

Hochaltrigkeit in Deutschland

– Zum „Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation“

Gertrud M. Backes/Wolfgang Clemens

1. Einführung

„Mit unbändiger Macht drängen die Senioren in den Vordergrund; ihre Probleme überschwemmen uns geradezu; sie lassen uns nicht mehr zur Ruhe kommen. Über die Medien bleiben sie mit immer neuen und verschiedenen Themen im Gespräch: Die Überalterung der Gesellschaft. Woher die Soldaten nehmen? – Der Kollaps der Rentenversicherung. Wer soll die Renten bezahlen? Die ‚Grauen Panther‘ erregen Aufsehen, die Pensionäre drängen in die Universität, Siebzugjährige reißen sich unter die Marathonläufer und überrunden Jüngere. Eine hyperdynamische Gesellschaft, die atemlos von Innovation zu Innovation hastet und nur Höchstleistungen anerkennt, der Atemholen und Besinnung Rückschritt bedeuten, die falls sie könnte, nur ‚olympiareife‘ Belegschaften in ihren Betrieben behalten möchte, merkt plötzlich, dass sie altert. Sie, die wie keine andere vor ihr jugendliche Kraft und Vitalität vergöttert, entdeckt mit Bestürzung ihre grauen Schläfen. Die Wegwerfgesellschaft, die die alten Menschen in immer jüngeren Jahren als altes Eisen aussondert, wird sich bewusst, dass ihr dabei die Luft ausgeht. Sie klagt über zunehmende und scheinbar unheilbare Schmerzen, weil der schrumpfende Fuß der Bevölkerungspyramide die rentenverzehrende Last des stetig dicker anschwellenden Kopfes nicht mehr zu tragen vermag und ins Stolpern gerät.“ (Borscheid 1987, S. 7)

Dieses Zitat des Historikers Peter Borscheid verweist auf die dramatischen objektiven und subjektiven Folgen des demographischen Wandels, der in den entwickelten Ländern des Westens und in Japan zu einer fortschreitenden „Alterung der Gesellschaft“ geführt hat. Ein dauerhaft niedriges Geburtenniveau und eine ständige Zunahme der Lebenserwartung – als Verringerung der Sterblichkeit in allen Lebensaltern, besonders aber im höheren Lebensalter – sind Hauptmerkmale dieser Entwicklung. Begleitet wird die Entwicklung durch die starke *Zunahme der Hochaltrigkeit* – also des Anteils von Menschen jenseits des 80. bzw. 85. Lebensjahres. So hat sich in zwölf westeuropäischen Ländern der Anteil der 80- bis 89-Jährigen zwischen 1950 und 1990 fast verfünffacht, der Anteil 90- bis 99-Jähriger nahezu verneunfacht und der der über 100-Jährigen gar um das 23-fache zugenommen (Kannisto 1994)! Zukünftig wird ein weiteres Anwachsen der Zahl Hochaltriger erwartet.

Was bedeutet diese Entwicklung für die in größerer Zahl älter werdenden Individuen und für die insgesamt „alternden“ Gesellschaften? Zunächst muss von einem sich ändernden Bild des hohen Alters ausgegangen werden. Ein chronologisches Alter jenseits des 80. Lebensjahres bedeutet nicht zwangsläufig Krankheit,

Abhängigkeit von Anderen, Isolation und Leben im Alters- oder Pflegeheim, sondern auch vielfach bestehende Selbständigkeit und verbliebene Fähigkeiten. Biologische, psychologische, psychiatrische und soziale Bedingungen des hohen Alters sind dazu im Zusammenhang zu betrachten.

Die „graue Gesellschaft“ und der steigende Anteil hochaltriger Menschen wirken sich auf einzelne gesellschaftliche Teilbereiche und zunehmend auch auf die gesamte Gesellschaft aus (Backes 1997). Die sozialen Sicherungssysteme – wie Renten- und Krankenversicherung – wie auch die Möglichkeiten familiärer und öffentlicher Formen der Hilfe und Unterstützung werden immer öfter infrage gestellt. Daneben wird von gesellschaftlich „positiven“ Aspekten des höheren Lebensalters, z.B. wirtschaftlicher Art, kaum gesprochen: vom Entstehen neuer Märkte der Pflege und Betreuung, des altersspezifischen Konsums, der altersgerechten Wohnraumanpassung und Technikentwicklung.

Die zunehmende Bedeutung der Hochaltrigkeit in unserer Gesellschaft hat die Bundesregierung im Jahr 2000 dazu veranlasst, von Sachverständigen den „Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation“ erstellen zu lassen. Das Thema lautete „Risiken im hohen Alter unter besonderer Berücksichtigung von Demenz – Herausforderungen an Politik, Wissenschaft und Gesellschaft“ (vgl. *BMFSFJ* 2002, S. 44). Im folgenden Beitrag werden – mit Bezug auf den „Vierten Altenbericht“ – v.a. soziale und gesellschaftliche Aspekte der Hochaltrigkeit thematisiert, aber auch biologische, psychologische, psychiatrische und demographische Bedingungen des hohen Alters erörtert.

2. Was bedeutet Hochaltrigkeit? Individuelle und gesellschaftliche Aspekte

Die Definition des Begriffs „Hochaltrigkeit“ folgt der Unterscheidung in „junge Alte“ und „alte Alte“ oder in ein „drittes und viertes Lebensalter“ (vgl. *Backes/Clemens* 1998: 23ff.). Die Einteilung der Lebensspanne in vier Phasen – mit der ersten Phase Kindheit und Ausbildung sowie der zweiten in Erwerbstätigkeit – folgt gesellschaftlichen Überlegungen, die das Besondere der jeweiligen Lebensphase herausstellen. Während so mit dem „dritten Alter“ die eher „gesunde“ und selbständige Phase des Alters gemeint ist, charakterisiert man das „vierte Lebensalter“ eher als überwiegend von Krankheit und Abhängigkeit geprägt. Inwieweit diese Charakterisierung zutreffend ist, bleibt zu erörtern.

Das „vierte Alter“ beginnt in den meisten Definitionen bei 80 bis 85 Jahren, in manchen bereits auch später (*Wahl/Rott* 2002). Demographie und Soziologie beziehen den Beginn des hohen Alters dynamisch auf die sich verändernde Lebenserwartung: Hochaltrigkeit beginnt danach zu dem Zeitpunkt, wenn die Hälfte bzw. zwei Drittel eines Geburtsjahrgangs (Geburtskohorte) verstorben sind (vgl. *BMFSFJ* 2002: 53). Altersgrenzen folgen aus Überlegungen, wann durchschnittlich zentrale Veränderungen sozialer und gesundheitlicher Art beobachtet werden. Sie sind also gestaltbar und veränderbar. Eine Unterscheidung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter resultiert aus biomedizinischen und neurobiologischen Forschungsergebnissen, die auf eine erhöhte Verletzbarkeit (Vulnerabilität) und reduzierte Anpassungsfähigkeit hinweisen.

sungsfähigkeit des Organismus an gesundheitliche Störungen verweisen (vgl. *Pohlmann* 2001: 46), während Befunde der Neuropsychologie eine abnehmende Kapazität der Informationsverarbeitung zeigen. Gleichzeitig betonen Forschungsergebnisse individuelle Unterschiede des körperlichen und seelisch-geistigen Alterns und eine notwendige differenzielle Perspektive der Entwicklungen im vierten Lebensalter.

Besonderheiten des hohen Lebensalters zeigen sich in einer *Reihe erhöhter Risiken* – wie in einer geringeren Kapazität der Informationsverarbeitung, einer deutlichen Zunahme chronischer körperlicher wie zerebrovaskulärer Erkrankungen und Demenzen, einem wachsenden Risiko des gleichzeitigen Auftretens behandlungsbedürftiger Krankheiten, einem erhöhten Pflegebedarf, einer verringerten Möglichkeit zu sozialen Beziehungen sowie zunehmenden Armutsrisiken – v.a. alleinstehender alter Frauen (vgl. *Pohlmann* 2001: 47ff.). In soziologischer Perspektive sind v.a. Entwicklungen sozialer Selektivität und Prägung der Hochaltrigen durch Kohorten- und Alterseffekte zu betrachten. *Soziale Selektivität* wird biologisch, aber v.a. durch soziale (Chancen-)Ungleichheit und unterschiedliche Bedingungen der Umwelt- und Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs bestimmt (vgl. *Höpflinger* 2001: 7), und zwar durch

- geschlechtsspezifische Unterschiede durch verschieden lange Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen,
- soziale Unterschiede der Lebenserwartung, wobei Angehörige höherer Sozialschichten ein geringeres Sterberisiko aufweisen als die unteren Sozialschichten.

Menschen im hohen Alter sind durch eine lange Biographie und lang zurückliegende Sozialisationserfahrungen geprägt. Sie sind häufiger in traditionell bäuerlichen Milieus oder in Arbeiterkreisen aufgewachsen und durchlebten teilweise eine „harte Jugend“ (*Höpflinger* 2001: 9). Sie haben z.T. Entbehrungen, Armut, Not und Krieg kennengelernt und sind in einem anderen Norm- und Wertesystem (z.B. des Nationalsozialismus) sozialisiert worden. Eine weiterführende – allgemeine und berufliche – Bildung war einem größeren Teil von ihnen in der Jugendzeit verwehrt, insbesondere den heute alten Frauen. Dies hat sich in einem – im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen – geringeren Einkommen während der Erwerbsphase und später auch in der Altersversorgung ausgewirkt. Eine entsprechende Kohortenprägung hochaltriger Menschen verbindet sich mit besonderen Alterseffekten, z.B. Formen der Aktivitäten, des Lebensstils und von Konsummustern.

Gesellschaftliche Auswirkungen des Alterns der Bevölkerung und der zunehmenden Langlebigkeit werden unter verschiedenen Vorzeichen diskutiert. Eine eher *negativ getönte Perspektive* ökonomisch-fiskalischer Betrachtung fragt nach Kosten und Nutzen hochaltriger Menschen, verweist auf die sozialen Sicherungssysteme, Renten- und Kranken- sowie Pflegeversicherung; auch die später fehlenden Arbeitskräfte werden schon heute thematisiert (vgl. *Clemens* 2001). Eine *positive Perspektive* betont die z.T. noch vorhandene Leistungs- und Lernfähigkeit älterer Menschen, häufiger aber ihre Rolle als Konsumenten und Abnehmer spezifischer Dienstleistungen und damit als zunehmend bedeutender Wirtschaftsfaktor.

3. Hochaltrigkeit und „alternde Gesellschaft“: Die demographische Entwicklung

Medizinische Fortschritte und verbesserte Lebensbedingungen in modernen Gesellschaften haben im letzten Jahrhundert zu einer deutlichen Alterung der jeweiligen Bevölkerungen geführt. Als Ursachen des demographischen Wandels lassen sich folgende Entwicklungen beschreiben (vgl. *Backes/Clemens* 1998: 32):

- Demographische Auswirkungen politischer Ereignisse, z.B. Geburtenausfälle in Krisenzeiten;
- Fortschritte der Medizin, die zur Senkung der Sterblichkeit, v.a. von Säuglingen und älteren Menschen, geführt haben, sowie medizinische Möglichkeiten zur Empfängnisverhütung;
- Veränderungen der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, in deren Folge sich die Geburtenhäufigkeit entscheidend verringerte; und das
- Wanderungsgeschehen gegenüber dem Ausland.

Nach dem Zurückdrängen der Kindersterblichkeit hat in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts insbesondere die deutlich verringerte Sterblichkeit im Alter zur Zunahme der Lebenserwartung und zu einem wachsenden Anteil älterer und alter Menschen an der deutschen Bevölkerung geführt. Die Lebenserwartung steigt seit Jahrzehnten und wird nach Prognosen auch zukünftig steigen (z.Z. jedes Jahr um ca. 3 Monate!). Sie beträgt 1999 für Männer 74,5 Jahre (Erwartungswert für neugeborene Jungen), für Frauen 80,6 Jahre (neugeborene Mädchen) (*Roloff/Schwarz* 2002). Auch die fernere Lebenserwartung im höheren Alter hat sich für Frauen und Männer unterschiedlich erhöht.

Mit der Bevölkerungsstatistik lässt sich zeigen, dass die alternde Gesellschaft durch drei demographische Merkmale geprägt wird (vgl. *Tews* 1999: 138f.; *BMFSFJ* 2002: 55):

- Die *absolute Zahl* älterer Menschen nimmt mit steigender Tendenz zu. Lebten im Jahr 1900 im Deutschen Reich 4,4 Mio. über 60-Jährige, waren es in den beiden deutschen Staaten im Jahr 1953 zusammen 10,6 Mio. und schließlich im vereinten Deutschland im Jahr 2000 18,9 Mio. Für das Jahr 2050 werden 25,2 Mio. bei einer um fast 12 Mio. Personen verringerten Gesamtbevölkerung prognostiziert!
- Auch *relativ* im Verhältnis zur Zahl der Jüngeren wächst der Anteil älterer Menschen. Dies drückt sich im steigenden Altenquotienten aus (vgl. *Tab. 1, Anm. 2*).
- V.a. die Zahl der *Hochaltrigen* hat überdeutlich zugenommen und wird weiter steigen: Während in Deutschland die gesamte Bevölkerung von 1953 bis 2000 um 17% zugenommen hat, stieg die Zahl der über 60-Jährigen um drei Viertel, hat sich der Anteil der über 80-Jährigen fast vervierfacht und der der über 90-Jährigen sogar um mehr als das 16-fache zugenommen (vgl. *Enquête-Kommission* 2002: 26, 33).

Die Entwicklung des Anteils älterer und hochaltriger Menschen von 1953 bis 2050 verdeutlicht die beschriebene Entwicklung:

Tab.1: Entwicklung des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 1953 bis 2050

Alter (in Jahren)	Kalenderjahr (jeweils 1. Januar)				
	1953	1971	2000	2020 ¹	2050 ¹
Bevölkerungsanteil:					
60 Jahre und älter	15,1%	19,9%	23,0%	28,5%	35,8%
80 Jahre und älter	1,1%	2,0%	3,6%	6,3%	11,3%
90 Jahre und älter	0,1%	0,1%	0,6%	1,0%	2,1%
Altenquotient ²	27,8	39,8	41,3	52,8	74,7

1 Die Angaben für die Jahre 2020 und 2050 sind Schätzwerte auf der Grundlage der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 2).

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

Quelle: BMFSFJ (2002: 55)

Die Alterung der Bevölkerung in Deutschland ist bisher für die deutsche und ausländische Wohnbevölkerung unterschiedlich verlaufen: So beträgt (1999) der Anteil der ab 60-Jährigen an der deutschen Bevölkerung 24,5%, dagegen nur 7,8% bei der ausländischen Bevölkerung. Nach Prognosen wird der Altenanteil der in Deutschland lebenden älteren Ausländer bis zum Jahr 2050 auf 34,0% anwachsen und dem erwarteten Anteil der deutschen Bevölkerung dieser Altersgruppe von 36,9% nahe kommen (Rolloff/Schwarz 2002).

Alte und hochbetagte Menschen stellen eine sozial überaus selektive Gruppe dar. Sie unterscheiden sich deutlich von den früher verstorbenen Angehörigen der selben Geburtskohorte. Sterberisiko und Überlebenswahrscheinlichkeit werden v.a. durch *geschlechtsspezifische und soziale Unterschiede* bestimmt. Durch die unterschiedliche Lebenserwartung sind zwei Drittel der über 60-jährigen Bevölkerung Frauen, bei den über 75-Jährigen sind es sogar drei Viertel. Diese ungleichen Geschlechterproportionen im Alter führen zu unterschiedlichen dominierenden Familienstandsformen: Während (2000) von den über 80-jährigen Männern noch fast 55% verheiratet waren, betrug der Anteil verwitweter Frauen dieser Altersgruppe bereits 79% (Statistisches Bundesamt 2001). Entsprechend leben hochbetagte Frauen zumeist in Einpersonenhaushalten, hochbetagte Männer überwiegend in Zwei- oder Mehrpersonenhaushalten.

Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung wirken sich in allen Altersphasen in einem geringeren Sterberisiko von Personen mit höherem Sozialstatus aus. Auch die gesundheitliche Entwicklung im Lebenslauf unterscheidet sich nach sozialer Schichtzugehörigkeit. Soziale Ungleichheiten in Einkommen, beruflicher Stellung und sozialer Sicherheit bedeuten somit unterschiedliche Lebens- und Überlebenschancen (vgl. Höpflinger 2001). So weist eine finnische Studie (vgl. Valkonen 1994) für die 1980er Jahre nach, dass Männer aus der höchsten Sozialschicht eine durchschnittlich sechs Jahre längere Lebenserwartung aufweisen als Männer aus der untersten Sozialschicht. Für Frauen betrug der Unterschied drei Jahre. In den letzten Jahrzehnten haben sich – so zeigt eine Reihe von Studien – in einzelnen europäischen Staaten die Unterschiede einer sozial begründeten Lebenserwartung vergrößert. Dies dürfte auch auf die Ausdehnung unterschiedlicher Lebensformen und eine Individualisierung von Lebensstilen bei gleichzeitig verschiedenen gesundheitsbedingenden Verhaltens- und Ernährungsformen zurückzuführen sein (Höpflinger 2001: 8).

Mit der steigenden Lebenserwartung wird häufiger die Befürchtung verbunden, dass die – gegenüber früher – zusätzlich gewonnenen Jahre zu einem erheblichen

Teil in Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbracht werden müssen. Eine Schwerpunktsetzung des Vierten Altenberichts über Hochaltrigkeit auf das Thema Demenz im Alter nährt vordergründig entsprechende Ansichten. Entscheidend für die Lebensqualität hochaltriger Menschen ist allerdings nicht das Maß der absoluten oder fernerer Lebenserwartung, sondern der Umfang der *aktiven Lebenserwartung* – d.h. der in relativer Gesundheit verbrachten Jahre. Ein wichtiges Argument für eine Zunahme der aktiven Lebenserwartung ist die Vorstellung, dass durch die biologische Begrenztheit der menschlichen Lebensspanne medizinischer und gesellschaftlicher Fortschritt immer weniger der Lebenserwartung und immer mehr der Gesundheit zugute komme. Ein sog. „Kompression der Morbidität“ (Fries) bedeutet, dass die Lebenserwartung in Gesundheit – als aktive Lebenserwartung – schneller ansteigt als die Gesamtlebenserwartung (Klein/Unger 2002: 529).

Neuere kohortenbezogene Analysen der Morbidität und Mortalität zeigen in den letzten Jahrzehnten in Deutschland eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands Hochbetagter bei einem Rückgang von Einschränkungen körperlicher Funktionen. Andererseits war bei einer deutlichen Zunahme Hochbetagter auch eine Zunahme hirnfunktionaler Störungen und demenzieller Erkrankungen zu beobachten (vgl. Abschn. 4.1), sodass die sozialpolitische und gesellschaftliche Wirkung von Krankheit im demographischen Wandel widersprüchlich einzuschätzen ist. Die Analyse von Krankheit unter Kostenaspekten und nach Pflegebedarf, gesellschaftliches Altersbild und Teilhabe älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben sind unmittelbar mit Aspekten von Gesundheit und Krankheit im hohen Alter verbunden.

4. Lebensformen und Risiken des hohen Alters

Das „vierte Lebensalter“ konfrontiert – und dies belegen sämtliche Altersstudien, wie z.B. die Berliner Altersstudie (Mayer/Baltes 1996) – die Unausweichlichkeit eines körperlichen und geistigen Abbaus, die Zunahme chronischen Leidens mit höherem Alter und die vielfältigen Folgen sensorischer, geistiger und körperlicher Einschränkungen für eine aktive und selbständige Lebensführung. Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit, von Hören und Sehen und demenzielle Veränderungen prägen die Lebensformen und erzeugen zunehmend Abhängigkeiten von anderen Menschen. Trotzdem kann Hochaltrigkeit nicht überwiegend mit sozialer Isolation, gesellschaftlichem Rückzug oder Passivität im Alltag gleichgesetzt werden. Ein größerer Teil der über 80-Jährigen sind sowohl außerhäuslich als auch zu Hause aktiv. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie zeigen z.B., dass sehr alte Menschen zwar insgesamt weniger soziale Beziehungen haben und sich emotional einsamer fühlen, aber eine gleichbleibende Anzahl sehr eng verbundener Personen angeben und kaum weniger Kontakt zu Kindern, Enkeln und Freunden aufweisen als jüngere Generationen (Baltes 1997: 157). Gesundheitliche und soziale Risiken nehmen aber mit einer längeren Lebensspanne insgesamt zu. Im Folgenden sollen einzelne Risikobereiche des Lebens im hohen Alter etwas genauer skizziert werden.

4.1 Gesundheitliche Entwicklung

Hochaltrigkeit kann nicht umstandslos mit Krankheit gleichgesetzt werden. Die gesundheitliche Entwicklung jenseits des 80. Lebensjahres wird allerdings durch eine signifikante Zunahme von gesundheitlichen Risiken bestimmt:

- Es zeigt sich eine bedeutsame Zunahme chronischer körperlicher sowie zerebrovaskulärer Erkrankungen. Deutlich mehr Patienten dieses Alters werden wegen Herzinsuffizienz, ischämischen Herzkrankheiten sowie zerebrovaskulären Krankheiten ambulant behandelt. Ebenso ist eine deutliche Zunahme stationär behandelter Patienten mit Krankheiten des Kreislaufsystems, des Nervensystems und der Sinnes-, Verdauungs- und Atmungsorgane zu verzeichnen.
- Das Erkrankungsrisiko der Demenzen steigt exponentiell an. Am häufigsten sind die primären Demenzen vom Alzheimer-Typ und die vaskulären, auf Erkrankungen der Hirngefäße basierenden Demenzen. Neuere Schätzungen gehen von einer durchschnittlichen Prävalenzrate mittelschwerer und schwerer Demenzen der 65-Jährigen und Älteren von 7,2% aus (Bickel 2001). Von den 65-69-Jährigen mit 1,2% steigt die mittlere Prävalenzrate bis auf 34,6% für die 90-Jährigen und Älteren an.
- Die sensorische Funktionsfähigkeit (Gehör und Sehvermögen) lässt aufgrund physiologischer und pathologischer Entwicklungen mit zunehmendem Alter deutlich nach. In der Berliner Altersstudie erwiesen sich ein Drittel der Untersuchten als visuell mäßig bis schwer beeinträchtigt, unter den 90-Jährigen und Älteren sind es etwa 80% (Baltes 1997: 158).
- Die Multimorbidität – d.h. das gleichzeitige Auftreten verschiedener Krankheiten – verstärkt sich mit steigendem Alter. So wurden in der Berliner Altersstudie (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996: 167) bei fast zwei Fünftel der 85-jährigen und älteren Männer fünf oder mehr internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen diagnostiziert, unter den gleichaltrigen Frauen sogar deutlich mehr als der Hälfte! Im Vergleich dazu wiesen „nur“ knapp ein Fünftel der 70- bis 84-jährigen Männer und mehr als ein Viertel der Frauen dieser Altersgruppe eine entsprechend hohe Diagnosequote auf.
- Im vierten Lebensalter steigt der Pflegebedarf deutlich an. Nach Maßstäben des Pflegeversicherungsgesetzes waren 1998 knapp drei von Hundert der 65- bis 70-Jährigen, deutlich mehr als vier von Hundert der 70- bis 75-Jährigen und knapp neun von Hundert der 75- bis 80-Jährigen pflegebedürftig. Von den 80- bis 85-Jährigen waren es bereits knapp ein Fünftel, von den 85- bis 90-Jährigen mehr als ein Drittel und unter den 90-Jährigen und Älteren deutlich mehr als die Hälfte (BMG 1999).

Allerdings zeigen sich innerhalb der Altersbevölkerung sehr unterschiedliche Ausprägungen von Krankheit und Gesundheit. Nach der Berliner Altersstudie (vgl. Baltes 1997: 157) weisen weniger als ein Viertel der 70-Jährigen und Älteren psychiatrische Störungen auf und nur ca. 10% sind dadurch hilfsbedürftig. Eine Zunahme von Depressionen im Alter wurde nicht beobachtet. Fast die Hälfte der 70-Jährigen und Älteren weisen keine Beschwerden über Einschränkungen des Bewegungsapparates auf. Selbst unter den 85-Jährigen und Älteren sind knapp die Hälfte frei von klinisch manifesten Gefäßerkrankungen.

Mit den Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen gehen vielfältige Einschränkungen in Selbständigkeit und täglicher Lebensführung einher. Entsprechend sind Menschen im vierten Lebensalter zunehmend auf Unterstützung durch soziale Sicherungssysteme, ihre soziale Umwelt und Verbesserungen der infrastrukturellen und räumlichen Umwelt angewiesen. Damit wird der Blick auf Solidarität innerhalb und zwischen den Generationen, auf familiäre und gesellschaftliche Unterstützung gelenkt.

4.2 Lebenslage und soziale Risiken im hohen Alter

Für die Lebenslage und Lebensqualität im hohen Alter sind verschiedene Lebensbereiche bedeutsam: Körperliche und seelische Gesundheit, Mobilität und Handlungsfähigkeit, soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden, materielle Lage sowie die Ausstattung der Wohnung und die Infrastruktur des Wohnumfeldes (BMFSFJ 2002: 79). Das subjektive Wohlbefinden bleibt bis in das hohe Alter erstaunlich stabil, obwohl sich häufende Belastungen zu Einbußen von Lebenszufriedenheit und subjektiver Lebensqualität führen können.

In der *materiellen Versorgung* hochaltriger Menschen zeigen sich deutliche soziale Unterschiede, die sich im Lebensverlauf entwickelt und verstärkt haben und sich im Alter weiter ausdifferenzieren (vgl. Fachinger 2002). Einzelne Gruppen Hochaltriger – v.a. Frauen – müssen mit relativ geringen finanziellen Mitteln auskommen und sind ökonomisch gefährdet. Als Risikogruppe werden allein stehende Rentempfängerinnen im Alter von über 80 Jahren identifiziert: Ihr Einkommen liegt in Westdeutschland ein Viertel, in Ostdeutschland ein Drittel unter dem durchschnittlichen Vergleichseinkommen der Haushalte insgesamt und deutlich unter dem Einkommen hochaltriger Männer (BMFSFJ 2002: 108). Die Quote relativer Einkommensarmut (weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens) ist bei ihnen doppelt so hoch wie die aller Haushalte im Bundesdurchschnitt. Nach den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (1998) des Statistischen Bundesamtes sind 19,5% der Haushalte von Hochbetagten als einkommensarm einzustufen. Trotzdem weist diese Gruppe mit 1,4% eine vergleichsweise geringe Sozialhilfequote (als *Hilfe zum Lebensunterhalt*) auf. Überdurchschnittlich häufig dagegen werden Leistungen der *Hilfe in besonderen Lebenslagen* nach Bundessozialhilfegesetz (BSHG) beansprucht, v.a. von den im Heim lebenden alten Frauen. Im Jahr 1999 war ein Drittel der im Heim lebenden Leistungsempfänger der Pflegeversicherung auf zusätzliche Sozialhilfe angewiesen (BMFSFJ 2002: 109). Sparquote und Sparbeträge gehen mit steigendem Alter zurück. Trotz eines geringeren materiellen Standards sind alte und hochaltrige Menschen mit ihrem Einkommen und Lebensstandard zufriedener als jüngere Altersgruppen. Dies gründet sich auf die allgemeine Sicherheit der Alterseinkommen und das Bewusstsein der Legitimität ihrer Renten- und Pensionsansprüche.

Wohnen und Wohnumwelt gewinnen für Menschen im höheren und hohen Alter immer mehr Bedeutung, da sich Aktionsräume einschränken und zunehmend mehr Zeit in den eigenen vier Wänden verbracht wird. Die Wohnbedingungen im hohen Alter beeinflussen v.a. das Risiko, eine selbständige Lebensführung nicht mehr bewältigen zu können. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung von Selbständigkeit beziehen sich auf ausreichende Angebote von Hilfe, Betreuung und Pflege und in der

Unterstützung durch soziale Netze. Durch Wohnraumanpassung kann ein Verbleib in der eigenen Wohnung erleichtert und lebenszeitlich verlängert werden. Die Experten des Vierten Altenberichts halten den Ausbau der Wohnberatung für ältere Menschen für dringend erforderlich. Insgesamt gesehen bestehen – trotz deutlicher Verbesserung in den letzten Jahrzehnten – weiter Mängel in der Wohnraumversorgung älterer und alter Menschen (*BMFSFJ* 2002: 120). Mit steigendem Alter der Bewohner zeigt sich ein Trend zur schlechteren Ausstattung der Wohnung. Entsprechende Mängel betreffen v.a. die Bereiche „Bad“ und „Zugang/Treppensteigen“.

Eine besondere Thematik stellt für hochaltrige Menschen das Leben und Wohnen in Heimen dar. Mit der Übersiedlung in ein Wohn- oder Pflegeheim sind häufiger Verluste an Bewegungsfreiheit und Einschränkungen an Raum und Intimität verbunden. Etwa 5% der älteren Menschen ab 60 Jahre leben in institutionellen Alteinrichtungen, davon sind ca. 80% Frauen (vgl. *Backes/Clemens* 1998: 221ff.). Das durchschnittliche Eintrittsalter in entsprechende Einrichtungen ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen, mehr als die Hälfte der Heimbewohner ist zwischen 80 und 90 Jahre alt. Der Anteil von Heimbewohnern steigt jenseits des 80. Lebensjahres überproportional an, von den über 90-Jährigen ist mehr als jeder Dritte betroffen. Alte Menschen, die im Heim leben, haben weniger Kontakte zur Außenwelt. Besonders betroffen sind Hochbetagte ohne Kinder.

Soziale Risiken hochaltriger Menschen betreffen die Erfahrungen, Menschen der eigenen und nachfolgenden Generation zu überleben. Fast alle alten verheirateten Frauen erleben den Tod ihres Partners, nur noch 15% der über 95-Jährigen haben lebende Geschwister (*BMFSFJ* 2002: 135). Diese Verluste im sozialen Netzwerk belasten die eigene Gesundheit und psychische Verfassung: Das Selbstmordrisiko von alten verwitweten Menschen liegt doppelt so hoch wie das von verheirateten. Aus der eingeschränkten Lebenssituation können Gefühle von sozialer Isolation und Einsamkeit entstehen. Dazu tragen – neben dem Tod des Partners/der Partnerin und Alleinleben – Kinderlosigkeit, Wohnen in einem Heim sowie Einschränkungen der Gesundheit und Mobilität als Risikofaktoren bei (*ebenda*, 136). Defizite in der Lebensqualität alter Menschen betreffen im Vergleich zu jüngeren Kohorten insbesondere gesundheitliche Beeinträchtigungen und eine Verringerung sozialer Beziehungen durch Einschnitte in das soziale Netzwerk. Neben Gefühlen der Einsamkeit (bei ca. einem Drittel der über 70-Jährigen) stellt auch die Furcht vor Gewalt und Kriminalität eine Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens dar.

Im Falle einer im hohen Alter eintretenden Pflegebedürftigkeit gewinnen *familiale Hilfen zur Pflege* eine besondere Bedeutung. Mehr als die Hälfte der über 2 Mio. Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung sind 80 Jahre und älter. Fast 90% aller pflegebedürftigen alten Menschen in Privathaushalten werden dort von engeren Familienangehörigen gepflegt (*BMFSFJ* 2002: 206). Häufig sind es die Frauen, die ihren älteren Partner pflegen, während die Pflege hochbetagter Frauen sich mehr auf die Kinder verlagert. Die Bereitschaft zur Übernahme der Pflege von Partnern und Kindern ist hoch, bedeutet aber auch weitreichende finanzielle und gesundheitliche Belastungen der Pflegenden, insbesondere bei dementen Personen. So weisen Pflegenden eine geringere Erwerbsquote und auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden auf. Trotz Zuneigung zur gepflegten Person entstehen häufiger Konflikte und Belastungen. Gewalt in Pflegebeziehungen stellt in diesem Zusammenhang ein eher tabuisiertes Thema bei hoher Dunkelziffer dar (*Bak-*

kes/Clemens 1998: 233f.). Zukünftig werden – bedingt durch demographische Entwicklungen und eine höhere Arbeitsmarktbeteiligung älterer Arbeitnehmerinnen – das familiäre Pflegepotenzial eher abnehmen und außerfamiliäre soziale Unterstützung und freiwilliges Engagement an Bedeutung gewinnen (Clemens/Naegele 2003).

Die zur Verfügung stehenden Daten zeigen ein differenziertes und vielfältiges Bild der Lebenslage und sozialen Risiken Hochbetagter. Sie verweisen zwar auf einen relativ hohen Anteil an Selbständigkeit und subjektiv hoch bewerteter Lebensqualität, auch „Potenziale“ des Alters werden betont. Allerdings werden auch Risiken und Einschränkungen der Gesundheit sowie sozialer und psychischer Lebensbedingungen deutlich. Durch Einschränkungen und Verletzlichkeit von hochaltrigen Menschen gewinnen formelle und informelle Hilfen und Unterstützung ebenso an Bedeutung wie Leistungen aus dem System der Sozialversicherungen – und damit die gesellschaftliche Solidarität.

5. Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven der Hochaltrigkeit

Der überwiegende Teil bisheriger Altersforschung hat sich mit den sogenannten „jungen Alten“ zwischen 60 und 70 Jahren beschäftigt. Aber lassen sich die relativ positiven Ergebnisse über die Mobilität, Vitalität und das Leistungsvermögen jüngerer Alter auf das hohe Alter übertragen? Baltes (1997: 159) betont, „dass das hohe Alter nicht als eine einfache Fortschreibung des jungen Alters verstanden werden kann, sondern dass sich im (hohen) Alter ein verändertes Bild zeigt.“ Dieses Bild prägt die individuelle und gesellschaftliche Sicht auf das hohe Alter. Insgesamt zeigt sich zwar eine Zunahme der Lebenserwartung und v.a. eine Verlängerung des Lebens im Alter in relativer Gesundheit (aktive Lebenserwartung) durch eine sog. „Kompression der Morbidität“ (Fries). Trotzdem ist das Alter jenseits von 80 oder 85 durch „Licht und Schatten“, Zufriedenheit und Wohlbefinden wie auch Krankheit und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet. Individuelle Alternsprozesse – als Syndrom aus biologischem, psychischem und sozialem Altern – unterscheiden sich zwischen Menschen sehr stark. Hochaltrige stellen eine „positive Selektion“ dar.

Der *Vierte Altenbericht* stellt die sozialen, psychischen und gesundheitlichen Merkmale des hohen Alters sowie den individuellen, milieuspezifischen und gesellschaftlichen Umgang mit Hochaltrigkeit dar. Schwerpunkte des Vierten Altenberichts liegen v.a. auf Problemlagen des hohen Lebensalters, insbesondere aufgrund demenzieller Erkrankungen, den damit verbundenen Lebenslagen Betroffener und ihrer Angehörigen. Diese perspektivische Ausrichtung des Altenberichts wurde von einzelnen Wissenschaftlern und Organisationen – wie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) – kritisiert. Sie sehen darin einen weiteren Beitrag zu einem negativen Altersbild, eine Wiederbelebung des früher verbreiteten „Defizit-Modells“ des Alters.

Die Lebensrealität der Hochbetagten gestaltet sich vielfältiger, als es eine thematische Verknüpfung von Hochaltrigkeit und Demenz im Titel des Vierten Altenberichts suggeriert. Die Lebenssituation im hohen Alter ist von großen interindividuellen Unterschieden, Risiken und Problemlagen geprägt. Fast drei Viertel der

über 85-Jährigen sind in der Lage, im Alltag allein zurechtzukommen. Auch bei alten und hochaltrigen Menschen dominieren Lebenszufriedenheit, Aktivität und Gegenwartsbezug. Die meisten von ihnen leben zu Hause und nicht in Einrichtungen der Altenhilfe. Sie erfahren überwiegend soziale Unterstützung im privaten Netzwerk und sind in der Regel materiell gut oder ausreichend abgesichert. Diesen *Ressourcen* stehen bei einer zunehmenden Zahl alter Menschen im neunten Lebensjahrzehnt eine Anzahl von *Einbußen* und Problemlagen gegenüber. Ein allgemeiner biologischer und psychologischer Leistungsabbau führt zu einer steigenden Verletzbarkeit und Hilfebedürftigkeit dieser Altersgruppe. Soziale Netze werden durch den Tod von Ehepartnern und sonstigen nahen Angehörigen brüchiger, Verlustgefühle und Einsamkeit nehmen zu. Die negativen Seiten des Alterns verstärken sich im vierten Lebensalter.

In einer alternden Gesellschaft werden „Solidargemeinschaften“ für Hochaltrige immer bedeutsamer. Auch wenn dies eine steigende Belastung z.B. der sozialen Sicherungssysteme bedeutet, wird diese Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten langsam verlaufen und Zeit für Reformen bleiben. Die öffentliche – und v.a. politische – Diskussion um die Folgen des demographischen Wandels (z.B. in der Rentenversicherung, deren Finanzlage heute überwiegend von der hohen Arbeitslosigkeit und weniger vom demographischen Druck betroffen ist) vermitteln allerdings manchmal den Eindruck, als sei diese Entwicklung plötzlich hereingebrochen – oder die „Katastrophe“ stehe direkt vor der Tür. Hochaltrigkeit ist und wird zunehmend eine gesellschaftliche Herausforderung, die die Gesellschaft alles Ganzes prägt und auch gesellschaftlich-solidarisch bewältigt werden muss.

Literatur

- Backes, Gertrud M. (1997): Alter(n) als gesellschaftliches Problem? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (1998): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim/München: Juventa.
- Baltes, Paul B. (1997): Gegen Vorurteile und Klischees über das Alter: Neue Erkenntnisse aus der Berliner Altersstudie. In: Lepenies, Annette (Hrsg.): *Alt & Jung. Das Abenteuer der Generationen*. Frankfurt/M.: Stroemfeld/Roter Stern.
- Bickel, Horst (2001): Demenzen im höheren Lebensalter. Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 108-115.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (1999): *Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1999*. Baden-Baden: Nomos.
- Clemens, Wolfgang (2001): *Ältere Arbeitnehmer im sozialen Wandel. Von der verschmähten zur gefragten Humanressource?* Opladen: Leske + Budrich.
- Clemens, Wolfgang; Naegele, Gerhard (2003): *Lebenslagen im Alter*. In: Kruse, Andreas; Martin, Mike (Hg.): *Lehrbuch Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber (in Druck).
- Enquête-Kommission Demographischer Wandel (2002): *Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft für den Einzelnen und die Politik“*. Deutscher Bundestag Drucksache 14/8800.
- Fachinger, Uwe (2002): *Einnahmen und Ausgaben Hochbetagter*. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band 2*. Hannover: Vincentz Verlag, S. 5-207.

- Höpflinger, François (2001): Hochaltrigkeit – Besonderheiten der Hochaltrigkeit. In: www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhalter1J.html (Stand 2.2.2003).
- Kannisto, Väinö (1994): Development of oldest-old mortality. Odense: Odense University Press.
- Klein, Thomas; Unger, Rainer (2002): Aktive Lebenserwartung in Deutschland und den USA. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35, S. 528-539.
- Mayer, Karl Ulrich; Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.
- Pohlmann, Stefan (2001): Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse. Stuttgart: Kohlhammer.
- Roloff, Juliane; Schwarz, Karl (2002): Bericht 2001 über die demographische Lage in Deutschland. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 27, S. 3-68.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2001): Statistisches Jahrbuch 2001 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Steinhagen-Thiessen, Elisabeth; Borchelt, Markus (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer/Baltes (Hrsg.), S. 151-183.
- Tews, Hans Peter (1999): Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. In: Niederfranke, Annette; Naegel, Gerhard; Frahm, Eckart (Hrsg.): Funkkolleg Altern 1. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 137-185.
- Valkonen, Tapani (1994): Socio-economic mortality difference in Europe. In: Beets, Gijs; van den Brekel, Hans et al. (eds.): Late fertility and others current issues. NIDI Publication. Lisse: Swets & Zeitlinger, S. 127-150.
- Wahl, Hans-Werner; Rott, Christoph (2002): Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band 1. Hannover: Vincentz, S. 5-95.