevölkerung einer bestimmten Region im wesentlichen regulieren. Um die weitere Entwicklung der demographischen Alterung, vor allem auch ihren Einfluss auf die Alterspflege besser zu verstehen, scheint mir eine genauere Betrachtung dieser drei Komponenten sinnvoll.

¹ Auf (formale) *Messkonzepte* demographischer Alterung möchte ich nicht näher eingehen. Folgende zwei Aspekte scheinen mir in diesem Zusammenhang aber dennoch erwähnenswert:

- a) Als statistische Grundlage des demographischen Alterns ist das *chronologische* bzw. *kalendarische Alter* von Personen und nicht das *funktionale Alter* zu erheben. Ersteres stellt geringere statistische Anforderungen (absolute Besetzungszahlen, prozentuale Anteilswerte, Durchschnittsalter, Medianalter usw.), während das funktionale Alter – im Sinne von biologischem Alter – Entwicklungsstadien des menschlichen Organismus bezeichnet, deren Erfassung oft auf subjektiven (Selbst-)Einschätzungen beruht, die sich für die Messung des demographischen Alterns nicht eignen (vgl. Schimany 2003: 242).
- b) Im bevölkerungstatistischen Sinne wird *Alterung* als ein Anstieg des Anteils der Personen oberhalb einer „bestimmten Altersgrenze“ an der Gesamtbevölkerung definiert. Wo der Beginn dieses höheren Alters ansetzt, ist seit jeher Gegenstand wissenschaftlicher Überlegungen. Historische Klassifikationsversuche (von den Schriften des Pythagoras und Hippokrates bis zu den Physiologen und Anthropologen des frühen 20. Jahrhunderts) umfassen zwar einen Bereich vom 45. bis zum 70. Lebensjahr, dennoch lässt sich ein *Schwerpunkt* zwischen 60 und 65 Jahren erkennen, was vielerorts mit dem gesetzlichen oder üblichen Eintrittsalter in den Ruhestand übereinstimmt (vgl. Hörl 1978: 348).

3.1.1 Tiefes Geburtenniveau – „Alterung von unten“

Eine dauerhafte Verringerung des *Geburtenniveaus* hat nach Schimany eine Alterung vom *ersten Typ* („Alterung von unten“) zur Folge.² Aufgrund der Fertilitätsreduktion nimmt der Anteil der jüngeren Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung ab, was zu einer Veränderung der Altersstruktur und damit zu einer „alternden Gesellschaft“ führt (vgl. Schimany 2003: 239). Sowohl Höpflinger als auch Roloff betonen mit Nachdruck, dass Prozesse demographischer Alterung – auf einzelne Nationen bezogen – *primär* auf den Einfluss eines Geburtenrückgangs zurückzuführen sind (vgl. Höpflinger 2005a: 15; Roloff 2005: 22).

Höpflinger führt das Absinken des Geburtenniveaus auf ein „generatives Verhalten“ zurück, das langfristig auch zu einer rückläufigen Bevölkerungszahl führen dürfte. Die zentralen Elemente dieses Verhaltens sind eine ausgeprägte *Familienplanung*, späte *Familiengründung* mit *wenig Kindern*, Zunahme der *nicht ehelichen Lebensgemeinschaften* und erhöhte *Scheidungsraten* (vgl. Höpflinger 2005a: 15, 16).

Roloff sieht den Hauptgrund dieses „säkularen Geburtenrückgangs“ darin, dass Kinder „nicht mehr als zusätzliche Arbeitskräfte in der Familie und auch nicht mehr als Garantie für die Altersversorgung ihrer Eltern ‚gebraucht‘ werden“ (Roloff 2005: 25). Die von Höpflinger erwähnte späte Familiengründung wird auch von Roloff genannt und durch die zunehmende Berufsorientierung der Frauen begründet. Demnach werde die Geburt des ersten Kindes auf spätere Lebensjahre verlagert, mit der Absicht, den totalen Rückzug aus dem Berufsleben um einiges zu verzögern. Hier ist darauf hinzuweisen, dass sich mit einer (gewollten) späten Erstgeburt auch das Risiko einer (ungewollten) Kinderlosigkeit vergrößert, was den Einfluss auf das Geburtenniveau auch nicht gerade beflügelt. Im weiteren weist Roloff darauf hin, dass schon seit Jahren die Zahl jener Frauen steigt, die freiwillig auf eine Mutterschaft verzichten.³ Und übereinstimmend mit Höpflinger sieht Roloff auch für die BRD eine Schrumpfung der Bevölkerung, da die jährlichen Gestorbenenzahlen nicht mehr durch entsprechend hohe Geburtenzahlen ausgeglichen werden (Roloff 2005: 26).⁴

² Das „Geburtenniveau“ (auch: Geburtenziffer oder Geburtenrate) wird anhand der „zusammengefassten Geburtenziffer“ gemessen. Diese statistische Kennziffer bezeichnet die durchschnittliche Zahl der Geburten von Frauen im gebärfähigen Alter (in der Regel zwischen 15 und 50 Jahren) innerhalb eines Kalenderjahres.

³ In Deutschland wird nach Berechnungen des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung in Wiesbaden etwa 30% der 1966 in Westdeutschland geborenen Frauen voraussichtlich kinderlos bleiben (vgl. Roloff 2005: 26).

⁴ Als Hinweis: In der Schweiz lag das Geburtenniveau um 1860 durchschnittlich bei vier Kindern pro Frau, heute liegt der Schnitt bei 1,4 Kindern (vgl. Münz 2006: 3). Ähnlich in Deutschland, wo die Geburtenrate innerhalb der letzten hundert Jahre von ehemals 4,6 auf inzwischen nur noch 1,3 Kinder gesunken ist (vgl. Roloff 2005: 25).

3.1.2 Höhere Lebenserwartung – „Alterung von oben“

Die Verringerung der Sterblichkeit, die in den letzten hundert Jahren zu einem steten Anstieg der *Lebenserwartung* geführt hat, darf als eine soziokulturelle und zivilisatorische Leistung betrachtet werden, die eng mit verbesserten ökonomischen, sozial- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen verknüpft ist.⁵ Für das demographische Altern ist aber nicht nur der Anstieg der Lebenserwartung Neugeborener, sondern vor allem auch die sinkende Sterblichkeit älterer Menschen massgebend.⁶ Schimany bezeichnet dieses Phänomen als *zweiten Typ* der Alterung, als „Alterung von oben“ (Schimany 2003: 239).⁷

Da heutzutage Säuglings- und Kindersterblichkeit auf ein nahezu bedeutungsloses Niveau abgesunken sind, gewinnt die Erhöhung der „ferneren Lebenserwartung“ zusehends an Gewicht.⁸ So lässt sich in der Schweiz wie in Deutschland ein markanter Anstieg der Lebenserwartung von Rentnern und Rentnerinnen feststellen, was die Bedeutung des Einflusses der veränderten Mortalitätsentwicklung auf die demographische Altersstruktur klar unterstreicht (vgl. Höpflinger 2007: 2).

3.1.3 Doppelfunktion der Migrationsbilanz als „Steuerungsfaktor“

Ebenfalls ein gewichtiger Bestimmungsfaktor der Altersverteilung in einer Bevölkerung ist die *Migrationsbilanz* (Verhältnis von Ein- und Auswanderungen). Aus Tradition handelt es sich bei Migranten primär um jüngere Erwachsene, weshalb Einwanderungsprozesse zu einer demographischen Verjüngung, Abwanderungsprozesse dagegen zu einer Alterung der Bevölkerung führen. Wie gross dieser Einfluss effektiv ist, und in welche Richtung er wirkt, hängt vom Ausmass der Wanderungen, insbesondere

⁵ Unter „Lebenserwartung“ versteht man die Zahl an Lebensjahren, die Neugeborene unter den gegebenen Sterblichkeitsverhältnissen der Sterbetafel im Schnitt erwarten können. Auf die Art und Weise wie Sterbetafeln erstellt werden, möchte ich nicht näher eingehen. Erwähnt sei einzig, dass eine erste und in ihrem methodischen Aufbau bis heute erhaltene Sterbetafel bereits im Jahr 1693 von Edmund Halley berechnet wurde (vgl. dazu Wiesner 2001: 7).

⁶ Als Hinweis: In der Schweiz betrug die Lebenserwartung neugeborener Mädchen im Jahr 1900 durchschnittlich 49 Jahre, bei den Jungen 46 Jahre, hundert Jahre später ist sie für Frauen auf beinahe 83 Jahre, für Männer auf 77 Jahre angestiegen (vgl. BfS 2006: 8). – In Deutschland hatten am Ende des 19. Jahrhunderts Mädchen durchschnittlich 48 Jahre, Jungen 45 Jahre zu leben. Heute, hundert Jahre danach, beträgt die Lebenserwartung für Mädchen 81 Jahre, für Jungen 75 Jahre. Sowohl früher als auch heute haben Mädchen durchschnittlich eine höhere Lebenserwartung, wofür es verschiedene wissenschaftliche Erklärungsansätze gibt, die aber „noch nicht hinreichend gelöst werden konnten“ (Roloff 2005: 19, beziehend auf Luy 2002).

⁷ Mit diesen zwei Alterungstypen sehen sich hochentwickelte Länder sozusagen einer „doppelten demographischen Alterung“ ausgesetzt. Der in der Literatur häufig anzutreffende Begriff nimmt Bezug auf die hier beschriebenen, wichtigsten zwei Einflussfaktoren der Alterung: Geburtenrückgang und Anstieg der Lebenserwartung (vgl. Höpflinger 2005: 16, beziehend auf Myers 1984).

⁸ Als „fernere Lebenserwartung“ wird die Anzahl Lebensjahre bezeichnet, die ein Mensch ab einem bestimmten Alter noch zu leben hat. So dürfen etwa 65-jährige Frauen in der Schweiz gegenwärtig mit einer verbleibenden Lebensdauer von 23 Jahren, gleichaltrige Männer mit einer von 20 Jahren rechnen (vgl. BfS 2006: 20).

re aber von der *Alterstruktur* der Zu- bzw. Abwanderer ab. Hier zeigt sich jedoch, dass selbst eine hohe Zahl von Zuwanderern mit günstiger (junger) Altersstruktur die demographische Alterung bestenfalls abschwächen, jedoch kaum stoppen kann (vgl. dazu Höpflinger 2005a: 16; Roloff 2005: 28).

Rein demographisch betrachtet kann der Migrationsbilanz noch eine zweite „Steuerungsfunktion“ zugeordnet werden. In positiver Ausprägung ist sie nämlich in der Lage, den wiederkehrenden Geburtendefiziten entgegenzutreten und so zu verhindern, dass die Gesamtbevölkerungszahl über die Jahre abnimmt. Gerade dank der Einwanderung ausländischer Arbeitskräfte und ihrer Familien hat die Bevölkerung der Schweiz und Deutschlands kontinuierlich zugenommen.

3.1.4 Die zukünftige Entwicklung der alternden Gesellschaft

Zukünftige Bevölkerungszahlen und Altersstrukturen hängen also weitgehend von der Entwicklung der Geburtenrate, Lebenserwartung und Migration ab. Um diesen Ablauf für die nächsten Jahrzehnte zu ermitteln, werden anhand von Bevölkerungsvorausrechnungen verschiedene „Szenarien“ (Schweizerisches Bundesamt für Statistik/BfS) bestimmt, die für einen *langen Zeitraum* aber nicht absolut treffsicher sein können und daher nur „mögliche“ langfristige Tendenzen der Bevölkerungsentwicklung aufzeigen.⁹ Augenfällig ist zunächst, dass sämtliche schweizerischen wie auch deutschen Berechnungsmodelle von einer konstant tiefen Geburtenhäufigkeit und einem stationären oder eher rückläufigen Wanderungsüberschuss ausgehen. Den eigentlichen „Spielraum“ zur Ermittlung der einzelnen Szenarien bieten verschiedene, unterschiedliche Lebenserwartungsannahmen, alle jedoch mit mehr oder weniger stark „steigender“ Tendenz. Für die Entwicklung der nächsten Jahrzehnte ist gemäss Höpflinger besonders hervorzuheben, dass sich die demographische Alterung aufgrund des Alterns zweier geburtenstarker Jahrgänge, den sog. „Baby-Boom-Generationen“, beschleunigen wird.¹⁰ Diese Jahrgänge brachten wenig Kinder zur Welt, werden aber länger leben als ihre Eltern. Erst nach dem Absterben dieser Boom-Generationen wird die demographische Alterung stagnieren und langsam wieder zu sinken beginnen (vgl. Höpflinger 2005a: 16).

⁹ In der Terminologie des Statistischen Bundesamtes in Deutschland ist von „Varianten“ die Rede.

¹⁰ In der Schweiz etwa gab es in der Nachkriegszeit zwei unterschiedliche „Baby-Booms“: Im Unterschied zu kriegsversehrten Ländern erfolgte ein erster Geburtenanstieg bereits 1943, der mit einer Geburtenrate von 2,4 und mehr bis 1950 andauerte (Kriegs- und Nachkriegs-Baby-Boomer). Von 1957 bis 1966 erfolgte ein zweiter geburtenstarker Schub (Wohlstands-Baby-Boomer) mit Raten von 2,4, bis 2,6 (vgl. Höpflinger 2005: 16, 17).

3.2 Konsequenzen im ökonomischen und sozialen Bereich

Wie gesehen führt die demographische Alterung zu umfassenden Verschiebungen in der Altersstruktur einer Bevölkerung. Sie wird in den meisten hoch industrialisierten Ländern denn auch häufig als „stille“ (Clade 2005: 1) oder „demographische Revolution“ (Künzli 2005: 7) bezeichnet mit langfristigen Konsequenzen für zahlreiche Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Unter den ökonomischen und sozialen Auswirkungen sind vor allem *Arbeitswelt* und *Sozialwerke* betroffen. Künzli verweist auf neue Formen der *Arbeit* und der *Arbeitsorganisation*, Neuregelungen des *Pensionsalters*, Reformen und Leistungskürzungen der *Sozialsysteme* sowie Öffnungen für *Immigration* (Künzli 2005: 7). Höhn erwünscht sich ebenfalls Reformmassnahmen bei der Sicherung der Alterseinkommen¹¹, sieht aber angesichts des veränderten Gesundheitsniveaus und Krankheitsgeschehens im Alter ebenso Reformbedarf im *Gesundheitswesen*, bei der *Krankenversicherung* und vor allem im *Pflegebereich* (Höhn 2000: 375). Deshalb nennt Clade die Sicherstellung der finanziellen, personellen und kapazitätsmässigen Ressourcen zugunsten der *Pflege* eine der „elementarsten Herausforderungen einer zunehmend alternden Gesellschaft“ (Clade 2005: 1).

4. Verluste und Risiken im Alter – die gesundheitlichen Probleme

In der Sicht der Biologie und der Psychologie wird nur selten vom „Alter“, dafür sehr viel mehr vom „Altern“ eines Menschen gesprochen. Gemeint ist ein natürlicher Prozess allmählicher Veränderungen, die nicht nur *Verluste* (z.B. körperliche, sensorische oder kognitive Einschränkungen), sondern auch potenzielle *Gewinne* (z.B. Zuwachs an Wissen, Erfahrung und Handlungskompetenz) mit einschliessen. In einer repräsentativen Untersuchung für die gesamte Bundesrepublik Deutschland kommen alle diese „Veränderungen“ in vier zentralen Kategorien von *Altersbildern* zum Ausdruck, wobei sich eine – ‚Verluste und Risiken im Alter‘ – speziell mit der zunehmenden Erkrankungs- und Pflegewahrscheinlichkeit auseinandersetzt (vgl. Kruse 2003: 4).

Pflegebedürftigkeit und Pflege im Alter sind zunächst einmal abhängig von der Art der Krankheit und den entsprechenden Einschränkungen und Behinderungen. Mögliche *Ursachen* von Pflegebedürftigkeit sind (vgl. auch Höpflinger/Hugentobler 2003: 33, bezugnehmend auf Mager 1999):

¹¹ Gemeint ist eine Altersvorsorge nach dem System des Generationenvertrages, unter Wahrung der Generationengerechtigkeit (vgl. Höhn 2000: 1).

- Angeborene Behinderungen
- Akuterkrankungen mit bleibenden Einschränkungen (z.B. Schlaganfall)
- Kumulation von Erkrankungen (Multimorbidität)
- Chronisch-degenerative Erkrankungen
- Altersbezogene physische Funktionseinschränkungen
- Altersbezogene psychische und demenzielle Einschränkungen

Als häufigste *chronische Krankheiten*, die im hohen Lebensalter zu Behinderungen und späterer Pflegebedürftigkeit führen können, werden genannt (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2003: 33f, bezugnehmend auf Verbrugge et al. 1989; Stuck 2000):

- Demenzielle Erkrankungen (hirnorganische Störungen wie Alzheimer, Parkinson)
- Depressive Störungen (Altersdepressionen)
- Frakturen und Unfälle (vornehmlich Sturzunfälle)
- Vaskuläre Erkrankungen (Hirnschlag)
- Seh- und Hörbehinderungen
- Osteoporose
- Diabetes
- Herzkrankheiten
- Krebserkrankungen
- Rheumatische Erkrankungen

Besonders im hohen Alter ist Pflegebedürftigkeit oft nicht auf *eine* Ursache allein zurückzuführen, meistens ergibt sie sich aus dem Zusammenwirken verschiedener alters- und krankheitsbedingter Ursachen. Und wie wir später sehen werden, hängt sie auch davon ab, welche Alltagsaktivitäten von den Betroffenen als unabdingbar und nicht kompensierbar erachtet werden.

5. Zur Situation der Pflegebedürftigkeit in der Schweiz

Der „pflegerischen“ Herausforderung, die durch die demographische Alterung impliziert wird, muss sich auch die Schweiz stellen. Auch hier ist die Pflege jener zunehmend älteren Menschen zu gewährleisten, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig zu leben. Daher muss die langfristige Planung der *Alterspflege* – eine private als auch staatliche Aufgabe – mit hoher Priorität und Sorgfalt an die Hand genommen werden, und zwar nicht nur unter dem Aspekt des *demographischen*, sondern auch unter dem Einfluss des *gesellschaftlichen Wandels*.

5.1 Pflegebedürftigkeit und steigende Lebenserwartung

Mit der stetig steigenden Lebenserwartung stellt sich auch die Frage nach der zukünftigen Krankheitsentwicklung und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen (Morbiditätsentwicklung). In anderen Worten ausgedrückt: Bedeutet die erhöhte Lebenserwartung effektiv gewonnene „behinderungsfreie“ Lebensjahre, oder dehnt sie nicht vielmehr die Lebenszeit mit Behinderungen aus? Hierzu nennt Schimany drei Thesen, die von Höpflinger/Hugentobler (2003) und Roloff (2005) ebenfalls übernommen werden (vgl. Schimany 2003: 412 - 414):

1. *Kompression der Morbidität*: Die Anzahl der „gesunden“ Lebensjahre steigt stärker als die allgemeine Lebenserwartung.¹²
2. *Expansion der Morbidität*: Die Menschen leben nur aufgrund zusätzlicher „kranke“ Lebensjahre länger (auch: „Medikalisierungsthese“).¹³
3. *Bi-Modalität*: Es erfolgt eine gleichzeitige Zunahme an „gesunden“ wie auch an „pflegebedürftigen“ älteren Menschen.

Vor allem die ersten beiden Thesen wurden in den letzten Jahrzehnten zum Anlass etlicher wissenschaftlicher Auseinandersetzungen genommen, auf die ich im vorgegebenen Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingehen möchte. Erwähnt sei lediglich, dass für eine differenziertere Diskussion zwischen *absoluter* und *relativer* Expansion resp. Kompression der Morbidität zu unterscheiden ist. „So ist es möglich, dass zwar die absolute Zahl der in Krankheit und schlechter Gesundheit verbrachten Lebensjahre ansteigt, gleichzeitig der Anteil dieser Jahre an der gesamten Lebenszeit zurückgeht (relative Kompression). Umgekehrt kann aber auch die Zahl der Lebensjahre ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ansteigen, zugleich aber der Anteil dieser Jahre an der gesamten Lebenszeit sinken (relative Expansion)“ (Doblhammer/Kytir 1999: 72).¹⁴

¹² Diese These geht von einer biologischen Begrenzung der maximalen Lebensspanne aus. Ein späteres Auftreten chronisch-degenerativer Krankheiten führt zu einer Verkürzung der in Krankheit verbrachten Lebenszeit bzw. zu einer „Rektangularisierung“ der Morbidität. Gemeint ist jener demographische Prozess, bei dem die Überlebenskurven (Morbiditätsverläufe) immer „rechtwinkliger“ werden, was nichts Anderes heisst, als dass nach einem langem „gesunden“ Überleben das Sterben bzw. das Erkranken für viele Menschen in sehr kurzer Zeit erfolgt (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2003: 23).

¹³ Krämer beschreibt diese zweite These („Medikalisierungsthese“) treffend: „Millionen Herzkranker, Diabetiker, Nierenleidender und anderer chronisch Kranker, die bei schlechterer Medizin längst hätten sterben müssen [...] sind heute, wenn auch krank, noch am Leben“ (Krämer 2004: 569).

¹⁴ Verschiedene von Höpflinger/Hugentobler genannte Forschungsergebnisse zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung in den USA, der Schweiz und ihrer Nachbarländer lassen erkennen, dass „Männer und Frauen in hochentwickelten Ländern nicht nur lange leben, sondern im Durchschnitt auch lange Zeit gesund und ohne massive Behinderung verbleiben“ (Höpflinger/Hugentobler 2003: 26), d.h. die vorhandenen empirischen Daten unterstützen in keiner Weise die These einer „Expansion der Morbidität“.

5.2 ADL-Kriterien zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit

Die Definition und Erfassung der „Pflegebedürftigkeit“ erfolgt wie bei der behinderungsfreien Lebenserwartung nach dem Konzept der *funktionalen* Gesundheit, d.h. im Vordergrund steht die Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, den eigenen „Alltag“ ohne fremde Hilfe zu bewältigen. Damit ist eine *funktional bedingte* Pflegebedürftigkeit gemeint, und zwar unabhängig der Krankheitsform. „Pflegebedürftig“ sind demnach jene älteren Menschen, die aufgrund *körperlicher, sensorischer* und/oder *kognitiver* Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, den normalen Alltag selbstständig zu bewältigen (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2003: 33).¹⁵

Häufig erfolgt die Operationalisierung der Pflegebedürftigkeit nach den von Katz et al. (1963) entwickelten sog. *ADL-Kriterien* („activity-of-daily-living“). Sie sind Bestandteil eines Punktesystems, das die Pflegebedürftigkeit anhand eines Katalogs alltäglicher Grundverrichtungen ermittelt: Selbst an- und auskleiden, selbst zu Bett gehen oder das Bett verlassen, selbst Körperpflege (inkl. Notdurft) wahrnehmen und sich innerhalb der Wohnung frei bewegen.¹⁶

5.3 Pflegebedürftigkeit – aktueller Status und Datenlage

Als wichtige Datenquellen zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung erweisen sich die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 1992/93 und 1997. Ihre Erhebungen beziehen sich allerdings nur auf *zu Hause* lebende Personen, so dass speziell in höheren Altersgruppen eine erhebliche Einschränkung der Aussagekraft in Kauf genommen werden muss.

Auf der Suche nach einem aktuellen und „effektiven“ Stand der Pflegebedürftigkeitsquote älterer Menschen in der Schweiz – unabhängig der Wohnform (Privathaushalt oder Pflegeheim) – vermitteln die Bezugsquoten der „AHV-Hilflosenentschädigung“ einige zumindest „richtungsweisende“ Informationen über den Verlauf der Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht. Unabhängig von Einkommen und Vermögen

¹⁵ Ergänzend und nicht unwichtig zu erwähnen, dass *Pflegebedürftigkeit* (nach funktionalen Kriterien) und *Pflegebedarf* nicht „absolut“ gleichbedeutend sind, denn das Ausmass des Pflegebedarfs wird nicht nur durch funktionale Einschränkungen und Behinderungen bestimmt, sondern es ist auch abhängig von sozialen und wirtschaftlichen Faktoren. So werden etwa ambulante Pflegeleistungen (Spitex) weniger beansprucht, wenn ein Teil der Pflege von Familienmitgliedern übernommen wird, und auch der Wechsel in ein Pflegeheim wird von sozialen Faktoren (Familienstand, sozialer Status usw.) mitbestimmt. Ungeachtet dieser „Definitionsunterschiede“ ist festzuhalten, dass Pflegebedürftigkeit zwar nicht der alleinige, mit Sicherheit aber der wichtigste Einflussfaktor des Pflegebedarfs ist (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2003: 35).

¹⁶ Neben dem ADL-Punktesystem wird mit der sog. „Zertifikationsmethode“ eine zweite Erfassungsmethode der Pflegebedürftigkeit genannt. Sie bestimmt den Pflegefall aufgrund ärztlicher Gutachten, wobei Ärzte faktisch häufig auch ein ADL-Punktesystem verwenden (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2003: 35).

können AHV-Rentnerinnen und -Rentner in der Schweiz Hilflosenentschädigung der AHV geltend machen, nämlich dann, wenn sie:

- in schwerem oder mittelschwerem Grad hilflos sind,
- die Hilflosigkeit ununterbrochen ein Jahr gedauert hat und
- kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung einer anderen Versicherung (z.B. Unfall- oder Militärversicherung) besteht.¹⁷

Da der Bezug einer AHV-Hilflosenentschädigung mit diversen administrativen Hürden verbunden ist, zeichnen die Bezugsquoten dieses Sozialsystems eher die „untere Grenze“ der Pflegebedürftigkeit nach.¹⁸ Im Jahre 1993 etwa, bei Inkrafttreten der erwähnten Schwellenwerte, erhielten in der Altersgruppe aller 65-jährigen und älteren Menschen insgesamt 2,5% eine Hilflosenentschädigung, bei den 80-jährigen und älteren betrug die Bezugsquote 7%. Im Vergleich dazu die Schätzung Strüwes auf der Basis von Versicherungsstichproben, die für die gleiche Zeitperiode und Altersgruppe (65-Jährige und Ältere) mit einer deutlich höheren Pflegequote von 5,5 bis 5,7% der Realität schon ein Stück näher kommt (Strüwe 1996: 137).¹⁹

Obwohl die AHV-Hilflosenentschädigung zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit wenig beiträgt, liefert sie doch „ergänzende“ Informationen, die einerseits *Altersverteilungseffekte* widerspiegeln, andererseits auf *soziale Effekte* hinweisen. Gemäss AHV-Statistik für 2000/2001 betrug etwa die Hilflosen-Bezugsquote bei den 65-jährigen und älteren Menschen 3,5%, in der Gruppe der 80-jährigen und älteren 9,3%. Während sich die Entschädigungen in der jüngeren Gruppe auf beide Geschlechter in etwa gleich verteilen, beanspruchen in der höheren Altersgruppe mehr Frauen als

¹⁷ Der Grad der „Hilflosigkeit“ wird – ähnlich der ADL-Kriterien für die Pflegebedürftigkeit – anhand sechs täglicher Verrichtungen ermittelt, bei denen Hilfe Dritter in Anspruch genommen werden muss: an- und auskleiden, aufstehen, hinsetzen, hinlegen (inkl. zu Bett gehen oder Bett verlassen), essen, Körperpflege (waschen, kämmen, rasieren, baden), Verrichtung der Notdurft sowie Fortbewegung (innerhalb oder ausserhalb des Hauses) und Kontaktaufnahme. *Mittlere Hilflosigkeit* ist bei vier von sechs Kriterien gegeben, *schwere Hilflosigkeit* liegt bei sechs negativen Kriterien vor und *leicht hilflos* sind Personen, die zwei Alltagsverrichtungen nicht mehr alleine bewältigen können. – Als Vergleich: Die 1995 eingeführte „deutsche Pflegeversicherung“, eine Art „Pendant“ zur AHV-Hilflosenversicherung, kennt ebenfalls drei Stufen: Pflegestufe 1 (Erheblich Pflegebedürftige), Pflegestufe 2 (Schwerpflegebedürftige), Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige).

¹⁸ Zu den administrativen Hürden gehört sicher einmal die einjährige Wartezeit, die in Anlehnung an Modelle der Invalidenversicherung auf ein Dauerzustand von Behinderung angelegt ist. Damit will man verhindern, dass bei kürzeren Behinderungen keine langfristig ausgerichteten Leistungen zugesprochen werden. Ein weiteres Hindernis ist sicher auch der Umstand, dass Hilflosenentschädigung zuerst einmal „beantragt“ werden muss, denn längst nicht alle Anspruchsberechtigten stellen einen Antrag. Dies betrifft vor allem Menschen in Privathaushaltungen, wogegen HeimbewohnerInnen häufiger angemeldet sind. Allein schon diese zwei „Schwierigkeiten“ machen deutlich, dass bei den Bezugsquoten der AHV-Hilflosenentschädigung eine beachtliche „Dunkelziffer“ besteht, so dass Rückschlüsse auf eine „allgemeine Pflegebedürftigkeit“ nur mit grösster Vorsicht zu betrachten sind.

¹⁹ Obwohl Strüwes Schätzung der Pflegequote deutlich höher liegt als die im gleichen Jahr geleisteten AHV-Hilflosenentschädigungen, erachten Höpflinger/Hugentobler diese Schätzung – wie nachfolgend in Tabelle 1 ersichtlich – dennoch als „eindeutig zu niedrig“, was u.a. „auf die Problematik einer Hochrechnung nicht-repräsentativer Versicherungsstichproben hinweist“ (Höpflinger/Hugentobler 2003: 37).

Männer einen Hilflösenbeitrag. Dies ist einerseits auf das höhere Durchschnittsalter der Frauen (Altersverteilungseffekt), aber auch auf einen höheren Anteil hochbetagter Männer mit Ehepartnerin zurückzuführen (sozialer Effekt).²⁰

Erstaunlicherweise sind auf die Schweiz zutreffende Angaben zur „tatsächlichen“ Pflegebedürftigkeit *aller* Rentnerinnen und Rentner nur spärlich aufzufinden.²¹ Verständlich, dass ihre Quoten entsprechend der gewählten Schnittpunkte erheblich variieren. Unter Bezug deutscher und österreichischer Pflegebedürftigkeitsquoten, aber auch unter Berücksichtigung kohorten- und kontextspezifischer Unterschiede sowie einer verbesserten behinderungsfreien Lebenserwartung versuchten Höpflinger/Hugentobler, „integrative Schätzwerte“ der Pflegebedürftigkeit bei 65-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz für 2000 zu ermitteln (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1:

Epidemiologische Schätzungen zur Pflegebedürftigkeit älterer Menschen, unabhängig von der Wohnform (Pflegebedürftigkeitsquoten in %)

| Altersgruppen | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85+ | 65+ | absolut, hochgerechnet (2000) |
|---|-------|-------|--------|---------|---------|------------|-------------------------------|
| (1) Schätzung Zweifel 1986/90 | 2.5 | 5.0 | 10.5 | 21.2 | 44.0 | 12.6 | 139000 |
| (2) Hochrechnung Gesundheitsbefragung 1992/93 | | | | | | 14.8 | 164000 |
| (3) Epidemiologische Studie Genf/Zürich 1995/96 | 2.5 | 6.5 | 8.2 | 17.5 | 25.3 | 9.6 | 106000 |
| (4) Vergleich: Deutsche Pflegeversicherung 1999 | 2.1 | 4.7 | 9.5 | 19.6 | 42.4 | 11.8 | 131000 |
| Integrative Schätzwerte 2000 | 2.5 | 5 - 6 | 8 - 10 | 18 - 20 | 30 - 35 | 9.8 - 11.4 | 109000 - 126000 |

Grundlagen:

- 1) Pflegebedürftige in Privathaushalten: Gemäss Pflegebedürftigkeitsquoten in Österreich, IADL-Index: 16 bis 30 Negativpunkte gemäss Kytir/Münz 1992: 85; Pflegebedürftige in Institutionen: gemäss Pedroni/Zweifel 1989 (mittlere Variante).
- 2) Abelin et al. 1998: 110. Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93: In körperlicher und/oder kommunikativer Hinsicht auf Hilfe angewiesen plus Aufrechnung von Personen in Institutionen.
- 3) Herrmann et al. 1997: Epidemiologische Studie Genf/Zürich: Personen mit mindestens einer funktionalen Einschränkung gemäss ADL-Skala.
- 4) Schulz et al. 2001:27. Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung, alle drei Pflegestufen.

Quelle: Höpflinger, F./Hugentobler, V. (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert (S. 42).

²⁰ Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu überschreiten, verzichte ich auf die Analyse der in Deutschland durch die obligatorische „Pflegeversicherung“ erhobenen Daten – obwohl sie auch für die Schweiz interessante Eckwerte darstellen. Ihr Vorteil besteht darin, dass nur „anerkannte“ Pflegebedürftige erfasst werden, dennoch werden auch in Deutschland nicht alle Pflegebedürftigen erfasst, die Diskrepanz zwischen erfasster und tatsächlicher Pflegebedürftigkeit im deutschen System ist jedoch geringer als bei der Hilflösenentschädigung in der Schweiz (vgl. auch Höpflinger/Hugentobler 2003: 93).

²¹ Wünschenswert wäre eine gemäss ADL-Kriterien erfasste Pflegebedürftigkeitsquote aller ‚65-jährigen und älteren Menschen‘ in der Schweiz, unabhängig der Wohnform (Privathaushalt oder Pflegeheim).

Die ersten vier in Tabelle 1 aufgeführten Schätzungen bzw. Angaben zur Alterspflegebedürftigkeit in Österreich, der Schweiz und Deutschland lassen vor allem bei den über 85-Jährigen deutliche Unterschiede erkennen. In der „Studie Genf/Zürich“ beträgt die Pflegequote 25,3%, wogegen die „deutsche Pflegeversicherung“ für die gleiche Altersgruppe eine Pflegebedürftigkeitsquote von 42,4% angibt. Dieser Wert ist angesichts der Kohortenunterschiede dieser hochaltrigen Gruppe (divergierende Kohortenschicksale als Folge des zweiten Weltkrieges) sicher nicht auf die Schweiz übertragbar. Andererseits scheint der Wert von 25,3% der in Genf und Zürich durchgeführten Studie eher zu tief angesetzt, vor allem wenn diese Quote in Bezug gesetzt wird zu der in der gleichen Untersuchung aufgeführten Demenzprävalenz.²²

Gemäss den von Höpflinger/Hugentobler ermittelten „integrativen Schätzwerten“ liegt die Pflegebedürftigkeitsquote in der Schweiz „nach Berücksichtigung aller vorhandenen Informationen“ für 2000 zwischen 9,8 und 11,4% aller 65-jährigen und älteren Menschen, was hochgerechnet 109000 bis 126000 gemäss ADL-Kriterien pflegebedürftigen Menschen entspricht (Höpflinger/Hugentobler 2003: 43).²³

Wenn sich auch die effektive Pflegebedürftigkeit in der Schweiz nur schwer beziffern lässt, so ist – in Übereinstimmung mit den anderen in Tabelle 1 aufgeführten Angaben und Schätzungen – zumindest festzuhalten, dass alle Daten klar eine starke *altersassoziierte Zunahme* der Pflegebedürftigkeit widerspiegeln. Dies sieht Roloff in der BRD weiterhin bestätigt, indem sie auf die amtliche Pflegestatistik 2001 des Deutschen Statistischen Bundesamtes verweist. Auch hier beträgt die Pflegequote in der „jüngsten“ Kohorte (60- bis 64-Jährige) lediglich 1,6%, während sie in der Gruppe der über 90-Jährigen mit 59,7% markant höher liegt (vgl. Roloff 2005: 41).

5.4 „Pflegechaos“ – befürchtete Zukunftsvision?

Im Hinblick darauf, dass in vielen von der Alterung betroffenen Ländern die Meinung vorherrscht, die wachsende Zahl der Alten werde die Ausgaben im Gesundheits- und Pflegebereich in ungeahnte Höhen treiben und so den Sozialstaat sprengen („Pflegechaos“), muss die zukünftige Entwicklung der Anzahl älterer pflegebedürftiger Menschen zweifelsohne von grossem gesamtgesellschaftlichen Interesse sein.²⁴

²² Die Prävalenzraten von Demenz bei älteren Menschen werden in der Studie Genf/Zürich (Herrmann et al. 1997) für die Altersgruppe 85-89 Jahre mit 21,2% und für die über 90-Jährigen mit 24,8% angegeben.

²³ Gemittelt ergibt sich eine Quote von 10,6% oder 117000 Pflegebedürftigen, wovon gemäss den Autoren mindestens die Hälfte an hirnrnorganischen Störungen erkrankt ist (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2003: 44).

²⁴ „Pflegechaos“ ist nach Ammann nur eine „eindimensionale Wirklichkeitskonstruktion“ (Ammann 2004: 181).

Eine „lineare demographische Projektion“ der heutigen altersspezifischen Pflegebedürftigkeitsquoten in der Schweiz – gleichbleibende Pflegequoten, aber Berücksichtigung der veränderten (alternden) Bevölkerungsstruktur –, lässt bis 2010 eine Zunahme der Pflegebedürftigenzahl um rund 15% erwarten. Für 2020 wäre mit einer Erhöhung um mindestens 33% zu rechnen und für 2050 würde sich die Zahl nahezu verdoppeln und auf über eine Viertel Million Menschen anwachsen (vgl. dazu Höpflinger/Hugentobler 2003: 44).²⁵

Solche lineare demografische Projektionen sind jedoch mit Vorsicht zu geniessen, da sie „Kohortenwandlungen“ nicht berücksichtigen. Gerade in der Verhinderung von Behinderungen, aber auch in der Verzögerung von Krankheitsverläufen sind in letzter Zeit einige „positive“ Veränderungen eingetreten. Faktoren, die zu dieser erfreulichen Entwicklung beigetragen haben, sind (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2003: 46):

- Lebenslange Gesundheitsvorsorge für immer mehr Menschen
- Reduktion der beruflich bedingten, körperlichen Abbauerscheinungen
- Verbesserung und verstärkter Einsatz technologischer Kompensationsstrategien
- Generelle Fortschritte in der Rehabilitation

Es ist davon auszugehen, dass Verbesserungen in bezug auf Lebensstil und Gesundheitsverhalten, aber auch Fortschritte in der Medizin zu einer *moderaten Reduktion* der Pflegebedürftigkeit führen werden. Dies vermag jedoch den rein demographischen Effekt (Zunahme der Hochaltrigen) nicht vollständig aufzuheben, aber immerhin in erkennbarem Masse abzuschwächen. Insgesamt gesehen wird die Pflegequote zwischen 2000 und 2020 mit Sicherheit ansteigen, allerdings weniger stark, als dies aus linearen demographischen Projektionen hervorgeht (33%). Deshalb erachten Höpflinger/Hugentobler eine Zunahme der Zahl von älteren Pflegebedürftigen bis 2020 von „maximal 20% als realistisch“ (Höpflinger/Hugentobler 2003: 50).²⁶

²⁵ Die Angaben dieser linearen demographischen Projektionen variieren mit der Wahl des der Berechnung zugrunde liegenden Bevölkerungsszenarios. Diese Szenarien wiederum sind abhängig von der hypothetischen Entwicklung der Lebenserwartung (z.B. „Trend“ mit mittlerer Hypothese oder „Positive Dynamik“ mit hoher Hypothese; vgl. dazu Bundesamt für Statistik/BfS 2001).

²⁶ Hier muss darauf hingewiesen werden, dass die vorgestellten Entwicklungserwartungen (20-prozentige Zunahme der Pflegebedürftigkeit bis 2020) für die Schweiz gelten und auf Vorausberechnungen beruhen. Auf der Suche nach Schätzungen für andere, mit der Schweiz vergleichbaren Ländern finden sich Prognosen, deren Resultate wesentlich von den hier vorgestellten abweichen. So etwa die Vorausschätzungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (Schulz et al. 2001), nach denen die Zahl der Pflegebedürftigen von 1999 bis 2020 um rund eine Million Menschen zunehmen wird, was einer Steigerung um gut 50% entspricht. Diese hier ermittelte Zunahme liegt merklich über den Ergebnissen von Höpflinger/Hugentobler, aber auch über denen einiger anderer Untersuchungen. Nach Schulz et al. beruhen diese Abweichungen einerseits auf „unterschiedlichen Annahmen bei den Determinanten der Bevölkerungsentwicklung“ (insbesondere der Lebenserwartung) und andererseits auf der „Verwendung neuer, stärker differenzierter und umfassenden Prävalenzraten“ (Schulz et al. 2001: 4).

6. Die wichtigsten Pflege- und Betreuungsformen im Überblick

Bevor ich mich der Angehörigenpflege, ihren Problemfeldern und Perspektiven zuwende, möchte ich die wichtigsten Pflege-, Behandlungs- und Betreuungsformen für ältere Menschen in der Schweiz in einem kurzen Überblick auflisten:

- Familiäre Pflege zuhause (Angehörige, Verwandte)
- Ausserfamiliäre Pflege (Freunde, Bekannte, Nachbarn, Selbsthilfegruppen)
- Ambulante Betreuung zuhause (Spitex)²⁷
- Stationäre Pflege (Alters- und Pflegeheime)²⁸
- Kognitive Psychotherapien (Einzel- und Gruppentherapien)
- Präventive geriatrische Hausbesuche (Gesundheitsschwestern)²⁹
- Betreuung durch elektronische Hilfsmittel (Fernbedienungen, Warnsysteme)³⁰

Um sich über die Verteilung zwischen zuhause oder in institutionellen Einrichtungen gepflegten älteren Menschen ein Bild zu machen, lässt sich die Pflegequote in Beziehung setzen zu den gesamtschweizerischen Daten über Heimbewohner. Daraus geht hervor, dass mindestens 40% der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen gepflegt werden, d.h. der Anteil der zuhause Gepflegten dürfte knapp 60% betragen, vier Fünftel davon in Angehörigenpflege (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2005b: 15, 56).

7. Die „familiäre Pflege“ in der Schweiz und in Deutschland

Die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen, die zuhause betreut werden, lässt sich für die Schweiz (im Gegensatz zu Deutschland) nicht genau ermitteln.³¹ Dennoch darf angenommen werden, dass auch hier ein beachtlicher Teil der Altershilfe und Alterspflege von Angehörigen übernommen wird. Es sind vor allem enge und vertrau-

²⁷ „Spitex“ bedeutet spital- und heimexterne Gesundheits- und Krankenpflege. Der Spitex Verband Schweiz, 1995 aus dem Zusammenschluss der Schweizerischen Vereinigung der Hauspflegeorganisationen (SVHO) und der Schweizerischen Vereinigung der Gemeindekrankenpflege- und Gesundheitspflegeorganisationen (SVGO) hervorgegangen, ist der Dachverband der Schweizer Non-Profit-Spitex. Getragen wird er von den 26 Spitex-Kantonalverbänden, denen wiederum rund 700 lokale gemeinnützige Spitex-Organisationen angeschlossen sind.

²⁸ In der Schweiz unterscheidet man zwischen Alters-, Pflege- und Krankenheimen. Oft kommt es vor, dass ehemalige Altersheime ihre Dienste zu einem kombinierten Angebot als Alters- und Pflegeheime ausgebaut haben.

²⁹ „Präventive geriatrische Hausbesuche“ durch Gesundheitsschwestern basieren auf einem neuen Verständnis der Prävention von Alterspflegebedürftigkeit. Angesichts der Vielfalt medizinischer, sozialer, psychischer und kontextueller Risikofaktoren von Behinderungen älterer Menschen wird ein multidimensionales geriatrisches Assessment durchgeführt, das Vorabklärungen möglicher Problemlagen und Gesundheitsrisiken beinhaltet.

³⁰ Bei „elektronischen Hilfsmitteln“ wird zwischen *aktiven* und *passiven* unterschieden. Aktive technische Hilfsmittel sind etwa Fernbedienungen für Fenster, Türen oder Fernsehen, die eine aktive und freiwillige Intervention der BenutzerInnen erfordern. Passive technische Hilfsmittel treten automatisch und unabhängig von einer Intervention eines Benützers in Aktion. Dazu gehören etwa elektronische Sicherungssysteme, die den Aufenthaltsort verwirrter Heimsassen anzeigen.

³¹ Häusliche Pflege wird in der Schweiz als *unbezahlte Arbeit* nicht systematisch erfasst. Dies im Unterschied zu Deutschland mit seinem Modell der Pflegeversicherung, ihre Daten geben relativ genau darüber Aufschluss, wie viele Pflegebedürftige *zuhause* versorgt werden – 1999 etwa 72% (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2005b: 55).

te Angehörige, die Hilfe leisten, weshalb sich die *Angehörigenpflege* im weitesten Sinn mit einer Art „alma mater“ der Alterspflege vergleichen lässt. Im folgenden werde ich versuchen, die Bedeutung und Entwicklung der „familialen Pflege“ und genauer zu analysieren, dabei sollen insbesondere wichtige *Problemfelder* und mögliche *Zukunftsperspektiven* in den Fokus meiner Betrachtungen gelangen.³²

7.1 Angehörigenpflege – die Situation der pflegenden Personen

Um die Situation der Pflegenden näher zu beleuchten, muss zuerst gefragt werden: *Wer* hilft und pflegt im Rahmen der familialen Pflege? In der Beantwortung dieser Frage sind folgende zwei Aspekte von Bedeutung: Sind überhaupt Familienmitglieder vorhanden, welche die Alterspflege übernehmen können, und welchen Einfluss haben bestehende Normen intergenerationeller Beziehungen (z.B. geschlechtsspezifische Zuordnung von Verantwortung) auf die Angehörigenpflege?

7.1.1 Motivation, Bereitschaft und Netzwerke

In der Schweiz und in Deutschland stehen *Ehe- und LebenspartnerInnen* als Hauptpflegepersonen an erster Stelle der Angehörigenpflege, in beiden Ländern beträgt ihr Anteil etwa ein Drittel aller Fälle. Aufgrund der höheren Lebenserwartung und des traditionellen Altersunterschieds in Paarbeziehungen sind in überwiegender Mehrzahl die Ehefrauen betroffen.³³ An zweiter Stelle der informellen Pflege stehen (ebenfalls in beiden Ländern) die eigenen Kinder, namentlich die *Töchter*. Ihr Anteil ist mit gut 20% etwas geringer, gewinnt jedoch mit zunehmendem Alter der Pflegebedürftigen an Bedeutung. *Söhne* dagegen sind weniger direkt einbezogen, ihr Engagement ist hauptsächlich auf Hilfevermittlung und administrative Angelegenheiten ausgerichtet. Die Bedeutung von *Schwestern* und *Brüdern* als Hilfeleistende ist relativ gering, da sie der gleichen Altersgruppe angehören und nicht selten auch mit gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert sind. Wichtiger wiederum sind andere Familienmitglieder, primär *Enkelkinder*, deren Bedeutung als Unterstützungspersonen – wie bei den Töchtern – im höheren Lebensalter zunimmt (vgl. dazu Höpflinger/Hugentobler 2005b: 56-59, die sich u.a. auf Schneekloth/Müller 2000 beziehen).

³² Um Missverständnisse bei den Begrifflichkeiten zu vermeiden: *bezahlte* ambulante und stationäre Pflege werden auch als professionelle oder „formelle Pflege“ bezeichnet, während *unbezahlte* familiäre Pflege (Angehörigenpflege) und ausserfamiliale Pflege unter dem Sammelbegriff der „informellen Pflege“ zusammengefasst werden.

³³ Für Männer kann die Übernahme einer Pflegeperspektive im höheren Alter ein wichtiger Entwicklungsschritt sein, um „den im Berufsleben gegebenen Mangel an fürsorgenden Elementen auszugleichen“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 194).

Das Engagement zur Betreuung älterer Menschen ist stark von sozialen Vorstellungen und Werten geprägt. In bezug auf die *Bereitschaft* zur familialen Pflege spielt die meist fraglos praktizierte „intergenerationelle Solidarität“ eine zentrale Rolle. Sie kann auf unterschiedlichen Motiven beruhen: Familienverantwortlichkeit und Reziprozitätsvorstellungen („man hilft, weil einem früher die Eltern geholfen haben“), ethisch-religiöse Motive, rollenimmanentes Verhalten sowie Pflichtgefühl oder andere gesellschaftliche Normen. Finanzielle Gründe spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle, es gehört sich einfach, „im Namen der familiären Solidarität die Angehörigen zu unterstützen“ (vgl. Hugentobler 2003: 159).

In einem Beitrag zur Betreuung und Pflege alter Menschen in Ländern der Europäischen Union untersucht Berger-Schmitt die Rolle von *Familiennetzwerken* hinsichtlich der Ausübung familialer Pflegeleistungen. Obwohl die „Familie“ in allen europäischen Ländern als *der* wichtigste Leistungsträger in der Betreuung alter Menschen gilt, sind grosse Unterschiede zwischen den Ländern in bezug auf die *Verantwortlichkeit* der Familien und deren *Bereitschaft* zur Pflege von Angehörigen festzustellen. So betrachten vor allem in südeuropäischen Ländern mit einer traditionell starken Familiensolidarität weit über 40% der Befragten (für Portugal als Spitzenreiter sogar 80%) die Betreuung älterer Familienmitglieder als eine der Hauptrollen der Familie. Noch deutlicher zeigt sich dieses „starke Gefühl der familialen Verpflichtung“ im Fall von pflegebedürftigen Eltern. Rund 80% der Spanier, mehr als 70% der Portugiesen und fast 60% der Italiener befürworten eine Elternbetreuung innerhalb der Familie. In mitteleuropäischen und vor allem in nordeuropäischen Ländern wie Dänemark, Finnland und Schweden finden sich, was die Hauptrollen der Familie betrifft, unterschiedlichere Wertorientierungen. Hier sind weniger als 30% der Ansicht, die Alterspflege gehöre in den Aufgabenbereich der Familie. Noch deutlicher zeigen sich die Wertunterschiede in der familiären Elternbetreuung, die in den genannten skandinavischen Ländern lediglich zwischen 11 und 17% der Befragten als geeignete Lösung ansehen (vgl. dazu Berger-Schmitt 2003: 4).³⁴

³⁴ Die eher geringe Bereitschaft zu familialer Pflegeleistung in den nordischen Ländern lässt sich u.a. mit einer hohen Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen, umfangreichen wohlfahrtsstaatlichen Leistungen, dafür eher schwachen familialen Bindungen erklären. In südeuropäischen Ländern hingegen ist mit einem vergleichsweise geringen Beschäftigungsniveau der Frauen, mit begrenztem Wohlfahrtsstaat, aber mit traditionell starken Familienstrukturen ein eher hohes familiales Pflegepotenzial vorhanden. Die Schweiz als Nichtmitglied der Europäischen Union ist nicht in der Untersuchung integriert, „stellvertretend“ dafür die Ergebnisse für Deutschland, wo die „Familienverantwortlichkeit“ mit etwas mehr als 40% der Befragten noch im Mittelmass liegt, bei der „Elternbetreuung“ jedoch weit unter die 50%-Marke abfällt (vgl. Berger-Schmitt 2003: 1, 5).

7.1.2 Probleme im psychischen, physischen und sozialen Bereich

Eine familiäre Pflegebeziehung entwickelt sich in den meisten Fällen „allmählich“, d.h. zunehmende Funktionsverluste und ein sich langsam verschlechternder Gesundheitszustand der älteren Person werden anfangs kaum bemerkt. So ist bei schrittweiser Pflegebedürftigkeit nicht untypisch, dass „die Verantwortung für Pflege eher unreflektiert und unvorbereitet übernommen wird“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 197). Aus diesem Grund können Hauptpflegepersonen – vor allem bei chronischen Krankheiten – schon nach wenigen Monaten mit enormen Problemen sowohl im psychischen, physischen als auch im sozialen Bereich konfrontiert werden.

Die „pflegerische Mikroebene“ lässt sich gut am Beispiel der familialen Pflege von *dementen* Angehörigen betrachten, jener Pflegesituation, die sowohl in bezug auf Krankheitsbild wie auch Pflegeform am häufigsten vorkommt. Erkenntnisse zweier NFP-Studien über die Belastungen und Bedürfnisse von Angehörigen zuhause lebender Demenzpatienten in Basel und im Tessin nennen als wichtigste Probleme der Pflegenden (vgl. Meier et al. 1998, Synthesebericht):

- Starke emotionale³⁵ und zeitliche Belastung³⁶
- Einengung der persönlichen Freiheit, ständiges Angebundensein
- Daraus entstehende finanzielle Einbussen
- Verzicht auf eigenes Sozialleben, eigene Hobbys und Vergnügen
- Variierende, eher geringe Unterstützung durch andere Familienmitglieder³⁷
- Psychische Probleme wie Angstsymptome, krankhafte Depressionszustände usw.
- Physische Probleme wie rheumatische oder orthopädische Schwierigkeiten³⁸

Für die Pflegenden besteht insbesondere durch die enorme zeitliche Belastung und das ständige Angebundensein eine erhöhte Gefahr der Reduzierung sozialer Bindun-

³⁵ Emotionaler Stress, verursacht durch die Versorgung bzw. Sorge um den Kranken. Stressfaktoren sind: abnehmende kognitive Leistungsfähigkeit, Veränderung der Persönlichkeit, zunehmende Pflegeprobleme (z.B. Harn- und Stuhlinkontinenz), Entfremdungsgefühle gegenüber dem Kranken usw.

³⁶ Sowohl in den erwähnten NFP 32-Studien, aber auch in verschiedenen Untersuchungen aus Deutschland werden konkrete Angaben zur zeitlichen Belastung gemacht. So wurden etwa in Basel und im Tessin durchschnittlich 2 bis 3 Stunden „freie Zeit“ ermittelt, während in Deutschland 80% der Befragten angaben, „rund um die Uhr“ zur Verfügung zu stehen und daher regelmässig den Nachtschlaf unterbrechen zu müssen (vgl. Grässel 1998; Schneekloth et al. 1996).

³⁷ Das im vorigen Kapitel für EU-Länder angesprochene „Nord-Süd-Verhältnis“ unterschiedlicher Familienverantwortung und die daraus resultierende „variierende“ Motivation zur Angehörigenpflege zeigen sich auch in den zwei ausgewählten Kantonen der NFP-32-Studien. So konnten beinahe 40% der Basler Angehörigen nicht auf die Hilfe ihrer unmittelbaren Familie zählen, während sich im Tessin, aufgrund anderer Familiennetze, nur 21% der Befragten über mangelnde Unterstützung seitens der Familienmitglieder beklagten (vgl. Meier et al. 1998).

³⁸ Trifft vor allem für Pflegesituationen in Ehe- und Partnerschaftsbeziehungen älterer oder betagter Menschen zu.

gen, die bis hin zur *sozialen Isolation* führen kann. Dieser Isolierungsprozess kann nach Stähelin aber auch aus Gründen der Scham und Unsicherheit erfolgen, weil die Demenz-Diagnose immer noch als gesellschaftlicher Makel empfunden werde, der „nach Möglichkeit sorgfältig verborgen, abgeschwächt, verschönt, verdrängt wird. Betroffene Angehörige verspüren die damit verbundene Isolation, und die Patienten versuchen nach Möglichkeit ihre Diagnose zu überspielen“ (Stähelin 1995: 154).

Eine nach abnehmendem Zustimmungsgrad geordnete Auflistung der wichtigsten *Belastungsfaktoren* von Angehörigen dementiell Erkrankter – die bei allfälliger Kumulation durchaus zu Gewalt in der Pflege eskalieren können – ist einer deutschen Untersuchung von Grässel (1998) zu entnehmen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2:

Items, in denen sich bei mehr als der Hälfte der Pflegepersonen von Demenzkranken „Belastetsein“ ausdrückt – nach abnehmendem Zustimmungsgrad geordnet

| Items | In % |
|--|------|
| Zu wenig Zeit für eigene Interessen | 84,6 |
| Pflege kostet viel Kraft | 84,1 |
| Traurigkeit über das Schicksal der gepflegten Personen | 79,3 |
| Wunsch nach Ausspannen | 76,4 |
| Körperliche Erschöpfung | 65,8 |
| Ausserhalb der Pflegesituation nicht abschalten können | 65,3 |
| Morgendliche Unausgeschlafenheit | 63,2 |
| Erschwerte Bewältigung pflegeunabhängiger Aufgaben | 63,2 |
| Aufgabe von eigenen Zukunftsplänen aufgrund der Pflege | 58,3 |
| Wunsch aus der Pflegesituation auszubrechen | 57,2 |
| Konflikt zwischen Pflege und sonstigen Anforderungen | 54,9 |
| Pflegebedingte Abnahme der Zufriedenheit mit dem Leben | 53,9 |

Quelle: Grässel, E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter.

7.1.3 Ambivalenzen gegenüber intergenerationellen Verpflichtungen

Neben den Belastungen, die über die reine Pflegearbeit hinaus gehen (z.B. Mehrfachbelastung durch Beruf, eigene Familie usw.), erachtet Handel auch die *Beziehungsdynamik*, die aufgrund eines durch die Pflegesituation bedingten Rollenwechsels innerhalb der Beziehung eintritt, als zusätzliches Erschwernis für die Pflegenden (Handel 2003: 6). Dieser häufige, entwicklungspsychologisch als schwierig und schmerzhaft empfundene Prozess der Überwindung der „Illusion der Sicherheit durch

die Eltern“ („filiale Krise“: Eltern können keinen Schutz mehr bieten) sollte nach Perrig-Chiello als Entwicklungsaufgabe bewältigt werden mit dem Ziel, im Idealfall zu einem „Zustand der filialen Reife“ zu gelangen (Perrig-Chiello 2003: 4).³⁹ Dies ist in der Realität aber nicht immer der Fall, oft trifft man auf eher *ambivalente Einstellungen* zu den Eltern, in denen Pflichtgefühl und Hilfsbereitschaft in Konkurrenz stehen zur eigenen Selbstverwirklichung, aber auch zu den objektiv gegebenen Möglichkeiten (z.B. Wohn- und Arbeitsverhältnisse). Gerade im Zeitalter der Individualisierung führt dies immer mehr zu einer stark belastenden Zerreihsprobe, die nicht selten psychische wie physische Spuren hinterlässt und so zu den bereits erwähnten gesundheitlichen Problemen führen kann.

Solche Ambivalenzen und Zweideutigkeiten gegenüber intergenerationeller Verpflichtungen treten in einer entwicklungspsychologisch ausgerichteten Studie von Perrig-Chiello/Höpflinger (2001) deutlich zutage. Befragt wurden Schweizer Frauen und Männer mittleren Alters (40 bis 55 Jahre), von denen eine Mehrheit ihren Eltern gerne Unterstützung erteilt und nötigenfalls sogar bereit ist, die Hilfeleistungen später zu intensivieren. Diesem starken Konsens darüber, dass Kinder ihren alternden Eltern gegenüber intergenerationelle Verpflichtungen haben, wird mehrheitlich aber auch entgegengehalten, dass Eltern die erbrachten Hilfeleistungen zu wenig zu schätzen wüssten und dass sie generell zuviel erwarteten. Bei aller Einigkeit über die Verantwortungen und Verpflichtungen der Kinder wird eine Schuldzuweisung im Fall einer Unterlassung der Hilfe von einer Mehrheit der Befragten zurückgewiesen. Insgesamt stellen Perrig-Chiello/Höpflinger fest, dass die Bereitschaft zu familialer Pflege nach wie vor besteht, dass aber die *Ambivalenzen* gegenüber intergenerationeller Verpflichtungen vermehrt und offen „artikuliert“ werden.

7.1.4 Die „andere“ Seite der Belastungsperspektive

Ohne die enormen Belastungen der Angehörigenpflege negieren zu wollen, sollte die Pflege und Betreuung von erkrankten älteren Familienmitgliedern nicht zu einseitig und ausschliesslich unter der Belastungsperspektive diskutiert werden. Trotz extremer psychischer, physischer und sozialer Belastungen kann die familiäre Pflege durchaus auch positiv, individuell befriedigend oder gar als „gewinnbringend“ erlebt

³⁹ Perrig-Chiello bezieht sich hier auf Mary Blenkner (1965), die mit ihrem Konzept der „filial maturity“ viel zum Verständnis von Eltern-Kind-Beziehungen im mittleren Lebensalter beigetragen hat. Blenkners Konzept umfasst drei Entwicklungsphasen: filial crisis, filial task, filial maturity.

werden. Pflegende Angehörige sind demnach nicht nur Belastete und Leidende, sondern sie können durchaus auch Träger positiver Erfahrungen werden, wie dies in verschiedenen deutschen Studien zum Ausdruck kommt. Zu den mit familialer Pflege in Verbindung gebrachten „Gewinnen“ zählen zum Beispiel (vgl. Gatz et al. 1990; Wahl 1991; Kruse 1997):

- Früher erhaltene Hilfeleistungen des Gepflegten wieder „gut machen können“
- Das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun und gebraucht zu werden
- Dankbarkeit und Anerkennung des Gepflegten bzw. der sozialen Umwelt erhalten
- Erleben, dass die Pflege die Nähe zueinander fördert
- Im Pflegebedürftigen eine wichtige Ansprechperson für vertrauliche Dinge finden
- Finanzielle Zuwendungen von Seiten des Gepflegten oder aus Leistungen einer Pflegeversicherung

Diese „Positivliste“ der Angehörigenpflege kann – ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben – dazu beitragen, das Ausmass der erlebten Belastungen und Nachteile für die Betroffenen etwas „erträglicher“ zu gestalten, genau so wie die im nächsten Kapitel angesprochenen Hilfs- und Entlastungsangebote.

7.1.5 Wie können Pflegende unterstützt und entlastet werden?

Gerade bei demenzkranken Angehörigen, die von Ehefrauen oder Töchtern gepflegt werden, zeigt sich, dass individuelle Belastungsgrenzen häufig überschritten werden. Damit steigt das Risiko, dass auch betreuende Angehörige, wie schon erwähnt, erkranken und zu „hidden patients“ werden. Umso grösser wird die Bedeutung einer angemessenen Unterstützung und Entlastung der Betroffenen, sei es in Form einer qualifizierten Beratung und Schulung durch Fachpersonen und/oder in Form eines diversifizierten Angebots zur zeitlichen und emotionalen Entlastung. Unnötig zu erwähnen, dass solche Bemühungen auch zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen führen; damit werden nicht nur teure Heim- und Spitalplatzierungen verzögert, sondern auch langfristige Gesundheitsrisiken bei den Pflegenden selbst reduziert.

In der Betrachtung der Unterstützungsangebote ist demnach von einer Unterteilung in zwei Kategorien auszugehen. Zum einen Angebote, die auf *Beratung, Ausbildung, Information* und so auf psychisches Wohlbefinden abzielen, während in einer zweiten Kategorie die *konkrete Unterstützung* bei der pflegerischen Versorgung und Betreuung der Erkrankten im Mittelpunkt steht, die den Pflegenden eine unmittelbare zeitli-

che und physische Entlastung bietet. Aus einer Vielzahl verschiedener Arbeiten, die sich mit derartigen Ausbildungs- und Entlastungsmöglichkeiten beschäftigen, versuche ich nachfolgend, die meines Erachtens wichtigsten kurz aufzulisten (vgl. dazu Domdey 1997; Handel 2003; Höpflinger/Stuckelberger 1997; Neumann 1992; Reichert/Naegele 1997; Zank/Schacke 1998).

Hauptpflegepersonen, die ältere Angehörige zuhause pflegen, benötigen vor allem:

- Unterstützende und beratende Gespräche mit Fachpersonen⁴⁰
- Pflege Technik und Pflegekompetenz⁴¹
- Gute Kenntnisse über Krankheitssymptome und Krankheitsverläufe⁴²
- Psychosoziale Angebote (Selbsthilfegruppen, Betreuungsbörsen, Telefondienste)⁴³
- Informationen über Entlastungsangebote (Spitex-Dienste, Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege in Heimen, Gedächtnistraining in Memory-Kliniken usw.)
- Bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege⁴⁴
- Soziale und finanzielle Anerkennung der geleisteten Pflegedienste⁴⁵

Obwohl die Inanspruchnahme dieser Ausbildungs- und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige zweifelsohne eine entlastende Funktion haben kann, erstaunt, dass diese Dienste und Einrichtungen immer noch in recht geringem Masse genutzt werden. Dies ist einerseits auf *persönliche Gründe* zurückzuführen (stark ausgeprägter Autonomiewille: „kann mir selbst helfen“, „weiss selbst, was für den Kranken gut ist“), andererseits auf *finanzielle Barrieren* (z.B. schichtspezifische Unterschiede) oder auch auf *quantitative Versorgungslücken* im professionellen Hilfsangebot.

⁴⁰ Nach Neumann sollten Beratungsstellen auch eine „einzelorientierte Beratung anbieten, deren Grundlage eine Verhaltens- und Situationsanalyse sowie eine Bestandaufnahme verfügbarer personeller und materieller Ressourcen bildet, die idealerweise vor Ort erhoben wird“ (Neumann 1992: 173).

⁴¹ Lediglich etwa zehn Prozent der familial Pflegenden besuchen einen speziellen Pflegekurs, meistens haben sich die Pflegenden die notwendigen Kenntnisse autodidaktisch beigebracht (vgl. Clade 2005: 3).

⁴² Höpflinger/Hugentobler verweisen in diesem Zusammenhang auf eine NFP 45-Pilotstudie (Wettstein et al. 2003), in der die Wirkung einer Angehörigenschulung zur Entlastung der betreuenden Angehörigen untersucht wurde. Erstaunlicherweise hatte die Schulung der Angehörigen keine Auswirkung auf den Pflegeaufwand, hingegen zeigten sich „klar positive Effekte auf das emotionale Wohlbefinden und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität der Angehörigen“ (Höpflinger/Hugentobler 2005: 66, 67).

⁴³ Pflegende Angehörige fühlen sich oft isoliert und mit ihren Problemen allein gelassen. Zur psychosozialen Stabilisierung sollten sie deshalb in Beratungs- und Gruppengesprächen Gelegenheit erhalten, ihre Not, Ängste und Ratlosigkeit, aber auch Gefühle wie Ungeduld, Trauer, Unzulänglichkeit, aggressive Impulse sowie den Wunsch der Pflegebeendigung „von der Seele reden können“. Regelmässige Kontakte zu professionellen Helfern und zu anderen Betroffenen ergeben ein tragendes soziales Netz, in dem auch ein vertrauenswürdiger Hausarzt nicht fehlen sollte.

⁴⁴ Um eine pflegebedingte vorzeitige Berufsaufgabe zu vermeiden bzw. um zur Teilentlastung von pflegenden Angehörigen beizutragen, sollten Massnahmen im Sinne einer betrieblichen Unterstützung für unterschiedliche familiäre Pflegesituationen ergriffen werden. Denkbar sind etwa ein Pflegeurlaub oder die flexible Gestaltung von Arbeitszeiten und Freistellungsregelungen.

⁴⁵ Eigentlich sollte familiäre Pflege im Vergleich zur institutionellen Pflege keine finanzielle Benachteiligung erfahren. Demnach müssten alle Pflegepersonen, die zuhause regelmässig eine betagte, kranke oder behinderte Person betreuen, einen „Pflegebeitrag“ erhalten, wie dies etwa im Kanton Basel-Stadt der Fall ist.

7.2 Angehörigenpflege – Einflussfaktoren und Perspektiven

Wie gesehen wird ein wesentlicher Teil der Altershilfe und Alterspflege von Angehörigen geleistet, insbesondere von Ehe- und Lebenspartnern, Kindern und Schwiegerkindern sowie Enkelkindern. Infolgedessen spielen die bereits in der Vergangenheit beobachteten Veränderungen in den *Familien- und Haushaltstrukturen* für die Planung und Gestaltung der zukünftigen Pflegeversorgung eine zentrale Rolle. In dieser Hinsicht herrscht allerdings grosse Unsicherheit, sowohl Experten als auch Öffentlichkeit neigen mehrheitlich dazu, in Zukunft von einer abnehmenden Tragfähigkeit familialer Alterspflege auszugehen, zum Teil auch basierend auf kulturpessimistisch geprägten Vorstellungen vom langsamen Zerfall der Familie.

7.2.1 Auswirkungen veränderter Familien- und Haushaltsstrukturen

Die Vermutung, dass Umfang und Bedeutung der Angehörigenpflege künftig abnehmen werden, steht denn auch in der Diskussion der zukünftigen Entwicklungen der familialen Alterspflege klar im Vordergrund. Zu den häufig genannten Argumenten, die – als Folge veränderter Familien- und Haushaltsstrukturen – eine Verschiebung des Verhältnisses von häuslicher zu professioneller Pflege voraussagen, zählen zum Beispiel (vgl. u.a. Roloff 2005: 42; Sanitätsdepartement Basel-Stadt 2001: 12; Schulz et al. 2001: 19):

- Steigende *Scheidungsraten* und sinkende *Heiratsneigung* (Singularisierung)
- Zunahme der *Einpersonen-Haushalte* (geringere gegenseitige Hilfeleistung)
- Weniger *Mehrgenerationenhaushalte* (Pflegeprobleme bei grosser Wohndistanz)
- Erhöhung des Anteils *Alleinerziehender* (überwiegend geschiedene Frauen, die häufig auf das Einkommen aus einer eigenen Erwerbstätigkeit angewiesen sind)
- Generelle Zunahme der *Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen*, die sich immer weniger mit dem „familienzentrierten“ Leitbild Hausfrau und Mutter identifizieren
- Häufigere *Vereinbarkeitskonflikte Pflege/Beruf* (vorwiegend bei Frauen)
- Unsichere Entwicklung der *Solidarität zwischen den Generationen* (möglicherweise in Richtung abnehmender familialer Sorge- und Pflegekultur)
- Verschlechterung der *intergenerationellen Unterstützungsraten*
- Immer häufiger geforderte *Flexibilität und Mobilität am Arbeitsplatz*
- *Qualitative Verbesserung der Pflegeheime* (höhere Bereitschaft der Kinder, die Pflege eines Elternteils einem Pflegeheim zu übertragen)

7.2.2 Pflegebedarf und familiales Pflegepotenzial – quo vadis?

Wie der demographisch bedingte, stetig zunehmende Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen für ältere Menschen fortan gedeckt werden soll, hängt, wie schon angetönt, von der Lastverteilung zwischen Familien, ambulanten Diensten und stationärer Langzeitpflege ab.⁴⁶ Und da in der Schweiz wie in Deutschland immer noch Familienangehörige den grössten Teil der Alterspflege übernehmen, hätte eine „ungünstige“ Entwicklung des *familialen Pflegepotenzials* sicher zur Folge, dass die Ressourcen im Gesundheitswesen nach vollends überarbeiteten Strukturen neu zu verteilen wären.

Es sind vor allem deutsche Experten, die ein pessimistisches Bild zeichnen, indem sie davor warnen, eine allmählich rückläufige Entwicklung der Angehörigenpflege werde dem Lande in Zukunft ein ernsthaftes Pflegeproblem bescheren. So erwartet Roloff als Folge sinkender *Heiratsneigung* und steigender *Ehescheidungszahlen* „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ einen zahlenmässigen Rückgang des häuslichen Pflegepotenzials. Gleichzeitig fordert sie „einen weiteren Ausbaus der professionellen Pflege verbunden mit einem erhöhten Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal“ (Roloff 2005: 42, 43). Auch für Schulz et al. kann der erhöhten Nachfrage nach Pflegeleistungen einzig mit einer „Struktur hin zur stationären Versorgung“ begegnet werden, wobei sich dieser Trend „durch die Veränderungen der Familienstrukturen und durch die zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen“ noch verstärken könnte (Schulz et al. 2001: 6).

Für Höpflinger jedoch verfolgen jene Diskussionen, die von einem Rückgang des familialen Pflegepotenzials ausgehen und für die nächste Zukunft ein umfängliches und besorgniserregendes Pflegeproblem („Republik der Pflegefälle“) postulieren, primär eine „längerfristige“ Perspektive, die erst für die Zeit ab 2030 ernsthaft in Erwägung zu ziehen sei. Kurz- und mittelfristig indessen werde das familiale Pflegepotenzial aus rein soziodemographischen Gründen eher ansteigen, einfach „weil mehr hochbetagte Menschen *Partnerschaften* und *Kinder* aufweisen“ (Höpflinger 2003: 7).⁴⁷

⁴⁶ Bevor die Pflegeverteilung mit Blick auf die zukünftige Entwicklung der Angehörigenpflege diskutiert wird, ist der Hinweis nachzutragen, dass die demographisch bedingte Zunahme der Pflegebedürftigkeit durch „geeignete Massnahmen“ – Präventions- und Interventionsstrategien – wirksam abgeschwächt werden kann. Im Bereich der *Prävention* etwa durch geriatrische Hausbesuche, gezieltem Gedächtnistraining (Memory-Kliniken) oder Sturzprävention (rutschfeste Bodenbeläge usw.); im Bereich der *Intervention* mit gezielter Medikation oder psychotherapeutischen Interventionen; im Bereich der *Pflegeeinrichtungen* mit lebensweltorientierten Ansätzen (Orte des Wohnens und Lebens, unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte und Lebensweise der Heiminsassen) und komplementären Betreuungsformen (Pflegehingruppen, dezentralisierte Pflegewohnungen usw.). Schliesslich im Bereich der *Ausbildung und Betreuung des Gesundheitspersonals* mit der Umsetzung von Arbeits- und Anstellungsbedingungen, die sowohl in finanzieller wie auch sozialer Hinsicht als „zeitgemäss“ gelten dürfen (vgl. dazu Höpflinger/Stuckelberger 1997: 56, 61-64, 66; Höpflinger/Hugentobler 2003: 50, 78-80).

⁴⁷ Höpflinger geht also davon aus, dass das familiale Hilfs- und Pflegepotenzial *kohortenspezifisch* geprägt ist.

8. Fazit / Schlussbemerkung

Die demographische Alterung ist ein Phänomen, das in allen Ländern der Welt mehr oder weniger stark in Erscheinung tritt. Ursachen sind vor allem eine zunehmend höhere Lebenserwartung sowie ein Rückgang der Geburtenquote auf ein tiefes, aber stabiles Niveau. Positive Migrationsbilanzen vermögen als „Steuerungsfaktor“ die Alterung abzuschwächen, da traditionell vor allem jüngere Erwachsene auf der Suche nach Arbeit einwandern. Für die Entwicklung der nächsten Jahrzehnte ist allerdings aufgrund zweier geburtenstarker Jahrgänge („Baby-Boomers“) mit einer Beschleunigung des Alterungsprozesses zu rechnen.

Die erheblichen Verschiebungen in der Altersstruktur haben langfristige Konsequenzen, die sich vor allem im ökonomischen und sozialen Bereich einer Gesellschaft abzeichnen. Insbesondere in der Arbeitswelt und bei den Sozialwerken drängen sich Reformen auf, die neben der Sicherung der Alterseinkommen auch das Gesundheitswesen, die Krankenversicherung und vor allem den Pflegebereich erfassen. Befürchtungen, die demographische Alterung könnte zu einer „Republik der Pflegefälle“ führen und die Gesundheits- und Pflegekosten immer weniger bezahlbar machen, sorgen dafür, dass sich die Alterspflege als einer der zentralen Aspekte in der gegenwärtigen Alterungsdebatte etabliert.

Von grosser Bedeutung für die Pflegesituation im Alter ist einerseits die Pflegebedürftigkeit und ihre zukünftige Entwicklung, zum anderen interessiert, wie der wachsende Bedarf an Pflegebetreuung zukünftig gedeckt werden kann. Damit gelangt die Lastverteilung zwischen den drei wichtigsten Pflegeformen – familiale, ambulante und stationäre Pflege – ins Zentrum des Interesses, wobei insbesondere die Angehörigenpflege als grösster „Lastenträger“ ein spezielles Augenmerk verdient.

In der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit stellt sich zunächst die Frage, ob mit der stetig steigenden Lebenserwartung effektiv gewonnene „behinderungsfreie“ Lebensjahre hinzukommen (Kompression der Morbidität), oder ob sich nicht vielmehr die Lebenszeit mit Behinderungen ausdehnt (Expansion der Morbidität). Zahlreiche Forschungsergebnisse zur Entwicklung der Lebenserwartung scheinen zumindest die These einer Expansion der Morbidität nicht zu unterstützen.

Überdies muss die Pflegebedürftigkeit klar definiert und offiziell erfasst werden. Dies geschieht nach dem Konzept der funktionalen Gesundheit, d.h. von zentraler Bedeutung ist die Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, den eigenen Alltag selbstständig zu bewälti-

gen. Die Operationalisierung erfolgt nach ADL-Kriterien („activity-of-daily-living“), einem Punktesystem, das die Pflegebedürftigkeit anhand eines Katalogs „alltäglicher Grundverrichtungen“ ermittelt.

Erstaunlicherweise ist die Datenlage zur Pflegebedürftigkeit in der Schweiz nicht gerade überwältigend. Wichtige Datenquellen wie die grossangelegten Gesundheitsbefragungen 1992 und 1997 weisen „Defizite“ auf, indem sie die Pflegebedürftigkeit einzig von zuhause lebenden Personen erfassen. Auch die Bezugsquoten der AHV-Hilflosenentschädigung geben, höchstens eine „untere Grenze“ der Pflegebedürftigkeit an. Einzig ihre stark altersassoziierte Zunahme gilt als gesichert, ansonsten bleiben nur Schätzwerte für die Schweiz, die sich „integrativ“ ermittelt auch auf deutsche und österreichische Pflegequoten stützen. Demgemäss dürfte die Pflegebedürftigkeit aller 65-jährigen und älteren Menschen fürs Jahr 2000 bei etwas mehr als zehn Prozent gelegen haben.

Zur Ermittlung künftiger Schätzwerte lassen sich lineare demographische Projektionen gegenwärtiger Pflegequoten nicht gebrauchen, da sie „Kohortenwandlungen“ (z.B. Lebensstil, Gesundheitsverhalten, medizinische Fortschritte, Präventionsstrategien), die zu einer Verzögerung von Krankheitsverläufen führen, nicht berücksichtigen. Daher darf für die nächsten Jahre von einer „moderaten Reduktion“ der Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden, die aber keinesfalls den demographischen Effekt einer zunehmenden Anzahl hochaltriger Menschen aufzuheben vermag. Eine realistische, bislang nicht angezweifelte Schätzung geht davon aus, dass sich die Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen in der Schweiz bis 2020 um maximal zwanzig Prozent erhöhen wird.

Für die Planung der Ressourcen und Strukturen im Gesundheitswesen stellt sich die Frage, wie der wachsende Bedarf an Alterspflege zukünftig gedeckt werden kann. Mit etwa fünfzig Prozent Anteil an der Gesamtpflegeleistung steht die Angehörigenpflege in der Schweiz vor der stationären Langzeitpflege und den ambulanten Diensten an der Spitze der Pflegeinstanzen. Bei den zuhause familial Pflegenden liegen Ehe- und LebenspartnerInnen mit einem Drittel aller Fälle an erster Stelle, gefolgt von den Töchtern mit gut zwanzig Prozent. Die Bedeutung von Söhnen, Schwestern und Brüdern ist relativ gering, wichtiger wiederum sind andere Familienmitglieder, primär Enkelkinder. In der Pflegebereitschaft aller Betreuenden spielt die „intergenerationelle Solidarität“, die auf unterschiedlichen Motiven beruhen kann, eine zentrale Rolle.

Eine familiäre Pflegesituation entwickelt sich in den meisten Fällen nur allmählich und wird anfangs kaum bemerkt. Dadurch können Hauptpflegepersonen schon nach wenigen Monaten mit enormen psychischen, physischen wie auch sozialen Problemen konfrontiert werden. Starke emotionale und zeitliche Belastung, ständiges Angebundensein und der Verzicht auf ein eigenes Sozialleben führen nicht selten zur sozialen Isolation. Angstsymptome, krankhafte Depressionszustände oder andere gesundheitliche Schwierigkeiten sind die Folgen davon. Zusätzlich erschwerend wird auch die Beziehungsdynamik, die aufgrund eines durch die Pflegesituation bedingten Rollenwechsels eintritt. Zwar bildet sich die Pflegebereitschaft dadurch nicht zurück, aber immerhin werden gewisse Ambivalenzen gegenüber intergenerationellen Verpflichtungen vermehrt „artikuliert“.

Zur Erleichterung der Pflegesituation stehen den Betroffenen verschiedene Ausbildungs- und Entlastungsmöglichkeiten zur Verfügung (z.B. Pflegeausbildung, psychosoziale Angebote, Tagesbetreuung), erstaunlich ist nur, dass diese Angebote immer noch in recht geringem Masse genutzt werden. Als Gründe werden finanzielle Barrieren, Informationsdefizite, aber auch Versorgungslücken im professionellen Hilfsangebot genannt, alles Bereiche, in denen nachdrücklicher Handlungsbedarf besteht.

Unsicher ist einzig, wie sich die in der Vergangenheit beobachteten Veränderungen der Familien- und Haushaltsstrukturen (z.B. steigende Scheidungsraten, Zunahme der Einpersonen-Haushalte, fragliche Ausbildung der Generationensolidarität) auf die weitere Entwicklung des familialen Pflegepotenzials auswirken. Die Mehrheit sowohl der Experten wie auch der Öffentlichkeit neigt zu einer eher abnehmenden Tragfähigkeit der familialen Alterspflege, wobei sich der Hintergrund einer derart pessimistischen Prognose jedoch primär als „langfristige“ Perspektive entpuppt, die erst für die Zeit ab 2030 ernsthaft in Erwägung zu ziehen ist. Kurz- und mittelfristig müsste das familiäre Pflegepotenzial aus rein soziodemographischen Gründen ansteigen, weil mehr hochbetagte Menschen sowohl in Partnerschaften leben als auch Kinder haben – beides klassische „Bausteine“ familiärer Pflegeressourcen.

Die Pflegesituation im Alter wird in der Planung des Gesundheitswesens weiterhin an Bedeutung gewinnen. Verstärkte interdisziplinäre Wissenschaftsarbeit ist erforderlich, um die Entwicklungsdynamik in den verschiedenen Problemfeldern laufend im Auge zu behalten. Hierzu sind neue Forschungsprojekte ebenso unerlässlich wie die dringend benötigte Anpassung und Optimierung der zukünftigen Datenerhebungen.

Literatur

- Abelin, T. / Beer, V. / Gurtner, F. (Hg.) (1998): Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93.
- Ammann, Anton (2004): Die grossen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse? Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Braun, Hans (1992): Alter als gesellschaftliche Herausforderung. Regensburg: Verlag Friedrich Pustet.
- Berger-Schmitt, Regina (2003): Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der Europäischen Union – Perspektiven zur Rolle familialer Netzwerke. In: Allmendinger, J. (Hg.) Entstaatlichung und Soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2003. Opladen: Leske & Budrich.
In:
http://www.gesis.org/Dauerbeobachtung/Sozialindikatoren/Publikationen/pdf-dateien/Berger-Schmitt_2003.pdf (03.09.07)
- Bundesamt für Statistik (2001): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000 – 2060. Demos, Informationen aus der Demografie, Nr. 1 + 2/2001. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2006): Die Sterblichkeit der Schweizer Geburtsjahrgänge 1900 bis 2030. Demos, Informationen aus der Demographie, Nr. 3/2006. Neuchâtel: BFS.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.
- Clade, Harald (2005): Pflege: Damit das Alter nicht zur Bedrohung und Last wird. In: Deutsches Ärzteblatt 102/27. Themen der Zeit, S. A-1938/S. B-1638/C-1542.
- Doblhammer, G. / Kytir, J. (1999): „Kompression“ oder „Expansion“ der Morbidität? Trends in der Lebenserwartung älterer Menschen in guter Gesundheit 1978 bis 1998. Demographische Informationen 1997/1999. Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften, S. 71-79.
- Domdey, C. (1996): Der dementiell erkrankte Mensch in der Familie. Anregungen zum verstehenden Umgang und Aspekte der Betreuung. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe Thema Nr. 120. Köln.
- Grässel, E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach: Deutsche Hochschulschriften.
- Handel, Elisabeth (2003): Das Beziehungsgeflecht Patientin/Patient, Angehörige und Betreuungsteam. Eine systematische Betrachtungsweise. Referatstext, 4. Zürcher Gerontologietag 2003. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

- Herrmann, F.R. / Michel, J.P. / Gutzwiler, F. / Henderson, A.S. (1997): Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée – Demenz, Depression, Handicap und Erhaltung kognitiver Fähigkeiten im Alter: eine epidemiologische Untersuchung. NF-Projekt 4032-042654, Schlussbericht. Genf: mimeo.
- Höhn, Charlotte (2000): Demographische Probleme aus deutscher Sicht. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 25, 3-4/2000. Opladen: Verlag Leske+Budrich, S. 375-398.
- Höpflinger, François / Stuckelberger, Astrid (1997): Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm ‚Alter / Vieillesse / Anziani‘. Zürich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François (2003): Pflegebedürftigkeit und soziale Lebensformen im Alter. Referatstext, 4. Zürcher Gerontologietag 2003. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- Höpflinger, François / Hugentobler, Valérie (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, François (2005a): Demografische Alterung und Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitskräfte in der Schweiz. In: Clemens, Wolfgang; Höpflinger, François; Winkler, Ruedi (Hg.): Arbeit in späteren Lebensphasen. Bern, Stuttgart, Wien: Hauptverlag, S. 15-36.
- Höpflinger, François / Hugentobler, Valérie (2005b): Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz. Bern: Huber-Verlag.
- Höpflinger, François (2007): Demographische Alterung – Hintergründe und Trends in der Schweiz. In:
<http://mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/Demografische-Alterung.pdf>
 (03.09.2007)
- Hörl, Josef (1978): Strukturdaten zur gesellschaftlichen Entwicklung des Altersproblems. In: Rosenmayr, Leopold / Rosenmayr, Hilde (Hg.): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek: Rowohlt, S. 335-376.
- Hugentobler, Valérie (2003): Intergenerationelle Familienbeziehungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Caritas Schweiz (Hg.) Sozialalmanach 2004. Die demografische Herausforderung. Luzern: Caritas Verlag, S. 151-165.
- Katz, S. / Ford, A. B. / et al. (1963): Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1985/12, S. 914-919.
- Krämer, Walter (2004): Altern und Gesundheitswesen: Probleme und Lösungen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie. In: Baltes, P. / Mittelstrass, J. (Hg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin, New York. S. 563-580.

- Kruse, Andreas (2003): Stärken des Alters erkennen und nutzen. Referatstext vom 3.9.2003. Halle: Bundeskongress der Arbeitsgemeinschaft SPD 60 plus, S. 1-8.
In:
<http://www.ag60plus.de/servlet/PB/menu/1379896> (03.05.2007)
- Künzli, René (2005): Einleitung. In: Bachmeier, Helmut (Hg.): Die Zukunft der Altersgesellschaft. Analysen und Visionen. Göttingen: Wallstein, S. 7.
- Kytir, J. / Münz, R. (1992): Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter. Eine österreichische Untersuchung. In: Imhof, A.E. (Hg.): Leben wir zu lange? Die Zunahme unserer Lebensspanne seit 300 Jahren – und die Folgen. Köln, Wien: Böhlau Verlag, S. 81-101.
- Luy, Marc (2002): Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 106. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt.
- Mager, H.-C. (1999): Pflegebedürftigkeit im Alter: Dimensionen und Determinanten. In: Eisen, R. / Mager, H.C. (Hg.): Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern. Opladen, S. 30-77.
- Meier, Denise / Molo-Bettelini, Cristina / Ermini-Fünfschilling, Doris / Clerici, Nathalie / Testa-Mader, Anita (1998): Belastung und Bedürfnisse von Familienangehörigen, die demente Patienten zuhause betreuen. Bericht aus zwei Landesteilen (Basel und Tessin), Synthesebericht. Basel, Mendrisio: mimea.
- Myers, George C. (1984): Sterblichkeitsrückgang, Lebensverlängerung und Altern der Bevölkerung. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 10, S. 463-475.
- Münz, Rainer (2006): Alterndes Europa, alternde Schweiz. Konsequenzen und Herausforderungen. Referatstext vom 30. November 2006. Progress Foundation. Zürich. In:
http://www.progressfoundation.ch/PDF/referate/94_Referat%20Rainer%20Münz_3011.2006_D.pdf (30.11.2006)
- Neumann, E.-M. (1992): Angehörigenarbeit. In: Gutzmann (Hg.): Der dementielle Patient. Bern: Huber, S.163-181.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (2003): Familiäre Pflegeleistungen – die heikle Balance zwischen Solidarität, Ambivalenz und Konflikt. Referatstext, 4. Zürcher Gerontologietag 2003. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- Reichert, M. / Naegele, G. (1997): Betriebliche Massnahmen zur Unterstützung pflegender Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – Internationale Erfahrungen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, Schriftenreihe Band 106.1. Bonn: Eigenverlag, S. 63-109.
- Roloff, Juliane (2005): Die alternde Gesellschaft – Ausmass, Ursachen und Konsequenzen. In: Breit, Gotthard (Hg.): Die alternde Gesellschaft. Eine Einführung. Schwalbach: Wochenschau Verlag, S. 13-52.

- Sanitätsdepartement Basel-Stadt (2001): Alterspolitik des Kantons Basel-Stadt. Basel: mimeo.
- Stähelin, H.B. (1995): Demenz: Schicksal oder Herausforderung? (Editorial). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28, S. 152-154.
- Schimany, Peter (2003): Die Alterung der Gesellschaft. Ursachen und Folgen des demographischen Umbruchs. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Schneekloth, U. / Potthof, P. / Piekara, R. / von Rosenblatt, B. (Hg.) (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 111.2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich / Müller, Udo (Hg.) (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 27. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Schulz, Erika / Leidl, Reiner / Koenig, Hans-Helmut (2001): Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Wochenbericht des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) 5/01. Berlin.
- Strüwe, W. (1996): Alterung und Pflegebedürftigkeit. In: Zweifel, P./ Felder, S. (Hg.): Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses. Bern: Haupt, S. 101-138.
- Stuck, A.E. (2000): Prävention von Behinderung im Alter. In: Niklaus, T. (Hg.): Klinische Geriatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 39-45.
- Verbrugge, L.M. / Lepkowski, J.M. / Imanaka, Y. (1989): Comorbidity and its impact on disability. Milbank Quarterly 67, S. 450-484.
- Wettstein, A. / König, M. / Schmid, R. (2003): Schulungseffekte bei Angehörigen von Patienten mit Demenz. Forschungsbericht zum NFP-45 Forschungsprojekt „Prospektive randomisierte kontrollierte Studie des Schulungseffektes bei Angehörigen von Demenzkranken“, Zwischenbericht, Dezember 2003. Zürich: mimeo.
- Wiesner, Gerd (2001): Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut. Berlin.
- Zank, S. / Schacke, C. (1998): Belastungen pflegender Angehöriger und ihre Erwartungen an gerontopsychiatrische und geriatriische Tagesstätten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und – psychiatrie, 2, S. 87-95.