

Strategie für eine schweizerische Alterspolitik

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung des Postulates Leutenegger Oberholzer (03.3541)
vom 3. Oktober 2003

29. August 2007

Zusammenfassung

Der Bundesrat legt in Beantwortung eines parlamentarischen Vortosses (Postulat Leutenegger Oberholzer 03.3541) Leitlinien als Grundlage für eine schweizerische Alterspolitik vor.

In Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung und deren Folgen, die es vorauszusehen gilt, braucht es eine gesamtheitliche Strategie. Eine Strategie drängt sich auch deshalb auf, weil Alterspolitik sich nicht nur auf Altersvorsorge beschränkt, sondern zahlreiche andere Politikbereiche umfasst. Dazu gehören u.a. das öffentliche Gesundheitswesen und das Wohnungswesen oder die Verkehrspolitik. Mit einer Gesamtübersicht sowie einer gemeinsamen Strategie könnten die in den verschiedenen Bereichen getroffenen oder geplanten Massnahmen besser aufeinander abgestimmt werden.

Der Bericht beleuchtet die heutige Situation älterer Menschen bezogen auf fünf Themenbereiche: Gesundheit und medizinische Versorgung, Wohnsituation und Mobilität, Arbeit und Übergang in den Ruhestand, wirtschaftliche Situation, Engagement und gesellschaftliche Partizipation. Die Ressourcen und Leistungspotenziale der älteren Bevölkerung sowie ihre Bedürfnisse werden für jeden Bereich hervorgehoben. Auch die Herausforderungen, die sich den betroffenen Einrichtungen damit stellen, werden beschrieben.

Die Situation der älteren Personen kann in allen fünf Bereichen insgesamt als gut bezeichnet werden; es sind beachtliche Ressourcen und grosse Potenziale vorhanden. Der Anstieg der behinderungsfreien Lebenserwartung, die geringe Armutsquote bei den Senioren und Seniorinnen sowie die Leistungen, die sie für Familie und Gesellschaft erbringen, zeigen klar, dass das defizitäre Bild des Alters nicht mehr zeitgemäss ist. Trotz der insgesamt positiven Beurteilung darf jedoch nicht vergessen werden, dass der Prozess des Alterns sehr individuell verläuft. Die Alterspolitik muss Lösungen bereitstellen für wichtige soziale Belange, wie beispielsweise die Betreuung von pflegebedürftigen älteren Personen.

Ausgehend von diesen Feststellungen definiert der Bericht zwei zusätzliche Stossrichtungen. Die erste setzt den Schwerpunkt auf die Ressourcen und Leistungspotenziale und möchte die Selbstbestimmung und Partizipation älterer Menschen sowie die Anerkennung ihrer Leistungen fördern. Die zweite geht auf die spezifischen Bedürfnisse der Senioren und Seniorinnen ein und ist darauf ausgerichtet, ihnen einen ihren individuellen Wünschen entsprechenden würdigen letzten Lebensabschnitt zu gewährleisten. Die Alterspolitik soll laut Bericht nicht eine bestimmte Altersgruppe ins Zentrum stellen, sondern vielmehr die persönlichen Biografien (mit Blick auf die Prävention) und sämtliche Generationen berücksichtigen. Dabei sind die verschiedenen Politikbereiche in Form eines *Mainstreamings* miteinander zu verknüpfen.

Für beide Stossrichtungen lassen sich auf verschiedenen Ebenen Ausgestaltungsmöglichkeiten entwickeln. Der Bericht zeigt laufende Aktivitäten und neue Handlungsoptionen auf. Bei deren allfälliger Umsetzung ist dem Subsidiaritätsprinzip und dem mit den Voranschlägen und der Finanzierungsplanung des Bundes vorgegebenen finanziellen Rahmen Rechnung zu tragen. Da mit dem vorliegenden Bericht nicht auf einen Aktionsplan abgezielt wird, beschränken sich die Analysen auch nicht auf den Kompetenzbereich des Bundes. Für die konkreten Umsetzungsmodalitäten und Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen sind Folgearbeiten erforderlich, in die auch die Kantone und weitere Partner einzubinden sind. Zunächst hat aber das Parlament, an das sich der vorliegende Bericht richtet, über das weitere Vorgehen zu entscheiden.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	i
Inhaltsverzeichnis	iii
Abkürzungsverzeichnis	v
1 Einleitung	1
11 Auftrag und Vorgehen	1
12 Ausgangslage: Alterspolitik unter veränderten demografischen und gesellschaftlichen Bedingungen	1
13 Herausforderungen für eine gesamtschweizerische Alterspolitik	2
14 Anlehnung an die internationalen Überlegungen.....	4
15 Aufbau des Berichts	5
2 Demografische Entwicklung in der Schweiz.....	5
3 Lebensbereiche und Handlungsfelder.....	8
31 Gesundheit und medizinische Versorgung	8
311 Umschreibung	8
312 Gesundheit im Alter: Ressourcen und aktuelle Bedürfnisse.....	9
312.1 Ressourcen	9
312.2 Lebenslaufperspektive	9
312.3 Bedürfnislagen	11
313 Gesundheitspolitische Herausforderungen.....	11
313.1 Gesundheitssystem: Institutioneller Rahmen	11
313.2 Partizipation und Autonomie fördern: Gesundheitsförderung und Prävention	12
313.3 Verlust der Selbstständigkeit: Langzeitpflege	13
313.4 Würdiger Tod: Palliativpflege und Sterbehilfe.....	17
32 Wohnsituation und Mobilität	19
321 Wohnsituation, Wohnumfeld- und Quartiergestaltung	19
321.1 Umschreibung	19
321.2 Wohnsituation der älteren Bevölkerung	20
321.3 Herausforderungen für die Wohnungspolitik	22
322 Mobilität im privaten und öffentlichen Verkehr	25
322.1 Umschreibung	25
322.2 Herausforderungen für die Verkehrspolitik: menschengerechter öffentlicher Verkehr	25
33 Arbeit und Übergang in den Ruhestand.....	26
331 Umschreibung	26
332 Ältere Arbeitnehmende auf dem Arbeitsmarkt	27
332.1 Die Ressourcen älterer Arbeitnehmenden.....	27
332.2 Arbeitsmarktliche Herausforderungen, Unternehmenspolitik und soziale Sicherheit.....	28
333 Flexibler Altersrücktritt.....	30
334 Erwerbsarbeit im Rentenalter (4. Säule).....	31
334.1 Umschreibung	31
334.2 Fortsetzung der Erwerbstätigkeit aus Freude an der Arbeit oder finanzieller Notwendigkeit	32
334.3 Herausforderungen für die Altersvorsorge.....	32
335 Arbeitsaufteilung während der gesamten Lebensspanne.....	33
34 Wirtschaftliche Situation der Altersrentnerinnen und -rentner	34
341 Umschreibung	34
342 Das System der Altersvorsorge	34

343	Die wirtschaftlichen Ressourcen der Altersrentnerinnen und -rentner	35
343.1	Einkommenssituation	35
343.2	Vermögenssituation	36
344	Die Leistungen der älteren Bevölkerung: Privattransfers	37
345	Herausforderungen für die Altersvorsorge.....	37
345.1	Vorsorgeniveau der heutigen Rentnergeneration.....	37
345.2	Erhaltung des Vorsorgeniveaus: Rahmenvoraussetzungen.....	37
35	Engagement und gesellschaftliche Partizipation	38
351	Umschreibung	38
352	Freiwilligenarbeit und freiwillige Transfers: Leistungen älterer Personen, Solidarität zwischen den Generationen	39
352.1	Informelle Freiwilligenarbeit und freiwillige Transfers	39
352.2	Formelle Freiwilligenarbeit in Vereinigungen und Selbsthilfeorganisationen	39
352.3	Herausforderung für die Unterstützung von Freiwilligenarbeit älterer Menschen und von Altersorganisationen	40
353	Partizipation an der Informationsgesellschaft: Chancengleichheit	41
353.1	Der digitale Graben	41
353.2	Herausforderungen für die Informationsgesellschaft.....	42
354	Rechte der hilfsbedürftigen Personen: Würde und Selbstbestimmung	43
4	Schlussfolgerungen und Handlungsoptionen	44
41	Fazit.....	44
411	Die Situation älterer Personen	44
412	Altersspezifische Einrichtungen und Alterspolitik	44
42	Grundzüge der Strategie.....	45
43	Rolle des Bundes	46
44	Spannungsfelder	48
45	Weiteres Vorgehen	48
	Anhänge	49
	Anhang 1. Übersicht der Handlungsoptionen und laufenden Aktivitäten.....	49
	Anhang 2. Motion Leutenegger Oberholzer	53
	Anhang 3. Bibliografie	55

Abkürzungsverzeichnis

ARE	Bundesamt für Raumentwicklung
ASTRA	Bundesamt für Strassen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAKOM	Bundesamt für Kommunikation
BAV	Bundesamt für Verkehr
BFM	Bundesamt für Migration
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BWO	Bundesamt für Wohnungswesen
EBG	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
NGO	Nichtregierungsorganisation
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflege
seco	Staatssekretariat für Wirtschaft
SSR	Schweizerischer Seniorenrat

1 Einleitung

11 Auftrag und Vorgehen

Der vorliegende Bericht wurde als Antwort auf das Postulat Leutenegger Oberholzer vom Oktober 2003 verfasst¹. Das Postulat fordert den Bundesrat auf, die konzeptionellen Grundlagen für eine schweizerische Alterspolitik zu entwickeln, die nötigen personellen und finanziellen Ressourcen dafür bereitzustellen und dem Parlament gegebenenfalls die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen vorzulegen. In seiner Stellungnahme erinnert der Bundesrat daran, dass die Alterspolitik seit Jahrzehnten eines seiner wichtigsten Anliegen ist. Er ist der Ansicht, dass sich die politische Debatte nicht auf die materielle Sicherheit im Alter und die Sozialversicherungen (AHV, BVG, EL und KVG) beschränken sollte, sondern der Aspekt Alter auch in Bereichen wie Verkehr, Raumplanung, Wohnen, Gesundheit, Sicherheit, Kommunikation, Sport und Freizeit einzubeziehen ist. Er weist darauf hin, dass auf eidgenössischer Ebene bereits viele generelle Altersfragen behandelt werden oder wurden, so beispielsweise in den Berichten der Expertenkommissionen von 1966, 1979 und 1995, den Forschungen im Rahmen des NFP 32 in den Neunzigerjahren sowie in Tätigkeitsprogrammen, inkl. Gesetzgebung, verschiedener Bundesämter.

Das Interesse an einer bereichsübergreifenden Vorgehensweise, wie sie aus dem Postulat hervorgeht, ist zudem ganz im Sinne der bundesrätlichen Strategie für eine nachhaltige Entwicklung. Danach berücksichtigt der Bundesrat bei seinen Tätigkeiten wirtschaftliche, ökologische und gesellschaftliche Aspekte sowie die Solidarität zwischen den Generationen².

Im vorliegenden Bericht werden nicht nur Aspekte untersucht, für die der Bund zuständig ist. Die aufgezeigten Optionen berücksichtigen mehrere Akteure. Dabei ist zu beachten, dass der Bund keine Massnahmen in Bereichen wie Gesundheit oder Sozialhilfe verordnen kann, die in die Zuständigkeit der Kantone oder Gemeinden fallen. Es geht hier aber nicht darum, einen Aktionsplan aufzustellen, sondern darum, die Grundzüge einer Strategie festzulegen. Der Kostenaufwand für die verschiedenen Lösungsansätze wird in diesem Bericht nicht angegeben, auch dann nicht, wenn die Massnahmen bereits Teil laufender Projekte sind. Die Umsetzung eines Aktionsprogramms wäre ein nächster Schritt, bei dem auch das mittel- bis langfristige Sparpotenzial der Präventiv-, Anreiz- oder Fördermassnahmen abgeschätzt werden müsste.

Dieser Bericht ist das Ergebnis von Arbeiten einer interdepartementalen, unter der Leitung des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) stehenden Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern und Vertreterinnen der folgenden Bundesämter zusammensetzt: Eidg. Finanzverwaltung (EFV), Bundesamt für Raumentwicklung (ARE), Bundesamt für Wohnungswesen (BWO), Bundesamt für Statistik (BFS), Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Staatssekretariat für Wirtschaft (seco).

Folgende Bundesämter oder Büros haben Beiträge beigesteuert: Bundesamt für Kommunikation (BAKOM), Bundesamt für Strassen (ASTRA), Bundesamt für Verkehr (BAV) und Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG).

Der Schweizerische Seniorenrat (SSR), der die Interessen der Senioren und Seniorinnen vor dem Bundesrat und der Bundesverwaltung vertritt, ist konsultiert worden.

12 Ausgangslage: Alterspolitik unter veränderten demografischen und gesellschaftlichen Bedingungen

Die Ausgestaltung der Alterspolitik wird heute intensiv und kontrovers diskutiert. Die Aufgaben, die sich der Alterspolitik gegenwärtig und in absehbarer Zukunft stellen, werden geprägt durch die demografische Entwicklung und die damit einhergehenden gesellschaftlichen Veränderungen. Die Lebenssituation der älteren Menschen, der Frauen ebenso wie der Männer, hat sich stark verändert, dasselbe gilt für die Beziehungen zwischen den Altersgruppen und den Generationen. Die Prozesse des Alterns sind individuell sehr verschieden und haben eine grosse Mannigfaltigkeit der Lebensgestaltung und der Formen des Alterns nach Geschlecht, Alter, Milieu, Bildungsgrad und wirtschaftlicher Situation zur Folge.

¹ 03.3541 Motion Leutenegger Oberholzer (vom Nationalrat in Form eines Postulates überwiesen), siehe Anhang.

² Schweizerischer Bundesrat (2002); die Strategie 2008-2011 ist in Vorbereitung.

- Die demografische Entwicklung wird zu einer deutlichen Zunahme der Anzahl älterer Menschen und einer Verschiebung der Gewichte zwischen den Altersgruppen führen. Im Zentrum der öffentlichen Diskussion stehen insbesondere die Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Sozialwerke, die Auswirkungen auf dem Arbeitsmarkt³ sowie das Verhältnis zwischen Eigenverantwortung, verwandtschaftlichen Netzwerken und öffentlichen Institutionen der Alterspolitik.
- Im Besonderen hat die verlängerte durchschnittliche Lebenserwartung eine erweiterte gemeinsame Lebensspanne zwischen Jung und Alt zur Folge. Dies gilt, obwohl das Alter der Frauen und Männer bei der Geburt des ersten Kindes gestiegen ist. Dies eröffnet neue Beziehungspotenziale zwischen bis zu vier nebeneinander lebenden Generationen. Sie umfassen die Möglichkeit gegenseitiger Hilfe und Unterstützung im Alltag, den Austausch von Erfahrungen und das gemeinsame Engagement für gesellschaftliche Aufgaben (Hüten von Enkelkindern, finanzielle Unterstützung junger Familien durch die Eltern, Besorgungen für die betagten Eltern etc.), können indessen auch zusätzliche Belastungen beinhalten. Generationsübergreifende Beziehungen sind darum aufgrund des unterschiedlichen Erfahrungshintergrundes, unterschiedlicher Lebenswelten und Interessenlagen nicht spannungsfrei.
- Im Allgemeinen hat sich die Lebenssituation der meisten älteren Menschen in unserer Gesellschaft in den vergangenen Jahrzehnten in vielerlei Hinsicht verbessert. Die Möglichkeit länger behinderungsfrei zu leben, den Austritt aus dem Erwerbsleben teilweise selbst zu bestimmen und die sozialstaatlich gute Absicherung im Alter ermöglichen einer grossen Mehrzahl der alten Menschen eine lange Phase aktiv gestalteten Lebens, unabhängig von der Unterstützung durch andere.
- Insgesamt hat sich das Bild des alten Menschen gewandelt, weg von Bildern der Gebrechlichkeit und des Verfalls hin zu einer Lebensphase, die ihren eigenen Wert und ihre eigenen Gestaltungsformen hat. Die Erkenntnisse der Gerontologie zeigen denn auch, dass das Alter zwar Leistungseinschränkungen mit sich bringt, jedoch auch Möglichkeiten zur Herausbildung und Pflege spezifischer Fähigkeiten beinhaltet. Allerdings bleibt das Bild des Alters zwiespältig. Aus der Perspektive der Individuen hat die Ausdehnung der Lebenserwartung vorwiegend positive Aspekte. Aus der Perspektive der Gesellschaft überwiegen die Hinweise auf einen steigenden Bedarf an Unterstützung und Betreuung und den damit einhergehenden Herausforderungen. Hervorzuheben ist indessen der übereinstimmende Befund der gerontologischen Forschung⁴, dass der Prozess des Alterns sehr individuell verläuft, von den Erfahrungen und Lebensumständen des gesamten Lebenslaufes mitgeprägt wird, und für viele Menschen bis ins hohe Alter noch gestaltbar ist.

13 Herausforderungen für eine gesamtschweizerische Alterspolitik

Diese Veränderungen haben Konsequenzen für die Formulierung einer zukunftsgerichteten Alterspolitik:

- **Leistungspotenziale.** Die zunehmende Ausdehnung der aktiven und beschwerdefreien Phase im Alter bei gleichzeitig steigenden, durch die Demografie bedingten Herausforderungen führt zur Frage, welches die Leistungen und Leistungspotenziale der älteren Bevölkerung sind, wie diese unterstützt und anerkannt werden können⁵.
- **Partizipation und selbstbestimmte Lebensführung.** Mit dem Verständnis des Alters als einer aktiven und selbstbestimmten Lebensphase verbinden sich verschiedene Zielvorstellungen. Aktiv meint nicht nur das für sich tätig sein, sondern auch die aktive Gestaltung der sozialen Beziehungen und die gesellschaftliche Partizipation. Unter „selbstbestimmt“ ist zu verstehen, dass Personen im Alter möglichst selbst entscheiden können, wie sie ihr Leben gestalten möchten. Schliesslich geht es darum, die aktive und selbstbestimmte Lebensgestal-

³ Leitungsgruppe EDI/EVD „Partizipation älterer Arbeitnehmer“ (2005); Schweizerischer Arbeitgeberverband (2006a).

⁴ Vgl. z.B. Baltes B. P. (1996).

⁵ Vgl. Politische Erklärung und Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern 2002 (A/CONF.197/9), Ziff. 21; Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (E-CE/AC.23/2002/2/Rev.6), Commitment 2.

tung so lange als möglich zu fördern und unterstützen. Die Alterspolitik hat damit die Aufgabe, die Partizipation und selbstbestimmte Lebensführung im Alter zu fördern und zu unterstützen⁶.

- **Unterschiedliche Lebens- und Bedürfnislagen.** Der individuelle Verlauf des Alterungsprozesses bedeutet, dass die individuellen Situationen von Personen desselben chronologischen Alters sich stark voneinander unterscheiden können, sowohl was die individuelle Ressourcensituation in finanzieller, sozialer und kultureller Hinsicht, die Leistungen und Leistungspotenziale als auch die Wünsche und Bedürfnislagen angeht. Diese Differenzen lassen sich teilweise durch die unterschiedlichen biografischen Hintergründe und Lebensläufe – u.a. bedingt durch Geschlechterdifferenzen, unterschiedliche kulturelle und soziale Herkunft, seit Kindheit oder Jugend bestehende Behinderungen, Erwerbsbiografien, Generationenzugehörigkeiten – erklären. Zudem ist zu erwarten, dass sich die Erwartungen der heute jungen Generationen an ihre Altersphase von jenen der heute alten Menschen unterscheiden. Für die Alterspolitik bedeutet dies, dass sie den bestehenden unterschiedlichen Lebens- und Bedürfnislagen, den unterschiedlichen Wünschen und den diesbezüglich zu erwartenden Veränderungen Rechnung tragen muss.
- **Lebenslaufperspektive.** Die teilweise Gestaltungsmöglichkeit des individuellen Alterungsprozesses legt zudem eine Orientierung der Alterspolitik an einer Lebenslaufperspektive nahe, welche die individuelle und gesellschaftliche Vorbereitung auf spätere Lebensphasen mit einschliesst.
- **Solidarität.** Eine soziale Alterspolitik, die auf die Anerkennung der Leistungspotenziale der älteren Bevölkerung und ihre unterschiedlichen Beiträge an die Gesellschaft und an jüngere Generationen ausgerichtet ist, muss weiterhin Solidarität garantieren und hilfsbedürftige und schlechter gestellte Betagte unterstützen.
- **Spannungsfelder.** Trotz der generell verbesserten Situation der älteren Bevölkerung muss die Alterspolitik schliesslich eine Antwort finden für die steigenden Ausgaben für die Alterssicherung und den zu erwartenden steigenden Pflege- und Unterstützungsbedarf der älteren Bevölkerung. Eine Alterspolitik, die sich den hier aufgezählten Herausforderungen stellt, sieht sich deshalb unweigerlich mit Ziel- und Interessenkonflikten konfrontiert.
- **Mainstreaming.** Aufgrund der Bedeutung der demografischen Alterung für alle Politikbereiche ergibt sich die Notwendigkeit eines *Mainstreaming*, bzw. der Berücksichtigung der Alterung in allen Politikbereichen und des Ziels, eine Gesellschaft für alle Altersgruppen zu schaffen⁷.
- **Generationenpolitik.** Die Verschiebung der Gewichte der verschiedenen Altersgruppen und die erweiterte gemeinsame Lebensspanne unterschiedlicher Generationen beeinflussen die Beziehungen zwischen den Generationen und stellen die Frage nach einer übergreifenden Generationenpolitik, welche mit der zu definierenden Alterspolitik eng verschränkt ist. Dabei sind auch andere Politikbereiche wie Familienpolitik oder Arbeitsmarktpolitik relevant⁸.

Alterspolitik ist darüber hinaus auch allgemeinen gesellschaftspolitischen Zielen verpflichtet. Erwähnt seien hier die Respektierung der Würde der Menschen und der freien Entfaltung der Persönlichkeit, wie sie sich aus den allgemeinen Menschenrechten ergibt, die grundsätzliche Selbstverantwortung der Individuen, auch im Alter, und die Beachtung der Chancengleichheit bei der Realisierung von Massnahmen.

Besonders hervorgehoben sei in diesem Zusammenhang die **Leitidee der nachhaltigen Entwicklung**. Dies ist aus zwei Gründen angezeigt: Zum einen stellt diese Leitidee explizit den Bezug zwischen jüngeren (auch ungeborenen) und älteren Generationen her. Zum anderen bringt die demografische Entwicklung spezielle Belastungen mit sich und die Ausgestaltung der Alterssicherung, aber auch generell der Alterspolitik ist jeweils unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit zu beurteilen. Allerdings ist dabei nicht nur der Aspekt der finanziellen Transfers zu beachten, sondern der weitere Kontext der gesamten Austauschbeziehungen zwischen Generationen. Gemäss der eidgenössischen Strategie „Nachhaltige Entwicklung“ müssten die Bundesprojekte und -politiken auf ihre Nachhaltigkeit, das

⁶ Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6), Commitment 2; Weltgesundheitsorganisation WHO (2002), *Viellir en restant actif: cadre d'orientation*, S. 12.

⁷ Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6), Commitment 1.

⁸ Vgl. Politische Erklärung und Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern 2002 (A/CONF.197/9), Ziff. 44.

heisst ihre langfristige Wirkung auf die Wirtschaft, die Umwelt und die Gesellschaft untersucht werden⁹.

Wie bereits darauf hingewiesen wurde, verläuft der Alterungsprozess einerseits individuell, andererseits stellen sich die Lebenssituationen und Bedürfnisse für unterschiedliche Personengruppen anders dar. Eine generelle Alterspolitik muss sich deshalb unterschiedslos an alle richten, gleichzeitig aber den individuellen Lebenssituationen und Bedürfnissen Rechnung tragen. Dies sind u.a.:

- **Unterschiede nach Autonomie- bzw. Abhängigkeitsgrad.** Obwohl die meisten Personen im Alter ein weitgehend beschwerdefreies und selbstbestimmtes Leben führen, sind einige von stärkeren Einschränkungen bis hin zu einem Autonomieverlust betroffen. Zwar hat sich für das weitgehend beschwerdefreie Alter der Begriff des dritten Alters, für die Phase der grösseren Einschränkungen der Begriff des vierten Alters eingebürgert. Allerdings ist es aufgrund des individuellen Verlaufs des Alterungsprozesses nicht angezeigt, diese Phasen über das chronologische Lebensalter zu bestimmen. Individuell kann die Phase des abhängigen Lebens früher beginnen oder auch später auftreten wie auch gar nie in Erscheinung treten. Trotzdem unterscheiden sich die beiden Altersphasen hinsichtlich der Lebenslage, Bedürfnisse und Wünsche stark voneinander, so dass diesem Umstand bei der Formulierung von Strategien innerhalb derselben Thematik Beachtung geschenkt werden muss. Altersgrenzen für die Ausübung gewisser Aktivitäten oder Einschränkungen beim Zugang zur Bildung oder Information sind insbesondere in der autonomen Lebensphase, in welcher Persönlichkeitsentwicklung und Partizipation noch möglich sind, Formen von Diskriminierung. In der Phase nach dem Autonomieverlust sind die betroffenen Personen der Gefahr von Diskriminierung insofern ausgesetzt, als sie ihre Interessen über Dritte geltend machen müssen.
- **Geschlechtsspezifische Unterschiede.** Die höhere Lebenserwartung der Frauen gegenüber den Männern, wie auch die unterschiedlichen Biografien erfordern teilweise geschlechtsspezifische Lösungen. So leben Frauen länger allein in ihrer Wohnung, Männer können bei Notwendigkeit von Betreuung und Pflege viel eher noch auf ihre Ehefrau oder andere Bezugspersonen zählen. Alterspolitik muss die Geschlechterunterschiede und die Lebensqualität von alleinstehenden hochbetagten Frauen in ihren Strategien einbeziehen und die entsprechenden Schlüsse ziehen.
- **Menschen mit Behinderungen.** Personen, die bereits in jungen Jahren oder seit Geburt mit Behinderungen leben müssen, werden zum Teil im Alter mit zusätzlichen Problemen konfrontiert werden. Dadurch, dass sie bei der Ausbildung oder Erwerbsarbeit mit Benachteiligungen rechnen müssen, werden sie kaum die Möglichkeit haben, aus eigenen Kräften über eine minimale Alterssicherung hinaus zu sparen.
- **Ältere Migrantinnen und Migranten.** Erst in den letzten Jahren wuchs in Fachkreisen der Altersarbeit das Bewusstsein, dass das Älterwerden von Migrantinnen und Migranten andere Dimensionen aufweisen kann als dasjenige von Einheimischen. So stellt sich den Migrantinnen und Migranten die Frage, ob sie in die Heimat zurückkehren oder in der neuen Umgebung bleiben wollen. Personen, die immer im gleichen Land gewohnt haben, müssen sich mit dieser Frage nicht auseinandersetzen. Dies kann innerhalb der Familie mit Migrationshintergrund zu Spannungen führen, wenn über eine Rückkehr unterschiedliche Ansichten bestehen. Bei Fragen um Betreuung und Pflege kann es im Vergleich zum herkömmlichen, schweizerischen Kontext andere und neue Verhaltensweisen wie auch Erwartungen von Seiten der Migrantinnen und Migranten geben. Deshalb ist dem Migrationsaspekt bei den einzelnen Strategien Rechnung zu tragen.
- **Generationeneffekte.** Die Entwicklung der Lebensstile, der Medizin und der Arbeitswelt hat Einfluss auf die Gesundheit und das Verhalten der jeweiligen Generation. Aus den Beobachtungen der heutigen Generation von Betagten und Hochbetagten lassen sich kaum Erkenntnisse über die künftige Entwicklung des Alters und der folgenden Jahrgänge gewinnen. Hochrechnungen anhand von früheren Beobachtungen sind deshalb mit Vorsicht zu geniessen.

14 Anlehnung an die internationalen Überlegungen

Die dargelegten Stossrichtungen basieren auf den Leitlinien des Internationalen Aktionsplans von Madrid, der anlässlich der Zweiten Weltkonferenz über das Altern (2002)¹⁰ verabschiedet wurde, so-

⁹ Bundesamt für Raumentwicklung ARE (2004).

wie den Verpflichtungen, die im Rahmen der regionalen (europäischen) Strategie zur Umsetzung des Aktionsplans¹¹ eingegangen wurden.

Zwei Grundgedanken dieser von den Vereinten Nationen in Auftrag gegebenen Arbeiten sind das „Mainstreaming“ – die Berücksichtigung der Alterung in allen Politikbereichen – und die Verwirklichung einer Gesellschaft für alle Altersgruppen. Beide Ziele weisen auf die Notwendigkeit hin, die Alterung nicht gesondert, sondern als Aspekt von allgemeinem gesellschaftlichem und politischem Interesse zu betrachten. Erwähnt werden insbesondere die aktive Lebensführung im Alter, die vollständige gesellschaftliche Partizipation der Betagten und die Anerkennung ihres Beitrags an die Gesellschaft. Ebenso zur Sprache kommen Gesundheit, Wohlbefinden, materielle Sicherheit und die Förderung eines stimulierenden, altersgerechten Umfelds. Während der Aktionsplan von Madrid und die Regionale Strategie von Berlin die wirtschaftlichen und sozialen Folgen der globalen Bevölkerungsalterung darstellen, geht der vorliegende Bericht von der Situation der älteren Bevölkerung in den verschiedenen Lebensbereichen aus.

Im Übrigen ist die Bevölkerungsalterung ein zentrales Thema der nationalen Strategien zur nachhaltigen Entwicklung in Europa.

15 Aufbau des Berichts

Die Festlegung einer Strategie für eine schweizerische Alterspolitik erfordert einen Querschnittansatz. Die Alterspolitik ist deshalb möglichst breit, bezogen auf die verschiedenen Lebensbereiche und Bedürfnisse von älteren Menschen und der Gesellschaft, in der sie leben, darzustellen.

Auf die Beschreibung der zu berücksichtigenden demografischen Entwicklung (Kap. 2) folgt in Kapitel 3 die Darstellung von fünf grossen Themenbereichen, die für den individuellen Alterungsprozess und die Lebenssituation im Alter massgebend sind, und bei denen die öffentliche Politik Handlungsmöglichkeiten hat.

- Gesundheit und medizinische Versorgung
- Wohnsituation und Mobilität
- Arbeit und Übergang in den Ruhestand
- Wirtschaftliche Situation der Altersrentnerinnen und -rentner
- Engagement und gesellschaftliche Partizipation

Zu jedem Thema werden zuerst Leitfragen gestellt. Dann werden die aktuelle Situation dargestellt, die Stärken und Schwächen analysiert und gestützt darauf strategische Vorschläge unterbreitet.

2 Demografische Entwicklung in der Schweiz

Wie in allen anderen entwickelten Ländern wird die Bevölkerung in den kommenden Jahren auch in der Schweiz markant und schnell altern. Die Zahl der über 64-Jährigen wird stark zunehmen, während die Zahl der jungen Leute sinken wird. Der veränderte Altersaufbau der Bevölkerung ergibt sich einerseits aus der Entwicklung der Geburtenhäufigkeit und andererseits durch die höhere Lebenserwartung. Gemäss den jüngsten Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz (BFS)¹² ist diese Bevölkerungsalterung unausweichlich, da sie durch die gegenwärtige Alterspyramide, die durch die demografische Entwicklung der letzten Jahrzehnte entstanden ist, gegeben ist.

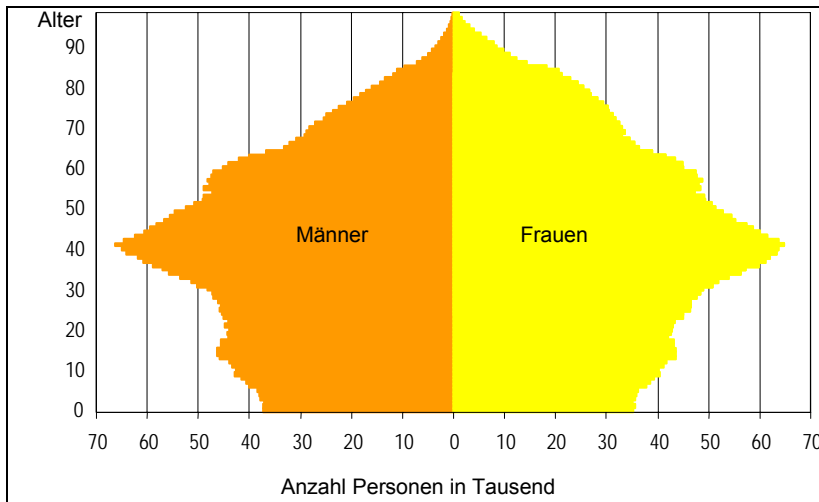
- **Eine programmierte Bevölkerungsalterung.** Seit Mitte des 20. Jahrhunderts unterliegt das Fruchtbarkeitsverhalten starken Schwankungen. In bestimmten Zeitspannen – den berühmten Babyboom-Jahren 1940 und 1960 – war die Geburtenziffer sehr hoch, bevor sie in den frühen Siebzigerjahren schnell und deutlich zurückging und sich seit über dreissig Jahren auf einem sehr tiefen Niveau einpendelte (ca. 1,5 Kinder pro Frau). Die heutige Alterspyramide der Schweiz wurde von diesen Schwankungen nachhaltig geprägt: Sie enthält zahlenmässig starke Generationen – die Babyboomer – und andere, zahlenmässig deutlich schwächere Altersgruppen mit Geburtsjahren zwischen 1970 und 2006 (s. Grafik 1). Gleichzeitig führt die höhere Lebenserwartung dazu, dass immer mehr Menschen sehr alt werden.

¹⁰ Politische Erklärung und Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern 2002 (A/CONF.197/9).

¹¹ Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6).

¹² Bundesamt für Statistik BFS (2006d).

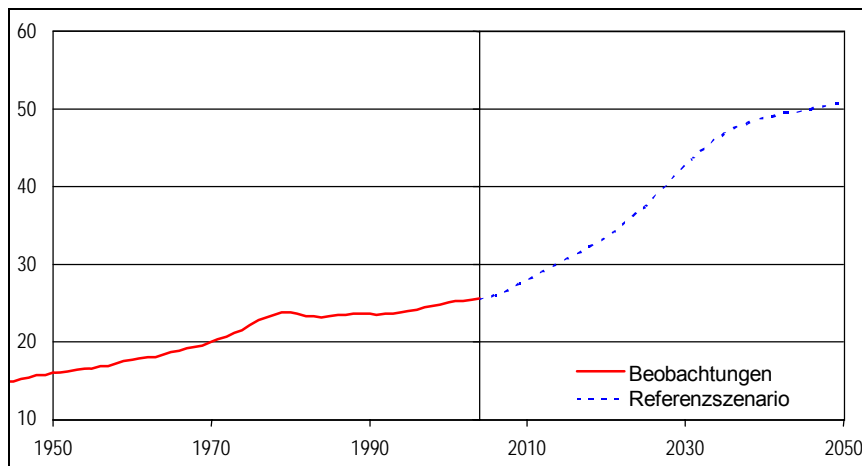
Grafik 1. Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung 2005



Quelle: Bundesamt für Statistik BFS (2006a).

- Schnelles, ausgeprägtes Wachstum der älteren Bevölkerung.** Die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer werden zwischen 2005 und 2035 das Rentenalter erreichen und dann noch eine hohe Lebenserwartung haben. Gemäss Referenzszenario des BFS wird der Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung zwischen 2005 und 2030 von 16% auf 24,4% steigen; das ist eine Zunahme von 795 000 Personen (+67%). Bei den über 80-Jährigen und Älteren ist das Wachstum noch ausgeprägter (+86%). 2030 werden sie 627 000 sein, 2005 waren es noch 338 000. Im gleichen Zeitraum wird der Anteil der unter 20-Jährigen von 21,9% (2005) auf 18,4% (2030) sinken. Der Altersquotient wird stark ansteigen und sich von einer älteren Person gegenüber vier Erwerbstätigen (2005) auf eine ältere Person gegenüber zwei Erwerbstätigen (2050) erhöhen (s. Grafik 2).

Grafik 2. Entwicklung des Altersquotienten (Anzahl der über 65-Jährigen auf 100 20-bis 64-Jährige) gemäss Referenzszenario 2005 des BFS



Quelle: Bundesamt für Statistik BFS.

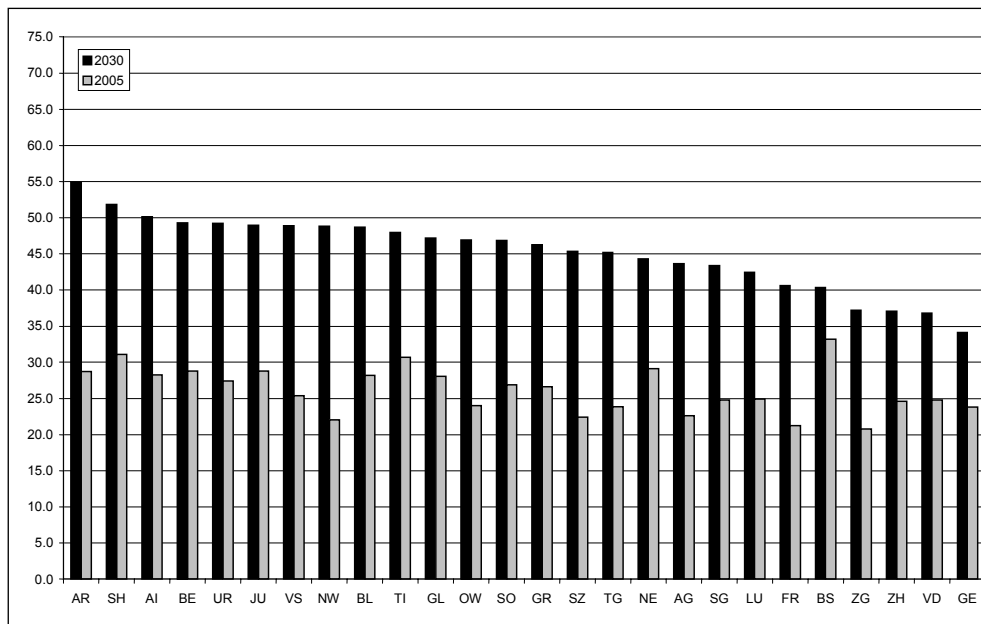
- Hin zu einer langlebigen Gesellschaft.** Die zahlenmässig grossen Generationen, die in den kommenden Jahren das Rentenalter erreichen, haben eine höhere Lebenserwartung als die Jahrgänge, die dieses Alter Ende des 20. Jahrhunderts erreicht haben. 1991 hatten die 65-jährigen Frauen noch eine Lebenserwartung von 19,8 Jahren, 2005 von 21,5 Jahren. 2030 werden es 24,1 Jahre sein. Bei den Männern betragen die entsprechenden Werte 15,5 Jahre, 18 Jahre und 20,9 Jahre. Durch die höhere Lebenserwartung nach 65 Jahren werden viele Menschen ein sehr hohes Alter erreichen und somit zur Alterung der Bevölkerung beitragen. Diese wird einen zunehmenden Anteil an Personen im vierten Lebensalter enthalten.

- **Immer mehr ältere Personen mit unterschiedlicher Lebenssituation.** Die älteren Personen von morgen werden sich von der älteren Bevölkerung von gestern oder heute unterscheiden. Gleichzeitig mit der Verlängerung der Lebenserwartung wird auch die behindertenfreie Lebenserwartung zunehmen. Ältere Personen werden somit durchschnittlich nicht nur gesünder, sondern vermutlich auch wirtschaftlich besser gestellt sein und sich sowohl auf dem Arbeitsmarkt als auch bei unentgeltlichen Tätigkeiten vermehrt beteiligen. Ihr Bildungsstand wird ebenfalls höher sein. Angesichts der Entwicklung der Lebensformen – Anstieg der kinderlosen Personen, mehr Scheidungen – werden die älteren Personen von morgen wahrscheinlich weniger Unterstützung durch ihre Familie erfahren. Verstärkt wird diese Entwicklung durch die zunehmende räumliche Mobilität und die dadurch verursachte geografische Entfernung der Familienmitglieder.
- **Hin zu einer Vier-Generationen-Gesellschaft.** Aufgrund der verlängerten Lebenserwartung dehnt sich auch die gemeinsame Lebensspanne verschiedener Generationen aus. Im Jahr 1900 war die statistische Wahrscheinlichkeit, dass eine 30-jährige Person noch Grosseltern hatte, sozusagen gleich null; hundert Jahre später hatten 40% der 30-Jährigen noch einen Grossvater oder eine Grossmutter¹³. Im gleichen Zeitraum ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind in eine Vier-Generationen-Familie hineingeboren wird, um das 35-Fache angestiegen und 80% der 35- bis 49-Jährigen haben sowohl einen lebenden Elternteil als auch ein Kind.
- **Immer mehr ältere Personen mit unterschiedlicher kultureller Herkunft.** Der Anteil der ausländischen Bevölkerung bei den 50-Jährigen und Älteren ist deutlich geringer als bei jüngeren Altersgruppen, da die Migrationspolitik lange Zeit kurzfristige Migrationen Erwerbstätiger begünstigt hat, die danach wieder in ihre Heimat zurückgekehrt sind. Ein weiterer Grund für den sinkenden Anteil der ausländischen über 64-Jährigen sind die je nach Migrationsgemeinschaften unterschiedlich häufigen Einbürgerungen. Ein Viertel der unter 50-Jährigen haben eine ausländische Nationalität, demgegenüber macht der Ausländeranteil bei den 80-Jährigen und älteren Einwohnerinnen und Einwohnern nur gerade 5% aus. Allerdings ist seit 1980 ein Anstieg des Ausländeranteils bei der 50- bis 79-Jährigen zu beobachten.¹⁴
- **Herausforderung für alle Kantone.** Die demografische Alterung wird alle Kantone treffen, ihr Ausmass ist jedoch von der Entwicklung des Fruchtbarkeitsverhaltens und der Migrationen in ihrem Kanton abhängig. Es werden zwar alle Kantone mit einem wachsenden Altersquotienten konfrontiert sein, der Anstieg fällt jedoch unterschiedlich stark aus. 2030 wird der Altersquotient auf einer Spannweite zwischen 34 im Kanton Genf und 55 im Kanton Appenzell Ausserrhoden liegen. Im Kanton Bern wird er 49, in den Kantonen Zürich und Waadt 37 betragen.

¹³ Höpflinger F., Hummel C., Hugentobler V. (2006), S. 24.

¹⁴ Wanner Ph. et al. (2005), S. 88ff.

Grafik 3. Entwicklung des Altersquotienten in den Kantonen zwischen 2005 und 2030 gemäss Referenzszenario 2005 des BFS



Quelle: Bundesamt für Statistik BFS.

3 Lebensbereiche und Handlungsfelder

31 Gesundheit und medizinische Versorgung

Leitfragen

Lebenslaufperspektive/Partizipation und selbstbestimmte Lebensführung. Gesundheit im Alter ist teilweise das Ergebnis des Gesundheitsverhaltens in jüngeren Jahren. Wieweit können Prävention und medizinische Leistungen einen Beitrag leisten für den Erhalt der Möglichkeiten zu Partizipation und einer selbstbestimmten Lebensführung?

Leistungspotenziale. Wieweit können/sollen aktive Seniorinnen und Senioren Unterstützungs- und Pflegeleistungen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Autonomieverlust übernehmen? Wie können aktive Seniorinnen und Senioren, welche Betreuungs- und Pflegeleistungen für ältere Menschen übernehmen, unterstützt und gefördert werden?

Bedürfnislagen. Was sind die Ansprüche, Bedürfnisse, Wünsche der älteren Personen? Wie wird die künftige Entwicklung eingeschätzt? Haben bestimmte Personengruppen besondere Bedürfnisse, die es zu berücksichtigen gilt (insbesondere Frauen, Migrantinnen und Migranten)?

Spannungsfelder. Wie kann den wachsenden Bedürfnissen und Kosten für Langzeitpflege begegnet werden? Wie lassen sich Freiwilligenarbeit und Pflegequalität miteinander vereinbaren?

311 Umschreibung

Das menschliche Altern ist während der gesamten Lebensspanne weitgehend beeinfluss- und veränderbar. Alter ist keine Krankheit. Epidemiologische Daten zeigen, dass zwar die Sterblichkeitshäufigkeit mit dem Alter zunimmt, Krankheiten und Beschwerden, die zur einer Abhängigkeitssituation führen, indes nur eine Minderheit der älteren Bevölkerung betreffen.

Die Darstellung der Gesundheit im Alter erfordert deshalb einen altersspezifischen Ansatz nach folgenden gesundheitlichen Gesichtspunkten:

- Gesundheitsförderung
- Prävention chronischer Krankheiten und funktioneller Behinderungen
- integrierte, koordinierte medizinische Versorgung
- Langzeitpflege zu Hause (Spitex) und in Pflegeeinrichtungen

- Palliativpflege und Sterbebegleitung

Diese fünf Aspekte sind alle miteinander verknüpft. Präventionsmassnahmen umfassen auch medizinische, therapeutische, pflegerische, rehabilitierende und wiederherstellende Massnahmen. Heilbehandlungen können gleichzeitig präventiv wirken: eine Hüftprothese beispielsweise kann die Autonomie verlängern und funktionellen Behinderungen entgegenwirken.

Die demografische Alterung stellt alle genannten gesundheitspolitischen Bereiche vor neue Herausforderungen. Dennoch konzentriert sich die vorliegende Strategie auf die Stossrichtungen, die durch die Fragen am Anfang des Kapitels gegeben werden.

312 Gesundheit im Alter: Ressourcen und aktuelle Bedürfnisse

312.1 Ressourcen

Die Lebenssituation und das Befinden älterer Menschen haben sich in den letzten Jahrzehnten in mancher Hinsicht allgemein verbessert. Auch die Lebenserwartung, insbesondere die behindertenfreie Lebenserwartung, ist stark angestiegen. In der Schweiz kann bei Frauen sogar eine absolute Kompression der Morbidität festgestellt werden (die zur Abhängigkeit führt): die Prozentzahl autonom verbrachter Jahre nimmt zu (s. Tabelle 1). Angesichts der Fortschritte bei der Behandlung und der Rehabilitation chronischer Krankheiten sind die Chancen auf eine Heilung oder zumindest auf die Erhaltung einer autonomen Lebensführung heute höher.

Tabelle 1. Behinderungsfreie Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

	Mittlere Lebenserwartung der Männer		Mittlere Lebenserwartung der Frauen	
	allgemein	behinderungsfrei	allgemein	behinderungsfrei
1981/82	14,6	11,5	18,5	12,2
1988/89	15,4	12,2	19,6	14,9
1992/93	15,9	12,4	20,3	15,1
1997/99	16,7	13,0	20,6	16,3

Quelle: Höpflinger F., Hugentobler V. (2003), S. 27.

Ein ebenso positives Bild vermittelt die eigene subjektive Wahrnehmung der Gesundheit. So schätzen 68% der zuhause lebenden 75-jährigen und älteren Menschen ihre Gesundheit oftmals als „gut“ bis „sehr gut“ ein. Beide Geschlechter dieser Altersgruppe sind mit ihrem Gesundheitszustand gleich zufrieden, auf die gesamte Bevölkerung betrachtet ist der Zufriedenheitsgrad der Männer jedoch höher als jener der Frauen. Im Zeitvergleich 1992/93 und 2002 hat sich der Anteil der zuhause lebenden Frauen und Männer, die ihre eigene Gesundheit positiv beurteilen, teilweise sogar weiter erhöht¹⁵.

312.2 Lebenslaufperspektive

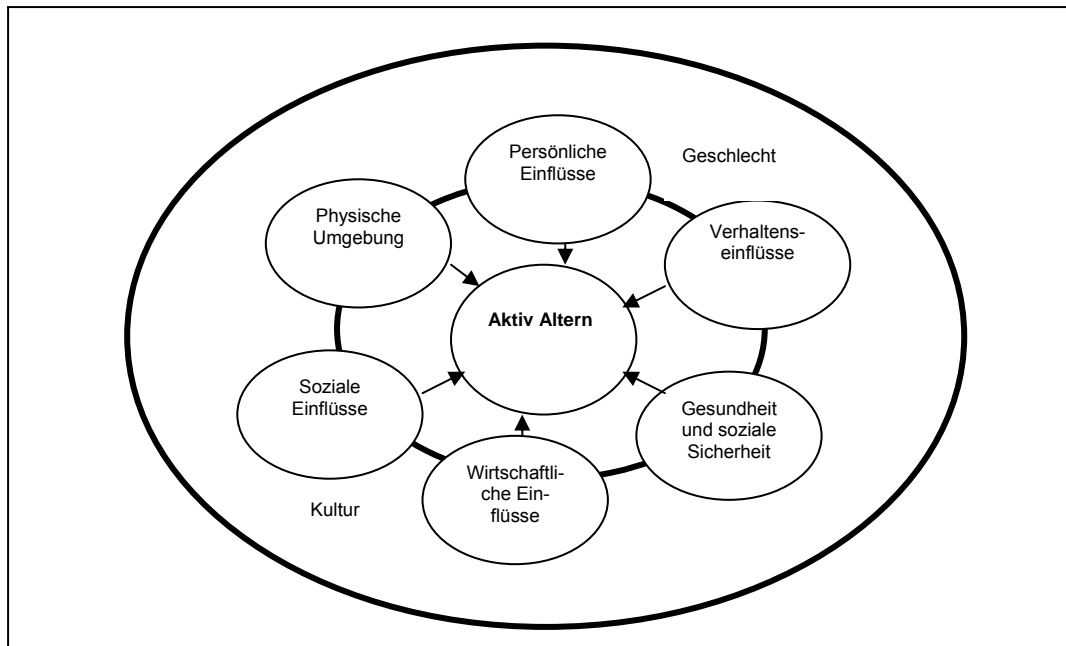
Die persönliche Biografie einer Person, ihr Lebensstil über die gesamte Lebensspanne hinweg sowie externe Faktoren haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit im Alter und führen zu markanten individuellen Unterschieden.

Wie das folgende Schema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigt, ist das aktive Altern das Ergebnis mehrerer Faktoren, wobei Geschlecht und Kultur alle Faktoren beeinflussen¹⁶.

¹⁵ Wyss K. (2005).

¹⁶ Weltgesundheitsorganisation WHO (2002).

Grafik 4. Bestimmende Faktoren für aktives Altern



Quelle: Weltgesundheitsorganisation WHO (2002), S. 19.

Die meisten dieser Faktoren können durch günstige Rahmenbedingungen aktiv so beeinflusst werden, dass der Gesundheit förderliche Entscheidungen begünstigt werden. Auch die Umgebung in Form von Wohnung und Quartier, die Tätigkeit, die wirtschaftlichen Ressourcen und die Sozialbeziehungen sowie die damit verbundenen politischen Massnahmen, mit denen sich die folgenden Kapitel befassen, wirken sich auf den Alterungsprozess aus.

Beispiel Verhaltens-einfluss: Bewegung. Die Bedeutung des Bewegungsmangels als Risikofaktor für Übergewicht und für eine ganze Reihe von chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Altersdiabetes, verschiedene Krebsformen und Osteoporose ist in internationalen Forschungsarbeiten gut belegt. Noch wichtiger aus individueller Sicht aber ist die Bedeutung von Bewegung und Sport auf die Lebensqualität und die Unabhängigkeit. Körperlich aktive Personen bleiben länger leistungsfähig und selbstständig und sind auch vermehrt in der Lage, ihren Interessen und sozialen Aktivitäten nachzugehen. Mit fortschreitendem Alter nimmt die körperliche Aktivität ab: Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen in den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, so liegen die 65- bis 74-Jährigen noch nahe beim Bevölkerungsdurchschnitt: Auch hier sind 64% zu den ungenügend Aktiven zu zählen, innerhalb dieser Gruppe sind aber die total Inaktiven mit 27% stärker vertreten. Bei den Personen ab 75 Jahren liegt der Anteil der ungenügend Aktiven bereits bei 74%, die Teilgruppe der total Inaktiven bereits bei 46%.

Es ist erwiesen, dass das Gesundheitsverhalten vom Bildungs- und Einkommensniveau und vom sozialen Status abhängig ist. Die Chancen, ein hohes Alter zu erreichen, sind noch immer ungleich verteilt, denn einkommensstarke Menschen mit hohem Bildungsniveau leben auch heute noch länger als wenig qualifizierte, einkommensschwache Menschen. Analog dazu sind ältere Leute mit einem kleinen Einkommen durchschnittlich anfälliger für Krankheit und Behinderungen¹⁷. Querschnittsfaktoren wie Geschlecht und Kultur haben einen wesentlichen Einfluss auf den Alterungsprozess, die Art der Erkrankungen und der Unfälle und die Langlebigkeit. Dadurch, dass beispielsweise die sozioökonomische Situation sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen teilweise geschlechtsspezifisch sind, besteht zwischen der Variablen „Geschlecht“ und den sozialen und gesundheitlichen Faktoren ein komplexer Zusammenhang. Demzufolge sind die Unterschiede zwischen Mann und Frau auch im Alter sehr markant: Frauen werden statistisch älter als Männer, leiden aber vermehrt an physischen und psychischen Beschwerden als gleichaltrige Männer¹⁸.

¹⁷ Künzler G., Knöpfel C. (2002).

¹⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2003c). Für eine Analyse der genderspezifischen Unterschiede in der Gesundheit siehe Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG, Bundesamt für Gesundheit BAG (1997) und Camenzind P., Meier C. (2004).

312.3 Bedürfnislagen

Gesundheitliche Beschwerden und Multimorbidität

Trotz der oben genannten Verbesserungen nimmt die Häufigkeit chronischer Erkrankungen, Behinderungen und degenerativer Krankheiten, die oft sogar gleichzeitig auftreten, mit fortschreitendem Alter zu¹⁹. Diese Beschwerden, insbesondere bei Multimorbidität (mehrere Krankheiten gleichzeitig) schränken die Autonomie der älteren Personen ein und steigern ihre Abhängigkeit von Langzeitpflege. Die Anzahl abhängiger älterer Menschen wird auf 115 000 bis 135 000 geschätzt (2005)²⁰. In den nächsten Jahren dürfte sich der Anteil der betroffenen Personen deutlich erhöhen, wie stark genau ist allerdings ungewiss. Hier liegt die grösste Herausforderung im Bereich (hohes) Alter und Gesundheit. Auf folgende Aspekte wird im Folgenden näher eingegangen:

Demenz und kognitive Störungen. Von den 83 000 Demenzkranken über 65 Jahren sind fast zwei Drittel 80-jährig und älter²¹. Da mehr Frauen als Männer ein hohes Alter erreichen, ist die Mehrheit dementer Menschen weiblichen Geschlechts. Die Feststellung, dass kognitive Defizite bei Menschen mit tieferem Bildungsniveau rascher auftreten und bei Frauen häufiger sind, deutet darauf hin, dass das Risiko hirnorganischer Störungen nicht geschlechtsspezifisch variiert, sondern von den früheren Lebensbedingungen und genetischen Faktoren bestimmt wird. Den heutigen Rentnerinnen und Rentnern geht es psychisch deutlich besser als früheren Rentnergenerationen. Mit der Verbesserung des allgemeinen Bildungsniveaus und dem lebenslangen Lernen sollten die organisch bedingten kognitiven Schwierigkeiten in Zukunft länger kompensiert werden können. Kurz- oder mittelfristig ist es durchaus wahrscheinlich, dass die verbesserten Präventionsmassnahmen und Behandlungsmethoden das Risiko einer Demenzerkrankung senken. Lineare Projektionen sind höchstens bis 2020 aussagekräftig (114 000-117 000 Demenzkranke).

Pflegebedürftigkeit. Eine Person ist dann pflege- oder hilfsbedürftig, wenn sie unfähig ist, die alltäglichen Lebensverrichtungen auszuführen. Zwischen 9,8% -11,4% der 65-jährigen und älteren Menschen sind pflegebedürftig und werden entweder zu Hause oder im Pflegeheim betreut. Bis zum Alter von 79 Jahren sind weniger als 10% pflegebedürftig. Im Alter von 80-84 Jahren sind es schon gut ein Fünftel, und von den 85-Jährigen ist gut ein Drittel von Hilfe und Pflege abhängig²².

Nach der linearen Fortschreibung der Abhängigkeitsquote (Basis: 2000) müsste die Anzahl Pflegebedürftiger bis 2020 um einen Drittel ansteigen (von 32% auf 36%). Modellrechnungen zeigen jedoch, dass schon ein mässiger, durch Prävention und Rehabilitation erzielter Rückgang der Pflegebedürftigkeit den demografischen Effekt wirksam abschwächen kann (Erhöhung um einen Fünftel statt einem Drittel). Der künftige Pflegebedarf wird also vermutlich geringer ausfallen als das die linearen Projektionen erwarten lassen²³.

313 Gesundheitspolitische Herausforderungen

313.1 Gesundheitssystem: Institutioneller Rahmen

Aufgrund des Föderalismus und des Subsidiaritätsprinzips fällt die Organisation der stationären und ambulanten Pflege und Betreuung für die gesamte Bevölkerung in den Kompetenzbereich der Kantone, eventuell der Gemeinden und Bezirke. Sie bestimmen die Bedürfnisse der älteren Personen im Bereich der Gesundheitsförderung, der Prävention, der medizinischen Betreuung, der Palliativpflege und der Langzeitpflege und sorgen im Rahmen ihrer Gesundheitsplanung in ihrem Zuständigkeitsgebiet für eine ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung. Im Weiteren sind sie für die Koordination des medizinischen Grundangebots auf kantonaler, regionaler und schweizerischer Ebene zuständig, wobei die interkantonale Zusammenarbeit im Ermessen der Kantone liegt.

Die Kantone sind gehalten, unter den kantonalen Gesundheitsausgaben die benötigten Beträge zur Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen zu budgetieren. Sie sind zudem weitgehend für die Qualitätskontrolle der ambulanten und stationären Pflege und für die Überprüfung der ordnungsgemässen

¹⁹ Am häufigsten handelt es sich um folgende gesundheitliche Probleme: Folgen von sturzbedingten Verletzungen und Frakturen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (wie Arthritis und Osteoporose), psychische Erkrankungen (insbesondere Demenz und Depression), Blindheit und Sehbehinderungen.

²⁰ Höpflinger F. (2005), S. 260.

²¹ Höpflinger F., Hugentobler V. (2003), S. 67.

²² Höpflinger F., Hugentobler V. (2003), S. 41 ff.

²³ Höpflinger F., Hugentobler V. (2003), S. 50.

Durchführung und des ordentlichen Funktionierens der Pflegeheime zuständig. Ferner überwachen die Kantone den Vollzug der Bundesgesetze und stellen sicher, dass es bei der Sterbehilfe zu keinen Zuwiderhandlungen kommt.

In der geltenden bundesstaatlichen Kompetenzordnung obliegt die Zuständigkeit für das medizinische Grundangebot den Kantonen (Gesundheitsgesetzgebung). Die Regelung der Finanzierung dieses Angebots findet sich im Krankenversicherungsgesetz des Bundes (Grundlage für die obligatorische Krankenpflegeversicherung).

Der nichtstaatliche Sektor spielt im Gesundheitssystem eine wesentliche Rolle. Non-Profit-Organisationen - zu erwähnen sind hier vor allem die Pro Senectute und das Schweizerische Rote Kreuz – bieten Dienstleistungen für ältere Menschen an. Im privaten Sektor existiert eine Vielzahl privat geführter Alters- und Pflegeheime sowie privater Spitex-Organisationen mit einem differenzierten Angebot, die die öffentlichen Einrichtungen ergänzen.

Für ältere Personen und ihre Angehörigen ist es oftmals schwierig, einen Überblick über die Möglichkeiten und Angebote zu erhalten. Bei spezifischen Bedürfnissen (z.B. im Falle von Demenz), welche lokal nicht abgedeckt werden können, verschärft sich das Problem zusätzlich, weil die Angebote in anderen Gemeinden häufig nicht bekannt sind.

Handlungsoption

A1	<p>Zugang zu Informationen über das Dienstleistungsangebot Die betroffenen Personen sollen sich einen Überblick über das Angebot und die Möglichkeiten verschaffen können.</p> <p>→ Wo dies noch nicht der Fall ist, sollten die Gemeinden dafür sorgen, das öffentliche und private Angebot in der Gemeinde, der nahen und weiten Region bekannt zu machen. Sie stellen sicher, dass Betroffene diesbezüglich eine fachliche Beratung in Anspruch nehmen können²⁴.</p>	c
-----------	---	----------

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

313.2 Partizipation und Autonomie fördern: Gesundheitsförderung und Prävention

Unter Gesundheitsförderung fällt alles, was es Menschen ermöglicht, eigenverantwortlich für die Wahrung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu sorgen (Salutogenese²⁵). Unter Prävention versteht man sowohl die primäre Vorbeugung (gesund bleiben durch Schwächung von Risikofaktoren, z.B. durch genügend Bewegung) wie auch die sekundäre Vorbeugung (frühzeitiges Erkennen chronischer Krankheiten und Reduktion bekannter Risikofaktoren, z.B. durch Behandlung von Bluthochdruck), und schliesslich die tertiäre Vorbeugung, also die angemessene klinische Behandlung und Rehabilitation zur Reduktion der Chronifizierung und Verhinderung von Langzeitfolgen (z.B. Behinderung). Auf die gesamte Lebensspanne und auch im hohen Alter angewandt, tragen alle diese Massnahmen zu einer Verringerung des Behinderungsrisikos bei.

Obwohl der Bedarf anerkannt ist, fehlt es auf Bundesebene bislang an einer Politik der Gesundheitsförderung im Alter und der Prävention von altersspezifischen Krankheiten (mit Ausnahme der Grippe bei über 65-Jährigen) und funktionellen Behinderungen. Im Juni 2006 publizierte die vom EDI eingesetzte Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» Empfehlungen für eine umfassende Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung.²⁶ Der Bundesrat wird im September 2007 einen Grundsatzentscheid über das weitere Vorgehen fällen.

Mehr Lebensqualität - weniger Gesundheits- und Pflegekosten soll das Leitmotiv einer gezielten nationalen Präventionsstrategie, eines Aktionsplanes für die Förderung der Gesundheit und der Autonomie im Alter sein. Dazu lädt die Motion Heim den Bundesrat ein, eine nationale Präventionsstrategie im Sinne der primären und sekundären Prävention zur Förderung der Gesundheit und der Autonomie im Alter zu initiieren und die dafür notwendigen rechtlichen Grundlagen zu schaffen (05.3436, 17. Juni 2005). Die Motion wurde im Juni 2006 überwiesen. Da der Bund keine zusätzlichen Mittel für die Entwicklung neuer Präventionsmassnahmen zur Verfügung stellen kann, muss die Motion im Rahmen

²⁴ Vgl. auch Bachmann R., Müller F., Balthasar A. (2005).

²⁵ Die Salutogenese versteht Gesundheit als Prozess, nicht als Zustand und interessiert sich für die Faktoren, die den Menschen gesund erhalten.

²⁶ Fachkommission Prävention + Gesundheitsförderung (2006); s.unter www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/01823/index.html?lang=de.

der verfügbaren Mittel umgesetzt werden und sich auf die Fortsetzung und die Koordination laufender Projekte konzentrieren.

Obwohl eine umfassende Bundespolitik fehlt, werden dennoch Projekte mit Blick auf die Vorbeugung initiiert. Die meisten sind allerdings auf Nichtregierungsorganisationen und Private (Pro Senectute, Altersorganisationen) zurückzuführen.

Ansätze: Bereits seit 1999 gibt es in der Schweiz Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung der Bundesämter für Sport und für Gesundheit²⁷. Im Rahmen der sogenannten Basis- oder Mindestempfehlungen wird – in Übereinstimmung mit internationalen Empfehlungen – Frauen und Männern jeden Alters geraten, sich täglich mindestens eine halbe Stunde zu bewegen. Inzwischen arbeiten 100 Organisationen im Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz in diesem Sinn bereits zusammen. Der Seniorensport entwickelte mit dem Bundesamt für Sport spezifische Angebote, die über Pro Senectute und andere Organisationen angeboten werden. Sie erreichen gemäss aktuellen Schätzungen 125 000 bis 315 000 Personen pro Jahr. Erste Evaluationsergebnisse weisen darauf hin, dass die Angebote sehr geschätzt werden, aber vorwiegend körperlich bereits sehr Aktive erreichen.

Der strategische Schwerpunkt „Psychische Gesundheit – Stress“ der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wird auch in Zukunft auf ältere Menschen fokussieren (Problematik der Altersdepressionen).

Es ist erwiesen, dass präventive Hausbesuche die Pflegebedürftigkeit wesentlich reduzieren. Es existieren mehrere kantonale Programme für präventive Hausbesuche und Gesundheitsbeurteilung (multi-dimensionales geriatrisches Assessment, Projekt EIGER; Health Risk Appraisal, Projekt SOPRA).

Im Übrigen boomt der Wellness- und Anti-Aging-Markt. Zur Begleitung einer Studie über die Perspektiven und die Grenzen der Anti-Aging-Medizin wurde auf Bundesebene eine Arbeitsgruppe zusammengestellt²⁸.

Handlungsoption

A2	<p>Ausbau der Förderung der Gesundheit und der Stärkung der Autonomie im Alter</p> <p>Ziele und Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter müssen in Anlehnung an die Leitgedanken der Motion Heim und unter Berücksichtigung der verfügbaren Mittel inhaltlich bestimmt werden. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter richten sich an alle, sollten aber zielgruppenspezifische Anliegen aufnehmen, insbesondere diejenigen von sozial benachteiligten oder schwer erreichbaren Gruppen wie ältere Migrantinnen und Migranten oder Menschen, die in Armut leben.</p> <p>→ Erarbeitung einer Nationalen Strategie zur Förderung der Gesundheit und Stärkung der Autonomie im Alter im Rahmen der vorhandenen Ressourcen und in Zusammenarbeit mit den Kantonen, wobei der Bund eine Koordinationsfunktion übernimmt.</p> <p>→ Besserer Einbezug der grösseren Migrationsgemeinschaften in bestehende Programme für Seniorinnen und Senioren (Beispiel Italienerinnen und Italiener und Spanier und Spanierinnen).</p>	<p>a b c d</p>
-----------	--	----------------------------

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

313.3 Verlust der Selbstständigkeit: Langzeitpflege

Leistungsangebot

Das Angebot für ältere pflegebedürftige Personen besteht einerseits aus der institutionellen Betreuung in einer Pflegeeinrichtung (Alters- und Pflegeheime), andererseits aus ambulanter (insbesondere Spitex-Dienste) und halbambulanter Pflege (Tagesheime). Die Leistungen umfassen die medizinische Grundversorgung sowie hauswirtschaftliche Hilfe, Pflege und Betreuung. Ein Grossteil davon wird von informellen Netzwerken (Familie, Nachbarschaftshilfe usw.) erbracht, der Rest von Fachleuten.

Informelle Pflege zu Hause. Gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2004 pflegen 3,3% der 65- bis 79-Jährigen andere im gleichen Haushalt lebende Erwachsene. Meist handelt es sich dabei um den Ehemann oder die Ehefrau, manchmal auch um pflegebedürftige erwachsene Kinder. Da die Lebenserwartung behinderter Menschen wächst, kann es vorkommen, dass sich Eltern im fortgeschrittenen Alter noch um ihren behinderten Sohn oder ihre behinderte Tochter reifen Alters kümmern müssen. Ältere Personen, mehrheitlich Frauen (80%), betreuen auch Angehörige, die nicht im gleichen Haushalt leben. Sie investieren durchschnittlich neun Stunden pro Woche in die Pflege

²⁷ Martin B.W. et al. (2000).

²⁸ „Anti-Aging? Better Aging! Bringt uns die Medizin ein „besseres Altern“? Studie des Zentrums für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW und der Förderagentur für Innovation KTI/CTI.

und Betreuung von Haushaltsmitgliedern und sechs Stunden pro Woche für ausserhalb des eigenen Haushalts geleistete Pflege und Betreuung. Im Alter von 80 Jahren und mehr erbringt nur noch ein kleiner Teil Pflegeaufgaben, wendet dafür aber mehr Zeit auf. Zuweilen nimmt die pflegeleistende Person selbst auch Pflegeleistungen in Anspruch.

Es wäre falsch, davon auszugehen, dass die Hilfs- und Pflegebereitschaft über die Generationen hinweg generell schwächer wird. Kurz- und mittelfristig erhöht sich das partnerschaftliche und familiäre Hilfs- und Pflegepotenzial eher, weil mehr hochbetagte Menschen Partner und Nachkommen haben als in früheren Geburtsjahrgängen. Der veränderte Lebensstil (Mobilität, Distanz, instabile Paare und Familien, Einpersonenhaushalte), die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen und die Kinderlosigkeit jeder fünften Frau zwischen 30 und 40 werden sich unweigerlich auf die familialen Hilfsleistungen auswirken. Diese werden bei steigenden Bedürfnissen abnehmen²⁹.

Die Pflege von Angehörigen kann – mit zunehmendem Pflegebedarf – eine grosse Belastung darstellen, welche schlussendlich zu einer Erschöpfung und im Extremfall zur Pflegebedürftigkeit der pflegenden Person selbst führen kann³⁰. Die Unterstützung und Entlastung von Laienpflegenden stellt deshalb eine wichtige Massnahme dar.

Handlungsoption

A3	<p>Unterstützung von Pflegeverantwortlichen auf informeller Basis Unterstützung der Pflegeverantwortlichen, meist ältere Frauen, durch Entlastungsdienste, Ausbildung und Spitex-Dienste.</p> <p>➔ Bewährte Angebote von Pro Senectute, dem Schweizerischen Roten Kreuz und Spitex-Organisationen wie u.a. Entlastungs-, Besuchs- und Fahrdienste weiter ausbauen sowie die Ausbildung und Begleitung von Freiwilligen fördern.</p>	a b c d
-----------	---	--

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

Formelle Spitex- und Heimpflege. Die formelle, von Fachleuten erbrachte ambulante, stationäre oder Spitex-Pflege ist in mehrerer Hinsicht mangelhaft. Den Pflegeberufen, die vorwiegend von Frauen (90%) ausgeübt werden, fehlt es an Anerkennung. Die Löhne sind verhältnismässig tief. Relativ viele Stellen werden auf Teilzeitbasis ausgeübt. In kleinen Einrichtungen ist der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal besonders markant. Schliesslich wird aufgrund der Finanzlage der öffentlichen Hand Druck auf die Personalkosten ausgeübt. In Verbindung mit den allgemeinen Arbeitsbedingungen können diese Faktoren demotivierend wirken und zu einem Mangel an (qualifiziertem) Personal führen, während der Bedarf tendenziell steigt.

Bezüglich des Spitex-Angebots sind je nach lokalen Bedürfnissen regionale Unterschiede festzustellen. Einige Kantone setzen auf den Ausbau von Spitex-Diensten, sind dafür beim Bau von neuen Alters- und Pflegeheimen eher zurückhaltend³¹. So ist der Heimbewohneranteil im hohen Alter in der Zentralschweiz und der Nordostschweiz deutlich höher als in den Westschweizer Kantonen³². Mit der NFA-Lösung (Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen) werden sich auch die Zuständigkeiten in diesem Bereich ändern.

NFA Die zurzeit von der AHV gewährten Beiträge (gemäss Art. 101bis AHVG) an gemeinnützige private Institutionen, die Spitex-Dienste für ältere Menschen anbieten, werden neu von den Kantonen getragen. Nur gemeinnützige private Institutionen, die als solche anerkannt wurden und auf gesamtschweizerischer Ebene tätig sind (Dachorganisationen), werden für folgende Aufgaben weiterhin von der AHV finanziert: Koordination und Aus- oder Weiterbildung von Aushilfspersonal oder Freiwilligen. Die von den NGO angebotenen Entlastungsdienste, welche bezahlt werden, müssten ebenfalls von den Kantonen subventioniert werden.

Allerdings könnte es in Zukunft im Angebotsumfang noch stärkere lokale Unterschiede geben. Gerade die Versorgung mit Tagesstrukturen und Entlastungsdiensten, die speziell bei demenziellen Erkrankungen äusserst wichtig für die Entlastung betreuender Angehöriger sind, ist schon heute sehr unterschiedlich³³. Dort, wo es solche Angebote gibt, sind sie häufig nicht koordiniert. Die Patientenbetreuung leidet unter dem fehlenden Zusammenwirken von Akut- und Langzeitpflege.

²⁹ Höpflinger F, Hugentobler V. (2005); Fux B. et al. (2006); Bundesamt für Statistik BFS (2005b); Schön-Bühlmann (2005).

³⁰ Vgl. Studien Prey H. et al. (2004) und Wettstein A. et al. (2005) im Rahmen des NFP 45.

³¹ Guillely E. (2005), S. 117 ff.; CURAVIVA (2005).

³² Sauvain-Dugerdil C. (2006), S. 42.

³³ Schweizerische Alzheimervereinigung / Pro Senectute Schweiz (2002).

Pflegebedürftige Betagte und ihre Angehörigen sehen sich oft konfrontiert mit komplexen Fragen der Organisation und Koordination der verschiedenen notwendigen Hilfen und Unterstützungsdienste. In diesen Situationen kann Case Management (Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung), basierend einerseits auf einem geriatrischen Assessment, andererseits auf genauer Kenntnis der lokalen Strukturen und Angebote, viel zur Optimierung der Betreuung in qualitativer und ökonomischer Hinsicht beitragen³⁴.

Bei älteren Personen ausländischer Herkunft können sprachliche und kulturelle Barrieren den Zugang zum Pflegeangebot oder das Verhältnis zur betreuenden Person erschweren. Die Notwendigkeit einer Sensibilisierung für die spezifischen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe hat sich schon vor mehreren Jahren gezeigt.

Beispiel Sensibilisierungskampagne des Projekts „Migration & Alter“ mittels eines Migrationsbusses³⁵. Das Projekt steht unter der Leitung von CURAVIVA und wird unterstützt von der AHV und vom BFM. Es wird 2007 fortgesetzt.

Das Bundesamt für Gesundheit hat sich den besonderen Problemen der Migrantinnen und Migranten angenommen und die Strategie „Migration und Gesundheit 2002-2006“ ausgearbeitet. Ziel der Strategie ist die Sicherstellung der Chancengleichheit im schweizerischen Gesundheitssystem. Eine zweite Phase ist für 2008-2013 geplant³⁶.

Handlungsoptionen

A4	Integrierte Planung von Gesundheitsdiensten Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Angeboten für ambulante und stationäre Akutpflege und für Langzeitpflege. → Kompetenzbereich der Kantone	b
A5	Ausbau des Case Management Ein Case Management zur Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung von älteren Menschen kann das Risiko von Heimeinweisungen reduzieren. → Auf Bundesebene: Unterstützung der Forschung über Case Management und Ausarbeitung von Case-Management-Modellen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitspartnern (einschliesslich Vertreter der älteren Menschen).	a b c d

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

Spannungsfeld Finanzierung

Ausgangslage. Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, 832.10) am 1. Januar 1996 hat der Bereich der Pflege wichtige Erweiterungen erfahren: Zum einen wurden die Pflegeheime und die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) als Leistungserbringer anerkannt, zum anderen wurde der Leistungskatalog der spitalexternen Pflegeleistungen³⁷ ausgedehnt. Der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung im Pflegebereich hat sich vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG bis 1999 nahezu verdoppelt, danach ist er stabil geblieben. Zurückgegangen ist der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte. Die heutige Aufteilung der Gesamtkosten³⁸ im Pflegebereich (Pflegeheime und Spitex) sieht wie folgt aus:

³⁴ Nagel Dettling M. (2006).

³⁵ www.seniorennetz.ch/migrationsbus.cfm; Steiner B. (2006) Wo der Bus halt macht, kommen die Leute ins Erzählen. Positive Zwischenbilanz für das Projekt „Migration & Alter“, in: CURAVIVA. Mai 2006, S. 38 - 41.

³⁶ Bundesamt für Gesundheit BAG (2002).

³⁷ Die obligatorische Krankenpflege (OKP) vergütet die Kosten für Pflegemassnahmen, nicht aber die Kosten für Hotellerie und Betreuung im Pflegeheim resp. für die Hilfe im Haushalt.

³⁸ Zu den Gesamtkosten zählen hier neben den Pflegekosten zu Hause und im Pflegeheim auch die Kosten für Pension und Betreuung im Pflegeheim.

Tabelle 2. Finanzierungsanteile Gesamtkosten Pflegebereich (Heime und Spitex) in Prozent

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Anteil OKP (Netto*)	10,5	10,6	17,6	19,8	20,6	20,5	20,0	20,6	21,2	22,2
Andere Soz.-vers.	2,5	2,5	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
Kantone/Gemeinden	13,2	13,3	10,8	10,2	10,0	9,1	12,6	13,5	13,5	13,9
Haushalte**	71,8	71,6	66,7	65,4	64,9	65,8	62,4	60,9	60,3	59,1
Übrige priv. Finanz.	2,0	2,0	1,9	1,7	1,7	1,8	2,4	2,3	2,4	2,2
Pflegekosten insgesamt in Mio. Franken	4'909,2	5'201,6	5'361,7	5'644,6	5'783,6	6'084,1	6'514,7	6'948,9	7'230,6	7'437,3

* Die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und Franchise) in der obligatorischen Krankenpflege (OKP) ist in diesem Wert nicht enthalten. In dieser Aufstellung ist die Kostenbeteiligung OKP konsequenterweise Bestandteil der Finanzierungsquelle Haushalte.

** Die Finanzierungsquelle Haushalte enthält die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt, Franchise) gemäss KVG; sie enthält auch die Leistungen der AHV, IV und EL.

Quelle: Bundesamt für Statistik BFS, Auswertung der in „Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens“ erfassten Daten.

Der Bericht des Bundesamtes für Sozialversicherungen „Pflegefiananzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung“³⁹ vom Oktober 2003 zeigt auf, wie stark die von der Krankenversicherung finanzierten Pflegekosten bis in die Jahre 2020 und 2040 zunehmen werden. Bis 2020 wird mit einer Zunahme um 83% und bis 2040 um 208 % gerechnet, wobei in der Berechnung sowohl die demografische Entwicklung als auch der nicht demografiebedingte Kostenzuwachs berücksichtigt sind. Der nur demografiebedingte Anteil an der Pflegekostenentwicklung beträgt schätzungsweise etwas mehr als ein Drittel. Verglichen mit dem Wachstum der Gesamtkosten der OKP fällt das Wachstum der Pflegekosten der OKP deutlich höher aus, weshalb unter der bestehenden Finanzierungsregelung auch künftig eine deutliche Verschiebung zulasten der Krankenversicherung zu erwarten ist.

Im Falle der Pflegebedürftigkeit übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten für die Pflege, unabhängig von der Art (Grund-, Behandlungspflege, Pflege in der akuten oder chronischen Situation) und vom Ort der Pflege (im Heim, zu Hause oder in einer Institution). Den Versicherten dürfen über die Kostenbeteiligung hinaus grundsätzlich keine Pflegekosten verrechnet werden (Tarifschutz). Die OKP übernimmt hingegen keine Kosten der Hilfe im Haushalt, der Entlastungsdienste oder auch keine Beherbergungskosten im Pflegeheim oder bei kurzen Aufenthalten z.B. in sog. Ferien- oder Entlastungsbetten. Diese von der OKP nicht gedeckten Kosten bei Pflegebedürftigkeit müssen von den pflegebedürftigen Personen selber finanziert werden, mit Entlastung bei schwerer Pflegebedürftigkeit durch die Hilflosenentschädigung (HE) und bei bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch die Ergänzungsleistungen (EL).

Die Tarife für die Pflegeleistungen sind nach Ansicht der Heime z.T. nicht kostendeckend. Da die Pflegeheime aber keine entsprechende Kostentransparenz nachweisen konnten⁴⁰, und auch für die Spitex Kostengrundlagen für die Vereinbarung von kostendeckenden Tarifen bestehen müssen, wurden auf Verordnungsstufe⁴¹ Rahmentarife für die Pflegeleistungen der Heime und der Spitex festgelegt, die überdies im Hinblick auf die Neuordnung der Pflegefinanzierung eingefroren wurden.

Revisionsentwurf. Angesichts der mittel- und längerfristigen Kostenprognosen im Pflegebereich hat der Bundesrat im Rahmen der Reform des KVG entschieden, auch die Pflegefinanzierung neu zu regeln. Mit der Botschaft vom 16. Februar 2005⁴² zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung hat er ein neues Modell für die Finanzierung der Pflegeleistungen durch die obligatori-

³⁹ Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Netzwerk Ökonomie (2003).

⁴⁰ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; **832.104**).

⁴¹ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; **832.112.31**).

⁴² Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, BBI **2005** 2033.

sche Krankenversicherung (OKP) vorgelegt. Hauptziel der Reform ist die Stabilisierung des Wachstums der Pflegekosten in der OKP. Bis Ende Juni 2007 haben National- und Ständerat die Vorlage je einmal beraten und sich grundsätzlich dafür ausgesprochen, dass die OKP künftig einen Beitrag an die Pflegekosten entrichtet, welche im Pflegeheim und durch Spitex-Organisationen entstehen. Dieser Beitrag soll vom Bundesrat schweizweit einheitlich festgesetzt und nach Pflegebedarf abgestuft werden. Differenzen bestehen noch darüber, ob die Kantone zur Übernahme von Pflegekosten verpflichtet werden sollen und ob die Belastung der pflegebedürftigen Personen begrenzt, d.h. auf einen bestimmten Anteil der nicht von der OKP übernommenen Pflegekosten beschränkt werden soll. Der Prozess der Differenzbereinigung ist im Gang.

Auf der Linie einer (teilweisen) subsidiären Deckung der Pflegekosten liegt auch eine Motion der Freisinnig-demokratischen Fraktion⁴³, welche den Bundesrat beauftragt, die Errichtung einer „Säule 3c“ zur freiwilligen und steuerbegünstigten Generierung eines Guthabens für die Finanzierung der individuellen (Langzeit-) Pflege im Alter zu prüfen und dem Parlament einen Vorschlag zur Umsetzung zu unterbreiten. Der Bundesrat hat sich am 6. September 2006 zur Annahme der Motion bereit erklärt. Damit würde ein Anreiz geschaffen, individuell für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorzusorgen.

Laufende Aktivitäten

A6	Regelung der Pflegefinanzierung im KVG → Neuordnung der Pflegefinanzierung in parlamentarischer Beratung	a
A7	Prüfung der Errichtung einer Säule 3c Im Bereich der Finanzierung der Pflege im Alter ist eine Motion der Freisinnig-demokratischen Fraktion hängig. Mit der Motion wird der Bundesrat beauftragt, die Errichtung einer „Säule 3c“ zur freiwilligen und steuerbegünstigten Generierung eines Guthabens für die Finanzierung der individuellen (Langzeit-) Pflege im Alter zu prüfen und dem Parlament einen Vorschlag zur Umsetzung zu unterbreiten. Der Bundesrat hat sich am 6. September 2006 zur Annahme der Motion bereit erklärt. → Fortsetzung der im Zusammenhang mit der Motion aufgenommenen Arbeiten	a

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

313.4 Würdiger Tod: Palliativpflege und Sterbehilfe

Palliativpflege und Sterbehilfe sind Themen, die über die Altersfragen im engeren Sinne hinausgehen. Diese gegenwärtig häufig diskutierten Themen werden im Folgenden zusammen behandelt, obwohl sie unterschiedliche Fragestellungen darstellen.

Palliativpflege

Palliativmedizin und -pflege haben einen bereichsübergreifenden Ansatz. Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung umfasst alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer progredienten, unheilbaren Erkrankung leiden. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität der oder des Kranken und der Angehörigen zu sichern.

Im Auftrag der Schweizerischen Krebsliga und der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) wurde im November 2000 eine Bestandesaufnahme der Palliativpflege erstellt⁴⁴. Sie ergab im Wesentlichen, dass der Zugang zu palliativen Leistungen nicht in der ganzen Schweiz gewährleistet ist. Das Angebot ist stark auf urbane Städte konzentriert und richtet sich vor allem an Krebskranke. Patientinnen und Patienten mit anderen Erkrankungen, Kinder und ältere Menschen können nicht genügend von den palliativen Leistungen profitieren. Bis anhin bestehen in der Schweiz nur wenige Ausbildungsmöglichkeiten und eine anerkannte Qualitätskontrolle ist erst im Entstehen.

Das KVG, welches den Begriff der Palliativpflege zwar nicht kennt, übernimmt die Kosten dieser Leistungen im gleichen Umfang wie andere Pflegeleistungen. Im Spital können medizinisch indizierte palliative Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht werden. Die Vergütung in der OKP erfolgt mittels einer Pauschale (Tages- oder Fallpauschale). Bei der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheimbereich sind die Pflegeleistungen im Leistungskatalog der Krankenpflege-

⁴³ Motion 06.3271 der Freisinnig-demokratischen Fraktion „Säule 3c für die Finanzierung der Pflege im Alter“ vom 15.06.06 (siehe auch die am gleichen Tag eingereichte Motion 06.3274 zum gleichen Thema).

⁴⁴ Schweizerische Krebsliga, Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2000).

Leistungsverordnung (Art. 7 Abs. 2 KLV) festgehalten, worunter auch die palliativen Pflegeleistungen zu subsumieren sind. Die Leistungen werden von der OKP übernommen, sofern sie von KVG- anerkannten Leistungserbringern erbracht und auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin vorgenommen werden. Nicht vergütet werden hingegen hauswirtschaftliche Leistungen, soziale bzw. psychosoziale Betreuungsleistungen sowie die seelsorgerische Betreuung.

Die geplante Neuregelung der Spitalfinanzierung, insbesondere die vorgesehene leistungsorientierte Finanzierung, welche fallbezogene Pauschaltarife (DRG-System) mit sich bringen wird, dürfte keine nennenswerten spezifischen Auswirkungen auf die Erbringung und Finanzierung palliativer Leistungen im Spital haben⁴⁵. Bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung gemäss Vorschlag des Bundesrates ist mit keiner Benachteiligung der Palliative Care in Bezug auf die Kostenübernahme durch die OKP zu rechnen. Bei der Umsetzung der Neuregelung der Pflegefinanzierung auf Verordnungsebene⁴⁶ müssen die heutigen Definitionen der Pflegeleistungen überprüft und allenfalls präzisiert werden. Dabei werden auch die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen in besonderen Situationen (wie z.B. die Palliativpflege oder die Pflege bei demenziellen Krankheiten) zu beachten sein.

Sterbehilfe

Es werden verschiedene Formen der Sterbehilfe unterschieden, jede untersteht eigenen gesetzlichen Regelungen: Die direkte aktive Sterbehilfe ist in der Schweiz verboten (Art. 114 StGB) – gilt doch ein uneingeschränktes Tötungsverbot; die passive Sterbehilfe und indirekt aktive Sterbehilfe sind rechtlich nicht geregelt und unter gewissen Umständen zulässig; die Beihilfe zum Suizid ist nicht strafbar. Das Bundesgericht hat in einem kürzlich ergangenen Urteil (BGE 133 I 58) präzisiert, dass der Staat zwar das Recht auf den eigenen Tod zu respektieren hat, dass er aber nicht verpflichtet ist, einer sterbewilligen Person beim Suizid – etwa durch Abgabe von tödlichen Medikamenten ohne ärztliche Verschreibung – zu helfen. Die Schweiz kennt demnach in Bezug auf die Beihilfe zum Suizid eine relativ liberale Regelung. So kann ein Arzt oder eine Ärztin durchaus ein Rezept für den Bezug von tödlichen Substanzen für den Freitod ausstellen, solange bei der Untersuchung, Diagnose und Abgabe die ärztlichen Sorgfaltspflichten eingehalten werden. Im Rahmen der Interessenabwägung zwischen dem Schutz des Lebens und dem Selbstbestimmungsrecht des oder der Betroffenen steht es dem Staat aber verfassungs- und konventionsrechtlich frei, gewisse Voraussetzungen zu formulieren und in diesem Zusammenhang etwa an der Rezeptpflicht für tödliche Substanzen festzuhalten.

Die Sterbehilfe und die Stärkung der Palliativmedizin als Alternative werden auf Bundesebene seit einigen Jahren regelmässig diskutiert⁴⁷. Der Bericht des EJPD „Sterbehilfe und Palliativmedizin - Handlungsbedarf für den Bund“ sieht keinen Handlungsbedarf in Bezug auf eine rechtliche Regelung der indirekten aktiven und der passiven Sterbehilfe – das Ständesrecht (Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW) werde den vielfältigen und komplexen Fallkonstellationen besser gerecht⁴⁸. Hingegen sollen die Kantone ihre Angebote im Bereich Palliative Care ausbauen und auch der Bund habe Palliative Care nach Massgabe seiner Kompetenzen (Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe, Sicherstellung der Finanzierung über das KVG, Forschung etc.) zu stärken. Auf den Erlass eines Aufsichtsgesetzes über die Sterbehilfeorganisationen wird verzichtet. Die Aufsicht über Organisationen der Sterbehilfe und die Ahndung von Missbrauch fällt in die Zuständigkeit der Kantone.

⁴⁵ Vgl. Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, BBl **2005** 2033 und Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), BBl **2004** 5551.

⁴⁶ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; **832.112.31**)

⁴⁷ Motion Menétrey-Savary 03.3405 „Problematik der Suizidbeihilfe als Unterrichtsfach an medizinischen Fakultäten“ vom 20. Juni 2003; Motion Baumann J. Alexander 02.3623 „Abschaffung des ‚Sterbetourismus‘ in der Schweiz“ vom 04.10.2002; Motion Zäch 01.3523 „Sterbehilfe. Gesetzeslücke schliessen statt Tötung erlauben“ vom 3. Oktober 2001; Interpellation Bortoluzzi 00.3668 „Stärkung der Palliativmedizin“ vom 13. Dezember 2000. Parlamentarische Initiative Cavalli 00.441 „Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe. Neuregelung“; Motion Rossini 00.3342 „Finanzierung der Palliativbehandlung“ vom 22. Juni 2000; Interpellation Gross 03.3341 „Palliativmedizin. Sterbehospize“ vom 11. April 2003.

⁴⁸ Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD (2006).

Handlungsoptionen

A8	<p>Stärkung der Palliativpflege Die unumgängliche und dringliche Stärkung der Palliativpflege wird von politischen Stellungnahmen auf nationaler Ebene und von Empfehlungen durch Nichtregierungsorganisationen wie der Schweizerischen Krebsliga oder der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) unterstützt.</p> <p>→ Der Bund stärkt den Bereich Palliative Care nach Massgabe seiner Kompetenzen (Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe, Forschung etc.). Die Kantone bauen ihre Angebote im Bereich Palliative Care aus.</p>	a b
-----------	---	----------------------

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

32 Wohnsituation und Mobilität

321 Wohnsituation, Wohnumfeld- und Quartiergestaltung

<p>Leitfragen</p> <p>Selbstbestimmte Lebensführung. Welche Rahmenbedingungen bezüglich Wohnsituation und Wohnumfeld fördern autonomes Wohnen bis ins hohe Alter?</p> <p>Leistungspotenziale. Welche Leistungen und Leistungspotenziale existieren bei der älteren Bevölkerung hinsichtlich Wohnumfeld und Quartier und wie können sie genutzt werden, um ein Wohnumfeld zu schaffen, das allen Generationen gerecht wird?</p> <p>Bedürfnislagen. Wie steht es mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Wünschen bezüglich Wohnsituation, Wohnumfeld und Quartier?</p> <p>Spannungsfelder. Kosten von baulichen Auflagen und Massnahmen bei Wohnhäusern und Quartiergestaltung für Menschen mit eingeschränkter Bewegungsfreiheit.</p>
--

321.1 Umschreibung

Mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben werden die Wohnung oder das Haus, die Nachbarschaft und das Quartier wichtige Mittelpunkte des Lebens. Während ein Grossteil der älteren Bevölkerung – vor allem die jungen Rentnerinnen und Rentner – sehr mobil sein kann (Reisen, Ausflüge, Besuche etc.), nimmt die Mobilität in späteren Lebensphasen aufgrund funktionaler und gesundheitsbedingter Einschränkungen ab. Die Wohnsituation und die Gestaltung des Wohnumfelds werden deshalb in diesem Lebensabschnitt ausschlaggebende Faktoren der Lebensqualität. In der Förderung einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung kommt daher den Wohnverhältnissen und der Gestaltung des Wohnumfelds besondere Bedeutung zu. Angesichts der demografischen Entwicklung müssen sich Wohnungsbau und Raumplanung den Bedürfnissen der zukünftigen Bevölkerungsmehrheit anpassen.

Für Belange der in Pflegeheimen lebenden älteren Bevölkerung wird auf Kapitel 31 verwiesen.

Aktuelle Untersuchungen

Die Wohnsituation der in einem Privathaushalt lebenden älteren Bevölkerung war in jüngerer Zeit Gegenstand verschiedener Untersuchungen. Auf den Daten der Eidgenössischen Volkszählung 2000 beruht die Publikation „Alter und Generationen – Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren“ des Bundesamtes für Statistik (BFS)⁴⁹, die unter anderem auch auf die Wohnsituation und das nähere Wohnumfeld der älteren Menschen eingeht. In der Publikation „Wohnen 2000“ des Bundesamtes für Wohnungswesen (BWO)⁵⁰ werden aufgrund der Daten der Gebäude- und Wohnungserhebung 2000 die Wohnverhältnisse der Betagtenhaushalte mit jenen anderer Bewohnergruppen verglichen. Im Auftrag der privaten Age-Stiftung wurde im Jahre 2003 eine repräsentative Befragung von in der deutschsprachigen Schweiz wohnhaften Menschen über 60 zu den Wohnverhältnissen und Wohnwünschen durchgeführt; die dabei gewonnenen Erkenntnisse flossen in die Publikation „Traditionelles und neues

⁴⁹ Wanner Ph. et al. (2005).

⁵⁰ Bundesamt für Wohnungswesen BWO (2005).

Wohnen im Alter“ ein⁵¹. Schliesslich liefert auch das Schweizerische Haushaltspanel Angaben zur Wohnqualität und Wohnzufriedenheit sozialer Gruppen, unter anderem auch der Betagten⁵².

Zur Gestaltung von Wohnumfeld und -quartieren wurde 2003 in Basel in Zusammenarbeit mit dem Senioren-Verband Nordwestschweiz SVNW eine breit angelegte Befragung der älteren Bevölkerung durchgeführt⁵³. Einige Hinweise zu raumplanerischen Fragestellungen bietet zudem der Bericht der OECD zum Thema Altern und Verkehr, welcher politik- und forschungsorientierte Empfehlungen bezüglich der Transporterfordernisse älterer Menschen und der Sicherheit abgibt⁵⁴. Die Ergebnisse eines Forschungsprojektes aus Deutschland über die Freizeitmobilität älterer Menschen⁵⁵ besagen zudem, dass ältere Menschen ihre Freizeit insgesamt sehr kleinräumig verbringen und viele Wege zu Fuss zurücklegen. Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms „Integration und Ausschluss“ sind die Integrationspotenziale im öffentlichen Raum urbaner Wohnquartiere untersucht worden⁵⁶. Auch aus diesen Studien ergeben sich wichtige Hinweise für eine bedürfnisgerechte Gestaltung des Wohnumfeldes älterer Menschen.

Das vorliegende Kapitel stützt sich auf die Untersuchungen und die Ergebnisse dieser Studien.

321.2 Wohnsituation der älteren Bevölkerung

321.21 Ressourcen für eine autonome Lebensführung

Leben im Privathaushalt. Der Grossteil der älteren Menschen führt einen selbstständigen Haushalt in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus. Lediglich 8,5% der Personen über 65 lebten im Jahre 2000 in Alters- und Pflegeeinrichtungen oder sonstigen institutionellen Haushalten. Bis zum Alter von 80 Jahren ist das (selbstständige) Wohnen im Privathaushalt die Regel, und auch fast vier von fünf Menschen über 80 Jahre leben in einem Privathaushalt. Dabei handelt es sich fast ausschliesslich um Klein- und Kleinsthaushalte. Am häufigsten vertreten sind in der Altersgruppe über 65 Jahre die Paarhaushalte, gefolgt – und mit zunehmendem Alter häufiger – von Einpersonenhaushalten, in denen Frauen überwiegen. Die Dominanz von Klein- und Kleinsthaushalten erhöht das Risiko einer Vereinsamung älterer Menschen vor allem dann, wenn auf Grund einer unwirtlichen Wohnumgebung ein verstärkter Rückzug in die private Wohnung erfolgt. Je nach Befragung haben bis zu einem Drittel der älteren Menschen keine engen Nachbarschaftskontakte. Allerdings lassen sich anhand dieser Mittelwerte vollständig isolierte Menschen nicht von Alleinlebenden, die auf eine Unterstützung zählen können, unterscheiden.

Der älteren Bevölkerungsgruppe steht pro Kopf überdurchschnittlich viel Wohnfläche zur Verfügung. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ein Grossteil der älteren Bevölkerung nach der Familienphase nur ungern die angestammte Wohnung – oder das Quartier – verlässt, um in eine kleinere Wohnung zu ziehen.

Hohe Eigentumsquote. Die älteren Personen und Haushalte, besonders jene schweizerischer Nationalität, sind überdurchschnittlich häufig Eigentümer des Hauses oder der Wohnung, in dem oder in der sie wohnen⁵⁷. Wohneigentum bedeutet eine grössere Wohnsicherheit (im Vergleich zu weniger abgesicherten Mieterinnen und Mieter); es ist für die wirtschaftliche Situation der Rentnerhaushalte von wesentlicher Bedeutung (Kap. 34).

Günstigere Mietzinse. Ältere Menschen, die zur Miete wohnen, zahlen in der Regel günstige Mietzinse. Bei den 60- bis 74-Jährigen liegt die Miete pro Quadratmeter Wohnfläche 8% und bei den über 74-Jährigen 13% unter dem gesamtschweizerischen Mittel. Die Quadratmetermietpreise von älteren Migrantinnen und Migranten liegen dagegen nur ganz knapp unter dem gesamtschweizerischen Mittel. Gemäss aktuellem Mietrecht sind bei bestehenden Mietverhältnissen Mietzinsanpassungen nur in beschränktem Ausmass möglich, wovon ältere Menschen mit häufig schon langjährigen Mietverhältnissen besonders profitieren. Weitere Gründe für die im Durchschnitt günstigen Mietzinse der älteren Bewohnerschaft sind der hohe Anteil älterer Menschen in preisgünstigen Wohnungen gemeinnütziger Anbieter, die Inkaufnahme von älterer Wohnbausubstanz (rund jeder dritte Betagtenhaushalt befindet

⁵¹ Höpflinger F. (2004); Die Age-Stiftung beabsichtigt, die Befragung und Berichterstattung in fünf Jahren wiederum durchzuführen, um allfällige Veränderungen der Wohnverhältnisse und der Bedürfnislagen aufzuzeigen.

⁵² Brunner B. (2005).

⁵³ Schneider-Sliwa R. (2004).

⁵⁴ Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD (2002).

⁵⁵ Schreiner J. (2004).

⁵⁶ Sauter D., Hüttenmoser M. (2006).

⁵⁷ Allerdings verfügen ausländische Haushalte häufig über Wohneigentum in ihrem Herkunftsland. Detaillierte Angaben dazu liegen nicht vor.

sich in einem Gebäude, das vor 1946 erstellt wurde) und die Inanspruchnahme öffentlicher Wohnsubventionen.

Der hohe Anteil von älteren Haushalten in einem eigenen Haus oder in einer Eigentumswohnung, bei welchen häufig bestehende Hypotheken ganz oder zumindest weitgehend abbezahlt sind, sowie die im Durchschnitt günstigen Mietzinse tragen dazu bei, dass die Mehrheit der älteren Bevölkerung nicht von hohen Wohnkosten belastet ist. Dies gilt jedoch nicht für alle. So gibt z.B. gemäss Einkommens- und Verbrauchserhebung 2004 die Hälfte der allein zur Miete wohnenden Personen über 65 Jahre mehr als 36% des verfügbaren Einkommens für das Wohnen aus. Bei den Paarhaushalten werden 27% des verfügbaren Einkommens aufgewendet. Der entsprechende Medianwert für alle Miethaushalte liegt bei 24%⁵⁸.

Hohe Wohnzufriedenheit. Die ältere Bevölkerung ist mit der Wohnsituation überwiegend zufrieden oder sehr zufrieden. Gemäss Haushaltspanel weisen die Betagtenhaushalte von allen unterschiedenen Gruppen den höchsten Zufriedenheitsgrad auf. Auch laut Age Report ist die Zufriedenheit mit der Wohnsituation sehr hoch, wobei sich die Eigentümer, die Bewohnerinnen und Bewohner von grosszügigen Wohnungen und Menschen mit guter Gesundheit positiver äussern als Mieter und Mieterinnen, Personen in Kleinwohnungen oder solche mit angeschlagener Gesundheit. Die von betagten Personen geäusserten Wohnwünsche – hohe Priorität hat eine gemütliche, kostengünstige und ruhige Wohnung in der Nähe von Einkaufsmöglichkeiten und wenn möglich in der Nähe von Angehörigen – sind offenbar grösstenteils erfüllt. Hohe Wohnzufriedenheit ist jedoch kein Privileg der älteren Bevölkerung, sondern wird bei entsprechenden Befragungen auch bei anderen Gruppen regelmässig festgestellt.

321.22 Bedürfnisse

Wohnungswahl und -gestaltung in einer Lebenslaufperspektive. Die ältere Bevölkerung ist sich aber auch bewusst, dass sich die aktuelle Wohnung für das höhere Lebensalter mit einer allenfalls grösseren Beeinträchtigung der Mobilität häufig nicht eignet. Gemäss Age Report sind je nach Alterskategorie nur zwischen 15 und 20% der Befragten der Ansicht, dass sich die aktuelle Wohnung auch für ein Leben im Rollstuhl eignen würde. Besonders Türgrössen und Türschwellen, Treppen, Bad und WC sowie die Küche werden sehr häufig nicht als altersgerecht eingestuft. Ein Abbau der Hindernisse wird in der Regel vor allem präventiv nicht ins Auge gefasst, weil er einem Eingeständnis gleich käme, dass man „alt und gebrechlich“ wird. Vorerst wird gehofft, dass der gesundheitliche Zustand das Verbleiben in der Wohnung weiterhin erlaubt. Sollte er sich dennoch soweit verschlechtern, dass sich die Wohnung nicht mehr eignet, werden allenfalls Anpassungen vorgenommen. In der Regel wird jedoch ein Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim ins Auge gefasst. Gemäss Befragung hat sich ein Viertel der zu Hause lebenden 80- bis 84-Jährigen und ein Drittel der noch älteren Senioren und Seniorinnen denn auch bereits für ein Heim angemeldet.

Heime Unter der Annahme, dass auch in Zukunft rund 20% der Personen von 80 Jahren und älter in einem Alters- oder Pflegeheim wohnen werden, müsste auf Grund der erwarteten Zunahme der Hochbetagten die Zahl der entsprechenden „Wohnplätze“ bis zum Jahre 2040 von rund 55 000 im Jahre 2000 auf je nach Demografieszenario 108 000 bis 122 000 erhöht werden. Damit müssten jedes Jahr 1330 bis 1660 neue Heimplätze geschaffen werden – vier Mal mehr als in den Neunzigerjahren⁵⁹. Die vor 20 oder 30 Jahren gebauten Heime entsprechen nicht mehr in allen Belangen den heutigen Bedürfnissen (Gemeinschaftszimmer, zu kleine Zimmer usw.) und sind nur schwer anpassbar.

Es existieren mehrere Projekte für flexibles Wohnen. Die anpassungsfähigen Wohnmodelle bauen auf einem nutzungsneutralen, bedürfnisgerecht modulierbaren Raumsystem auf⁶⁰.

Neben einem altersgerechten Wohnungsangebot ist die Existenz eines verlässlichen und bezahlbaren Betreuungs- und Pflegenetzes eine weitere Voraussetzung für einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung und somit eine autonome Lebensführung.

Qualität und Sicherheit des Wohnungsumfeldes. Mängel in der Wohnsituation betreffen gemäss Urteil der älteren Bewohnerschaft nur selten die Wohnung im engeren Sinn. Häufiger werden dagegen Defizite erwähnt, welche die Wohnumgebung betreffen. Gemäss Age Report fühlt sich jeder/jede fünfte ältere Befragte durch Lärm und/oder schlechte Luftqualität beeinträchtigt, und jeder/jede sechste erlebt seine/ihre Wohngegend als unsicher.

⁵⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2007a), T 20.3.1.2.

⁵⁹ Hornung D. (2004).

⁶⁰ SozialAktuell 3/2007, S. 14-15: Projektstudie „Flexibles Wohnen im Alter“ der Hochschule Wädenswil im Altersheim Haus Tabea in Horgen.

321.3 Herausforderungen für die Wohnungspolitik

321.31 Institutioneller Rahmen

Gemäss Sozialzielen der Bundesverfassung setzen sich Bund und Kantone in Ergänzung zur persönlichen Verantwortung und privaten Initiative dafür ein, dass Wohnungssuchende für sich und ihre Familie eine angemessene Wohnung zu tragbaren Bedingungen finden können. Dieses Anliegen ist konkretisiert im Artikel zur Wohnbau- und Eigentumsförderung (Art. 108 BV), in dem die Betagten explizit als Zielgruppe dieser Bundesaufgabe genannt werden. Eine speziell an den Bedürfnissen der älteren Menschen orientierte Wohnungspolitik kennt der Bund nicht. Ergriffen wurden jedoch Massnahmen mehr punktueller Art, wobei einerseits die finanzielle Tragbarkeit und andererseits die Angemessenheit der Wohnung im Vordergrund stehen.

321.32 Förderung der finanziellen Tragbarkeit der Wohnung

Der Bund hat im Rahmen des Wohnbau- und Eigentumsförderungsgesetzes (WEG) zwischen 1975 und 2001 massgeblich mitgeholfen, dass ausreichend preisgünstiger und bedürfnisgerechter Wohnraum für die ältere Bevölkerung zur Verfügung steht und diese heute in der Regel nicht mehr von gravierenden Kostenproblemen betroffen ist. Rund die Hälfte der in diesem Zeitraum geförderten gegen 70 000 Mietwohnungen werden von älteren Menschen mit bescheidenen Einkommen bewohnt. Etwa 45% der rund 112 Millionen Franken, die im Jahre 2005 als Zusatzverbilligungen zur Senkung der Wohnkosten ausbezahlt wurden, gingen an Haushalte von Personen im Rentenalter.

Seit Oktober 2003 ist das Wohnraumförderungsgesetz (WFG) als Nachfolgegesetz des WEG in Kraft und ein entsprechender Rahmenkredit wurde verabschiedet. Als Hauptinstrument sieht das WFG zinsgünstige oder zinslose Darlehen vor. Sie sollten nicht nur für preisgünstige neue Wohnungen eingesetzt werden, sondern auch dafür, dass Gebäude und Wohnungen sozialverträglich erneuert und an die Bedürfnisse einer älteren Bewohnerschaft angepasst werden. Diese Direktdarlehen des Bundes sind im Rahmen des Entlastungsprogramms 03 (EP 03) bis Ende 2008 sistiert worden. Der Bundesrat hat am 28. Februar 2007 entschieden, diese Darlehen nicht zu aktivieren, jedoch die indirekten Bundeshilfen zu Gunsten gemeinnütziger Bauträger fortzusetzen.

Im Rahmen der Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV erfolgen Auszahlungen an Personen und Haushalte mit hoher Wohnkostenbelastung. Für das Jahr 2000 wurden die Auszahlungen der EL für die Funktion „Wohnen“ auf gegen 110 Millionen Franken geschätzt. Es ist möglich, dass aufgrund des reduzierten Bundesengagements in der Wohnraumförderung diese Leistungen künftig ansteigen werden.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass verschiedene Kantone (BS, BL, GE) und einzelne Städte und Gemeinden bedarfsabhängige Wohnkostenzuschüsse kennen, die sich jedoch nicht nur an ältere sondern generell an bedürftige Haushalte richten.

321.33 Förderung der Angemessenheit von Wohnung und Wohnumfeld

Wie die Analyse der aktuellen Wohnsituation gezeigt hat, besteht ein Bedarf, Wohnungsbestand und –umfeld an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen. Dies ist Voraussetzung für das autonome Wohnen bis ins hohe Alter. Zudem ist unerlässlich, dass das Angebot an altersspezifischen Wohnformen erweitert und differenziert wird. Auch die Bedürfnisse der Betagten unterliegen einem gesellschaftlichen Wandel, weshalb nicht von der aktuell hohen Wohnzufriedenheit der Betagten auf die Zukunft geschlossen werden sollte. So ist etwa damit zu rechnen, dass die künftige ältere Bewohnerschaft grössere Wahlmöglichkeiten haben möchte. Die Vielfalt der Wohnformen sollte sich dabei nicht nur am Grad der Hilfsbedürftigkeit bzw. am Spektrum der Betreuungs- und Serviceangebote orientieren. Immer wichtiger werden auch unterschiedliche „Wohnmilieus“, denn die künftigen Seniorinnen und Senioren werden sich viel stärker als die gegenwärtigen in ihren Lebensstilen unterscheiden. Eine grössere Vielfalt an Wohnformen erhöht auch die Chancen für eine Verbesserung des intergenerationalen Austauschs. Im Hinblick auf die Förderung angemessener Wohnungen und eines angemessenen Wohnumfelds sind seitens des Bundes verschiedene Massnahmen ergriffen worden:

- Bezüglich Wohnbauten wurde im Behindertengleichstellungsgesetzes⁶¹ aufgenommen, dass neue Wohngebäude mit mehr als acht Wohneinheiten für Menschen mit eingeschränkter Bewegungsfreiheit hindernisfrei zugänglich sein müssen. Einzelne kantonale Baugesetze kennen restriktivere Anforderungen.

⁶¹ Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG; **151.3**).

Eine Verallgemeinerung des behindertengerechten Bauens, von dem letztlich alle Bevölkerungsgruppen profitieren würden, und das deshalb besser als „menschengerechtes Bauen“ zu umschreiben wäre, ist vor dem Erlass des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) breit diskutiert, jedoch von verschiedenen Interessengruppen abgelehnt worden. Als ein Hauptargument wurden die zu erwartenden Mehrkosten angeführt. Diese belaufen sich bei Wohnbauten je nach Projektgrösse und Bausumme auf 1,5 bis 3,5%⁶². Diesen finanziellen Überlegungen müsste eine Evaluation oder Schätzung der eingesparten Kosten gegenüber gestellt werden, die beim Verbleib zu Hause gegenüber einem Heimaufenthalt zu erwarten sind.

- Wohnbauten, die im Rahmen der Wohnraumförderung des Bundes unterstützt werden, müssen die Norm SN 521500 für behinderten- und betagtegerechtes Bauen erfüllen. Damit konnte mitgeholfen werden, dass ein Grundstock an preisgünstigem und altersgerechtem Wohnraum erstellt wurde. Diese Impulse für das betagtegerechte Bauen auch ausserhalb der Förderung durch die öffentliche Hand könnten eine neue Norm auslösen, welche der SIA (Schweizerischer Ingenieur- und Architektenverein) momentan erarbeitet. Deren Forderungen entsprechen in etwa jener der genannten Norm, ihr Anwendungsbereich dürfte sich aber auf den Mietwohnungsbau beschränken. Entscheidend für allfällige Fortschritte wird sein, ob die Kantone in ihren Baugesetzen die neue SIA-Norm als verbindlich erklären werden.
- Der Bund unterstützt die Tätigkeit der Pro Senectute, die in jedem Kanton mehrere Beratungsstellen betreibt. Deren Leistungen umfassen unter anderem finanzielle Beratung, Beratungen über institutionelle Wohnangebote und solche über Wohnungsanpassungen. Auch die schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen⁶³ fördert eine konsequent behindertengerechte Bauweise⁶⁴.
- Die Wohnforschung des BWO setzt sich dafür ein, dass Erfahrungen mit innovativen Wohnformen für ältere Menschen bekannt und vermehrt umgesetzt werden. Sie unterstützt gegenwärtig die Evaluation eines Neubaus, in dem genossenschaftliche Werte wie Selbsthilfe und Gemeinschaftsförderung speziell für das Wohnen im Alter umgesetzt werden, sowie Konzeptarbeiten für innovative Alterssiedlungen im ländlichen Raum. Auch bei anderen Forschungsarbeiten, wie z.B. einer laufenden über Wohnumfeldverbesserungen, werden altersspezifische Aspekte berücksichtigt. Das BWO ist ferner am Netzwerk „Alter – Wohnen – Umwelt“ beteiligt, bei dem das Wohnforum der ETH federführend ist, und das verschiedene Akteure im Bereich des Wohnens im Alter vereinigt. Solche Formen der indirekten Förderung sind jedoch aus Ressourcengründen stark limitiert.

Die genannten Förderungsaktivitäten haben mitgeholfen, dass sich das Angebot an altersgerechtem Wohnraum allmählich zu differenzieren beginnt. Waren es längere Zeit vor allem gemeinnützige Bauträger, die mit öffentlicher Unterstützung im breiten Spektrum der Alterswohnungen aktiv waren, haben in jüngerer Zeit vermehrt auch private Anbieter die Betagten als interessantes Marktsegment entdeckt. Neben den schon seit längerem bestehenden Angeboten im Hochpreissegment (Seniorenresidenzen) kommen eher zögerlich auch Wohnangebote mit unterschiedlichen altersspezifischen Zusatzleistungen für mittlere Einkommensgruppen auf den Markt. Schliesslich sind auf individueller privater Initiative vereinzelt Projekte umgesetzt worden, bei denen als Wohnformen die Hausgemeinschaft oder die Wohngemeinschaft im Vordergrund stehen.

Ansatz Mit der Age-Stiftung ist im Jahre 2000 eine private Förderungsinstitution auf den Plan getreten, die u.a. mit Investitionskrediten innovative Projekte für altersgerechtes Wohnen unterstützt, alle zwei Jahre eine besonders gute bauliche Lösung mit dem Age Award auszeichnet und der Öffentlichkeit Informationen rund ums Wohnen im Alter vermittelt.

321.34 Ein förderndes Umfeld

Anpassungsbedarf bei Infrastrukturen von Vorortsgemeinden. Eine besondere Herausforderung bildet auch die Verlagerung der Alterung von den Städten in die Vororte und in die äusseren Agglomerationsgürtel. Immer mehr ältere Menschen werden in Gebieten leben, welche in den 70er und 80er Jahren für junge Familien mit Kindern konzipiert worden sind. Während die Städte in der Regel heute über spezifische Wohnangebote und begleitende Dienstleistungen für ältere Menschen verfügen, besteht in diesen Gebieten grosser Nachholbedarf, und es werden umfangreiche Investitionen notwendig sein⁶⁵.

⁶² Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen (2004).

⁶³ www.hindernisfrei-bauen.ch.

⁶⁴ www.wohnform50plus.ch.

⁶⁵ Batt P. (1996).

Durchmischung und intergenerationeller Austausch. Insbesondere wenn ältere Menschen gesundheitsbedingt in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, spielt sich deren Alltag verstärkt in näherer Umgebung der Wohnung ab. Wichtig ist deshalb eine gute Durchmischung der Quartiere. Wenn in einem Quartier Wohnungen für verschiedene Bevölkerungsgruppen und Ansprüche vorhanden sind, fördert dies den intergenerationellen Austausch. Wohnbaukonzepte, die bewusst generationenübergreifend angelegt sind, wurden in der Schweiz noch kaum erprobt. Bei diesen geht es darum, intergenerationelle Netzwerke auch ausserhalb von Familien aufzubauen, und die unterschiedlichen Ressourcen der beteiligten Generationen für die gemeinsame Bewältigung des Alltags zu erschliessen. Wichtige Voraussetzung, dass auf freiwilliger Basis solche Netzwerke entstehen können, ist eine hindernisfreie Gestaltung der gesamten Siedlung sowie ein Wohnungsangebot, das sich an unterschiedliche Haushaltstypen und Altersgruppen richtet.

Ansätze Die 2005 mit dem Age-Award ausgezeichnete Siedlung Steinacker der Baugenossenschaft ASIG in Zürich offeriert für unterschiedliche Generationen, Singles, Paare und Familien ein Wohnangebot. Die Wohnungen sind weder speziell für ältere Menschen ausgewiesen, noch schliessen sie Senioren und Seniorinnen aus. Auch wer hier im hohen Alter pflegebedürftig oder dement wird, braucht das gewohnte Umfeld nicht zu verlassen, da in einem Wohngebäude eine Pflegewohngruppe geführt wird. Die Baugenossenschaft kann über die Vermietungspolitik die Generationen-Durchmischung beeinflussen und sicher stellen, dass kein altershomogenes Ghetto entsteht.

Pro Senectute Vaud experimentiert zusammen mit der Fondation Leenards seit zwei Jahren mit Projekten für Solidaritätsquartiere. Sie richten sich nach den Grundsätzen einer gemeinschaftlichen Entwicklung, welche die Bevölkerung, die Vereinigungen und die Fachkreise dazu bringen sollen, gemeinsam zu handeln und die Bedürfnisse sowie die Ressourcen eines Wohngebäudes, eines Quartiers oder sogar einer Region zu erkennen. Ziel ist die Bekämpfung von Isolierung und Ausschluss älterer Personen.

Wichtig ist auch das Vorhandensein von Einkaufsmöglichkeiten, Dienstleistungsangeboten, Cafés und Restaurants, Naherholungsgebieten und Grünräumen im Quartier, sodass diese für die Bevölkerung gut erreichbar sind. Schliesslich muss auch dem Bedürfnis nach einem sicheren Umfeld Rechnung getragen werden.

Wie eine Untersuchung im Rahmen des NFP51 gezeigt hat⁶⁶, entsprechen attraktiv gestaltete und verkehrsberuhigte öffentliche Räume nicht nur den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung. Auch Kinder, Familien oder Menschen mit Behinderungen können davon profitieren. Umgekehrt kommt eine kinderfreundlich gestaltete Gemeinde, wie sie z.B. eine Initiative der UNICEF⁶⁷ propagiert, auch den Bedürfnissen älterer Menschen entgegen.

Handlungsoptionen

B1	<p>Unterstützung von innovativen bedarfsgerechten Wohnprojekten</p> <p>Nötig sind koordinierte Anstrengungen aller Akteure auf allen staatlichen Ebenen, um künftig möglichst allen Angehörigen der älteren Generationen bis ins hohe Alter eine möglichst autonome Alltagsgestaltung und den Verbleib zu Hause zu sichern. Wichtig ist, mit unterschiedlichen Wohnformen zu experimentieren, die Erfahrungen landesweit auszutauschen und dabei die Bedürfnisse und Ressourcen der betroffenen Bevölkerung einzubeziehen.</p> <p>➔ Der Bund trägt im Rahmen der Wohnraumförderung und der Wohnforschung weiterhin dazu bei, dass ein Grundstock an altersgerechtem Wohnraum besteht, mit neuen Wohnformen für das Alter experimentiert wird und die Erfahrungen ausgewertet und den interessierten Kreisen zugänglich gemacht werden.</p>	a
-----------	---	----------

⁶⁶ Batt P. (1996).

⁶⁷ Zur Kampagne der UNICEF Schweiz „Kinderfreundliche Gemeinde“ siehe: www.unicef-suisse.ch/update/d/aktuell/initiativen/kfg.html.

B2	<p>„Menschengerechte“ Quartiergestaltung</p> <p>Die Bedürfnisse älterer Menschen müssen vermehrt in die Raumplanung einfließen. Bei der altersgerechten Gestaltung und Ausstattung von Wohnumfeld, Quartieren und Städten sind vor allem die Gemeinden mit ihrer Orts- und Verkehrsplanung angesprochen, weil es sich vorwiegend um lokale Anliegen handelt. Vielversprechend sind dabei Lösungen, die sich nicht spezifisch an den Anforderungen älterer Menschen orientieren, sondern im Sinne einer „menschengerechten“ Gestaltung die Bedürfnisse aller Bewohnergruppen berücksichtigen.</p> <p>→ Der Bund soll die Gemeinden und Kantone in ihren Bemühungen zur altersgerechten/menschengerechten Gestaltung von Wohnumfeld und –quartieren unterstützen, indem er lokale und regionale Initiativen vernetzt sowie den Erfahrungsaustausch und Know-how-Transfer fördert. Zu prüfen wäre auch die Erarbeitung von Leitlinien für eine altersgerechte/menschengerechte Planung zu Handen der Kantone und Gemeinden. Geprüft werden sollte ferner die Unterstützung von Pilotprojekten im Sinne von Modellvorhaben, wie dies die OECD in ihrem Bericht über Alter und Mobilität empfiehlt.</p>	a b c
-----------	---	----------------------------------

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

322 Mobilität im privaten und öffentlichen Verkehr

Leitfragen

Selbstbestimmte Lebensführung. Welche Rahmenbedingungen bezüglich Mobilität fördern die autonome Lebensführung bis ins hohe Alter?

Generationenperspektive. Welches Verkehrsangebot und welche Verkehrsbedingungen werden einer Gesellschaft für alle Altersgruppen gerecht?

322.1 Umschreibung

Die Erhaltung der Mobilität und die Fortbewegungsmöglichkeiten im Freien sind wichtige Voraussetzungen für die Teilnahme am Sozialleben. Viele Senioren und Seniorinnen verfügen über ein Auto und sind sehr mobil. Die Frage der Sicherheit älterer Verkehrsteilnehmer und -teilnehmerinnen ist indes zentral. Der Bund hält eine Altersbegrenzung für den Führerschein nicht für angemessen. Die Befristung der Führerausweisgültigkeit würde den individuellen Situationen der Autofahrenden eher gerecht werden. Das Aktionsprogramm „Via sicura“ sieht weitere Massnahmen für eine verbesserte Verkehrssicherheit vor⁶⁸.

Im Verlaufe des Alterwerdens wird jedoch der Zugang zum öffentlichen Verkehr immer wichtiger. Um möglichst lange ein autonomes Leben führen zu können, ist deshalb der Zugang zu Angeboten des öffentlichen Verkehrs von grosser Bedeutung. Wohnquartiere sollten mit dem öffentlichen Verkehr erschlossen sein, Buslinien mit Niederflurbussen bedient werden, Haltestellen ohne Unterführungen und Treppen zugänglich und übersichtlich sein.

322.2 Herausforderungen für die Verkehrspolitik: menschengerechter öffentlicher Verkehr

Handlungsbedarf erkannt: Anpassung an die Bedürfnisse mobilitätseingeschränkter Personen

In den letzten Jahren wurde die Situation für mobilitätseingeschränkte Personen schrittweise verbessert. Gemäss dem Behindertengleichstellungsgesetz muss der öffentliche Verkehr in der Schweiz den Bedürfnissen behinderter Reisender Rechnung tragen. Es besteht jedoch noch grosser Handlungsbedarf.

Beispiele Die Massnahmen betreffen grundsätzlich alle Bereiche des öffentlichen Verkehrs: Infrastruktur (Bahnhöfe, Haltestellen), Linienführung, Fahrplan, Fahrkartenbeschaffung (einfache Handhabung, langsamere Benutzerführung, Beibehaltung bedienter Bahnschalter, Abgabe der Fahrscheine durch Zugpersonal ohne Zuschlag), technische Ausrüstung (Niederflurbereiche), Kundeninformation und -kommunikation (akustische und visuelle Systeme), Sicherheit (Einführung Sicherheitsdienst öV) und besondere Dienstleistungen (Hilfestellung durch Personal).

Oft sind Massnahmen im Zuge von ohnehin nötigen Um- oder Neubauten von Anlagen oder altershalbem Ersatz von Fahrzeugen relativ kostengünstig möglich – man rechnet mit Mehrkosten zwischen 0 und 5% der jeweiligen Gesamtprojektsomme. Wo dies nicht der Fall ist, entstehen bedeutende Kosten, die im Sinne des öffentlichen Interesses in der Regel von der öffentlichen Hand getragen werden.

⁶⁸ www.astra.admin.ch.

Angesichts der finanziellen Situation der öffentlichen Hand können jedoch Massnahmen oft nicht so rasch erfolgen wie vorgesehen.

Laufende Aktivitäten

C1	<p>Strategie Lückenloses Netz für eine autonome und spontane Benützung des öffentlichen Verkehrs Bis 2023 sollte eine Situation geschaffen werden, die Menschen im Seniorenalter ein bequemes und stressfreies Reisen ermöglicht.</p> <p>→ In Zusammenarbeit von Bund, Kantonen und den rund 200 konzessionierten Transportunternehmen werden im Sinne einer rollenden Planung laufend Konzepte und Projekte erarbeitet und an die jeweiligen Rahmenbedingungen angepasst, um die Bedürfnisse mobilitätseingeschränkter Reisender und damit auch der Senioren und Seniorinnen berücksichtigen zu können. Es handelt sich um eine Fülle von Einzelprojekten.</p>	a b d
-----------	---	----------------------------------

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

Die Bedürfnisse älterer Personen mit oder ohne Mobilitätseinschränkung decken sich mit den Bedürfnissen und Wünschen anderer Bevölkerungsgruppen. In diesem Sinn ist der Ansatz einer „behindertengerechten Anpassung“ zu einschränkend formuliert.

Chancen der Seniorenwirtschaft

Ältere Personen sind für öffentliche Verkehrsmittel eine wichtige Kundschaft und ein interessanter Markt. Verkehrsbetriebe, die auf ältere Personen Rücksicht nehmen, werden nicht nur deren Alltagsbedürfnissen gerecht, sondern ermöglichen ihnen auch eine Freizeit- und Reisegestaltung.

33 Arbeit und Übergang in den Ruhestand

<p>Leitfragen</p> <p>Leistungen und Leistungspotenziale. <i>Welches sind die Leistungen und Leistungspotenziale älterer Erwerbstätiger? Wie können sie erkannt und gefördert werden?</i></p> <p>Lebenslaufperspektive, Generationenperspektive. <i>Wie muss die Arbeitswelt neu gestaltet werden, damit die Potenziale aller Altersgruppen sowie von Männern und Frauen über den Lebenslauf hinweg genutzt werden können? Was sind die entsprechenden Anforderungen an die Menschen und an die Gesellschaft?</i></p> <p>Spannungsfelder. <i>Individuelle Erwartungen, Wünsche des frühzeitigen Altersrücktritts sind gegen das Kollektivinteresse (Finanzierung der Altersvorsorge) und die demografiebedingten Veränderungen (Verlängerung des Erwerbslebens als Folge der höheren Lebenserwartung) abzuwägen.</i></p>

331 Umschreibung

Als ältere Arbeitnehmende werden Personen bezeichnet, die 50 Jahre und älter sind und im Arbeitsmarkt stehen. Die Situation der Arbeitnehmenden dieser Altersklasse steht aus folgenden Gründen im Mittelpunkt der Überlegungen:

- Sie haben es schwer, im Fall von Arbeitslosigkeit wieder Arbeit zu finden und sind bei Restrukturierungen und Entlassungen besonders gefährdet.
- Es besteht ein dringender Bedarf, den Arbeitsmarkt der älteren und verhältnismässig kleineren Erwerbsbevölkerung anzupassen und zwar indem ihr Leistungspotenzial anerkannt und seine Entfaltung gefördert wird.
- Die Arbeitsaufteilung über die gesamte Erwerbsspanne hinweg, insbesondere Zeitpunkt und Ausgestaltung des Übergangs in den Ruhestand, ist neu zu überdenken.

Im internationalen Vergleich ist die Erwerbsquote in der Schweiz kurz vor dem Rentenalter relativ hoch. Das haben die Studien der OCDE über das Altern und die Beschäftigungspolitik gezeigt⁶⁹. Auch in den ersten Jahren nach Erreichen des AHV-Alters (s. weiter unten, 4. Säule) ist die Erwerbsquote erheblich.

⁶⁹ Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD (2005).

Tabelle 3. Erwerbsquote zwischen 62 und 64 Jahren

Alter	Erwerbsquote	
	Männer	Frauen
62 Jahre	72%	38%
63 Jahre	64%	32%
64 Jahre	57%	26%

Quelle: BFS (2006), S. 96.

Die Situation älterer Arbeitnehmender darf nicht isoliert betrachtet werden, weder auf individueller Ebene, wo sie als Etappe in einer sie wesentlich bestimmenden Lebensbiografie zu verstehen ist, noch auf gesellschaftlicher Ebene, wo sie stark von der Situation anderer erwerbstätiger Generationen beeinflusst wird.

In einer längerfristigen Perspektive muss bei der Beurteilung der Leistungspotenziale der älteren Arbeitskräfte ein schwer einschätzbarer Kohorteneffekt berücksichtigt werden: Die älteren Erwerbstätigen von morgen werden sich hinsichtlich Ausbildung und Erfahrung von den Generationen unterscheiden, die heute im letzten Berufsabschnitt stehen. Das gilt besonders für ihr Verhältnis zu technologischen Neuerungen. Die Bemerkungen zum Kohorteneffekt von Kapitel 31 (Gesundheit) behalten auch hier ihre Gültigkeit.

Der erste Teil des vorliegenden Kapitels befasst sich mit den Arbeitnehmenden, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben. In einem zweiten Teil werden die Regelungen der beruflichen Vorsorge hinsichtlich Altersrücktritt erörtert. Weiter wird auch die Weiterführung einer Erwerbstätigkeit zum Teil bis ins hohe Alter untersucht. Der letzte Teil widmet sich dann der Aufteilung der Erwerbsarbeit und anderer Tätigkeiten über die gesamte Lebensspanne hinweg.

332 Ältere Arbeitnehmende auf dem Arbeitsmarkt

332.1 Die Ressourcen älterer Arbeitnehmenden

Komparative Vorteile

Es wurde bereits mehrfach nachgewiesen⁷⁰, dass ältere Arbeitnehmende über Fähigkeiten verfügen, die gewisse Nachteile wettmachen. Die nachlassenden körperlichen Fähigkeiten (Kraft, Schnelligkeit, Sinnesschärfe) und das schwächere Lern- und Gedächtnisvermögen werden beispielsweise durch ihre Berufs- und Lebenserfahrung, ihre Fähigkeit vorauszudenken, ihr Urteilsvermögen, strategisches Denken und Qualitätsgefühl ausgeglichen. Insgesamt bestehen zwischen älteren und jüngeren Arbeitnehmenden keine grossen Leistungsunterschiede. Ältere Arbeitnehmende sind jedoch loyaler und haben ein grösseres Verantwortungsbewusstsein. Die Generationen-Durchmischung innerhalb des Unternehmens fördert die Beziehungskultur und die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Altersgruppen.

Einflussfaktoren

Zu beachten ist, dass Arbeitnehmende mit 50 Jahren eine Erwerbsbiografie haben, die bestimmend ist für die gesundheitliche Situation nach 50. Eine positiv erlebte Ausbildung, regelmässige Weiterbildung, aus arbeitsmedizinischer Sicht optimierte Arbeitsplätze wie auch die erlebte Arbeits- und Firmenwelt können auf das spätere Wohlbefinden am Arbeitsplatz und im Privatleben entscheidenden Einfluss haben. Eine Missachtung dieser Einflussfaktoren wirkt sich langfristig auch in der beruflichen Altersphase aus und erschwert ein sowohl für die älteren Arbeitnehmenden wie deren Arbeitgebende fruchtbares Arbeitsverhältnis.

Unterschiede gibt es auch nach Geschlechtern und Nationalitäten. Da Männer stärker an den Beruf gebunden sind und ausländische Arbeitskräfte eher härtere Arbeitsbedingungen haben, wirkt sich dies entsprechend im letzten Berufsabschnitt aus. Bei Frauen – die zum Teil ebenfalls schwere Arbeiten ausführen – kann die Betreuung und Pflege der hochbetagten Eltern wie auch die Mithilfe bei der Betreuung von Grosskindern zu einer Belastung führen, die sich auch auf das berufliche Umfeld wie auf das gesundheitliche Befinden auswirkt.

⁷⁰ vgl. u.a. von Cranach M, Winkler R. (2004).

Die Invaliditätsquote im Vorruhestandsalter ist entsprechend hoch. 2005 bezogen 22% der Männer und 16% der Frauen zwischen 60 Jahren und dem ordentlichen Rentenalter eine IV-Leistung (alle Leistungsarten)⁷¹. Eine generelle Weiterarbeit bis zum Rentenalter oder sogar darüber hinaus ist weder machbar noch für alle wünschenswert. Die gesellschaftliche Partizipation und die Leistungen von Personen, die aus dem Arbeitsmarkt ausgetreten sind, können jedoch andere Formen annehmen als eine Erwerbstätigkeit (s. Kap. 335).

332.2 Arbeitsmarktliche Herausforderungen, Unternehmenspolitik und soziale Sicherheit

332.21 Handlungsbedarf erkannt

Ältere Arbeitnehmende werden durch bestimmte unternehmenspolitische und sozialversicherungsrechtliche Besonderheiten, die negative Arbeitsanreize schaffen, benachteiligt. Dadurch entsteht Handlungsbedarf⁷². Deshalb hat eine interdepartementale Arbeitsgruppe Fragen um die älteren Arbeitnehmenden vertieft analysiert und Vorschläge ausgearbeitet. Gestützt auf diese Vorarbeit hat der Bundesrat am 9. Dezember 2005 den Bericht⁷³ zur Kenntnis genommen, der mit Hilfe eines Massnahmenpaketes die Arbeitsmarktbeiträge älterer Arbeitnehmender erhöhen will.

332.22 Erhalt der Arbeitsfähigkeit und der Arbeitsmotivation dank Prävention und Weiterbildung

Vielorts sind die Arbeitsbedingungen noch sehr wenig auf den alterungsbedingten Leistungswandel der Erwerbstätigen ausgerichtet. Fehlmeinungen und faktische Diskriminierungen sind heute noch weit verbreitet (z.B. mangelnde Flexibilität bei betrieblichen Veränderungsprozessen; geringe Motivation für die berufliche Weiterbildung; Fehlmeinungen bei Führungsfachkräften und Personalfachleuten über ältere Arbeitskräfte usw.). Deshalb sind gezielte Massnahmen zur Förderung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmender notwendig, und die Firmen- und Betriebskulturen sind entsprechend anzupassen. Dazu gehört auch die Frage der entsprechenden Wertschätzung. Das Unternehmen muss dies im Alltag zeigen und so Resignation und Unzufriedenheit verhindern. Mit der Bereitschaft, auch älteren arbeitnehmenden Personen Weiterbildungen zu ermöglichen, wird bewiesen, dass das Unternehmen weiterhin auf sie setzt. Damit erhöht sich auch der Marktwert der älteren Arbeitskraft.

Die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, die Prävention und die Weiterbildung richten sich an alle Altersgruppen innerhalb eines Unternehmens.

Laufende Aktivitäten⁷⁴

D1	<p>Arbeitsmarktchancen erhöhen: betriebliche Massnahmen Förderungen der individuellen Wahrnehmung der Eigenverantwortung für die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Alter wie der Abbau von Altersdiskriminierung und Fehlmeinungen in der Öffentlichkeit und in den Betrieben; Generell ist auf den Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit in allen Phasen des Erwerbslebens zu achten.</p> <p>➔ Massnahmenpaket umsetzen</p>	a b d
-----------	--	----------------------------------

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

332.23 Attraktivere Arbeitsplätze: Ausgestaltung der Sozialgesetzgebung

Ältere Arbeitnehmende sind gegenüber jüngeren Arbeitnehmenden für den Betrieb teurer. Die Löhne steigen in der Regel mit Dauer der Betriebszugehörigkeit. Die Sozialversicherungsabgaben sind namentlich in der beruflichen Vorsorge infolge der Staffellung der Altersgutschriften höher. Dazu kommen Ansprüche auf längere Ferien wie auch Dienstaltesgeschenke. Deshalb besteht – nicht nur in der Schweiz – bei Restrukturierungen, die infolge finanzieller Probleme notwendig sind, eine starke Tendenz, Frühpensionierungen vorzunehmen. Häufig wird aufgrund von Fehlmeinungen über die Leistungs- und Anpassungsfähigkeit der älteren Arbeitnehmer ein derartiger Entscheid voreilig gefällt. Konsequenz ist in diesen Fällen der Verlust von Erfahrungskapital für die Unternehmung und von produktiven Arbeitskräften für die Gesamtwirtschaft. Die hohen Kosten älterer Arbeitnehmender erschweren deren Stellensuche. Ab 50 wird es deshalb schwierig, eine neue Arbeitsstelle zu finden, und

⁷¹ Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2006b).

⁷² Schweizerischer Arbeitgeberverband (2006a); Schweizerischer Arbeitgeberverband(2006b); Schelbert H. (2006); Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OCDE (2003).

⁷³ Leitungsgruppe EDI/EVD (2005).

⁷⁴ Medienmitteilung vom 9. Dezember 2005 «Massnahmenpaket zu Gunsten der Arbeitsmarktbeiträge älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer» vom EVD und EDI.

die Arbeitslosigkeit dauert länger als bei jüngeren Arbeitnehmenden. Allerdings ist der Anteil der Arbeitslosen gemäss SAKE 2006 zwischen 25-39 Jahren 4,1% und zwischen 55-64 Jahren 3,0%.

Die sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen sind heute für Arbeitgebende und Arbeitnehmende so, dass eine Weiterführung der Erwerbstätigkeit (im Gegensatz zur Frühpensionierung) wie auch die Reduktion des Beschäftigungsgrades oder ein Funktionswechsel mit Nachteilen verbunden sind, und insbesondere zu lebenslangen Renteneinbussen führen können.

Es sollen deshalb einerseits Möglichkeiten geschaffen werden, den im Lauf des Erwerbslebens veränderten Bedürfnissen und dem Leistungsvermögen älterer Arbeitskräfte besser Rechnung zu tragen, ohne dass dafür Rentenkürzungen in Kauf genommen werden müssen. Andererseits sollen Anreize für die Weiterarbeit über das 65. Altersjahr hinaus geschaffen werden.

BVG Ein immer wieder ins Feld geführter Faktor, der die Arbeitskraft älterer Arbeitnehmer verteuert, ist die Staffelung der Altersgutschriften in der zweiten Säule. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass nach geltendem Recht zwar die dem einzelnen Arbeitnehmer/der einzelnen Arbeitnehmerin gutzuschreibenden Altersgutschriften, nicht jedoch deren Finanzierung vorgeschrieben wird. Letzteres wird von den Vorsorgeeinrichtungen unter Berücksichtigung der Beitragsparität (mindestens gleich hoher Beitrag des Arbeitgebers wie die Gesamtheit der Beiträge aller versicherten Arbeitnehmer, Art. 66 Abs. 1 BVG) eigenständig festgelegt. Die Auswirkungen bundesrechtlicher Finanzierungsvorschriften, wonach für Arbeitgeber und Arbeitnehmer entweder ein altersunabhängiger Beitragssatz gelten soll oder die Beitragssätze nur für die Arbeitnehmer gestaffelt sein sollen, währenddem für Arbeitgeber ein altersunabhängiger Beitragssatz gelten soll, wurden vom Bundesrat im Rahmen der Postulate Polla (02.3208) und Christlichdemokratische Fraktion (05.3651) geprüft⁷⁵. Dabei hat sich gezeigt, dass die oben erwähnten Alternativen zur Festlegung der Finanzierung der Altersgutschriften im Vergleich zu heute deutliche Mehrkosten während einer Übergangsphase von 40 Jahren (= eine Erwerbsgeneration) zur Folge hätte und ein entsprechender Systemwechsel - je nach altersmässiger Zusammensetzung des von einem Arbeitgeber angeschlossenen Versichertenkollektivs - nicht mit der Beitragsparität nach Artikel 66 Absatz 1 BVG vereinbar wäre. Der Bundesrat ist vor diesem Hintergrund der Empfehlung der Leitungsgruppe „Partizipation älterer Arbeitnehmer“ gefolgt und hat vorläufig darauf verzichtet, diese Massnahmen weiterzuverfolgen⁷⁶.

Demgegenüber hat der Bundesrat jedoch beschlossen, im Rahmen der laufenden Gesetzgebungsverfahren (zweite 11. AHV-Revision bis und Strukturreform in der beruflichen Vorsorge) andere Massnahmen im Bereich der zweiten Säule umzusetzen, um schnellstmöglich Verbesserungen in diesem Bereich zu verwirklichen.

Handlungsoptionen / laufende Aktivitäten

D2	<p>Arbeitsmarktchancen erhöhen, Anreize schaffen: sozialversicherungsrechtliche Massnahmen</p> <p>Massnahmen dazu sind eine flexiblere Gestaltung der Arbeitszeit, Möglichkeiten der Teilpensionierung bzw. des Rentenvorbezugs und -aufschubs, Weiterversicherung des bisherigen Lohnes bei Lohnreduktion infolge Funktionswechsel bzw. Herabsetzung des Beschäftigungsgrades, Vermeidung von vorzeitigen Zwangspensionierungen sowie Erhöhung der Leistungen durch weitere Beiträge nach dem Rentenalter.</p> <ul style="list-style-type: none"> → im Rahmen der 11. AHV-Revision bis als gesetzliche Mindestbestimmungen <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit des Vorbezugs oder Aufschubs der BVG-Altersrente für dieselbe Altersgruppe wie in der AHV (s. Kap. 333) - Verbot, in den Pensionskassenreglementen Bestimmungen festzulegen, die Versicherte zwingen bei Austritt aus der Pensionskasse im Vorruhestandsalter Altersvorsorgeleistungen zu beziehen → im Rahmen der Strukturreform der beruflichen Vorsorge als Möglichkeiten der Vorsorgeeinrichtungen <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit der Weiterversicherung des bisherigen Lohnes bei Lohnreduktion infolge Herabsetzung des Beschäftigungsgrades bzw. Funktionswechsels ab 58 - Möglichkeit weiterer Beiträge zur Weiterführung der Vorsorge nach dem Rentenalter → Möglichkeit der Einzahlungen in die Säule 3a im Falle der Weiterarbeit auch nach Erreichen des Rentenalters 	a
-----------	--	----------

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

⁷⁵ Postulat Polla 02.3208 „BVG. Förderung von Arbeitsplätzen von über 55-Jährigen“ vom 14.04.2002; Postulat Christlichdemokratische Fraktion „Ältere Arbeitnehmer stärken. Änderungen der Altersgutschriften im BVG“ vom 6.10.2005; vgl. auch Schweizerischer Bundesrat (2006).

⁷⁶ Leitungsgruppe EDI/EVD (2005), S. 33ff.

