

Studie

Übergang vom «dritten» zum «vierten»
Lebensalter bei vulnerablen Menschen

Erst agil, dann fragil

Nadja Gasser, Carlo Knöpfel, Kurt Seifert

Mit der Reihe «Edition Pro Senectute» möchte Pro Senectute Schweiz in ihren Tätigkeitsbereichen einen Beitrag zu gesellschaftlichen Diskussions- und Verständigungsprozessen leisten. Die Texte der Autorinnen und Autoren geben deren persönliche Meinung wieder und müssen sich nicht mit den Positionen von Pro Senectute Schweiz decken.

Autoren

Nadja Gasser (1987), BA in Sozialer Arbeit, wissenschaftliche Assistentin, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Sozialplanung und Stadtentwicklung, Masterstudentin Soziale Arbeit FHNW.
Mail: nadja.gasser@students.fhnw.ch.

Carlo Knöpfel (1959), Dr. rer. pol., Sozialwissenschaftler, leitete während annähernd zwei Jahrzehnten den Bereich Grundlagen und später die Inlandarbeit von Caritas Schweiz. Seit Juni 2012 nimmt er eine Professur für Sozialpolitik und Sozialarbeit am Institut für Sozialplanung und Stadtentwicklung der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW in Basel wahr. Mail: carlo.knoepfel@fhnw.ch.

Kurt Seifert (1949), Diplom-Pädagoge, Sozialwissenschaftler. Berufliche Tätigkeiten in unterschiedlichen Arbeitsfeldern in Deutschland und in der Schweiz. Er arbeitet seit 1999 in der Geschäfts- und Fachstelle von Pro Senectute Schweiz und ist dort für den Bereich Forschung und Grundlagenarbeit zuständig. Mail: kurt.seifert@pro-senectute.ch.

Impressum

Erste Auflage 2015: 600 Exemplare

© 2015 Pro Senectute Schweiz

Lavaterstrasse 60, Postfach,
8027 Zürich, www.prosenectute.ch

Gestaltung/Satz: Sihldruck AG
ISBN: 978-3-9523476-8-3

Dieses Buch ist auch auf Französisch erhältlich.

Das Werk einschliesslich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne schriftliche Zustimmung des Herausgebers unzulässig. Darunter fallen auch alle Formen der elektronischen Verarbeitung.

Kontakt und Bestellung

Pro Senectute Schweiz
Lavaterstrasse 60, Postfach, 8027 Zürich
Tel. 044 283 89 89, Mail: info@prosenectute.ch,
www.prosenectute.ch

Erst agil, dann fragil

Übergang vom «dritten» zum «vierten»
Lebensalter bei vulnerablen Menschen

Vorwort

Ein langes Leben in verhältnismässig guter Gesundheit – das ist ein alter Menschheitstraum, der zumindest in den wohlhabenden Gesellschaften immer mehr zur Wirklichkeit werden kann. Dieser zivilisatorische Fortschritt unserer Zeit wird leider viel zu selten gewürdigt. Allzu oft ist vom Alter als einer «Last» die Rede: eine Bürde für jene, die so alt werden, und eine Belastung für das Gemeinwesen, das für die Kosten des Alters aufkommen muss. Dieser einseitigen Sicht tritt Pro Senectute, wo immer möglich, entgegen.

Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass auch ein langes Leben mit Verlusten und dem Abbau von Kräften verbunden ist. Einem «dritten» Alter nach der Pensionierung, das in vielem dem vorangegangenen «zweiten» Alter gleicht, welches von Aktivitäten in unterschiedlichen Lebensfeldern geprägt wurde, folgt in den meisten Fällen eine zunehmende Fragilisierung. Diese führt vielfach dazu, dass die Frau, der Mann im hohen Alter von anderen Menschen abhängig wird, um das Leben noch bewältigen zu können.

Wie vollzieht sich der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Alter, welche Unterstützung benötigen die Betroffenen und wo gibt es Lücken im Angebot von Dienstleistungen zur Begleitung von Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind? Diese Fragen werden im vorliegenden Bericht zumindest ansatzweise beantwortet. Eine Forschungsgruppe, bestehend aus Prof. Dr. rer. pol. Carlo Knöpfel, Dozent am Institut für Sozialplanung und Stadtentwicklung der Hochschule für Soziale Arbeit in Basel, Nadja Gasser, B.A. in Sozialer Arbeit, wissenschaftliche Assistentin der Hochschule für Soziale Arbeit, sowie dem Diplom-Pädagogen Kurt Seifert als Vertreter von Pro Senectute Schweiz, hat die Thematik bearbeitet. Dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) danken wir für die finanzielle Unterstützung.

Die vorliegende Studie liefert wichtige Hinweise und Anregungen, um den Blick für die Lebensbedingungen im hohen Alter noch weiter zu öffnen. Sie fordert auch dazu auf, die bestehenden Dienstleistungen für Menschen im hohen Alter daraufhin zu überprüfen, ob sie dem Bedarf und den Bedürfnissen dieser Menschen entsprechen. Ein spezielles Augenmerk legt die Studie auf die Situation der besonders Verletzlichen. Der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Alter macht Menschen anfälliger für belastende Situationen: Sie werden vulnerabel, weil ihre Ressourcen abnehmen. Diese belastenden Auswirkungen zu lindern ist eine wichtige Aufgabe für Pro Senectute – sowohl im Alltag der Betroffenen als auch auf politischer Ebene.

Werner Schärer

Direktor Pro Senectute Schweiz

Abstract

Die Lebensphase Alter wird länger und vielfältiger. Darum ist immer häufiger von einem «dritten» und einem «vierten» Lebensalter die Rede. Im Zentrum dieser Studie stehen zwei Themen. Zum einen geht es um den Übergang zwischen diesen beiden Lebensaltern. Wie gelangen Menschen vom «dritten» in das «vierte» Lebensalter und welche Unterstützung benötigen sie dabei? Da das Alter die Lebensphase mit den grössten sozialen Unterschieden ist, verfügen nicht alle Menschen über die gleichen Möglichkeiten, sich Unterstützung zu erschliessen. Das zweite Thema dieser Untersuchung dreht sich deshalb um das Konzept der Vulnerabilität. Welche Menschen sind vulnerabel, haben also besondere Schwierigkeiten, auf Veränderungen im Leben zu reagieren? Aufbauend auf der Theorie des französischen Soziologen Pierre Bourdieu wird ein Modell entworfen, mit dem die Lebenslage vulnerabler Menschen beschrieben werden kann.

Der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter

Das Alter beginnt aus sozialpolitischer Sicht mit der Pensionierung. Seit der Einführung des gesetzlichen Rentenalters hat sich die Lebensphase Alter immer mehr ausgedehnt und ist vielfältiger geworden. Dieser Vielfalt entsprechend drängt sich die Untergliederung in ein «drittes» und ein «viertes» Lebensalter auf. Entscheidend ist dabei nicht das chronologische Alter einer Person, ausschlaggebend sind ihre körperlichen Kapazitäten. Aufgrund unterschiedlicher genetischer Veranlagungen und individueller Lebensverläufe können sich die Lebenssituationen zweier gleichaltriger Seniorinnen oder Senioren stark unterscheiden. Die vorgenommene Unterteilung hilft zwar, der Vielfalt des Alters Rechnung zu tragen, bringt aber auch das Risiko einer Stigmatisierung mit sich. Die Beschreibungen der beiden Lebensalter können zu Abstraktionen werden, die wertend konnotiert sind. Plakativ ausgedrückt stehen den «aktiven», leistungsfähigen Seniorinnen und Senioren im «dritten» Lebensalter «passive», auf Unterstützung angewiesene Alte im «vierten» Lebensalter gegenüber. Dieser Gefahr einer wertenden Unterscheidung begegnet die Studie, indem die gängige Unterteilung genauer untersucht wird. Die Auseinandersetzung mit Arbeiten aus der Gerontologie und anderen Wissenschaften lässt darauf schliessen, dass das «vierte» Lebensalter nicht so negativ erfahren wird, wie man gemeinhin glaubt. Es be-

ginnt mit einer längeren Phase der Fragilisierung und mündet, wenn überhaupt, in vielen Fällen nur in eine kurze Phase der Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit.

Wie in jedervorhergehenden Phase können auch im Alter Ereignisse auftreten, die das Leben plötzlich grundlegend verändern. Sie erschüttern die Betroffenen und fordern sie heraus, neue Handlungsstrategien zu entwickeln und ihren Alltag anzupassen. Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko, gewisse kritische Lebensereignisse erleiden zu müssen. So werden Personen vermehrt mit dem Tod nahestehender, gleichaltriger Personen konfrontiert. Altersbedingte körperliche Abbauerscheinungen erhöhen das Risiko von Stürzen, die schwere Folgen nach sich ziehen. Solche Ereignisse können den Prozess der Fragilisierung beeinflussen.

Jeder Mensch verfügt über unterschiedliche Ressourcen, um den Übergang von einer zur nächsten Lebensphase zu gestalten und kritische Lebensereignisse zu bewältigen. Diese Ausgangslage führt zum zweiten Kernthema der Studie, dem Konzept der Vulnerabilität.

Vulnerable ältere Menschen

Welche Menschen sind vulnerabel, haben also besondere Schwierigkeiten, auf Veränderungen im Leben zu reagieren? Ausgehend von der Habitus-Theorie des Soziologen Pierre Bourdieu wird ein Modell entworfen, mit dem die Lebenslage vulnerabler Menschen beschrieben werden kann. Da der Körper im Prozess der Fragilisierung eine entscheidende Rolle einnimmt, werden Bourdieus Kategorien des ökonomischen, sozialen und kulturellen Kapitals um eine vierte Form, das Körperkapital, ergänzt. Die Lebenslage einer Person zeichnet sich durch ihren materiellen Besitz, durch unterstützende soziale Beziehungen, ihr Wissen oder ihre (frühere) berufliche Position und durch ihre Gesundheit und ihre körperlichen Fähigkeiten aus. Alle diese Kapitalien stehen in einem engen biografischen und gesellschaftlichen Zusammenhang. Sie werden in der Familie vererbt und potenzieren sich gegenseitig. Die Unterschiede im Kapitalumfang verschiedener Personen vergrössern sich mit zunehmendem Alter.

Vulnerabilität zeichnet sich demnach durch ein Defizit in verschiedenen Kapitalformen aus, das sich kumuliert. Vulnerablen älteren Menschen fehlt es oft nicht nur an

Geld, sondern sie leben isoliert, haben mit Sprach- und Verständnisschwierigkeiten zu kämpfen und sind in ihrer Mobilität eingeschränkt. Wie solche Lebenslagen aussehen können und welche Personengruppen ein hohes Risiko besitzen, vulnerabel zu werden, wird in der Studie beschrieben.

Geld, soziale Beziehungen oder Wissen werden eingesetzt, um im Leben Ziele zu erreichen oder um Probleme lösen zu können. Menschen, die lediglich geringe Ressourcen zur Verfügung haben, sind häufig auf die Unterstützung durch Hilfsangebote angewiesen.

Welche Unterstützung bieten die Angebote des Systems von Beratung, Hilfe und Pflege und wo bestehen noch Lücken? Das wird in dieser Arbeit auf der Basis von Experteninterviews untersucht.

Die Fachpersonen beobachten, dass die Fragilisierung sehr individuell verläuft. Vielen gemeinsam sind ein Verlust an Lebensenergie und zunehmende Sehprobleme. Neben den körperlichen Veränderungen thematisieren Fachleute auch psychische Schwierigkeiten. Wenn körperliche Fähigkeiten nachlassen und gewisse Tätigkeiten nicht mehr selbstständig erledigt werden können, muss Unterstützung durch andere Menschen in Anspruch genommen werden. Seniorinnen und Senioren stehen dann im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Manchen fällt es leicht, Hilfe anzunehmen, anderen weniger.

Falls jemand Hilfe braucht und sich nicht auf Familienangehörige verlassen kann oder will, bieten Pro Senectute-Organisationen und andere Institutionen der Altersarbeit vielfältige Unterstützung. Damit diese wirksam sein kann, müssen vulnerable Menschen erreicht werden. In der Analyse der Interviews zeigt sich, dass das Problem der Erreichbarkeit einerseits mit den vulnerablen älteren Menschen selbst zu tun hat, zum anderen aber auch mit den Angeboten. Nutzerspezifische Faktoren, welche die Inanspruchnahme eines Angebots erschweren können, sind beispielsweise mangelnde Sprachkenntnisse oder Ressentiments, auf keinen Fall staatliche Leistungen beziehen zu wollen. Seitens der Angebote sind es Faktoren wie der Veranstaltungsort und die Möglichkeiten des Transports dorthin, die eine Nutzung verhindern können.

In der Synthese von Theorie und Empirie wird ein Modell erarbeitet, mit dem Angebote unter dem Blickwinkel der Vulnerabilität betrachtet werden können. Das Modell zeigt auf, wo sich Defizite in welchen Kapitalformen kompensieren lassen. Damit hilft es auch, Potenziale zu entdecken und zu erkennen, im Hinblick auf welche Kapitalform eine Dienstleistung optimiert werden könnte.

Da Dienstleistungen einer Organisation immer auch im Kontext der Gesamtversorgung zu sehen sind, wird die Betrachtung erweitert auf das gesamte Netzwerk der Angebote im Altersbereich. Hier zeigen sich grosse Unterschiede von Kanton zu Kanton. Vor allem in Bereich der Hilfe zuhause sind Differenzen in den angebotenen Leistungen und ihren Preisen erkennbar. Diese Ungleichheit erschwert gerade vulnerablen Menschen den Zugang zu Unterstützungsangeboten für das selbstständige Leben in den eigenen vier Wänden.

In Artikel 112c der Bundesverfassung ist zwar verankert, dass die Kantone «für die Hilfe und Pflege für Betagte [...] zu Hause» zu sorgen haben. Aber genau bei dieser Abgrenzung von Pflege und Betreuung zeigen sich Probleme. Die beiden Bereiche gehören eigentlich eng zusammen, werden aber aus unterschiedlichen Quellen finanziert. Die Pflegekosten übernimmt die obligatorische Krankenversicherung bis zu einer bestimmten Grenze – die «Restkosten» regeln die Kantone. Die Kosten der hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen und der ambulanten wie auch der stationären Betreuung gehen hingegen zulasten der Hilfsbedürftigen. Falls sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben, beteiligen sich diese an den anfallenden Ausgaben. In der schweizerischen Gesetzgebung ist bis jetzt nicht geregelt, welche Leistungen die Betreuung umfasst und wie der Zugang zu dieser Hilfe für alle gewährleistet werden soll.

Aus der Perspektive dieser Studie ist eine ganzheitliche Sicht von Betreuung und Pflege im Sinne einer «Sorgearbeit im Alter» erforderlich. Um diese besser zu gewährleisten und damit auch die Situation vulnerabler älterer Menschen zu verbessern, könnte ein Rahmengesetz des Bundes die Grundlage zur Umsetzung des Verfassungsartikels schaffen und damit auch die Kantone in die Pflicht nehmen.

Inhaltsverzeichnis

1. Lebensalter	12
1.1. Lebenslaufmodell	13
2. Der Übergang vom «dritten» ins «vierte» Lebensalter (Fragilisierung)	20
2.1. Fragilisierung als geriatrisches Konzept	22
2.2. Gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen im Alter	25
2.3. Konsequenzen der Fragilisierung	25
2.4. Konsequenzen der Fragilisierung: Wo wird Unterstützung benötigt und in Anspruch genommen?	27
3. Die Fragilisierung beeinflussende kritische Lebensereignisse	30
3.1. Plötzliche körperliche Ereignisse	30
3.2. Erkrankung und Pflegebedürftigkeit des Partners oder der Partnerin	30
3.3. Rollenwechsel und Abschiede aus Rollen	31
3.4. Verlust von Angehörigen und Freunden	32
4. Lebenslage – ein Resultat der Kapitalausstattung	34
4.1. Ökonomisches Kapital	35
4.2. Kulturelles Kapital	36
4.3. Soziales Kapital	37
4.4. Körperkapital	39
4.5. Konvertierung der Kapitalformen	40
5. Vulnerabilität	44
5.1. «Arm» – tiefe Ausstattung mit ökonomischem Kapital	45
5.2. «Bildungsfern» – tiefe Ausstattung mit kulturellem Kapital	48
5.3. «Einsam» – geringe Ausstattung mit sozialem Kapital	50
5.4. «Fragil» – geringe Ausstattung mit Körperkapital	51
5.5. Vulnerable Menschen im Alter	52
6. Erfahrungen aus der Praxis	56
6.1. Methodisches Vorgehen	56
6.2. «Drittes» und «viertes» Lebensalter aus Expertensicht	57
6.3. Fragilisierung aus Expertensicht	59
6.4. Kritische Lebensereignisse aus Expertensicht	61
6.5. Vulnerable ältere Menschen aus Expertensicht	64
6.6. Angebote für ältere Menschen aus Expertensicht	69
6.7. Begleitung des Übergangs durch Angebote aus Expertensicht	70
6.8. Unterstützung bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse	75
6.9. Angebote und Vulnerabilität aus Expertensicht	76

7. Vulnerabilität im Fokus der Praxis	82
7.1. Erreichbarkeit	82
7.1.1. Erste Anlaufstellen	83
7.1.2. Aufsuchende Angebote	84
7.1.3. Freizeit-, Sport- und Kulturangebote	85
7.2. Kompensation von Kapitaldefiziten dank Angeboten	86
7.3. Optimierungsvorschläge auf organisationaler Ebene	94
7.4. Lücken bei den Angeboten	96
8. Die feinen Unterschiede bei Pflege, Hilfe und Betreuung	100
8.1. Hürden bei der Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter	100
8.1.1. Fehlendes Wissen zu Ansprüchen und nicht rückgeforderte Leistungen	101
8.1.2. Hoher administrativer Aufwand	101
8.1.3. Hoher Grad der Kostenbeteiligung durch die Pflegebedürftigen selber	102
8.2. Trennung zwischen Pflege und Hilfe	102
9. Neue politische Agenda für Hilfe und Betreuung	106
9.1. Wer kümmert sich um die Sorgearbeit?	106
9.2. Brauchen wir eine Pflegeversicherung?	108
9.3. Ein Rahmengesetz für Sorgearbeit im Alter schaffen	111
Dank	116
Anhang	117
Abkürzungsverzeichnis	120
Abbildungsverzeichnis	121
Literaturverzeichnis	122

Einleitung

Die steigende Lebenserwartung führt dazu, dass sich die Lebensphase Alter, sozialpolitisch definiert als Lebensphase nach der Pensionierung, ausdehnt und durch den Wandel gesellschaftlicher Strukturen immer vielfältiger wird. Deswegen drängt sich eine weitere Unterteilung dieser Lebensphase auf. Häufig wird ein «drittes» von einem «vierten» Lebensalter unterschieden. Das **erste Kapitel** setzt sich mit der Vielfalt der Lebensphase Alter und dieser Unterteilung auseinander. Wodurch zeichnen sich die beiden Lebensalter aus und anhand welcher Kriterien werden Personen diesen Gruppen zugeschrieben? Die damit einhergehende symbolische Bedeutung des «aktiven», «dritten» Lebensalters und des «fragilen», «vierten» Lebensalters wird kritisch hinterfragt. Das **zweite Kapitel** geht genauer auf den Übergang zwischen dem «dritten» und «vierten» Lebensalter ein. Einen zentralen Begriff stellt der Prozess der Fragilisierung dar. Er beinhaltet körperliche Abbauprozesse, die zu Einschränkungen von körperlichen und kognitiven Kapazitäten führen. Das Kapitel beschreibt Indikatoren, anhand derer Fragilisierung zu erkennen ist und erläutert die Folgen dieser Prozesse für Betroffene. In der Phase des Übergangs treten neben dem körperlichen Prozess der Fragilisierung noch andere Veränderungen auf, die sich auch auf diese Fragilisierung auswirken können. Diese werden in **Kapitel 3** als kritische Lebensereignisse beschrieben. Damit sind negativ wahrgenommene Ereignisse wie eine Scheidung oder auch ambivalente wie der Abschied aus einer Rolle gemeint. Für einige kritische Lebensereignisse besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, sie im Alter bewältigen zu müssen – beispielsweise den Verlust von Angehörigen und Freunden oder die Pflegebedürftigkeit der Partnerin oder des Partners.

Das **vierte Kapitel** öffnet den Blick auf die gesamte Lebenssituation der Personen im Übergang. Die Lebenslage eines Menschen wird in Anlehnung an den Soziologen Pierre Bourdieu als Ausstattung mit Kapitalien verstanden. Die drei Kapitalformen (ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital) nach Bourdieu werden erklärt und in ihrer Ausprägung in der Lebensphase Alter beschrieben. Da der Körper den Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter wesentlich bestimmt, schlägt die vorliegende Studie eine Ergänzung der drei Kapitalformen nach Bourdieu um das Körperkapital vor. Die

verschiedenen Kapitalformen können ineinander konvertiert werden. Unter welchen Bedingungen die Konvertierung gelingt und welche Faktoren sie erschweren, wird in diesem Kapitel erläutert. Personen, die eine tiefe Kapitalausstattung in mehreren Kapitalformen aufweisen, werden als vulnerabel bezeichnet. Sie besitzen schlechte Chancen bei der Kapitalkonvertierung und können aufgrund einer Kumulation von Defiziten keine Lücken in der Kapitalausstattung ausgleichen. Im **Kapitel 5** werden durch Kapitaldefizite geprägte Lebenssituationen im Alter beschrieben: Welche Personengruppen weisen aus welchen Gründen ein erhöhtes Risiko auf, arm, bildungsfern, isoliert und krank zu sein?

Im **Kapitel 6** werden die beiden Stränge der vorangegangenen Darlegungen kombiniert: Wie erleben vulnerable Menschen den Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter? Erläutert wird diese Frage anhand der empirischen Ergebnisse dieser Studie. Sie stammen aus Interviews mit Fachpersonen von Pro Senectute-Organisationen und anderen Dienstleistern, die im Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter relevant werden. Expertinnen und Experten erläutern, wie Personen und ihr Umfeld den Übergang erleben und welche Ereignisse ihn begleiten und moderieren. Die im theoretischen Kapitel erarbeiteten Konzepte werden mit den Interviewergebnissen abgeglichen. Verwenden die Expertinnen und Experten dieselben Konzepte zur Beschreibung des Übergangs vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter? Wie setzen sie den Begriff der Vulnerabilität ein und welche älteren Menschen sind aus ihrer Sicht besonders vulnerabel?

Das **siebte Kapitel** fokussiert darauf, welche Unterstützung vulnerable ältere Menschen erhalten und formuliert Vorschläge, wie sie ausgeweitet werden könnte. Angebote der Altersarbeit werden auf ihre Möglichkeit, Defizite in den Kapitalformen kompensieren zu können, untersucht. Bei guter Ausgestaltung haben sie das Potenzial, auf Defizite in verschiedenen Kapitalformen reagieren zu können. Beispiele von Angeboten, denen das gelingt, werden beschrieben. Zudem wird ein Modell präsentiert, dank dem Dienstleistungen unter dem Blickwinkel der Vulnerabilität betrachtet werden können.

Aus den theoretischen Überlegungen und den Erfahrungen der Praxis wird deutlich, dass im Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter vor allem ein Bedarf nach Unterstützung im Alltag entsteht. Doch gerade bei diesen Leistungen bestehen in der Schweiz grosse Angebots- und Kostenunterschiede. Das **Kapitel 8** erläutert, wie im schweizerischen Gesundheitssystem zwischen Pflege und Hilfe unterschieden wird, und vor welche Herausforderungen diese Trennung hilfsbedürftige ältere Menschen und deren Familien stellt.

Das **neunte Kapitel** legt dar, dass die Sorgearbeit immer noch beträchtlich auf den Schultern der Angehörigen lastet und gerade beim Bedürfnis nach Hilfe, welches im Übergang in das «vierte» Lebensalter entsteht, für viele eine Finanzierungslücke klafft. Um insbesondere die Situation von vulnerablen älteren Menschen zu verbessern, muss aus Sicht der Autorin und der Autoren die Abgrenzung zwischen «Hilfe» und «Pflege» überwunden werden. Notwendig ist eine ganzheitliche Sicht auf die «Sorgearbeit im Alter». Einen ersten Schritt dazu böte ein Bundesrahmengesetz, welches die in Artikel 112c der Bundesverfassung vorgesehene Gewährleistung von «Hilfe und Pflege von Betagten [...] zu Hause» konkretisiert.

1. Lebensalter

Wann ist jemand alt? Was ist das Alter und womit beginnt es? Diese Fragen sind nicht so leicht zu beantworten, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Dieses erste Kapitel nähert sich dem Alter durch eine Auseinandersetzung mit Altersbildern und der verbreiteten Untergliederung der Lebensphase Alter in ein «drittes» und «viertes» Lebensalter an.

Die Frage, ab wann jemand alt ist, wird sehr unterschiedlich beantwortet. Nicht für alle Lebensbereiche gelten die gleichen Altersgrenzen. Im Bereich des Sports wird jemand Ende 30 als «alt» betrachtet. In der Familie oder in der Arbeitswelt hingegen werden andere Grenzen bestimmt. Befragte im Alter von 30 bis 80 Jahren setzen für den Lebensbereich «Familie» die Grenze, ab der jemand als «alt» wahrgenommen wird, bei 70 Jahren, im Bereich «Arbeit» hingegen bei 57 Jahren (vgl. Kornadt/Rothermund 2011:292). Je nach Alter des Betrachters oder der Betrachterin schiebt sich die Grenze, ab wann jemand als «alt» angesehen wird, zudem nach hinten (vgl. Lalive d'Épinay/Cavalli 2013:32). Für Teenager beginnt «alt sein» mit 60, für 50-Jährige mit 70.¹

Seit der frühen Kindheit tragen Menschen Vorstellungen vom Alter(n) und von alten Menschen in sich. Altersbilder werden sozial konstruiert und sie verändern sich. Spannend an Bildern vom Alter(n) ist, dass sie den Betrachter oder die Betrachterin ebenfalls betreffen. Die beschriebene Fremdgruppe «die Alten» wird in Zukunft eine Eigengruppe sein (vgl. Kornadt/Rothermund 2011: 292f.). So stehen Altersbeschreibungen im Zusammenhang mit eigenen Zukunftshoffnungen sowie -ängsten und sie wirken sich auch auf das eigene Altern aus. Umgangssprachlich wird in der deutschen Sprache häufig die Formulierung «eine ältere Person» verwendet, da die Beschreibung «alte Person» als hart und unhöflich verstanden wird. Rein grammatikalisch betrachtet ist diese Verwendung unlogisch: Als Relativierung eines Begriffes wird seine Steigerungsform benutzt – denn bei korrektem Sprachgebrauch ist «älter» ja älter als «alt». Gibt dieser Wortgebrauch einen Hinweis auf unsere ambivalente Beziehung zum Alter und vor allem zum eigenen Älterwerden?

Der Blick in den französischen Sprachraum ermöglicht eine weitere Erkenntnis betreffend Altersbilder. Im Französischen stehen für das deutsche «alt» die Begriffe «agé/e» und «vieux/vieille» zur Verfügung. Sie enthalten erstaunliche Unterschiede. Den Probanden der SWILSOO Studie im Alter von 86 bis 94 Jahren wird die folgende einleitende Frage gestellt:

Madame, Monsieur, maintenant vous avez [...] ans, vous avez une longue vie derrière vous et on peut dire que vous êtes très âgé/e. J'aimerais vous demander à quelle occasion, dans quelles circonstances, vous avez eu le sentiment d'être entré/e dans la vieillesse, d'être devenu/e vieux/vieille?

(Lalive d'Épinay/Cavalli 2013:33)

Auf Deutsch würde die Frage folgendermassen lauten:

Herr, Frau X. Nun sind sie [...] Jahre alt. Sie haben ein langes Leben hinter sich und man könnte sagen, dass Sie im Alter sind. Ich möchte von Ihnen erfahren, in welcher Situation, unter welchen Umständen hatten sie den Eindruck, alt zu sein?

(vgl. Lalive d'Épinay/Cavalli 2013:33 [Übersetzung N.G.]).

Alle Befragten zeigen sich einverstanden mit der ersten Feststellung, dass sie im Alter (très âgé/e) seien, aber ein Drittel sträubt sich energisch gegen die Beschreibung, alt im Sinne von vieux/vieille zu sein. «Alt sein» (être vieux/vieille) wird von vielen mit dem Verzichtemüssen auf gewisse Aktivitäten verbunden. Andere bemerken zwar, dass sie mit Einschränkungen zu kämpfen haben, behaupten aber trotzdem, dass sie sich noch nicht alt fühlen, da sie nicht vollständig auf Unterstützung angewiesen seien (vgl. Lalive d'Épinay/Cavalli 2013:38). Kurzum: Die Befragten wehren sich dagegen, anhand ihres chronologischen Alters und somit anhand statistischer Wahrscheinlichkeiten als alt (vieux/vieille) kategorisiert zu werden. Die Alten möchten selber bestimmen können, ab wann sie alt sind (vgl. ebd.:45). Diese Erkenntnis, dass Alt-sein nach Jahren nicht ausreicht, um sich alt zu fühlen, unterstützt die Abkehr von chronologischen Altersdefinitionen. Alternativen zu einer chronologischen Definition der Lebensphase Alter werden im nächsten Kapitel aufgezeigt.

¹ Vgl. Hummel/Tettamanti 2008, zitiert nach Lalive d'Épinay/Cavalli 2013:32.

1.1. Lebenslaufmodell

Als Wegweiser zur Betrachtung der Lebenssituation eines Menschen dient in dieser Studie das Lebenslaufmodell. Es gliedert den Lebenslauf einer Person in verschiedene Phasen. Sie können biologisch an der körperlichen Entwicklung orientiert sein oder sozial entlang gesellschaftlicher Institutionen. Seit der Industrialisierung ist ein dreigeteilter Lebenslauf, der sich stark an der Erwerbstätigkeit orientiert, verbreitet. Danach gliedert sich das Leben grob in eine «Vorbereitungsphase», in der die Schulbildung absolviert wird, eine zentrale «Erwerbsphase» und eine «Ruhestandsphase». Untergliedert wird dieser Lebenslauf in verschiedene Teilphasen, die durch einen gesellschaftlichen Kalender strukturiert sind. Der Zeitpunkt des Schuleintritts ist vorgegeben, der Übergang in eine Ausbildung oder eine weiterführende Schule wird von vielen geteilt und die Pensionierung ist ebenfalls durch den Sozialstaat reglementiert.

Zwischen den Lebensphasen finden Übergänge statt. In der Lebenslaufforschung wird der Begriff Übergang als Zustandswechsel verstanden, der das Ende einer Lebensphase und den Beginn einer neuen Lebensphase markiert, darum einigermassen abrupt, aber doch prozesshaft erlebt wird, weil er eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt (vgl. Sackmann/Wingens 2001:19f.). Unter Zustand wird eine Lebenslaufposition oder beispielsweise eine Eigenschaft (ledig) verstanden (vgl. ebd.:23). Übergänge im Lebensverlauf sind streng gesehen nicht umkehrbar, da die Zeitachse nur in eine Richtung verläuft.

Alltagssprachlich wird von verschiedensten Übergängen im Lebenslauf gesprochen und sie werden anhand

unterschiedlicher Ereignisse erkannt. So hält Cavalli (vgl. 2012:33) fest, dass beispielsweise der «Übergang ins Erwachsenenalter» mit dem Abschluss einer Ausbildung, dem Bezug einer eigenen Wohnung oder der Geburt des ersten Kindes in Verbindung gesetzt wird. Dementsprechend könnte der Übergang ins Alter auch durch den Eintritt in die Grosselternschaft markiert sein. Dieser findet aber je nach Familienkonstellation früh oder gar nie statt und ist deshalb aus einer das Individuum übergreifenden Sicht nicht aussagekräftig. Welche Ereignisse für einen Übergang bezeichnend sind, ist kultur- und zeitgebunden.

Das Lebenslaufmodell, das in dieser Arbeit verwendet wird, ist sozialpolitisch geprägt und orientiert sich an den Institutionen, die im Lebenslauf durchschritten werden. Der Übergang ins Alter, genauer: in das «dritte» Lebensalter, erfolgt mit der Pensionierung und ist damit nicht an individuellen, sondern an sozialstaatlichen Kriterien orientiert. Mit dem Referenzalter für den Rentenbezug und den untersten Grenzen für einen AHV-Vorbezug oder die Frühpensionierung ist ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, wann dieser Übergang erfolgt. Bei diesem Übergangszeitraum zeigte sich in den letzten Jahren eine Verbreiterung, freiwillig und unfreiwillig. Einige leisten sich freiwillig eine Frühpensionierung oder entscheiden, dass ihnen die Pensionierung mit 64 oder 65 Jahren zu früh ist und sie weiterarbeiten möchten. Andere müssen aus Krankheitsgründen oder auf Druck des Arbeitgebers frühzeitig ihre Erwerbstätigkeit aufgeben.

Im Moment sind die Möglichkeiten der selbstbestimmten Gestaltung des Übergangs ins «dritte» Lebensalter von den eigenen finanziellen Mitteln abhängig. Mit dem

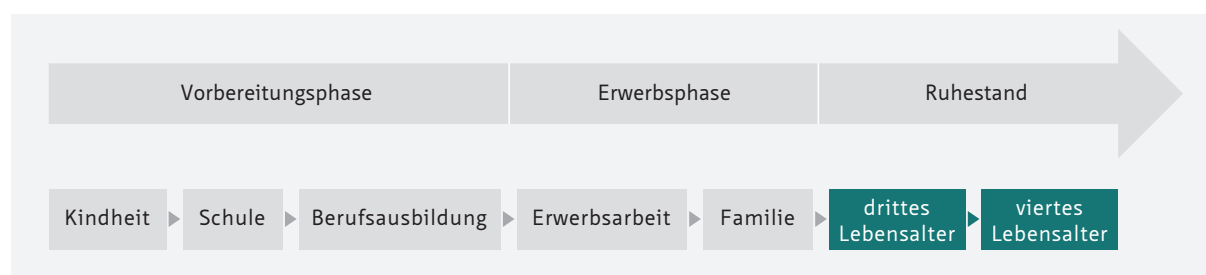


Abbildung 1 Lebenslaufmodell, eigene Darstellung

Reformprogramm «Altersvorsorge 2020» soll mehr Flexibilität beim Rentenbezug ermöglicht werden. Bei der Verwirklichung dieses Projekts wird sich zeigen, ob es tatsächlich gelingt, solche Bedingungen zu schaffen, die mehr Menschen einen selbstbestimmten Übergang ins «dritte» Lebensalter ermöglichen.

Über das «dritte» Lebensalter hinaus scheinen weniger soziale Termine vorgegeben zu sein (vgl. Amrhein 2008: 179). Bedeutet dies eine grössere individuelle Gestaltungsfreiheit im Alter? Welche Chancen überhaupt vorhanden sind, um das Alt-werden frei gestalten zu können, wird in dieser Arbeit untersucht. Erste Hinweise zeigen, dass sich gesellschaftliche Vorgaben weiter ins Alter hinein ausdehnen. Ein Beispiel für einen sozial vorgegebenen Termin oder eine Altersgrenze stellt in der Schweiz die Verpflichtung für alle über 70-jährigen Autoführerinnen und -führer dar, sich regelmässig einer vertrauensärztlichen Kontrolluntersuchung zu unterziehen (vgl. VZV, Art. 27b). Es ist denkbar, dass dieser Regelung noch weitere Vorschriften für Personen im Alter folgen werden. Im Bereich der Medizin könnten vermehrt Altersobergrenzen für gewisse Behandlungen oder Eingriffe festgelegt werden.

Aus sozialpolitischer Sicht stellt das Alter seit der Industrialisierung eine Lebensphase dar, die durch die Ausgliederung aus dem Erwerbsleben definiert und kollektiv erfahrbar gemacht wird. Bei ihrer Festlegung stimmte die Altersgrenze der Pensionierung in etwa mit der damaligen durchschnittlichen Lebenserwartung überein (vgl. Lalive d'Épinay/Cavalli 2013:11). Unterdessen ist die zeitliche Spanne zwischen der Pensionierung und dem Eintritt des Todes im Durchschnitt immer grösser geworden. Bei der heutigen Lebenserwartung hat ein Mann im Alter von 65 Jahren im Durchschnitt weitere 19,0 Jahre und eine Frau 22,5 Jahre vor sich. Neben der gesamten Lebenserwartung dehnen sich auch die gesunden Lebensjahre im Alter aus. Im Jahr 2010 betrugen sie in der Schweiz für 65-jährige Männer 11,5 Jahre und für 65-jährige Frauen 12,2 Jahre.²

² Vgl. Eurostat Pressemitteilung vom 19.04.2012 zur Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren für die Schweiz im Jahr 2010, zitiert nach Höpflinger 2012:43.

Da die Phase ab der Pensionierung bis zum Tod immer länger und vielfältiger wird, wurde wiederholt eine Untergliederung in ein «drittes» und ein «viertes» Lebensalter vorgeschlagen.³

«Drittes» Lebensalter

Ab der Pensionierung beginnt das sogenannte dritte Alter. Eine Phase, in der laut ihrem «Erfinder», dem Historiker und Soziologen Peter Laslett (vgl. 1995), Pensionierte ihre neugewonnene freie Zeit auskosten, neue Erfahrungen sammeln, sich verwirklichen und sich für die Gesellschaft einsetzen. Das dritte Lebensalter wird verbunden mit Aktivität, Gesundheit und Engagement für andere und ist positiv konnotiert.

«Viertes» Lebensalter

Demgegenüber steht das «vierte Alter», als letzte Phase des Lebens, die laut Laslett (vgl. 1995:34ff.) durch Altersschwäche, Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit gezeichnet ist und in den Tod mündet. Dieses Bild des «vierten» Alters vereint in sich die seit langem verwendeten negativen Attribute, die mit dem Alter(n) verbunden werden. Das führt zu einem negativ verzerrten Extrembild. Denn die letzte längere Lebensphase stellt sich bei vielen Menschen anders dar, wie im nächsten Kapitel gezeigt wird.

Das vierte Alter beginnt, wenn «altersbezogene körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen einschneidende Einschränkungen und Anpassungen des Alltagslebens erzwingen» (Höpflinger 2011a:59). Es ist gekennzeichnet durch verstärkte Abnahme der körperlichen und geistigen Reserven, verstärkte Risiken von Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankung sowie durch das Angewiesen-sein auf eine hindernisfreie Umgebung.

Diese beiden Lebensalter lassen ein erstes vages Bild entstehen. Grob kann das Bild eines Verlaufes vorgestellt werden. Wenn die Attribute des «vierten» Lebensalters zunehmen, nehmen die des «dritten» ab. Die Abnahme wird in diesem Bild linear gedacht. Wie genau dieser Übergang tatsächlich verläuft, muss geklärt werden.

³ Die Phasen des ursprünglich dreigeteilten Lebenslaufs werden also ergänzt. Auf das «erste» Lebensalter der Kindheit und Jugend und das «zweite» Lebensalter des Erwachsenenalters folgen ein «drittes» und ein «viertes» Lebensalter.

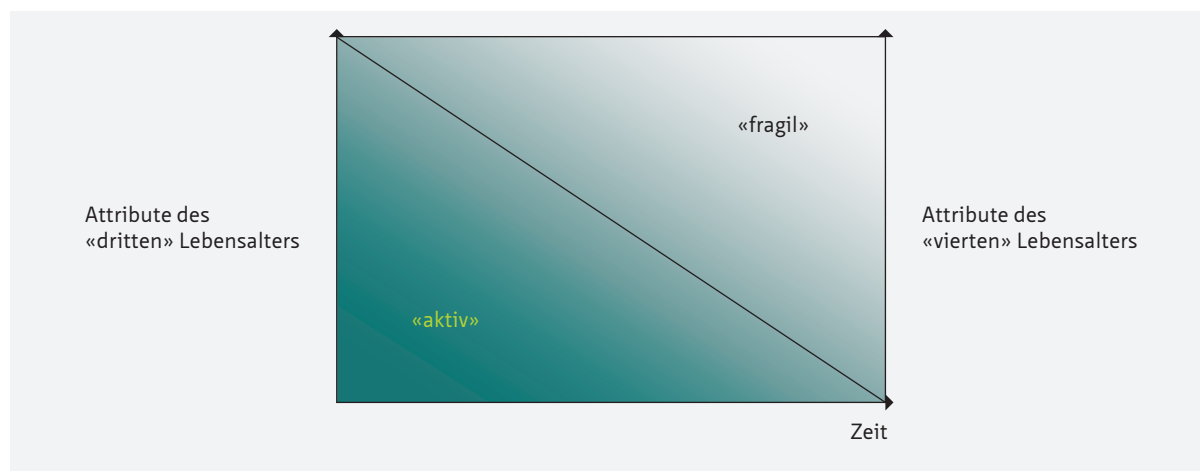


Abbildung 2 Fragilisierung, eigene Abbildung

Die Einteilung in diese zwei Lebensphasen erfolgt zu Recht entlang der körperlichen und psychischen Fähigkeiten und Möglichkeiten eines Menschen und nicht anhand chronologischer Altersgrenzen. Eine chronologische Abgrenzung zwischen «drittem» und «viertem» Lebensalter wird trotzdem immer wieder vorgenommen und mehrheitlich um das 80. und 85. Lebensjahr herum angesiedelt (vgl. Amrhein 2013:10 und Wahl/Rott 2002:26). Wie bereits zu Beginn des Kapitels angedeutet, stellt das chronologische Alter aber keine aussagekräftige Größe zur Beschreibung älterer Menschen dar. Denn einerseits bestehen grosse Unterschiede zwischen den Erlebens- und Verhaltensformen, Fertigkeiten und körperlichen und psychischen Funktionsfähigkeiten zweier Gleichaltriger (vgl. Backes/Clemens 2013:122) und andererseits könnte die Lebenserwartung weiter ansteigen und so jede chronologische Festlegung obsolet werden lassen. Aus diesen Gründen findet seit geraumer Zeit in der Gerontologie eine Hinwendung von chronologischen Altersdefinitionen zu funktionalen Definitionen statt. Funktionale Definitionen unterteilen Menschen anhand ihres Gesundheitszustandes und ihrer Fähigkeiten und werden somit dem Individuum und seiner Lebenssituation eher gerecht.

Ein weiterer Fakt, der für eine Unterteilung der Lebensphase Alter spricht, ist die Ausdehnung des «dritten» Alters. Neben der Lebenserwartung stieg in den letzten 30 Jahren auch der Anteil der behinderungsfrei verbrach-

ten Jahre an der Restlebenszeit (vgl. Höpflinger 2012a: 44). Diese Zeit nutzen viele Pensionierte aktiv, indem sie vielfältig tätig sind und sich neue Aufgaben suchen. Die sogenannten aktiven Alten verstehen sich gerade nicht als Alte. Sie nutzen vielmehr die Chance, sich nicht in einen «Ruhestand» zurückziehen zu müssen, sondern sich nach der Pensionierung neu auszurichten, verpasste oder bisher vernachlässigte Aktivitäten nachzuholen oder ein ganz neues Engagement starten zu können. Diese Gruppe der aktiven Seniorinnen und Senioren wird auch von der Industrie als neue Zielgruppe entdeckt und mit verschiedenen Freizeit- und Weiterbildungsangeboten umworben. Die Orientierung einiger Seniorinnen und Senioren an den Freizeitstilen der jüngeren Generationen wird als Verjüngung des Alters beschrieben (vgl. ebd.:61). Auch von gesellschaftspolitischer Seite erhielt das «dritte» Lebensalter in den letzten Jahren zusätzlichen Aufwind, da die demografische Alterung in politischen und gesellschaftlichen Diskursen an Relevanz gewinnt und die Besorgnis betreffend Gewährleistung und Finanzierung der Alterspflege wächst. Im Hinblick auf diese Situation und die Prognosen für die Zukunft wird die Aktivität von Personen im Alter betont, beworben und gefördert. In der gerontologischen Debatte tauchen dazu die Konzepte des «erfolgreichen» und des «produktiven» Alterns auf. Im Zentrum des «erfolgreichen Alterns» steht die individuelle Lebenszufriedenheit, die mit Selbstständigkeit im Alter, Langlebigkeit, Gesundheit und erfolgreicher Bewältigung von

Altersproblemen verbunden wird (vgl. Backes/Clemens 2013:186). «Produktiv» Alternde sollen sich durch Erwerbsarbeit, Familienarbeit oder Freiwilligenarbeit für die Gesellschaft einsetzen.

Der Nachteil der symbolischen Aufwertung des «dritten» Alters ist, dass sie auf Kosten des «vierten» Alters erfolgt (vgl. Amrhein 2013:13). Die Bilder der beiden Lebensalter werden zu wertenden Extremen im Spannungsfeld von aktiv und passiv. «Die <jungen Alten> werden als aktive und selbstverantwortliche Koproduzenten ihrer Lebensbedingungen angerufen, hochaltrige Menschen hingegen vorrangig als zu Pflegende, zu Betreuende und zu Versorgende wahrgenommen und verbleiben somit im Objektstatus» (Gilleard/Higgs 2000, zitiert nach Graefe/van Dyk/Lessenich 2011:305).

Den seit jeher verwendeten negativen Altersattributen der Gebrechlichkeit, Vergesslichkeit und Abhängigkeit wird ein gesundes, aktives und gesellschaftlich nützliches «drittes» Alter gegenübergestellt und dadurch scheinen für das «vierte» Alter kaum mehr positive Attribute übrig zu bleiben.

Die gesellschaftlichen Forderungen nach Produktivität und Aktivität sind nachvollziehbar und der Wunsch nach erfolgreichem Altern, also möglichst langer Gesundheit, ist verständlicherweise weit verbreitet. Aber die Chancen, gesund zu sein und über Möglichkeiten zur Pflege des Körpers zu verfügen, sind ungleich verteilt und eine übermäßige Betonung von Aktivität und Gesundheit bedeutet immer auch sozialen Druck für jene, denen dies nicht möglich ist.

Die Alterssoziologin Silke van Dyk (vgl. 2009:604f.) verfolgt die öffentliche Debatte in Deutschland, die zur Aktivierung und zur gesellschaftlichen Nutzung der Potenziale Älterer aufruft. Gerade im Bereich der Gesundheit stellt sie fest, dass wegen der Verbesserung der medizinischen Möglichkeiten Altern immer mehr als eine Frage der Wahl gesehen werde, wobei das Individuum selber für sein Altern verantwortlich sei und in der Pflicht stehe (vgl. ebd.:609). Menschen werden aufgefordert, möglichst lange gesund und fit zu sein und durch Gesundheitsprophylaxe die eigenen physischen und psychischen Kapazitäten zu erhalten und damit zu

vermeiden, von anderen abhängig zu werden. Verschärft werden die Forderungen durch ein medial verbreitetes Bild der Jugendlichkeit und einer wachsenden Palette an Dienstleistungen des *Anti-Aging*. Dabei sollen gezielte Ernährung, Anti-Falten Kosmetika oder gar Schönheitsoperationen helfen, den Alterungsprozess hinauszuzögern oder zumindest dessen sichtbare Zeichen zu reduzieren.

Produktives Altern, also alle Aktivitäten älterer Menschen zum Wohle der Gesellschaft, ist sehr wichtig und muss gefördert werden. Denn die Freiwilligenarbeit stellt eine unverzichtbare Stütze der gesellschaftlichen Solidarität dar. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass die Aktivität den Freiwilligen, ihrer Lebenssituation und ihren Bedürfnissen entspricht. Die Forderung nach Produktivität ist auch eine Forderung nach Leistung. Das «dritte» Alter läuft darum Gefahr, so wie das Erwerbsalter unter ökonomischen Effizienzkriterien gemessen zu werden. Vor allem wenn das «dritte» Alter chronologisch begriffen wird und alle chronologisch junge Alte als Aktive angesprochen werden, bedeutet dies oftmals eine Überforderung der Betroffenen. Die tatsächliche Bereitschaft zur Aktivität im Alter wird in einer deutschen Studie untersucht. Kornadt und Rothermund (vgl. 2011) befragen mit Hilfe eines Fragebogens Frauen und Männer im Alter von 30 bis 80 Jahren, ob sie im Alter noch aktiv sein und sich für die Gesellschaft engagieren möchten oder ob sie eher das Genießen eines selbstbestimmten Ruhestands bevorzugen. Die Bereitschaft, im Alter aktiv zu sein und sich zu engagieren, war deutlich niedriger ausgeprägt als der Wunsch, das Leben im Alter zu genießen. Zusätzlich zeigt sich bei den Antworten ein klarer Altersunterschied. Die jüngeren Befragten zeigen eher eine positivere Einstellung zur Aktivität im Alter als die älteren Befragten (vgl. Kornadt/Rothermund 2011:249f.). Bedeutet das nun, dass sich die positive Betonung eines aktiven Alterns bereits bei den zukünftigen Alten niedergeschlagen hat? Ob es sich tatsächlich um einen Generationeneffekt handelt und nicht um einen Alterseffekt, kann mit der Studie leider nicht gezeigt werden. Dafür wäre eine Langzeituntersuchung nötig (vgl. ebd.:295).

Die Unterteilung der Lebensphase Alter in ein «drittes» und ein «viertes» Lebensalter bildet auch gesellschaft-

liche Realitäten ab und verleiht Erwartungen und Ängsten Ausdruck. Sie hilft, die Vielfalt des Alters zu erkennen, darf aber nicht zu starr begriffen und schon gar nicht chronologisch verwendet werden. Eine interessante Erkenntnis zum Nutzen dieser Unterteilung gibt die Studie von Graefe und anderen (vgl. Graefe et al. 2011). Sie untersuchen die Selbstkonzepte von Personen in der zweiten Lebenshälfte.⁴ Dabei stellen sie fest, dass die sogenannte Neuverhandlung des Alters durch die Unterteilung in ein aktives und ein abhängiges Alter von den Befragten ambivalent aufgenommen wird. Einerseits weigern sie sich, negative Altersbeschreibungen in ihr Selbstkonzept zu integrieren und begrüßen somit die Entstigmatisierung der gesunden Lebensjahre nach der Rente. Andererseits ist die Konstruktion «drittes Alter» für sie kaum von Relevanz, sie nehmen sich als normale Erwachsene wahr, nicht als spezifische soziale Gruppe mit speziellen Bedürfnissen. In den Köpfen der Pensionierten scheint somit keine Selbstdefinition als «junge Alte» zu existieren (vgl. ebd.).

Fasst man die verschiedenen Untersuchungen zu den Phasen des Alterns zusammen, so wird deutlich, dass diese weniger im Selbstverständnis der Alten eine Rolle spielen denn mehr von aussen an die alten Menschen als Schema herangetragen werden. Trotzdem macht eine solche Unterteilung dort Sinn, wo es um Unterschiede in den jeweiligen Bedürfnissen, aber auch Erwartungen der Gesellschaft geht. Allerdings ist die mit dieser Unterteilung einhergehende Gefahr der Stigmatisierung nicht von der Hand zu weisen. Umso wichtiger ist es, sich nicht nur darüber klar zu werden, wie diese beiden Phasen des Alters beschrieben und unterschieden werden können, sondern auch zu erkennen, wie sich der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Alter gestaltet.

⁴ Personen im Alter ab 40 Jahren.

2. Der Übergang vom «dritten» ins «vierte» Lebensalter (Fragilisierung)

- 2.1. Fragilisierung als geriatrisches Konzept
- 2.2. Gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen im Alter
- 2.3. Konsequenzen der Fragilisierung
- 2.4. Konsequenzen der Fragilisierung:
Wo wird Unterstützung benötigt und in Anspruch genommen?

2. Der Übergang vom «dritten» ins «vierte» Lebensalter (Fragilisierung)

Nachdem Erkenntnisse zu Altersbildern, Altersidentitäten und den beiden Altersphasen im ersten Kapitel gebündelt wurden, werden in diesem Kapitel Kriterien für den Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter beschrieben.

Durch die Auseinandersetzung mit verschiedenen Alterstheorien zeigt sich, dass eine Unterteilung in ein «drittes» und «viertes» Lebensalter am sinnvollsten entlang der Einschränkungen von körperlichen Fähigkeiten begründet werden kann.

Dieses Kapitel beschreibt die körperlichen Prozesse, die den Übergang vom aktiven «dritten» Lebensalter zum fragilen «vierten» auszeichnen. Dieser Übergang wird als Prozess der Fragilisierung bezeichnet. Bekannt ist, dass diese Fragilisierung durch häufiger auftretende kritische Lebensereignisse beeinflusst wird. Vorerst liegt der Fokus in diesem Kapitel aber auf den körperlichen Veränderungen. Das Zusammenwirken von Fragilisierung und in dieser Phase erlebten kritischen Lebensereignissen wird in Kapitel 3 genauer betrachtet.

Erkenntnisse zum Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bieten unter anderen verschiedenen Studien zu Lebensverläufen, die seit 1979 an der Universität Genf von Christian Lalive d'Epinay und seinen Mitarbeitenden durchgeführt werden. Im Rahmen der internationalen Studie CEVI untersuchen sie in den Jahren 2003 bis 2004 und 2009, in welchen Lebensbereichen Erwachsene wichtige Veränderungen erleben.

80 Prozent der jungen Erwachsenen (20- bis 24-jährig) berichten, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung wichtige Veränderungen erlebt zu haben. Der Prozentsatz nimmt bei den 30-Jährigen ab (60 Prozent), erreicht bei den 50-Jährigen 50 Prozent und bleibt bis zum Lebensende auf diesem Prozentsatz stabil. Das bedeutet, dass die Häufigkeit von wichtigen Lebensveränderungen auf das Alter hin abnimmt, aber dass das Alter nicht vor bedeutenden Lebensveränderungen verschont bleibt.

Für die Lebensbereiche, in welchen Veränderungen wahrgenommen werden, finden Lalive d'Epinay und Cavalli folgendes Bild: Von den 20- bis 24-Jährigen werden am häufigsten Veränderungen in den Bereichen «Ausbildung» und «Raum» genannt. Beispielsweise beginnen einige ein Studium und ziehen deswegen in eine andere Stadt. Bei den 30- bis 39-Jährigen und 50- bis 54-Jährigen sind die am häufigsten genannten Bereiche «Familie» und «Beruf». Ab 65 Jahren wird die Gesundheit zum Thema mit den häufigsten Veränderungen. Bei den 80-Jährigen steigt der Bereich «Raum» zur zweitwichtigsten Dimension für Veränderungen auf. Laut Lalive d'Epinay und Cavalli (vgl. 2013:20) handelt es sich bei den räumlichen Veränderungen, mit denen sich die über 80-Jährigen beschäftigen müssen, um Umzüge in die Nähe ihrer Angehörigen oder in ein Pflegeheim.

Die Gesundheit ist im Alter der bestimmende Faktor. Der Gesundheitsverlauf bei Hochbetagten rückt darum ins Zentrum des Forschungsinteresses. In der Langzeit-

20 – 24 Jahre		35 – 39 Jahre		50 – 54 Jahre		65 – 69 Jahre		80 – 84 Jahre	
Ausbildung	24	Familie	23	Beruf	29	Gesundheit	23	Gesundheit	37
Raum	18	Beruf	21	Familie	13	Familie	19	Raum	16
Familie	15	Raum	12	Raum	10	Beruf	15	Familie	14
Beruf	12	Ausbildung	9	Tod	9	Raum	11	Tod	13
Aktivitäten	7	Gesundheit	7	Gesundheit	8	Tod	8	Aktivitäten	4
Andere	24	Andere	28	Andere	31	Andere	24	Andere	16
Total	100	Total	100	Total	100	Total	100	Total	100

Tabelle 1 Bereiche der häufigsten Lebensveränderungen pro Altersklasse (in Prozent pro Kolonne). Grafik nach Lalive d'Epinay/Cavalli 2013:20

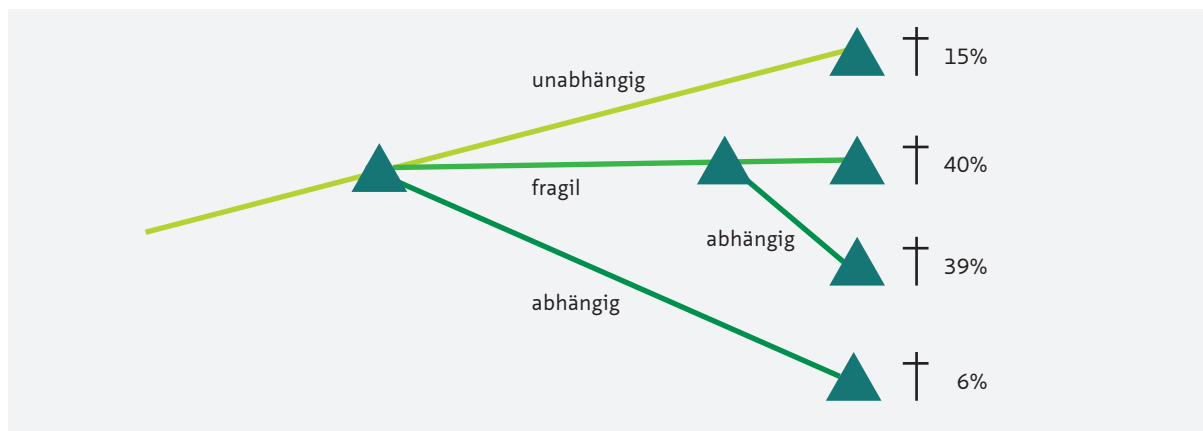


Abbildung 3 Vier Lebensverläufe am Ende des Lebens. Grafik nach Lalive d'Épinay/Spini et coll. 2008 und Lalive d'Épinay/Cavalli 2013

studie SWILSOO (*Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old*) untersuchen Lalive d'Épinay und sein Team von 1994 bis 2004 die gesundheitlichen Veränderungen bei einer Gruppe von 80-Jährigen, die zu Beginn der Studie zuhause leben. Sie zeichnen über mehrere Jahre die individuellen Gesundheitsverläufe von 264 Personen bis zum Tod nach. Dabei unterscheiden sie zwischen Menschen, die unabhängig sind, und solchen, die abhängig sind. Abhängigkeit bedeutet, für die Aktivitäten des täglichen Lebens⁵ auf Unterstützung angewiesen zu sein.

Bei der Untersuchung der Gesundheitsverläufe zeigt sich, dass nur wenige Personen bis zum Tod unabhängig bleiben können (15 Prozent) und noch weniger einen abrupten Übergang von Unabhängigkeit in einen längeren Zustand der Abhängigkeit von externer Unterstützung erleben (sechs Prozent).

Die Mehrheit der Untersuchten durchläuft eine längere Phase des Übergangs, eine sogenannte Phase der Fragilisierung, in der noch keine Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens vorliegen, aber erste Symptome der Fragilität wie beispielsweise Einschränkungen des Sehvermögens und der Mobilität (vgl. Lalive

d'Épinay et al. 2008:145 und Cavalli 2012:85 und Lalive d'Épinay/Cavalli 2013:24ff).

Aufgrund ihrer Ergebnisse unterscheiden die Forscher des *Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités* (CIGEV) drei Stadi der Gesundheit. Diese drei Stadi können mit Hilfe von quantifizierten Konzepten der Fragilität beschrieben werden. Sie unterscheiden sich aus Sicht der alten Menschen im Ausmass ihrer Einschränkungen im Alltag und ihrer Hilfsbedürftigkeit:

1. Status der Unabhängigkeit

Personen, die keine Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens aufweisen und in keiner oder in maximal einer Dimension der Fragilität gesundheitlich eingeschränkt sind, leben im Status der Unabhängigkeit, können also auch im Alter ihren Alltag ohne fremde Hilfe bewältigen.

2. Status der Fragilität

Personen, welche die Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig erledigen können, die aber Einschränkungen in mindestens zwei der folgenden Dimensionen zu bewältigen haben, leben im Status der Fragilität. Solche Einschränkungen können sich auf die Mobilität, die sensorischen Kapazitäten, die kognitiven Kapazitäten, das energetische Potenzial oder das Vorhandensein körperlicher Beschwerden beziehen. Fragile Personen können die Aktivitäten des täglichen Lebens alleine bewältigen, benötigen aber hin und wieder Hilfe von

⁵ Duschen, sich waschen und Toilettengang (*faire la toilette complète*), Nahrung zerkleinern und zu sich nehmen, sich an- und entkleiden, sich schlafen legen und aufstehen und sich im Haus oder der Wohnung fortbewegen.

Dritten. In der Regel sind dies Familienangehörige. Die Fragilität kann bis zur funktionellen Abhängigkeit zunehmen. Diese Entwicklung wird hier als Prozess der Fragilisierung verstanden.

3. Status der funktionellen Abhängigkeit

Personen, die in mehr als zwei Dimensionen der Fragilität eingeschränkt sind und die zusätzlich mindestens eine der Basis-Aktivitäten des täglichen Lebens nicht alleine bewältigen können, leben im Status der funktionellen Abhängigkeit. Die Basis-Aktivitäten des täglichen Lebens umfassen einerseits die persönliche Hygiene, wie Duschen, sich Waschen und den Toilettengang. Zudem gehört sich an- und entkleiden, sich schlafen legen und aufstehen dazu. Zwei weitere wichtige Aktivitäten des täglichen Lebens beinhalten das Essen als Fähigkeit, Nahrung zu zerkleinern und zu sich zu nehmen, und die Fähigkeit, sich in Haus oder Wohnung fortzubewegen. Als abhängig eingestufte Personen sind für ihr Überleben auf die regelmässige Hilfe anderer angewiesen. Neben den Familienangehörigen benötigen sie Unterstützung von einigen weiteren Organisationen und Einrichtungen, die in zunehmendem Masse ein eigentliches Hilfesystem bilden (vgl. Lalive d'Epinay et al. 2008:116ff., Cavalli 2012:85 und Lalive d'Epinay/Cavalli 2013:21).

2.1. Fragilisierung als geriatrisches Konzept

Fragilität (oder *Frailty* im englischen Sprachgebrauch) als Zwischenstufe zwischen gesunden und hilfsbedürftigen alten Menschen ist in der Gerontologie und in der Geriatrie ein heute weit verbreitetes Konzept (vgl. Dapp/Anders/Golgert/von Renteln-Kruse/Minder 2012:262). In der Medizin wird vom Status Fragilität gesprochen und es werden verschiedene Intensitäten unterschieden. Da Fragilität prozesshaft an Intensität zunimmt, wird in den anderen Kapiteln dieser Studie vom Prozess der Fragilisierung gesprochen. Über *Frailty* wird viel publiziert. Verschiedene Kriterien-Raster zur Operationalisierung werden vorgelegt und diskutiert.

Dieses Unterkapitel gibt einen Einblick in die gerontologische Debatte um Fragilität. Es werden zwei Definitionen von Fragilität eingehender erläutert und ungeklärte Fragen in der Debatte um die Fragilität beschrieben. Abschliessend werden Einschätzungen zum

Potenzial einer Erfassung von Fragilität zusammengefasst.

Von Lalive d'Epinay und Cavalli wird Fragilität in Anlehnung an Campell und Buchner (vgl. 1997:315) als ein Syndrom beschrieben, das aus einer multisystemischen Reduktion von Fähigkeiten und Kapazitäten (eines Individuums) resultiert, so dass mehrere physiologische Systeme eine Schwelle der Insuffizienz erreichen oder überschreiten. Dieser Prozess der Reduktion von Fähigkeiten und des Reserveverlusts (Fragilisierung) kann aufgrund des normalen Alterns erfolgen oder durch inadäquaten Lebensstil oder eine Krankheit ausgelöst oder beschleunigt werden. Sobald mehrere physiologische Systeme die sogenannte Insuffizienz-Schwelle erreicht haben, befindet sich das Individuum im Status der Fragilität (vgl. Cavalli 2012:85). Wie bereits erwähnt, wird diese Schwelle in der SWILSOO-Studie beim Vorliegen von Einschränkungen in zwei der fünf Dimensionen der Fragilität definiert.

Für den in der Untersuchung verwendeten Fragebogen werden die fünf Dimensionen der Fragilisierung folgendermassen operationalisiert:

Mobilität

- Können Sie eine Treppe empor und hinabsteigen?
- Können Sie sich im Innern ihrer Wohnung bewegen?
- Können Sie 200 Meter weit zu Fuss gehen?

Sensorische Kapazitäten

- Können Sie einen Zeitungstext lesen?
- Können Sie einer Konversation zu zweit folgen?
- Können Sie einer Konversation mit mehreren Personen folgen?

Kognitive Kapazitäten

- Schlägt Ihnen das Gedächtnis manchmal ein Schnippchen?

Energetisches Potenzial

- Fühlen Sie sich erschöpft?
- Mangelt es Ihnen an Appetit?

Vorhandensein körperlicher Beschwerden

Litten Sie innerhalb der letzten vier Wochen an:

- Schmerzen in den unteren Extremitäten
- Schmerzen in der oberen Extremität
- Kopfschmerzen
- Rückenschmerzen
- Irregularitäten des Herzen
- Atembeschwerden
- Magenbeschwerden
- Beschwerden an den Genitalien
- Brustschmerzen
- Fieber?

Die Beeinträchtigung einer Dimension zeichnet sich durch die Schwierigkeit, mindestens eine der erwähnten Aktivitäten auszuführen (bei der Mobilität und den sensorischen Kapazitäten), oder die Häufigkeit der Einschränkung (bei den kognitiven Kapazitäten und dem energetischen Potential) aus (vgl. Lalive d'Epinay/Spini et al. 2008:111 und Cavalli 2012:85).

Zwischen diesen Dimensionen bestehen enge Verknüpfungen. So sind Mobilität, körperliche Beschwerden und energetisches Potenzial eng verbunden. Körperliche Beschwerden in den unteren Extremitäten wirken sich direkt auf die Mobilität einer Person aus. Die wegen der Beschwerden reduzierte Mobilität und körperliche Inaktivität kann einen Appetitverlust zur Folge haben, sogar eine Mangelernährung verursachen, die sich wiederum negativ auf die Muskeln auswirkt und die Inak-

tivität weiter verstärkt (vgl. Lalive d'Epinay/Spini et al. 2008:113).

Dieses Modell zur Erfassung der Fragilisierung bezieht sich auf das alltägliche Erleben der Personen und kann von ihnen selber beantwortet werden. Andere Kriterien-Systeme beinhalten Messungen körperlicher Kapazitäten, die von einer Drittperson durchgeführt werden müssen – beispielsweise das phänotypische Modell von Fried, auf dem viele Kriterien-Systeme zur Beschreibung der Fragilisierung basieren (vgl. Santos-Eggimann/David 2012:249f.). In Tabelle 2 werden fünf Formen von körperlichen Einschränkungen unterschieden und quantifiziert.

Phänotypisches Modell nach Fried (2001)

Alle Autorinnen und Autoren, die versuchen, Fragilität zu beschreiben und zu messen, sehen sich mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass die individuellen Erscheinungsformen der Einschränkungen von Person zu Person unterschiedlich ausfallen und damit nur schwer in einer allgemeinen Definition erfassbar sind. Viele Diskussionspunkte sind noch offen, so zum Beispiel die Beziehung zwischen dem Prozess der Fragilisierung und chronischen Erkrankungen. Auch besteht ein grundsätzliches Ringen um das Verständnis, was Fragilität umfasst und welche Faktoren in welcher Intensität partizipieren. Immerhin besteht Einigkeit unter den Forschern und Forscherinnen, dass es sich beim Prozess der Fragilisierung um eine Konstellation verschiede-

Abschätzungskriterien und Dimensionen des Frailty-Phänotyps nach Fried	
Beurteilungskriterium	Mass
Mangelernährung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust von mehr als 10 Pfund im vergangenen Jahr
Müdigkeit	Aufgrund zweier Fragen aus einem Depressionsfragebogen [1]
Muskelschwäche	Griffkraft (grip strength), gemessen mit Dynamometer, 20. Perzentile und darunter gemäss Geschlecht und BMI [2]
Verlangsamung	Normale Geschwindigkeit auf 15 Fuss, 20. Perzentile und darunter gemäss Geschlecht und Körpergrösse [2]
Geringe körperliche Aktivität	Energieverbrauch aufgrund eines Fragebogens [3] geschätzt, 20. Perzentile und darunter [2]
[1] CES-D Depression Scale [2] In CHS beobachtete Leistung [3] Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire	

Tabelle 2 Abschätzungskriterien und Dimensionen von Fragilität nach Fried 2001, übernommen aus Santos-Eggimann/David 2012

denster Faktoren handelt (vgl. Lalive d'Epinay/Cavalli 2013:27).

Das Ziel der Bemühungen, Fragilität zu beschreiben und mit Indikatoren zu messen, ist es, Menschen im Alter, die ein erhöhtes Risiko zur Pflegebedürftigkeit und Mortalität tragen, möglichst früh zu erkennen und Massnahmen einzuleiten, um ihre Pflegebedürftigkeit zu vermindern. Den Prozess der Fragilisierung zu beobachten hilft, in der klinischen Praxis die Gruppe der Personen, die sich im Übergang vom «dritten» zum «vierten» Alter befinden, zu erfassen und gezielter zu unterstützen. Wenn Gesundheit im Alter nur daran gemessen wird, ob Krankheiten vorliegen und ob Personen die Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig bewältigen können, dann werden die Personen im Prozess der Fragilisierung tendenziell übersehen. Laut Brigitte Santos-Eggimann und Stéphane David vom *Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive* des *Centre hospitalier universitaire vaudois* (CHUV) in Lausanne verläuft Fragilisierung progressiv, kann aber vor allem im Frühstadium reversibel sein (vgl. Santos-Eggimann/David 2013:248). Könnten also in Zukunft massgeschneiderte Trainingsübungen und Behandlungen Einschränkungen der Mobilität und sensorische Einbussen sozusagen rückgängig machen? Die passenden Massnahmen müssen aber erst entwickelt und breit evaluiert werden. Im Moment sind die Kenntnisse noch zu gering, um gezielt etwas gegen *Frailty* unternehmen zu können. Santos-Eggimann und David plädieren dafür, dass die medizinische Früherkennung von *Frailty* dazu genutzt wird, Risikopatienten besonders sorgfältig zu beobachten (vgl. 2013:252). In der Medizin sind damit Bestrebungen vorhanden, altersbedingte körperliche Einschränkungen messbar zu machen und Möglichkeiten der Früherkennung und Prävention zu entwickeln. Wenn es gelingt, die Früherkennung zu verbessern, passende Therapien oder Hilfsmittel zu entwickeln, kann dazu beigetragen werden, die Selbstständigkeit von Personen im Alter zu erhöhen und die Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Für diese Aufgabe sind neben der medizinischen Forschung und der Präventionsforschung auch Technikerinnen und Techniker zur Entwicklung von erschwinglichen Hilfsmitteln oder der Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit alltäglicher Gebrauchsgegenständen gefragt.

Die Diskussion um die Operationalisierung und Verminderung von Fragilität hält an. In dieser Studie zur Beschreibung des Übergangs vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter wird die Beschreibung von Fragilität nach Lalive d'Epinay und Cavalli verwendet. Sie wird gewählt, weil sie auf mehreren Langzeituntersuchungen in der Schweiz basiert und durch einen Fragebogen operationalisiert ist, der keine medizinischen Untersuchungen benötigt.

Zwischenfazit:

Drei Stati der Gesundheit und zwei Lebensphasen?

Hier kann der Bogen zur Beschreibung des Alters als Lebensphase des «dritten» und des «vierten» Alters geschlossen werden. Es stellt sich allerdings die Frage, ob nun die Erkenntnisse über die Fragilität und die drei von Lalive d'Epinay und Cavalli beschriebenen Gesundheitsstati in Widerspruch zur Aufteilung des Alters in ein «drittes» und ein «viertes» Lebensalter stehen?

Der von Lalive d'Epinay und Cavalli festgehaltene Gesundheitszustand der «Unabhängigen» deckt sich grösstenteils mit der Beschreibung des «dritten» Alters. Dabei darf aber Unabhängigkeit nicht absolut verstanden werden. Sie kann durchaus Beeinträchtigungen in einer einschränkenden Dimension, also beispielsweise Rückenschmerzen, beinhalten. In den Langzeitstudien von Lalive d'Epinay und Cavalli zu den individuellen Langzeitverläufen zeigt sich, dass viele Menschen nach dem «dritten» Lebensalter eine Phase der Fragilisierung erleben. Diese Fragilisierung kann in eine längere Phase der Abhängigkeit münden, muss aber nicht. In vielen Verläufen zeichnet sich das letzte Lebensalter einer Person durch Fragilität und nicht durch Abhängigkeit aus. Die Erkenntnisse zum Prozess der Fragilisierung führen auch zu einer Ausdifferenzierung der Beschreibung des «vierten» Alters. Es muss miteinbezogen werden, dass ein «viertes» Alter mit Beeinträchtigungen in zwei oder mehreren Dimensionen der Fragilität beginnt und nicht erst mit der vollständigen Abhängigkeit von anderen zur Bewältigung des Alltags.

Im folgenden Unterkapitel werden die Fragilisierung und ihre Konsequenzen anhand empirischer Ergebnisse aus anderen Studien beschrieben. Da körperliche Ein-

schränkungen bestimmend sind, drängt sich die Frage nach dem Zusammenhang von Alter(n), Gesundheit und Krankheit auf. Dieser komplexe Zusammenhang wird anhand eines vereinfachenden Modells vorstellbar gemacht. Als Fazit des Unterkapitels werden Erkenntnisse zum tatsächlichen Unterstützungsbedarf von älteren Menschen in der Schweiz gebündelt.

2.2. Gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen im Alter

Wie stehen Alter(n), Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang? Altern bedeutet nicht zwangsläufig Krankheit, aber je älter eine Person wird, umso mehr steigt ihr Risiko zu erkranken. Eine Möglichkeit, den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Krankheit und Altern darzustellen, bietet das Bild eines Gleichgewichts. Demnach setzt sich Gesundheit zusammen als Verbindung von körperlicher Integrität, Adaptionsfähigkeit des Organismus und Wohlbefinden. Krankheiten stellen Störungen dieses Systems dar, auf die der Körper reagiert und versucht, das Gleichgewicht wieder herzustellen (vgl. Backes/Clemens 2013:214). In diesem Kontext kann Altern als ein Prozess aufgefasst werden, der die Adaptionsfähigkeit des Organismus zu unterschiedlichen Zeitpunkten in unterschiedlichem Masse herabsetzt, sodass Risiken entstehen, die die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Krankheiten erhöhen (vgl. ebd.:214f.).

So nehmen im hohen Alter chronische körperliche sowie hirnorganische Erkrankungen und Gefässerkrankungen zu (vgl. ebd.:109). Insgesamt steigt im Alter das Risiko für Multimorbidität, also das gleichzeitige Leiden an verschiedenen Erkrankungen, an. Im Alter besteht ein zweifaches Risiko für Erkrankungen: Einerseits treten gewisse Erkrankungen erst im Alter auf (sogenannte primäre Alterskrankheiten wie Altersdiabetes, Arteriosklerose, degenerative Veränderungen des Bewegungsapparats) und andererseits besteht durch die altersbedingte Schwächung der Adaptionsfähigkeit ein erhöhtes Risiko, dass Krankheiten, die auch früher im Leben auftreten können, im Alter gravierender verlaufen (vgl. ebd.:215). Alte Menschen sind zudem generell einem höheren Risiko ausgesetzt, dass Erkrankungen schwerwiegender verlaufen als bei jüngeren Menschen und auch eine längere Heilungsdauer beanspruchen.

Eine Erkrankung, die sich stark auf die Selbstständigkeit einer Person auswirkt, ist die Demenz.

Demenz steht im Zusammenhang mit dem Alter. Im hohen Alter steigt das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, exponentiell an (vgl. ebd.:109). Aber dennoch stellt sie keine normale Alterserscheinung dar (vgl. Perig-Chiello 2012:126). Zu Beginn einer Demenz, im ersten Stadium, können Personen meistens noch unabhängig leben, sind aber in gewissen Aktivitäten beeinträchtigt. Das Verarbeiten neuer Informationen fällt ihnen zunehmend schwer und die Orientierung an unbekannten Orten stösst an Grenzen. Diese Veränderungen werden von den Betroffenen und ihrem Umfeld noch wahrgenommen (vgl. ebd.). Wenn die Demenz zunimmt, stellt sie die häufigste Einzelursache für Pflegebedürftigkeit im Alter dar (vgl. ebd.).

2.3. Konsequenzen der Fragilisierung

Zu den Dimensionen der Fragilität gehören sensorische Einschränkungen und körperliche Beschwerden, die zu einer reduzierten Mobilität führen. In welchem Mass sind Pensionierte in der Schweiz davon betroffen und welche Einschränkungen erleiden sie deswegen?

Sieben Prozent der über 65-jährigen zuhause lebenden Personen haben leichte Seheinschränkungen und zwei Prozent leiden an starken Sehbehinderungen (vgl. Höpflinger 2012b:82). Sieben Prozent der 65- bis 69-jährigen Personen haben – allenfalls sogar mit Hörgerät – leichte bis starke Schwierigkeiten, einem Gespräch mit zwei weiteren Personen zu folgen (vgl. ebd.). Rückenschmerzen oder Arthrose führen dazu, dass sich Betroffene nur noch eingeschränkt fortbewegen können. Das Treppensteigen fällt schwer und Handgriffe, die Kraft erfordern, wie schwere Gegenstände aus einem Gestell heben, sind nicht mehr möglich. Die Erkrankungen des Bewegungsapparates werden von den Betroffenen als stark subjektiv beeinträchtigend erlebt, da sie ihren Handlungsspielraum beträchtlich einschränken (vgl. Backes/Clemens 2013:115). Sensorische Probleme und eine eingeschränkte Bewegungsfähigkeit führen dazu, dass vermehrt Unterstützung bei verschiedensten Tätigkeiten benötigt wird. Zudem erschweren sie die Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten. Wer weniger mobil ist und mit seiner Umwelt aufgrund von

Seh- oder Hörproblemen oder Schmerzen weniger gut interagieren kann, ist in seinen Möglichkeiten eingeschränkt. Das kann ein Gefühl von Unsicherheit verursachen – Unsicherheit, ob in einer Gefahrensituation auf den eigenen Körper Verlass ist.

Nach der weiteren Auseinandersetzung mit dem Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter kann das Ausgangsbild folgendermassen erweitert werden. Mit zunehmenden sensorischen, körperlichen und kognitiven Einschränkungen durch die Fragilisierung nimmt die Selbstständigkeit der oder des Betroffenen ab. Das Bedürfnis, selbstständig zu sein, bleibt aber bestehen.

Je mehr die Selbstständigkeit abnimmt, umso stärker entfernt sich die tatsächliche Selbstständigkeit vom eigenen Wunsch nach Selbstständigkeit und Sicherheit. Diese Diskrepanz ist schmerzhaft. Wie diese Lücke zwischen der tatsächlichen und der gewünschten Selbstständigkeit geschlossen werden kann, wird später thematisiert. Dabei wird auch die Ungleichheit der Möglichkeiten zum Schliessen dieser Lücke breit thematisiert.

Eine aktuelle Studie, welche die Bedeutung der Selbstständigkeit beim Erleben des Übergangs vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter aufzeigt, ist jene von Graefe und Mitarbeitenden aus dem Jahr 2011. In ihrer Unter-

suchung zu Altersnormen und Selbstkonzepten im Alter stellen sie fest, dass die Befragten den noch bevorstehenden Übergang in das hohe, abhängige Alter alle sehr ähnlich antizipieren. «Das – mögliche – Eintreten von Pflegebedürftigkeit, Hinfälligkeit und Abhängigkeit wird praktisch durchgängig und damit auch weitgehend unabhängig von soziodemographischen Variablen als «Ende des Lebens» apostrophiert, über das es dementsprechend auch nicht mehr viel zu sagen gibt, ausser dass man sich wünscht, es möge möglichst spät kommen und dann «schnell vorbei sein». Pflegebedürftigkeit und abhängige Lebensführung werden als Ende der bislang gültigen Vorstellung vom Selbst gedeutet.» (Graefe et al. 2011:304) Demgegenüber richten die hochaltrigen Interviewpartnerinnen und -partner, die bereits ambulant pflegerisch unterstützt werden oder in einem Pflegeheim leben, im Rückblick ihr Augenmerk auf die noch vorhandene selbstständige Gestaltung des Lebens. Solange diese noch gegeben ist, in welchem Rahmen auch immer, fühlen sich diese Befragten als noch nicht «wirklich» alt (vgl. ebd.). Bis ins spätere «vierte» Lebensalter hat also, so muss gefolgert werden, Autonomie und Selbstbestimmung einen hohen Stellenwert. Am Rande seiner Untersuchung von Lebensverläufen von 80-Jährigen beschreibt Cavalli (vgl. 2012), mit welchem Nachdruck Personen, deren Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung durch die Studie begleitet wurde, retrospektiv ihre «aktive Rolle» bei der Entscheidung für den Eintritt in ein Pflegeheim betonen.

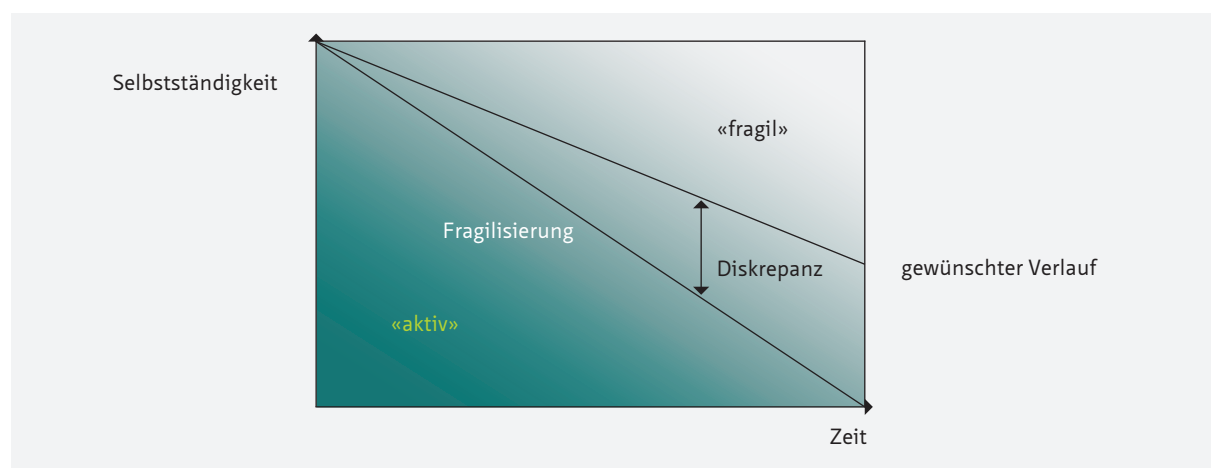


Abbildung 4 Fragilisierung, eigene Abbildung

Auch wenn die Entscheidung zum Pflegeheimeintritt in ihren Fällen hauptsächlich durch das Umfeld, den behandelnden Arzt oder Angehörige getroffen wurde, berichten die Befragten in den retrospektiven Interviews, sie alleine hätten die Entscheidung getroffen (vgl. Cavalli 2012:140ff.). Wie dieses Spannungsfeld zwischen Selbstständigkeit und Inanspruchnahme von Hilfe aus Sicht der Fachpersonen erlebt wird, soll im empirischen Teil dieser Arbeit (Kapitel 6) geschildert werden.

Welche Einschränkungen Menschen im Alter erleben und welche Unterstützung sie in Anspruch nehmen, wird im nächsten Unterkapitel beschrieben.

2.4. Konsequenzen der Frailisierung: Wo wird Unterstützung benötigt und in Anspruch genommen?

In der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007 wird untersucht, bei welchen Aktivitäten zuhause lebende Menschen ab 65 Jahren Einschränkungen erfahren und Unterstützung in Anspruch nehmen. Die Funktionseinschränkungen und der Unterstützungsbedarf werden anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens untersucht. Die basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL, *activity of daily living*) umfassen, wie dies bereits bei der Operationalisierung des Status Abhängigkeit durch Lalive d'Epinay und andere erwähnt wurde, Essen, selber ins Bett gehen, sich an- oder ausziehen, zur Toilette gehen und baden oder duschen. Bei der Erledigung der basalen Tätigkeiten des täglichen Lebens ist nur eine Minderheit der zuhause lebenden Personen auf Unterstützung angewiesen (vgl. Höpflinger 2012b: 84). Wenn Hilfebedarf besteht, dann am häufigsten beim Duschen oder Baden: 2,6 Prozent der über 65-Jährigen und 12,1 Prozent der über 85-Jährigen können die Aktivität nicht mehr selber verrichten (vgl. ebd.). Stärkere Einschränkungen als bei den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens finden sich bei den instrumentellen Aktivitäten des Alltagslebens (IADL). Sie umfassen Tätigkeiten wie Einkaufen, Hausarbeit, Essen zubereiten oder administrative Aufgaben. Vor allem bei den kräfteaubenden Aktivitäten wie Einkaufen, schwere Hausarbeit erledigen oder der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel sind zuhause lebende Personen im Alter auf Unterstützung angewiesen. Gut ein Fünftel der zu-

hause lebenden 65-Jährigen und Älteren ist mindestens bei einer instrumentellen Aktivität mit Schwierigkeiten konfrontiert oder kann diese Tätigkeit nicht mehr selbstständig erledigen. Die Hilfebedürftigkeit steigt mit dem Alter, in der Gruppe der 85-jährigen und älteren zuhause lebenden Personen kann die Hälfte mindestens eine instrumentelle Aktivität des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig ausüben (vgl. Höpflinger/Bayer-Oglesby/Zumbrunn 2011:9 und Höpflinger 2012:87).

Am häufigsten wird also Unterstützung in den Bereichen benötigt, die eng mit der Haushaltsführung verknüpft sind, beispielsweise schwere körperliche Tätigkeiten wie Wäsche waschen, Gartenarbeiten, das Putzen von Haus und Wohnung oder Einkaufen (vgl. Fluder/Bennett/Riedel/Schwarze 2012:68). Gerade für diese Leistungen besteht keine staatliche Finanzierung. Im Gegensatz zu pflegerischen Leistungen werden hauswirtschaftliche Leistungen nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen (vgl. Höpflinger et al. 2011:99 und Fluder 2012:45). Der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter ist damit geprägt durch einen Bedarf an Unterstützungsleistungen, von denen viele nicht durch den Staat finanziert werden. Damit hängt die Lebensqualität in dieser Phase des Übergangs ganz wesentlich auch vom verfügbaren Einkommen und Vermögen der älteren Menschen ab. Für die tendenziell erst später benötigten Unterstützungsleistungen in den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens, die Grundpflege beispielsweise, existiert hingegen eine Absicherung für alle durch die obligatorische Grundversicherung.

Bei den Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens stellen Höpflinger, Bayer-Oglesby und Zumbrunn (vgl. 2011:45) fest, dass diese in Zusammenhang mit dem Bildungsniveau einer Person stehen. Bei Rentnerinnen und Rentnern mit tiefer Bildung (nur obligatorische Schule) sind die Einschränkungen ausgeprägter als bei Personen mit mittlerer oder tertiärer Bildung. «Die Fähigkeit, im Alter instrumentelle Aktivitäten zu erfüllen, ist bildungsabhängig bzw. von den kognitiven Fähigkeiten abhängig. Dies gilt in besonders starkem Masse für finanzielle Fragen, aber auch bezüglich selbstständigen Einkaufens» (Höpflin-

ger et al. 2011:45). Ob das darauf zurückzuführen ist, dass besser gebildete Personen beispielsweise die Steuererklärung tatsächlich besser ausfüllen können, oder ob sie diese eher delegieren können, wird nicht erklärt. Mit dieser Beobachtung erfolgt die Überleitung in die folgenden Kapitel der Arbeit. Denn der physische, psychische und geistige Zustand eines Menschen wird nicht nur durch sein Alter beeinflusst, sondern in hohem Maße auch von seiner sozialen Position geprägt. Selbst im Alter kann ein sozialer Gradient nachgewiesen werden. Ältere Personen mit einer höheren sozialen Position haben ein tieferes Erkrankungsrisiko und eine höhere Lebenserwartung als Personen mit tieferem Status (vgl. von dem Knesebeck/Schäfer 2009:260 und Backes/Clemens 2013:110).

Neben den sozialen Unterschieden in der gesundheitlichen Situation werden auch die Unterschiede bei den Möglichkeiten zur Lebensgestaltung in der bisherigen Argumentation nicht berücksichtigt. Nicht nur körperliche Faktoren entscheiden darüber, ob jemand einen aktiven Lebensstil führen kann. So gibt es «junge» Alte, die körperlich fit sind, aber sich aufgrund sehr knapper finanzieller Mittel nur begrenzt einen aktiven Lebensstil leisten können. Wenn Kindererziehung und Berufswahl so schlecht vereinbar sind, dass kaum eine ausreichende Altersvorsorge erwirtschaftet werden kann, ist die Ursache der schwierigen Situation gesellschaftlichen Ursprungs. In dieser Studie soll darum genauer beleuchtet werden, welche Faktoren soziale Ungleichheit im Alter beeinflussen.

Für ein theoretisches Modell zur Erklärung sozialer Ungleichheit im Alter ist wichtig, dass es die Lebenslaufperspektive berücksichtigt, verschiedene Ungleichheitsdimensionen angemessen erfassen und eine Verbindung zwischen Struktur- und Handlungsebene herstellen kann (vgl. Clemens 2008:27). Zur Beschreibung der Situation einer Person wird das theoretische Konzept der Lebenslage verwendet. Die Lebenslage einer Person ergibt sich aus der Beziehung von «Verhalten» und «Verhältnissen» (vgl. ebd.). Einerseits bestimmen persönliche Handlungen und Entscheidungen die Lebenslage, andererseits die gesellschaftlichen Bedingungen.

Zudem ist die Lebenslage einer Person Ausdruck von gesellschaftlicher Ungleichheit, die sich über den ganzen Lebenslauf einer Person ausbildet (vgl. Backes/Clemens 2013:18). Im Lebenslauf einer Person entscheidet beispielsweise in der Jugendzeit die familiäre Situation darüber, ob eine Ausbildung absolviert werden kann und welche berufliche Position erreicht wird. Die Position bringt Privilegien und schlägt sich über das Einkommen in der Altersvorsorge nieder, die dann die Lebensbedingungen im Alter mitbestimmt.

3. Die Fragilisierung beeinflussende kritische Lebensereignisse

- 3.1. Plötzliche körperliche Ereignisse
- 3.2. Erkrankung und Pflegebedürftigkeit des Partners oder der Partnerin
- 3.3. Rollenwechsel und Abschiede aus Rollen
- 3.4. Verlust von Angehörigen und Freunden

3. Die Fragilisierung beeinflussende kritische Lebensereignisse

Der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter wird als Prozess der Fragilisierung verstanden, der oft eine Anpassung der Lebenssituation und die Inanspruchnahme von Unterstützung nötig macht. In der Phase des Übergangs werden neben dem körperlichen Prozess der Fragilisierung noch andere Veränderungen erlebt, die sich auch auf diese Fragilisierung auswirken können. Diese bedeutenden Veränderungen werden in der Fachliteratur als kritische Lebensereignisse beschrieben. Kritische Lebensereignisse ereignen sich oft unvorhersehbar und betreffen meistens nur wenige Personen gleichzeitig (vgl. Montada 2002:42). Sie stellen eine Unterbrechung eingespielter Handlungsabläufe dar und erfordern Veränderungen bisheriger Verhaltensmuster. Aus diesem Grund werden kritische Lebensereignisse prinzipiell als stressreich angesehen, unabhängig davon, ob es sich um ein allgemein positiv bewertetes Ereignis wie die Geburt eines Enkelkindes oder um ein «negatives» lebensveränderndes Ereignis wie eine Scheidung oder den Tod einer nahestehenden Person handelt (vgl. Filipp 1995:23f. zitiert nach Fauser 2012:89). Alle diese kritischen Lebensereignisse sind nicht direkt mit dem Prozess der Fragilisierung verbunden – aber im Alter besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, spezifische kritische Lebensereignisse bewältigen zu müssen. In diesem Kapitel werden Ereignisse beschrieben, für die eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie eine Person in der Phase des Übergangs vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter erlebt. Zudem werden Hypothesen formuliert, wie diese kritischen Lebensereignisse den Prozess der Fragilisierung beeinflussen.

3.1. Plötzliche körperliche Ereignisse

Unfälle stellen häufig den Beginn radikaler Veränderungen der Lebenssituation älterer Menschen dar. Sie sind ein bedeutender Hospitalisierungsgrund (vgl. BFS 2012b:59). Plötzliche körperliche Ereignisse wie beispielsweise ein Sturz stehen in engem Zusammenhang mit dem Prozess der Fragilisierung. Risikofaktoren für Stürze sind einerseits meist alterskorrelierte gesundheitliche Probleme wie Sehschwierigkeiten oder Gleichgewichtsstörungen (aufgrund von Medikamenteneinnahme; vgl. Kickbusch/Ospelt-Niepert/Seematter 2009:127) und andererseits erhöhen ungeeignete Wohnverhältnisse wie beispielsweise Schwellen und Treppen in der Wohnung das Sturzrisiko. Im Jahr 2012 wurden bei

Personen im Alter über 65 Jahren mehr als 85 Prozent der Unfälle durch Stürze verursacht (vgl. BFS 2012b:59). Mit zunehmendem Alter steigt die Gefahr von Stürzen und von Verletzungen nach Stürzen. Laut der Gesundheitsstatistik 2012 des Bundesamtes für Statistik (vgl. 2012:67) sind 25 Prozent der in Privathaushalten lebenden älteren Personen innerhalb eines Jahres gestürzt, ein knappes Drittel sogar mehrmals im Jahr. Etwa zehn Prozent der Stürze ziehen Verletzungen nach sich (vgl. Kickbusch et al. 2009:127). Speziell ältere Frauen haben ein erhöhtes Risiko für schwere Verletzungen nach Stürzen. Knochenbrüche, wie die bei Stürzen häufige Hüftfraktur, sind aus medizinischer Sicht eng verbunden mit Osteoporose. Diese wird durch Unterernährung und mangelnder Bewegung und bei Frauen durch die bereits erfolgte Menopause begünstigt. Die grösste Risikogruppe für diese Faktorenkombination sind hochbetagte, sozial isolierte Frauen (vgl. ebd.:131).

Ein Sturz kann die fragile Balance des bisherigen Lebens aus dem Gleichgewicht bringen. Danach ist die Unsicherheit oft so gross, dass ein Pflegeheimeintritt in Erwägung gezogen wird (vgl. Lalive d'Epinay/Cavalli 2013:96). Stürze müssen nicht zwingend zu einem Pflegeheimeintritt führen, aber viele Heimbewohnerinnen und -bewohner berichten von mehreren Stürzen im Vorfeld des Entscheids zum Übertritt (vgl. Lalive d'Epinay/Cavalli 2013:96). Durch den entstehenden Unterstützungsbedarf kann ein Sturz den Übergang ins «vierte» Lebensalter akzentuieren.

3.2. Erkrankung und Pflegebedürftigkeit des Partners oder der Partnerin

Eine unerwartete Erkrankung eines Partners oder eine zunehmende Pflegebedürftigkeit verändert eine Partnerschaft. Früher gepflegte Aktivitäten müssen reduziert oder aufgegeben werden und es treten neue, krankheitsbezogene Termine wie Therapien in den Alltag eines Paares. Im Falle der Erkrankung der Partnerin oder des Partners leisten Angehörige häufig Unterstützung. In der Hälfte der Situationen sind es die Ehepartner oder Ehepartnerinnen, die die Pflege übernehmen (vgl. Perig-Chiello/Höpflinger/Schnegg 2010:24).

Viele der Pflegenden sind selber im Alter. «Das durchschnittliche Alter der pflegenden Partner ist bei den

Frauen rund 74,5 Jahre, bei den Männern 78 Jahre» (Perrig-Chiello et al. 2010:23). Für sie kann die Pflege eine grosse Belastung bedeuten, die viel Zeit und Energie in Anspruch nimmt, negative Auswirkungen auf die eigene Gesundheit hat und bei vielen dazu führt, dass sie ihre persönlichen Bedürfnisse in den Hintergrund stellen und beispielsweise die eigenen Kontakte vernachlässigen (vgl. Perrig-Chiello 2012:113). Pflegende klagen häufig selber über physische und psychische Beschwerden und haben ein erhöhtes Risiko zu erkranken. Sie leiden, verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung, auch verstärkt an depressiven Symptomen (vgl. ebd.:150). In der *Swiss Age Care*-Studie wird die subjektive Gesundheit von pflegenden Angehörigen⁶ schlechter bewertet als von der schweizerischen Referenzbevölkerung. Auch von Mitarbeitenden der Spitex, die mit den pflegenden Angehörigen in Kontakt stehen, wird deren Gesundheitszustand als beeinträchtigt eingeschätzt (vgl. ebd.:153f.).

In der Pflege alter Menschen durch Angehörige (nicht nur Partnerinnen oder Partner) zeigt sich ein klarer Geschlechterunterschied in der Pflegehäufigkeit. Zwei Drittel der Pflegenden sind Frauen, ein Drittel Männer (vgl. ebd.:128).

Pflegende Partnerinnen oder Partner investieren sehr viel Zeit und Energie in die Betreuung und Pflege. Wenn die Pflegebedürftigkeit immer intensiver wird, drängt sich in vielen Fällen ein Übertritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung auf. Dieser Übertritt führt für pflegende Angehörige zu einer radikalen Veränderung der Lebenssituation. Einerseits muss der Wegzug der zu pflegenden Person bewältigt, andererseits der eigene Alltag mit der frei gewordenen Zeit wieder neu gestaltet werden.

3.3. Rollenwechsel und Abschiede aus Rollen

Eine gesellschaftlich anerkannte Rolle trägt zur eigenen Identität bei, ermöglicht Kontakte, gibt eine Tagesstruktur und verleiht der innehabenden Person Anerkennung. Abschiede aus einer Rolle sind kritische Lebensereignisse. Einerseits können sie erleichternd sein, andererseits bringen sie auch Verluste.

Die nach der Pensionierung frei werdende Zeit bietet die Möglichkeit, neue Rollen zu übernehmen oder ein bisheriges Engagement zu intensivieren – beispielsweise eine Funktion im Rahmen einer freiwilligen nachberuflichen Tätigkeit oder eines politischen Amtes. Dieser Punkt muss allerdings relativiert werden, weil neue ehrenamtliche Tätigkeiten meist von Personen übernommen werden, die früher schon in ähnlicher Form engagiert waren. Auf die sozialen Bedingungen für Freiwilligenarbeit wird in Kapitel 4.3. genauer eingegangen. Je nachdem, welche körperlichen oder kognitiven Fähigkeiten und wie viel Flexibilität eine Rolle beansprucht, führt der Übergang ins «vierte» Lebensalter dazu, dass Rollen aufgegeben werden (müssen). Wie Fachpersonen den Ausstieg aus Rollen oder den Einstieg in neue Rollen wahrnehmen und begleiten, wird im empirischen Teil dieser Arbeit (Kapitel 6.4.) genauer untersucht.

Für viele Seniorinnen und Senioren bringt der Übergang in das «vierte» Lebensalter einen einschneidenden Rollenwechsel – beispielsweise jenen von mobilen Verkehrsteilnehmern mit eigenem Auto zu ÖV-Benutzerinnen und -Benutzern. Je nach Wohnort und dessen ÖV-Anbindung hat der Wegfall des Autos schwerwiegende Konsequenzen für den Alltag. Plötzlich steht kein Fahrzeug mehr zur Verfügung, das genau nach eigenem Wunsch zeitlich und örtlich flexibel eingesetzt werden kann. Es muss vielmehr auf öffentliche Verkehrsmittel ausgewichen werden, die nur auf einem fixen Netz verkehren und deren Ausgangspunkt zu Fuss erreicht werden muss. Vor allem für Menschen, die gar keine Erfahrung mit Trams, Bussen und den damit verbundenen Fahrplänen und Billett-Automaten haben, kann der öffentliche Verkehr Angst auslösen. Zusätzlich zur Einschränkung der mobilen Freiheit kommt für einige auch der Verlust des Statussymbols Auto dazu. Ein weiterer Rollenwechsel ist nicht so klar von aussen erkennbar, sondern eher innerpsychisch bedeutend. Wenn ältere Menschen plötzlich auf Unterstützung angewiesen sind, bieten in vielen Fällen ihre Kinder Unterstützung an. Plötzlich Hilfe vom eigenen Kind zu erhalten, das man selber aufzog und für das man jahrelang die unterstützende Person war, kann einen grossen Einschnitt bedeuten. Es beinhaltet gewissermassen die Umkehrung der Eltern-Kind-Beziehung. Plötzlich werden die

⁶ Neben Partnern zählen dazu auch Kinder oder Schwiegertöchter.

Eltern zu denen, die Hilfe durch ihre Kinder erhalten. Abhängig vom eigenen familiären Rollenverständnis kann das Annehmen von Unterstützung sehr schwer fallen.

3.4. Verlust von Angehörigen und Freunden

Statistisch steigt im Alter das Risiko, den Tod von nahestehenden Personen, beispielsweise der Partnerin oder des Partners, zu erleben. In der Schweiz liegt das durchschnittliche Alter bei der Verwitwung bei rund 70 Jahren (69,4 bei den Frauen und 72,6 bei den Männern).⁷ Das Schicksal der Verwitwung trifft Frauen häufiger als Männer (vgl. Engstler/Tesch-Römer 2010:169). Grund dafür sind die höhere Lebenserwartung und der gesellschaftlich bedingte Altersunterschied von Ehepaaren.

Im Umgang mit dem Partnerverlust im Alter zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied. Ältere Männer heiraten nach einer Verwitwung oder einer Scheidung häufiger wieder als Frauen. In vielen Fällen heiraten sie dabei eine jüngere Frau. Das bedeutet, dass sich im hohen Lebensalter die Lebensformen von Frauen und Männern tendenziell auseinander entwickeln. Im Jahr 2010 lebten gut 46 Prozent der 90-jährigen und älteren Männer in einer Partnerschaft, im Vergleich zu nur sechs Prozent der gleichaltrigen Frauen (vgl. Höpflinger 2013:73). Bei Männern dominiert im Alter der Zweipersonenhaushalt, bei Frauen der Einpersonenhaushalt (vgl. Backes/Clemens 2013:93).

Neben dem emotionalen Verlust verändert der Tod einer nahestehenden Person die eigene Lebenssituation. Geteilte Aktivitäten fallen weg, Aufgaben, die gemeinsam oder von der verstorbenen Person erledigt wurden, müssen nun alle von der hinterbliebenen Person übernommen werden. Die Unterstützung, welche der verstorbene Partner oder die verstorbene Partnerin angesichts erster körperlicher Einschränkungen gab, fällt ebenfalls weg. Das kann dazu führen, dass alte Menschen unerwartet rasch auf externe kostenpflichtige Unterstützung angewiesen sind. Der Verlust der Partnerin oder des Partners geht oft auch mit einem Verlust an Bekanntschaften einher. Vor allem, wenn die gemein-

samen Kontakte als Paar alle über den verstorbenen Partner oder die Partnerin liefen und auch stark an ihn oder sie geknüpft waren, bedeutet dies eine beträchtliche Abnahme des sozialen Netzes. Der Verlust von Kontakten führt dazu, dass weniger Aktivitäten unternommen werden, die Bewegung beinhalten. Das fehlende Training wirkt sich nachteilig auf die körperliche Fitness aus und kann dadurch den Fragilisierungsprozess beschleunigen.

Wie beim Prozess der Fragilisierung besteht auch bei kritischen Lebensereignissen ein enger Zusammenhang zur Lebenssituation älterer Menschen. Je nach Wohnsituation ist ein Sturzrisiko beträchtlich kleiner und ein intaktes soziales Umfeld kann sehr viel Unterstützung bieten bei der Bewältigung des Todes einer nahestehenden Person oder anderer kritischer Lebensereignisse. Neben sozial bedingten Unterschieden in der gesundheitlichen Situation wurden auch die Unterschiede bei den Möglichkeiten zur Lebensgestaltung in der bisherigen Argumentation wenig berücksichtigt. Nicht nur körperliche Faktoren entscheiden darüber, ob jemand einen aktiven Lebensstil führen kann. So gibt es «junge» Alte, die körperlich fit sind, aber sich aufgrund sehr knapper finanzieller Mittel nur begrenzt einen aktiven Lebensstil leisten können. In dieser Studie soll nun genauer beleuchtet werden, welche Faktoren soziale Ungleichheit im Alter beeinflussen. Dazu wird ein Modell erarbeitet, das die Lebenslage eines Menschen in ihrem gesellschaftlichen Bezug beschreibt und es möglich macht, Vulnerabilität als eine besonders benachteiligte Lebenslage zu definieren.

⁷ Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der Witwen und Witwer anlässlich der Volkszählung 2000 (vgl. Bundesamt für Statistik, Atlas über das Alter nach 50, Verwitwung).

4. Lebenslage – ein Resultat der Kapitalausstattung

- 4.1. Ökonomisches Kapital
- 4.2. Kulturelles Kapital
- 4.3. Soziales Kapital
- 4.4. Körperkapital
- 4.5. Konvertierung der Kapitalformen

4. Lebenslage – ein Resultat der Kapitalausstattung

Ein theoretisches Modell zur Erklärung sozialer Ungleichheit im Alter muss die Lebenslaufperspektive berücksichtigen, verschiedene Ungleichheitsdimensionen angemessen erfassen und eine Verbindung zwischen Struktur- und Handlungsebene herstellen können (vgl. Clemens 2008:27). Zur Beschreibung der Situation und der Möglichkeiten eines Menschen wird oft das theoretische Konzept der Lebenslage verwendet. Die Lebenslage einer Person ergibt sich aus der Beziehung von individuellem «Verhalten» und den gesellschaftlichen «Verhältnissen» (vgl. ebd.). Einerseits bestimmen persönliche Handlungen und Entscheidungen die Lebenslage und andererseits prägen die gesellschaftlichen Bedingungen die Handlungsspielräume, die einer Person zur Verfügung stehen. Wenn beispielsweise Kindererziehung und Berufsarbeit so schlecht vereinbar sind, dass kaum eine ausreichende Altersvorsorge erwirtschaftet werden kann, ist die Ursache der schwierigen Situation nicht einfach eine Frage des persönlichen Unvermögens, sondern vielmehr gesellschaftlichen Ursprungs. Zudem ist die Lebenslage einer Person auch Folge von andauernder gesellschaftlicher Ungleichheit, die über den ganzen Lebenslauf einer Person Wirkung entfalten kann (vgl. Backes/Clemens 2013:18). Im Lebenslauf einer Person entscheidet beispielsweise in der Jugendzeit die familiäre Situation darüber, ob eine Ausbildung absolviert werden kann und welche berufliche Position erreicht wird. Die Position kann mit Privilegien verbunden sein und schlägt sich über das Einkommen in der Altersvorsorge nieder, die dann wiederum die Lebensbedingungen im Alter mitbestimmt. Damit wird verständlich, dass die Lebenslage älterer Menschen Spiegelbild ihres Lebenslaufs ist, die Summe ihres Verhaltens und der Verhältnisse, in denen sie bisher gelebt haben.

Ein Modell, das den Menschen in seiner gesellschaftlichen Position betrachtet und seine Möglichkeiten beschreibt, ist die Theorie der Kapitalformen von Pierre Bourdieu. Er beschreibt die Lebenslage einer Person als Wirkung ihrer Ausstattung mit Kapitalien. Dank ihrer Kapitalausstattung positionieren sich Menschen im sozialen Raum.

Pierre Bourdieu

Der Franzose Pierre Bourdieu (1930–2002) gehört zu den bedeutendsten Soziologen des 20. Jahrhunderts. Als Sohn eines Landwirts und späteren Postangestellten und einer Hausfrau wächst er in einem kleinen südfranzösischen Dorf am Rande der Pyrenäen auf und geht dort zur Schule. Im Alter von 18 Jahren wechselt er an das angesehene *Lycée Louis le Grand* nach Paris und studiert danach an der Elitehochschule *Ecole Normale Supérieure* Philosophie. Nach einem kurzen Einsatz als Gymnasiallehrer für Philosophie wird Bourdieu 1955 in den Wehrdienst eingezogen und kurze Zeit später – da er es gewagt hatte, vor hohen Offizieren Frankreichs Kolonialpolitik zu kritisieren – nach Algerien strafversetzt. Die erschütternden Erfahrungen des Algerienkrieges lösen bei Bourdieu eine Umorientierung von der Philosophie hin zur Soziologie aus. Die Situation der Algerier, die unter der von Frankreich «aufgenötigten überstürzten kapitalistischen Modernisierung» (Lempert 2012:41) leiden, glich der seines entlegenen Heimatdorfes. Bourdieu findet Zugang zu den Einheimischen, unterstützt sie nach Möglichkeit und protokolliert in soziologischer Feldarbeit ihre Erniedrigung. 1958 verfasst er mit dem Bericht über die Situation in Algerien sein erstes Buch. Zurück in Paris widmet sich Bourdieu in Eigenregie der Soziologie, verzichtet aber darauf, zu promovieren oder ein Diplom zu erlangen. Trotz seines Aufstiegs an die wichtigsten Universitäten bleibt Bourdieu sein ganzes Leben distanziert und kritisiert die traditionellen und politischen Eliten seines Landes (vgl. ebd.:27). Bourdieus Forschungen sind im Alltagsleben verankert. Er untersucht und beschreibt teilweise akribisch die Lebensweise und die damit verbundene soziale Position von Menschen. Bourdieu erforscht den Zusammenhang zwischen Individualität und kollektiven Mustern (vgl. von Thadden o.J.). Er erkennt, dass das Verhalten und der Geschmack einer Person und die daraus gewählten Attribute wie Kleidung, Aussehen und ausgeübte Sportarten eng mit der sozialen Lage verbunden sind, aus der eine Person stammt. Dabei sind es nicht nur die finanziellen Mittel, die die Auswahl der Attribute bestimmen. Auch die Bildung einer Person und ihre sozialen Kontakte haben einen wichtigen Einfluss.

Menschen entwickeln laut Bourdieu sehr früh im Leben einen sogenannten Habitus: eine Art, sich zu verhalten und die Welt zu bewerten, die auch Vorlieben sowie den eben erwähnten klassenspezifischen Geschmack enthält. Der Habitus strukturiert die Handlungen und die Wahrnehmung einer Person, aber auch der Habitus selber ist strukturiert. Er wird geprägt von der Lebenssituation der Person, präziser formuliert, von den drei Kapitalformen, über die sie verfügt. So schlägt sich die seit jeher vertraute Lebensumgebung im Geschmack der Person nieder. Bourdieu arbeitet heraus, dass viele Menschen ihre soziale Lage beibehalten, da sie unbewusst dazu neigen, sich mit dem zu umgeben, was sie seit jeher kennen (vgl. Bourdieu 1987:278ff.).

Diese drei Kapitalformen, welche die Lebenslage eines Menschen beschreiben und verstehen helfen, warum und wie Menschen sich verhalten, sind das wissenschaftliche Vermächtnis Bourdieus. Was aber sind Kapitalformen laut Bourdieu? Der Kapitalbegriff der Wirtschaftswissenschaften ist allgegenwärtig. Der wirtschaftswissenschaftliche Kapitalbegriff reduziert gesellschaftliche Austauschverhältnisse auf den eigennützigen Warentausch, der auf Profit ausgelegt ist. Selbst Menschen werden in dieser Logik zur Ware «Arbeitskraft», die mit Humankapital ausgestattet ist.

Für Bourdieu ist diese Sicht zu limitiert (vgl. Bourdieu 1983:184). Er behält den Begriff des Kapitals zwar bei, erweitert ihn aber über das wirtschaftswissenschaftliche Verständnis hinaus, wie es in der klassischen und marxistischen Tradition gepflegt wird. Die ökonomische Ausstattung einer Person alleine bestimmt ihre Position und ihre Chancen in der Gesellschaft nicht abschliessend. Im Kampf um gesellschaftliche Positionen spielen die Bildung und die sozialen Kontakte einer Person eine ebenso grosse Rolle. Mit seinem Kapitalbegriff, der das ökonomische, kulturelle und soziale Kapital einer Person umfasst, versucht Bourdieu das gesamte Spektrum des gesellschaftlichen Austauschs zu beschreiben (vgl. ebd.:183f.). Dabei versteht Bourdieu (vgl. ebd.) Kapital weiterhin als «akkumulierte Arbeit, entweder in Form von Materie oder in verinnerlichter, «inkorporierter» Form». Mit Hilfe von Zeit und anderer Investitionen kann Kapital akkumuliert werden. Das Kapital einer Person kann sich selber reproduzieren,

wachsen und Profite produzieren (vgl. ebd.:184f.). Es prägt die gesellschaftliche Position und erklärt zugleich die soziale Ungleichheit in ihrer gesamten Breite. In den folgenden Kapiteln werden die drei Kapitalformen, wie sie Bourdieu verwendet, beschrieben, ihre Entstehung im Lebenslauf skizziert und ihre Ausprägung im Alter aufgezeigt.

4.1. Ökonomisches Kapital

Das ökonomische Kapital ist die Form von Kapital, welche am bekanntesten ist und traditionellerweise schon lange unter diesem Begriff verstanden wird. Im Ansatz von Bourdieu umfasst das ökonomische Kapital Privateigentum und Vermögen und ist in der Regel leicht in Geld konvertierbar (vgl. Bourdieu 1983:185). Das ökonomische Kapital wird vererbt und geerbt, aber auch durch eigenen Einsatz vermehrt. Über je mehr Kapital eine Person bereits verfügt, desto besser sind die Bedingungen zu dessen Vermehrung. In vielen Fällen stellt ökonomisches Kapital die Grundlage für die anderen Kapitalformen dar, indem es beispielsweise in soziale Beziehungen oder in Bildung investiert wird.

Im Alter entspringt Einkommen aus ökonomischem Kapital drei Quellen. Das erste, allen Pensionierten zugesicherte Einkommen ist die AHV-Rente.⁸ Als zweite Quelle für ehemals Erwerbstätige dient die angesparte berufliche Vorsorge, die sogenannte zweite Säule. Die berufliche Vorsorge bietet nach der Pensionierung entweder ein Einkommen in Form einer Rente, oder sie kann als Teilbezug oder durch Auflösen des Pensionskassenguthabens als Vermögen bezogen werden. Darüber hinaus profitieren begüterte Altersrentnerinnen und -rentner von erworbenem, geerbtem und mit der Zeit vermehrtem Kapital und erhalten ein Einkommen aus der dritten Quelle, dem Vermögensertrag. Unter der Lebenslaufperspektive ist das Renteneinkommen im Vergleich zum früheren Erwerbseinkommen, das bei Stellenwechseln oder Arbeitslosigkeit Schwankungen

⁸ Der dahinterstehende Generationenvertrag ist eine gesellschaftliche Errungenschaft und bringt eine spezielle Eigenschaft des Einkommens im Alter. Eine Person wird aufgrund ihres Alters und ihres Austritts aus der Erwerbsarbeit von der Gesellschaft mit einem regelmässigen Einkommen ausgestattet. Historisch gesehen brachte die Einführung der Altersrente eine Erlösung von Kostgeld, Gnadenbrot oder Fürsorgeabhängigkeit (vgl. Pilgram/Seifert 2009:12ff.).

unterworfen ist, stabil. Alterseinkommen sind gewöhnlich tiefer als Erwerbseinkommen vor dem Rentenbezug. Im Gegensatz zu jüngeren Personen, die beispielsweise nach Abschluss einer Weiterbildung oder nach dem Auszug ihrer Kinder aus dem Familienhaushalt auf eine Verbesserung ihrer finanziellen Situation hoffen können, haben Rentner und Rentnerinnen kaum Aussicht auf eine wesentliche Verbesserung ihrer finanziellen Situation (vgl. Pilgram/Seifert 2009:79f.).

Einkommen und Vermögen im Alter sind sehr ungleich verteilt. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, werden in der Haushaltsbudgeterhebung aus dem Jahr 2012⁹ von allen untersuchten Rentnerhaushalten sogenannte Einkommensquintile gebildet. Alle Haushalte werden entlang ihres Bruttoeinkommens in fünf Einkommensgruppen (Quintile) eingeteilt. Beim untersten Einkommensquintil, also dem Fünftel der Haushalte mit dem tiefsten Einkommen, bestehen 94,6 Prozent des Bruttoeinkommens aus Renten. Beim einkommensstärksten, obersten Quintil machen die Renten nur 73,8 Prozent aus. Zusätzlich stammen 21,5 Prozent des Einkommens aus Vermögen oder Vermietung. In Totalbeträgen stehen sich beim untersten und obersten Quintil die durchschnittlichen Bruttoeinkommen von CHF 2'808.– und CHF 11'321.– gegenüber.

Begüterten Personen bringt ökonomisches Kapital viele Vorteile. Es erlaubt ihnen, die nach der Pensionierung freiwerdende Zeit zu gestalten, sich Unterhaltung, neue Erlebnisse und bei Bedarf auch Erholung zu finanzieren. Vielfältig einsetzbar, ermöglicht ihnen ökonomisches Kapital mehr Gestaltungsfreiheit beim Wohnen, beim Transport, in der Freizeit und für die Gesundheit. Diese Gestaltungsfreiheit wird vor allem beim Eintreten erster körperlicher Einschränkungen zu einem Vorteil. Menschen mit wenig ökonomischem Kapital haben kaum Gestaltungsfreiheit und sind auf Unterstützung durch ihre sozialen Beziehungen oder auf kostenlose Unterstützungsangebote angewiesen.

4.2. Kulturelles Kapital

Kulturelles Kapital bezeichnet das Wissen, die kulturellen Fähigkeiten und den kulturellen Besitz einer Person.

⁹ Vgl. BFS 2012a:10.

Das kulturelle Kapital wird von Bourdieu in drei Formen unterteilt:

- Inkorporiertes, also verinnerlichtes, kulturelles Kapital umfasst die gesamte Bildung einer Person. Es ist eng an die Person gebunden, zeichnet sie aus und trägt zu ihrer Identität bei. Bildung wird einerseits familiär weitergegeben und andererseits schulisch erworben. Im Gegensatz zu anderen Kapitalformen kann inkorporiertes Kulturkapital nicht kurzfristig verschenkt oder verkauft werden (vgl. Bourdieu 1983:187). Gemessen werden kann inkorporiertes kulturelles Kapital am ehesten an der Dauer des Bildungserwerbs (vgl. ebd.).
- Institutionalisiertes kulturelles Kapital bezeichnet Schulabschlüsse oder Titel. Dank eines Diploms kann der Bildung einer Person institutionelle Anerkennung verliehen werden. Als institutionalisiertes kulturelles Kapital erlangt dieses eine Wertsteigerung gegenüber nicht institutionalisiertem Kulturkapital (vgl. ebd.:190f.). Der Wert des Diploms ist eng mit dem Geldwert verbunden, für den es auf dem Arbeitsmarkt getauscht werden kann. Titel gelten formell unabhängig von der Person ihres Trägers und in gewissen Fällen sogar unabhängig vom tatsächlichen kulturellen Kapital des Trägers (vgl. ebd.). Sie können damit auch leicht von den Eltern an die Kinder weitergegeben werden.
- Objektiviertes kulturelles Kapital als dritte Form bezeichnet materielle Kulturgüter wie Bücher, Bilder oder Instrumente, die besessen und verkauft werden können. Wirklich nutzbar sind sie für ihren Besitzer meistens nur in Kombination mit inkorporiertem kulturellem Kapital, also der Fähigkeit, das Instrument auch spielen zu können oder die Bedeutung und den Wert eines Gemäldes zu kennen (vgl. Bourdieu 1987:19).

Das kulturelle Kapital einer Person entsteht einerseits durch soziale Vererbung. Sehr früh und meistens unbewusst werden innerhalb der Familie Werte und Wissen weitergegeben. Kinder lernen die kulturellen Güter, die in einem Haushalt vorhanden sind, beispielsweise Maschinen, kennen und eignen sie sich somit auf eine symbolische Weise an. Später werden die Geräte oder ein Instrument allenfalls auch in ihrer materiellen Form weitervererbt. Ein weiterer Weg zum Erwerb von kultu-

rellem Kapital führt über mehr oder weniger formalisierte Ausbildungen. Dafür muss eine Person Zeit, persönliche Energie und auch Geld investieren. Bei der familiären und der schulischen Bildung kommt der Familie und ihrer Kapitalausstattung eine grosse Bedeutung zu. Sie investiert ihr kulturelles und ökonomisches Kapital in den Bildungserwerb des Kindes. Dementsprechend zeigen sich grosse soziale Unterschiede bei der späteren Ausbildung von Kindern aus verschiedenen Schichten. Familien mit höheren Einkommen und Vermögen können mehr Zeit und Geld in die Ausbildung ihrer Kinder investieren und verfügen allenfalls über wichtige Kontakte zur Verbesserung der schulischen Chancen des Kindes als Familien, die keine finanziellen und zeitlichen Reserven haben. Dank viel ökonomischem Kapital können gute und bekannte Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote finanziert werden, die die eigene Bildung institutionell legitimieren und sie damit auch auf dem Arbeitsmarkt ertragsreich einsetzbar machen lassen. Auf diese Weise kann kulturelles Kapital in ökonomisches Kapital zurückverwandelt werden.

Einige Jahre später im Leben, beim Austritt aus einer Erwerbstätigkeit, verliert das kulturelle Kapital häufig diese Wirkung. Zudem kann berufliches Wissen in vielen Fällen nicht mehr wie früher eingesetzt werden und sein Besitzer oder seine Besitzerin verliert damit auch unter Umständen an Anerkennung. Erst durch eine neue Tätigkeit, beispielsweise in der Freiwilligenarbeit, kann das berufliche Wissen möglicherweise weiter genutzt und damit Wertschätzung erfahren werden. Durch den Wegfall der Erwerbstätigkeit können sich aber auch neue Möglichkeiten eröffnen, weiteres kulturelles Kapital anzueignen. Mit Weiterbildungsangeboten werden Pensionierte dazu eingeladen, im Alter neuen Interessen nachzugehen oder sogar ein Studium nachzuholen. Bei der Teilnahme an solchen Angeboten schreiben sich aber die Unterschiede in der Kapitalausstattung fort. Neben der verfügbaren Zeit und dem Geld, das für Weiterbildungen benötigt wird, sind auch ein gewisses Mass an kulturellem Kapital und eine Affinität zu Weiterbildungen nötig. Bei der Teilnahme an Weiterbildungen zeigen sich Unterschiede nach dem Bildungsniveau gesamtgesellschaftlich (vgl. BFS 2013a:6) und auch im Alter. Eine Untersuchung der Nutzung der Seniorenangeboten an 50 deutschen

Hochschulen ergab, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer überwiegend «eine biografische Orientierung auf Bildungsprozesse hin aufweisen» (Backes/Clemens 2013:229).

Das kulturelle Kapital der Person bestimmt nicht nur die eigene Bildungstätigkeit, sondern generell die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe. Das kulturelle Kapital limitiert den kulturellen und damit auch den sozialen Rahmen, in dem sich eine Person bewegt. So werden beispielsweise über den Besuch kultureller Veranstaltungen neue soziale Kontakte geschlossen, die jenen verschlossen bleiben, die solche Veranstaltungen aus unterschiedlichen Gründen nicht besuchen können.

Neben den Auswirkungen auf das soziale Kapital wirkt sich kulturelles Kapital entscheidend auf die Gesundheit aus. Gesundheitsfördernde Verhaltensmuster wie eine entsprechende Ernährung, das Ausüben gesundheitsförderlicher Freizeitaktivitäten und die selektive Inanspruchnahme medizinischer Leistungen¹⁰ stehen in engem Zusammenhang mit dem Wissen über gesundheitsförderliches Verhalten, der Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen und umzusetzen, sowie mit der persönlichen Einstellung zu körperlicher Aktivität, Ernährung und Gesundheit. Diese Fähigkeiten und Einstellungen sind einerseits von präventiver Relevanz, indem sie dazu beitragen, die Gesundheit im Alter zu verbessern und andererseits helfen sie bei der Bewältigung gesundheitlicher Einschränkungen und kritischer Lebensereignisse. Gut ausgebildete Personen haben laut Höpflinger (2005:64) «mehr sozio-psychische Ressourcen, um mit kritischen Lebensereignissen umzugehen» und sind «besser in der Lage, einen raschen gesellschaftlichen und technologischen Wandel aktiv zu bewältigen». Diese verinnerlichten Einstellungen und Wertvorstellungen sind Teil des inkorporierten kulturellen Kapitals einer Person. Für gesundheitsförderliches Handeln reicht der Zugang zu theoretischem Fachwissen alleine nicht aus. Im Umgang mit Gesundheit und Krankheit ist häufig alltagspraktisches Wissen notwendig, und das wird über so-

¹⁰ Vgl. Abel/Abraham/Sommerhalder 2009:191.

ziale Netzwerke vermittelt.¹¹ Soziales Kapital ist darum ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit.

4.3. Soziales Kapital

Das soziale Kapital bezeichnet die «Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind» (Bourdieu 1983:191). Früher oder später versprechen die Beziehungen einen unmittelbaren Nutzen (vgl. ebd.:193). Die Vorteile, die das Beziehungsnetz beinhaltet, sind einerseits angenehme Erfahrungen und positive Gefühle dank sozialem Austausch und andererseits ist es auch die Möglichkeit, vom kulturellen, sozialen und ökonomischen Kapital der Personen im eigenen Netzwerk zu profitieren. Dabei übt das Sozialkapital einen Multiplikator-Effekt auf andere verfügbare Kapitalformen aus (vgl. ebd.:194). Eine Mitgliedschaft in Organisationen wie beispielsweise einem Turnverein oder einem Chor eröffnet Zugänge zu Personen mit anderen Berufen und damit die Möglichkeit, auch andere Kapitalformen zu vermehren. Der befreundete Gärtner gibt beiläufig ein paar Tipps für die Rosen und hilft damit, das eigene ökonomische Kapital zu schonen. Oder die Gratistickets der Laienschauspielerinnen tragen zu neuem kulturellem Wissen bei.

Damit ein Beziehungsnetz geschaffen oder aufrechterhalten werden kann, muss laufend darin investiert werden. Zeit und Geld in Form von Besuchen, Gefälligkeiten und gegenseitigen Geschenken werden in die Beziehungspflege investiert (vgl. ebd.:98). Da Menschen die Mitglieder ihres sozialen Netzes an ihrem Kapital teilhaben lassen, erwarten sie von ihnen eine Gegenleistung. Neue Gruppenmitglieder haben ihrerseits attraktive Kapitalien in die Gruppe einzubringen. So können viel gereiste Personen eine Gesprächsrunde mit ihrem grossen Schatz an Erfahrungen und Geschichten bereichern und sich als Netzwerkpartner dadurch interessant machen. Diese Tauschbeziehungen schliessen laut Bourdieu Kalküle und Garantien aus. Sie beinhalten immer ein gewisses Risiko der Undankbarkeit, dass die

durch den Tausch entstandene Schuldverpflichtung vom Gegenüber nicht anerkannt wird (vgl. ebd.:198).

Soziales Kapital von älteren Personen unterscheidet sich nicht grundsätzlich vom sozialen Kapital jüngerer Personen. Eine wichtige Veränderung der Sozialbeziehungen kann der Austritt aus dem Erwerbsleben bringen. Der tagtägliche, ursprünglich zufällig durch Annahme einer Arbeitsstelle entstandene Kontakt zu Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen flaut ab. Im Idealfall wird dieser Netzwerkverlust aufgefangen durch andere Beziehungen, die nach der Pensionierung gepflegt werden. Die Teilnahme an Freizeitangeboten oder das Engagement als Freiwilliger oder Freiwillige bieten eine gute Möglichkeit, neue soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen. Dank der Freiwilligenarbeit können neue Kompetenzen erworben und Kapitalien akkumuliert werden.

Im Gegensatz zur Erwerbsarbeit ist Freiwilligenarbeit weniger stark formalisiert, offener im Zugang und durchlässiger über Positionen (vgl. Nadai 1996:68). Somit können auch Personen ohne einen entsprechenden Ausbildungsabschluss, ohne objektivierte Kulturkapital, eine gewisse Funktion übernehmen. Diese Offenheit soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch bei der Freiwilligenarbeit nicht alle Menschen dieselben Zugangschancen haben. Diese hängen mit der eigenen Kapitalausstattung zusammen. Ehrenämter beispielsweise werden vorwiegend mit Personen besetzt, die über viel soziales Kapital, also ein grosses Netz an nutzenbringenden und einflussreichen Kontakten, verfügen. Darunter könnten gute Kontakte zu potentiellen Geldgebern oder Entscheidungsträgerinnen in der Politik fallen. Auch die Rekrutierung von Freiwilligen über informelle persönliche Kontakte erfolgt stark sozial selektiv. «Sowohl in der Basisarbeit wie im Ehrenamt werben die Freiwilligen typischerweise Personen aus ähnlichen sozialen Lagen und Milieus an» (ebd.:242).

Eine Voraussetzung für viele Tätigkeitsbereiche der Freiwilligenarbeit, die oft vernachlässigt wird, sind auch finanzielle Mittel, Zeit und Raum. Viele Freiwillige machen administrative Arbeit zu Hause im eigenen Arbeitszimmer am eigenen Computer oder sie brauchen für Fahrdienste das eigene Auto (vgl. ebd.:61). Zeitlich fallen viele Aufgaben der Freiwilligenarbeit wie bei-

¹¹ Vgl. Soom Ammann/Salis Gross 2011:3.

spielsweise Besuchs- oder Fahrdienste zu Arbeitszeiten an. Dies verlangt von einer freiwillig tätigen Person zeitliche Verfügbarkeit und Flexibilität. Die Pensionierung kann diese Flexibilität ermöglichen, aber auch bei Pensionierten hängt die Verfügbarkeit von Zeit stark von der Lebenssituation und den subjektiven Präferenzen ab.

Nicht nur historisch gesehen ist Freiwilligenarbeit eine Domäne der Mittel- und Oberschicht und dient auch dazu, den sozialen Status zu festigen (vgl. ebd.). Nadais Bündelung von europäischen Untersuchungen zur Freiwilligenarbeit (für Deutschland: Braun/Röhrig 1987 und 1989; für Österreich: Badelt 1985; für die Schweiz: Fischler 1990, Wallimann 1993) führt zum Ergebnis, dass Freiwillige vor allem Personen mit höherem Einkommen und mittleren und hohen Bildungsabschlüssen sind, überwiegend in Familienhaushalten leben und im mittleren Alter sind (vgl. Nadai 1996:19).

Mit wachsendem Alter und zunehmender Fragilisierung nehmen einerseits die Möglichkeiten der Pflege sozialer Kontakte ab und andererseits werden soziale Kontakte als Unterstützung wichtiger. Jedoch werden nicht alle sozialen Kontakte gleich genutzt. Fluder et al. (vgl. 2012:144) untersuchten das Netzwerk von Personen ab 70 Jahren, die in den Kantonen Bern, Aargau oder Zürich zu Hause leben und formelle oder informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen. Die meisten Kontakte der Befragten finden zu Familie und Verwandten statt und es werden klare Unterschiede zwischen dem Kontakt zu Familienangehörigen, Freunden und Nachbarn gemacht. Vor allem wenn es darum geht, Privates zu besprechen oder um Hilfe zu bitten, scheinen die Befragten klar zu unterscheiden. Während die Hälfte der Interviewten angibt, dass sie mit mindestens drei Personen aus der Familie oder Verwandtschaft Privates besprechen können, wird nur von neun Prozent der Befragten angegeben, dass sie mit mindestens drei Nachbarinnen oder Nachbarn Privates besprechen können. Knapp zwei Drittel der Befragten sprechen mit Nachbarn nicht über Privates (vgl. Fluder et al. 2012:144). Nachbarinnen und Nachbarn nehmen also in der Bewertung der Wichtigkeit als Partner im sozialen Netzwerk einen weniger hohen Stellenwert ein als Partner oder Kinder, aber die Mehrheit der Seniorinnen und Senioren pflegen gute Nachbarschaftskontakte (vgl. Höpflinger

2012:71). Einige erhalten Unterstützungen im Alltag wie beispielsweise Hilfen im Garten oder beim Einkaufen (vgl. Fluder et al. 2012:96). Am häufigsten werden Nachbarinnen und Nachbarn von geschiedenen oder getrennt lebenden Seniorinnen und Senioren um Hilfen im Alltag gebeten (vgl. ebd.).

Eine Veränderung, die das Sozialkapital vor allem im hohen Alter trifft, ist dessen Abnahme. Der Verlust von engen Freundinnen und Freunden, meistens etwa gleichaltrige, trifft Menschen im hohen Alter mit grösserer Wahrscheinlichkeit als jüngere Personen (vgl. Höpflinger 2012:71).

4.4. Körperkapital

In jedem Alter ist der Körper ein wichtiges Instrument, um mit der Umwelt in Kontakt zu treten und um die anderen Kapitalformen überhaupt nützen zu können. Wenn der Körper vermehrt eingeschränkt wird, wirkt sich das auf die gesamte Lebenslage eines Menschen aus. Der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Alter zeichnet sich durch körperliche Veränderungen aus und der Körper wird im Alter zur Dimension mit den wichtigsten und am meisten einschneidenden Veränderungen (vgl. Lalive d'Epinay/Cavalli 2013:20). Bis zum Übergang ins «vierte» Lebensalter hat der Körper im Normalfall einen relativ kleinen Einfluss auf die Lebenslage. Wenn keine gravierenden Erkrankungen früher im Leben auftraten, ist das «vierte» Lebensalter für viele Menschen der Zeitpunkt, ab dem der Körper diktiert, was noch in welchem Ausmass machbar ist. Aus diesen Gründen werden für die Betrachtung der Lebenslage einer Person die drei Kapitalformen nach Bourdieu um das Körperkapital ergänzt.

Bourdieu widmet dem Körper bei der Beschreibung von Lebensstilen auch seine Aufmerksamkeit. Er untersucht den Einsatz der körperlichen Schönheit (vgl. Bourdieu 1987:329) und stellt fest, dass Angehörige verschiedener Klassen einen anderen Bezug zu ihrem Körper haben und aus anderen Motiven sportlich auf ihn einwirken (vgl. ebd.:332ff.). Bourdieu benennt den Körper als Mittel der sozialen Unterscheidung, er spricht aber nicht explizit von Körperkapital (vgl. Schroeter 2009:164).

Mit dem Fokus auf das Alter wird in dieser Arbeit das Körperkapital als eigene Kapitalform verwendet, die wie die anderen Kapitalformen die Lebenslage eines Menschen bestimmt. Das Körperkapital ist eine physische, psychische und kognitive Ressource. Es bezeichnet die immer noch starken Beine genauso wie das gute Sehvermögen, die geistige Flexibilität und die psychische Gesundheit. Der Körper bestimmt die Möglichkeiten eines Menschen und die soziale Position mit. Im Sinne der Habitus-Theorie Bourdieus kann der Körper als Körperkapital eingesetzt werden, um Gewinne zu erzielen. Ein möglicher Gewinn ist die Zugehörigkeit zu einer interessanten Gruppe. Wie bei anderen Kapitalformen müssen dazu meist Zeit und andere Mittel eingesetzt werden. Beispielsweise kann mit körperlichem Training oder kosmetischen Behandlungen in den Körper investiert werden. Über den Körper drückt sich ein Mensch aus, es wird aufgrund seines Körpers auf eine dahinterliegende Lebensform geschlossen (vgl. Reich 2013:276) und Personen werden als «jung» oder «alt» wahrgenommen. Je näher das eigene Körperkapital an gesellschaftliche Konventionen heranreicht, desto eher erzielt es Gewinne.

Aktuell ist die (körperliche) Aktivität im Alter hoch geschätzt und gesellschaftlich gefordert. Körperlich noch aktive Rentnerinnen und Rentner werden bewundert. Im Zuge dieser Aufwertung von Aktivität wird mehr in den Körper investiert als früher. Im Gegenzug wird aber auch mehr von ihm erwartet (vgl. ebd.:259). Je älter der eigene Körper wird, umso eher kann eine Diskrepanz zwischen dem, was der Körper gegen aussen zu vermitteln scheint, und dem Befinden eines Menschen entstehen. Klaus Schroeter thematisiert den Körper im Alter und das Risiko der gesellschaftlichen Exklusion, die schwindende korporale Kapitalien mit sich bringen können. Aufgrund der verbreiteten Orientierung an einem erfolgreichen Altern und der damit verbundenen Verpflichtung zu Aktivität, Wellness und Fitness laufen Personen, die sich diesen Zwängen entziehen oder ihnen nicht (mehr) entsprechen können, Gefahr, ausgeschlossen zu werden (vgl. Schroeter 2007:142f.).

4.5. Konvertierung der Kapitalformen

Kapital kann akkumuliert und umgewandelt werden. Dabei muss für jeden Fall die in Form von Kapital akku-

mulierte Arbeit in Rechnung gestellt werden, sowie die Arbeit, die für die Umwandlung von einer Kapitalart in die andere nötig ist (vgl. Bourdieu 1983:196). Laut Bourdieu liegt kulturellem und sozialem Kapital ökonomisches Kapital zugrunde. Kulturelles oder soziales Kapital kann aber nur wirksam sein, indem sein ökonomischer Ursprung verhüllt wird. Beziehungen beispielsweise werden durch gegenseitige Geschenke, Gefälligkeiten und Besuche produziert und reproduziert und schliessen Kalküle und Garantien explizit aus. Durch die Akteure werden die Investitionen in die Beziehung verschleiert. Mit dieser Verschleierung geht auch immer ein Schwundrisiko einher, in Beziehungen beispielsweise das Risiko der Undankbarkeit, wenn das Gegenüber die hinter der Austauschbeziehung stehende Schuldverpflichtung nicht als solche anerkennt (vgl. ebd.:198). Die ungleiche Verteilung von Kapital, von Bourdieu bezeichnet als «Struktur des gesamten Feldes», bestimmt den Wert der jeweiligen Kapitalformen. Ein schulischer Titel beispielsweise ist das Produkt einer Umwandlung von ökonomischem in kulturelles Kapital. Der kulturelle Wert des Titels hängt mit dem Geldwert zusammen, für den er auf dem Arbeitsmarkt getauscht werden kann (vgl. ebd.:191). Aus kapitaltheoretischer Sicht hat die Bildungsinvestition nur Sinn, wenn die Umkehrbarkeit der ursprünglichen Umwandlung von ökonomischem in kulturelles Kapital zumindest teilweise garantiert ist (vgl. ebd.).

Für die Umwandlung der Kapitalformen bestehen unterschiedliche Bedingungen. Geld aus ökonomischem Kapital kann einmalig in ein Hilfsmittel wie beispielsweise einen Gehstock investiert werden und ist dann in dieser Form gebunden. Eigenes Wissen, also inkorporiertes Kulturkapital, ist sozusagen gespeichert und kann wiederholt angewendet werden, beispielsweise als Wissen über gesundheitsförderliches Verhalten.

Die verschiedenen Kapitalformen sind eng miteinander verbunden. So wirkt sich beispielsweise eine gute ökonomische Ausstattung direkt auf das Körperkapital eines Menschen aus. Neben der Erhöhung der Lebenszufriedenheit steigert viel ökonomisches Kapital nachweisbar die Lebenserwartung eines Menschen. In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass Wohlhabende länger leben als ärmere. «In den letzten

Jahrzehnten haben sich die sozialen Ungleichheiten der Lebenserwartung eher vergrößert als verkleinert» (Höpflinger 2005:67). Ökonomisches Kapital kann nicht direkt in Gesundheit umgewandelt werden, aber es existieren vielfältige Angebote, um ökonomisches Kapital gesundheitsförderlich einzusetzen: Dank Fitnessstrainings, Sportgeräten oder Massagen und Wellnesswochenenden kann es in mehr Wohlbefinden und einen besseren körperlichen Zustand übersetzt werden. Bei der Abnahme körperlicher Fähigkeiten lassen sich entstehende Defizite kompensieren. So kann bei Hörproblemen Geld in ein Hörgerät investiert werden, um einem Mangel an Hörfähigkeit abzuhelpen. In diesem Fall wird dank ökonomischem Kapital das entstehende Defizit im Körperkapital kompensiert. Dabei gilt allerdings, dass eine Umwandlung selten einen gänzlichen Ersatz für eine andere Kapitalform bieten kann.

Kulturelles Kapital wird ebenfalls gesundheitsförderlich eingesetzt. Wissen über gesunde Ernährung hat positive Effekte auf die Gesundheit – leider nur unter der Voraussetzung, dass genügend ökonomisches Kapital in Form von Geld und Zeit vorhanden ist, um dieses Wissen auch umzusetzen. Dasselbe gilt bei gesundheitsförderlichem Bewegungsverhalten. Ein unterstützender Faktor sind soziale Kontakte. Zu zweit spazieren macht mehr Freude als alleine und wenn die Freunde ebenfalls auf eine ausgewogene Ernährung achten, fällt es den meisten leichter, die eigenen Vorsätze auch konsequent durchzuziehen.

Kulturelles Kapital wird laufend eingesetzt, um sich im Alltag zurechtzufinden. Dank Kommunikation werden Beziehungen gefestigt und Informationen eingeholt. Ein breites Wissen über die Möglichkeiten, die in einer Gesellschaft bestehen, hilft sie zu nutzen.

In dieser Arbeit interessieren die Möglichkeiten zur Umwandlung einer vorhandenen Kapitalform zur Kompensation von Lücken in einer anderen Kapitalform. Eine gute Ausstattung mit Kapitalien im Alter bedeutet eine Lebenslage, die geprägt ist von einer guten Ausbildung, die in eine sichere und gut bezahlte Arbeitssituation und damit in eine gute Altersvorsorge mündete, einem tragfähigen sozialen Netz und guter körperlicher wie psychischer Gesundheit. Die gute Kapitalausstat-

tung, vor allem, wenn genügend ökonomisches Kapital vorhanden ist, vergrößert die Möglichkeiten, einerseits präventiv den Fragilisierungsprozess hinauszuzögern und bei Einschränkungen auf diesen Prozess zu reagieren sowie kompensierende Hilfsmittel und Unterstützungen finanzieren zu können.

Wie sieht die Situation aus von Menschen, die in einer nicht so begüterten, schwierigen Lebenslage sind? Je mehr Lücken in der Kapitalausstattung einer Person bestehen, umso weniger Möglichkeiten hat sie, auf Unvorhergesehenes zu reagieren, ohne Schäden davon zu tragen. Diese Verletzlichkeit einer Person wird als Vulnerabilität bezeichnet.

5. Vulnerabilität

- 5.1. «Arm» – tiefe Ausstattung mit ökonomischem Kapital
- 5.2. «Bildungsfern» – tiefe Ausstattung mit kulturellem Kapital
- 5.3. «Einsam» – geringe Ausstattung mit sozialem Kapital
- 5.4. «Fragil» – geringe Ausstattung mit Körperkapital
- 5.5. Vulnerable Menschen im Alter

5. Vulnerabilität

Im ursprünglichen Sinn des Wortes bedeutet Vulnerabilität «Verletzlichkeit». In der Medizin wird der Begriff verwendet, um die Anfälligkeit für gewisse Erkrankungen zu beschreiben. In dieser Arbeit wird der Begriff Vulnerabilität aber breiter verstanden. Er umfasst nicht nur körperliche und psychische Verletzlichkeit, sondern auch die ökonomische und soziale Verwundbarkeit einer Person.

Menschen sind per se in vielerlei Hinsicht verwundbar. Je nach Person und Lebenssituation zeigt sich die Verwundbarkeit aber in unterschiedlichem Masse. Die Schwierigkeit liegt darin, die Vulnerabilität einer Person exakt zu definieren. Als vulnerabel können Menschen bezeichnet werden, die ein hohes Risiko aufweisen, schwierige Lebensumstände zu erleiden und nicht angemessen darauf zu reagieren in der Lage sind. Auf schwierige Lebensumstände antworten Menschen, indem sie Ressourcen einsetzen. Dies können innerpersonale wie externe Ressourcen sein. Die Schwierigkeit, auf Benachteiligungen zu reagieren, kann somit auch als ein Defizit verstanden werden, nötige Ressourcen in ausreichendem Ausmass mobilisieren zu können. Im Rahmen dieser Arbeit wird darum Vulnerabilität unter Verwendung der Theorie der Kapitalformen von Pierre Bourdieu konkretisiert. Die Ressourcen, mit denen Menschen ausgestattet sind, werden in dieser Theorie als verschiedene Kapitalformen interpretiert. Demzufolge zeichnen sich schwierige Lebensumstände durch eine niedrige Ausstattung mit Kapitalformen aus. Eine prekäre finanzielle Situation (wenig ökonomisches Kapital), keine unterstützenden Beziehungen (wenig soziales Kapital), ein tiefes Bildungsniveau, fehlende kulturelle Kompetenzen und kaum förderliche Bewältigungsstrategien (wenig kulturelles Kapital) und starke körperliche Einschränkungen (wenig Körperkapital) stellen Ursachen schwieriger Lebenslagen dar, die sich gegenseitig kumulieren können. Vulnerabilität wird in dieser Arbeit als Kumulation von niedriger Kapitalausstattung verstanden. Der Fokus zur Begrenzung und Behebung von Vulnerabilität liegt hier auf der Stärkung vorhandener Kapitalformen und auf der Kompensation von Lücken bei einer Kapitalform durch eine andere.

Die Theorie von Bourdieu hilft, die Vulnerabilität einer Person in einem gesellschaftlichen Zusammenhang zu

sehen. Einerseits kann die Situation des Individuums mit seiner Kapitalausstattung betrachtet werden und andererseits steht Kapital immer in einer gesellschaftlichen Wechselwirkung, ist Ausdruck struktureller Bedingungen. Das ökonomische Kapital einer Person im Alter hängt von sozialstaatlichen Regelungen wie dem Rentensystem ab. Das kulturelle Kapital wird mitgeformt durch das Bildungswesen. Soziale Kontakte bilden sich in einem gesellschaftlich geschaffenen Rahmen, wie Quartieren, Gemeinden oder in Freizeitangeboten. Auch die Gesundheit der Menschen steht in engem Bezug zur Gesellschaft. Einerseits werden präventive und kurative Infrastrukturen benötigt. Andererseits sind schädliche Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung, Lärm oder unsauberes Trinkwasser auch gesellschaftlich bedingt. Vor allem Personen, die über eine tiefe Kapitalausstattung verfügen, sind von staatlichen Regelungen abhängig.

Die Dimensionen der Vulnerabilität können sich kumulieren und stehen auch in vielen Fällen in einem engen Zusammenhang. Wenig ökonomisches Kapital

Pro Senectute und Vulnerabilität

Der Auftraggeber dieser Studie, Pro Senectute Schweiz, hat eine lange Tradition in der Altersarbeit und ist ein wichtiger Akteur beim Kampf um die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen im Alter. Um den Fokus auf besonders unterstützungs- und hilfebedürftige Personen zu richten, wurde eine (noch) stärkere Ausrichtung auf vulnerable Personen beschlossen. Im Leistungsvertrag 2010 bis 2013 zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) und Pro Senectute Schweiz ist erstmals festgehalten worden, dass alle Leistungen «unter besonderer Berücksichtigung von vulnerablen Zielgruppen», wie armutsbetroffene ältere Personen, isolierte ältere Personen, ältere Migrantinnen und Migranten, hochbetagte Personen sowie Personen im Übergang Wohnung Altersheim erbracht werden sollen (vgl. EFK 2012:6). Diese Ausrichtung wird im aktuellen Leistungsvertrag 2014 bis 2017 weiter verfolgt.

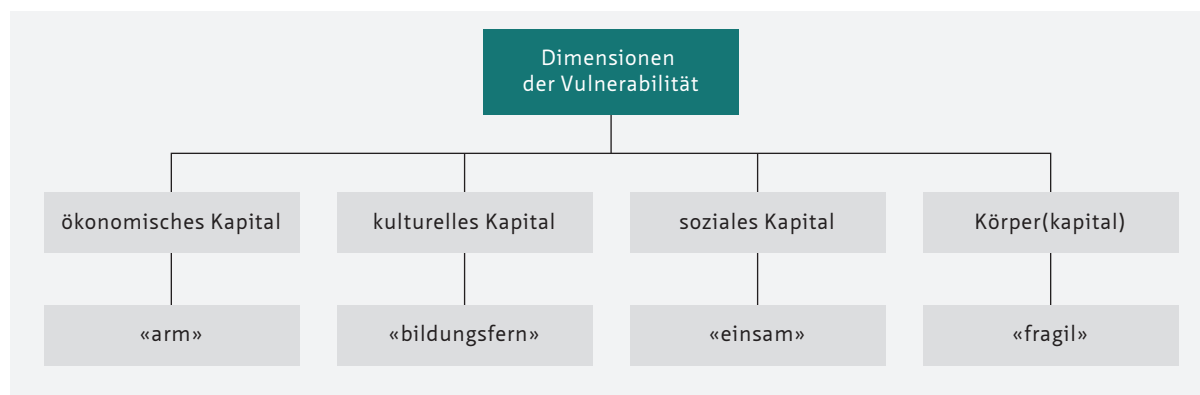


Abbildung 5 Grafik in Anlehnung an die Theorie der Kapitalformen von Pierre Bourdieu

verdrängt Personen in schlechter ausgestattete Wohnsituationen, welche in Kombination mit körperlichen Einschränkungen die Lebensqualität und die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe einschränken. Wenig kulturelles Kapital erhöht die Hemmschwelle, an kulturellen Veranstaltungen oder Bildungsangeboten teilzunehmen und limitiert damit eine Möglichkeit zur Erschließung von sozialem Kapital. Im abgebildeten Modell werden die Defizite mit Adjektiven beschrieben. Sie werden bewusst apostrophiert, da sie als Stichworte nicht vermögen, die gesamte Breite des Kapitaldefizites zu beschreiben. Das Defizit im kulturellen Kapital geht über «Bildungsferne» im klassischen Sinn hinaus. Durch welche Faktoren sich diese Kapitaldefizite auszeichnen und wie sie sich auf die Lebenssituation auswirken, wird in den folgenden vier Unterkapiteln beschrieben. Anhand anderer Studien wird gebündelt, welche Personengruppen im Alter ein erhöhtes Risiko für Defizite in den verschiedenen Kapitalformen aufweisen.

5.1. «Arm» – tiefe Ausstattung mit ökonomischem Kapital

Die ökonomische Situation im Alter steht in engem Zusammenhang mit der Erwerbsbiografie eines Menschen. Die Dauer der Erwerbstätigkeit und die Höhe des Einkommens bestimmen Einkommen und Vermögen im Alter. Das ökonomische Kapital im Alter speist sich aus drei Quellen: der Altersrente der AHV, der beruflichen Vorsorge und bei begüterten Personen aus dem Vermögensertrag. Für das Verständnis ökonomischer Einflüsse werden im Folgenden alle drei Quellen näher

beschrieben, im Wissen darum, dass die Lebenslage «arm» sich meistens durch das Fehlen der letzten beiden Quellen auszeichnet.

Für 15,3 Prozent der Altersrentnerinnen und Rentner sprudeln die letzten beiden Einkommensquellen nicht und die AHV stellt zusammen mit allfälligen Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigungen die einzige Einkommensquelle dar (vgl. BFS 2014:11). Dabei zeigt sich ein markanter Geschlechterunterschied, denn bei den Frauen sind 21,8 Prozent in dieser Situation gegenüber acht Prozent der Männer. Die AHV reicht für eine genügende Existenzsicherung nicht aus (vgl. Balmer 2011: 282f.). Wenn das massgebende Einkommen tiefer ausfällt als der Betrag, der Anspruch auf eine Maximalrente gibt, oder die vorausgesetzte Anzahl Beitragsjahre nicht erreicht wird, erhält der oder die Betroffene nur eine gegenüber der Maximalrente «gekürzte» AHV-Rente.

Für 42,6 Prozent aller Rentnerinnen und Rentner stellt die **obligatorische berufliche Vorsorge**, die sogenannte zweite Säule, eine Einkommensquelle dar (vgl. ebd.). In der beruflichen Vorsorge versichert sind nur Personen, die einen Erwerbslohn in der Höhe von mindestens zwei Dritteln der maximalen AHV-Rente erzielen. «Wer während seines Erwerbslebens mehrheitlich im Tieflohnsegment arbeiten musste oder wegen Arbeitslosigkeit, Familienarbeit, Krankheit oder Invalidität etc. über längere Zeit keiner Erwerbstätigkeit nachgehen konnte, ist in seinen Vorsorgemöglichkeiten stark eingeschränkt» (Balmer 2011:287f.).

Zum **Vermögen** im Alter existieren wenig statistische Angaben (vgl. BFS 2012a:10 und BFS 2014:5). Belegt ist, dass das Alter die Lebensphase ist, in der die Schere zwischen reich und arm am weitesten auseinandergeht. Die bereits vorbestehenden Unterschiede in der finanziellen Ausstattung und im sozialen Status vermehren sich über die Lebensspanne und akzentuieren sich nach der Pensionierung. Die Einnahmen aus Vermögen oder Vermietung sind in Rentnerhaushalten viel ungleicher verteilt als in Haushalten von Erwerbstätigen (vgl. BFS 2012a:26). Der Gini-Koeffizient, ein Mass für Ungleichheit, nimmt beim Primäreinkommen (der Summe von Erwerbseinkommen und Einkommen aus Vermietung und Vermögen aller Mitglieder eines Privathaushaltes) von Rentnerhaushalten sehr hohe Werte an (69 Prozent bis 78,3 Prozent im Vergleich zu 29,7 Prozent bis 33,7 Prozent bei Personen in Erwerbshaushalten; vgl. BFS 2012a:26). Das bedeutet, dass nur wenige überhaupt Einkommen aus Vermögen erzielen, und wenn, dann in beträchtlichem Umfang. Durch Erbschaften wird der Vermögensertrag zusätzlich erhöht. Das Alter mit der höchsten Wahrscheinlichkeit zu erben liegt bei 50 Jahren und darüber. Im Jahr 2000 ging knapp ein Drittel (28 Prozent) des gesamten Erbvolumens an die Rentnergeneration und gut ein Drittel (37 Prozent) an die Vorruhestandsgeneration der 50- bis 64-jährigen (vgl. Stutz/Bauer/Schmugge 2007:242).

Wenn das Einkommen wegen einer zu kleinen Altersrente und fehlender zusätzlicher Einnahmen nicht reicht, können **Ergänzungsleistungen (EL)** beantragt werden. Im Jahr 2012 bezogen rund zwölf Prozent der AHV-Rentnerinnen und -Rentner Ergänzungsleistungen (vgl. BSV 2013a:2). Die Ergänzungsleistungen tragen dazu bei, die finanziellen Lücken durch oft nicht existenzsichernde Renten zu stopfen. Für etwa einen Achtel der AHV-Rentnerinnen und -Rentner haben die Ergänzungsleistungen eine essenzielle Bedeutung: Sie wären sonst auf Sozialhilfe angewiesen (vgl. Balmer 2011:288). Der Bedarf an Ergänzungsleistungen ist stark vom Alter abhängig. Die EL-Quote steigt mit dem Alter an. Von den «jungen» Rentnerinnen und Rentnern (65- bis 79-jährige) beziehen 9,7 Prozent EL zur AHV, in der Gruppe der 80-jährigen und Älteren sind es 18,9 Prozent und bei den 90-jährigen bereits 25 Prozent (vgl. BSV 2013b). Grund dafür sind der wachsende

Bedarf an Pflege und Unterstützung und die zunehmende Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts, was zu stark steigenden Ausgaben führt. Die Taxen eines Pflegeheims können viele nicht mehr aus den eigenen finanziellen Mitteln bestreiten (vgl. BSV 2013a). «Neben den «Hotelkosten» fallen oft Ausgaben an für Betreuung und Pflege. Für die Pflegekosten kommen zwar die Krankenkassen auf. Doch bleibt bei mehr als der Hälfte der Heimbewohnenden eine Finanzierungslücke, die von den EL gestopft wird.» (BSV 2013a:15) Entsprechend unterschiedlich sind die durchschnittlich ausbezahlten EL je nach Wohnform: Während im Jahr 2012 für eine zu Hause wohnende alleinstehende Person der durchschnittliche monatliche EL-Anspruch zur AHV CHF 901.– betrug, war der durch EL monatlich abzudeckende Fehlbedarf im Heimfall mit durchschnittlich CHF 3'100.– über dreimal höher (vgl. BSV 2013a:15).

Wie bereits erwähnt, braucht die Hälfte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner Ergänzungsleistungen, aber dank deren Hilfe kann das Leben in einem Pflegeheim finanziert werden. Wie sieht die Situation von Menschen im Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter aus, die auf Unterstützung angewiesen sind, aber noch zuhause wohnen wollen und können? Die ärztlich verordnete Behandlungs- und Grundpflege wird durch die Krankenversicherung übernommen. Aber die darüber hinausgehende Betreuung, Überwachung und zusätzlich benötigte Haushaltshilfe muss anderweitig finanziert werden. Sofern die eigenen Mittel dafür nicht reichen, werden auch durch die Ergänzungsleistungen Krankheits- und Behinderungskosten vergütet. Sie umfassen unter anderem Kosten für Pflege und Betreuung zuhause. Diese werden aber nur bis zu maximalen Obergrenzen übernommen. Für eine Einzelperson, die zuhause lebt, sind das CHF 25'000.– und für ein Ehepaar CHF 50'000.– pro Jahr. Auf einen Monat heruntergerechnet sind das für eine Einzelperson CHF 2'080.–. Sporadische Haushilfe zusätzlich zu den medizinischen Pflegekosten kann damit finanziert werden. Sobald aber zusätzlich zur medizinischen Pflege an mehreren Stunden pro Tag Betreuung benötigt wird, reicht diese Kostenübernahme nicht mehr aus. Zudem müssen andere Leistungen, wie beispielsweise gelieferte Mahlzeiten oder Fahrdienste, um Besorgungen

machen zu können oder Termine wahrzunehmen, selber bezahlt werden.

Einerseits decken die EL fehlende Einnahmen ab, zum anderen auch hohe Ausgaben. Neben den erheblichen Kosten für Betreuung und Pflege können in individuellen Situationen Ausgaben anfallen, die von den standardisierten Leistungen der Ergänzungsleistungen systembedingt nicht gedeckt sind. Dazu gehören beispielsweise die Anschaffung von Hilfsmitteln wie Brillen oder Rollstuhlmotoren, oder die Kosten für bauliche Anpassungen in der Wohnung (vgl. Pilgram/Seifert 2009:59ff.). Neben der zunehmenden erheblichen finanziellen Belastung durch Krankheitskosten steigt bei alten Paaren das Risiko, dass einer der beiden Ehepartner stirbt. Dadurch verschiebt sich die finanzielle Belastung auf eine Person und die Unterstützung durch die andere fällt weg. Dies schlägt sich auch statistisch nieder. Im Jahr 2012 bezogen bei den Verheirateten 5,7 Prozent Ergänzungsleistungen zur AHV-Rente. Bei den Geschiedenen oder getrennt lebenden Personen bezogen 27,5 Prozent, bei den Verwitweten Personen 17,8 Prozent Ergänzungsleistungen zu der AHV-Rente (vgl. BSV 2013b:5).

Abschliessend lassen sich finanziell besonders benachteiligte Gruppen identifizieren. In der Altersvorsorge sind Menschen mit einem tiefen sozioprofessionellen Status, mit tiefem Erwerbspensum oder unterbrochenen Erwerbsbiografien benachteiligt. Frauen sind in dieser Hinsicht oft schlechter gestellt. Sie sind eher in Tieflohnsegmenten wie beispielsweise im Detailhandel oder im Gesundheitswesen tätig. Aufgrund von Mutterschaft oder Pflege von Angehörigen sind sie Teilzeit erwerbstätig oder weisen eine unterbrochene Erwerbsbiografie auf. Sie sind somit übervertreten in der Gruppe der Menschen, die keine berufliche Vorsorge haben oder sogar nur eine kleine AHV-Rente erhalten. Aus der zweiten Säule erhalten Frauen durchschnittlich nur etwa halb so viel Geld wie Männer (vgl. BFS 2013b:32).

Eine zweite benachteiligte Gruppe sind die Ausländerinnen und Ausländer. Viele von ihnen sind in Tieflohnbranchen beschäftigt. Ihre Vorsorgesituation ist einerseits durch das tiefe Einkommen und andererseits durch Beitragslücken geprägt. Beitragslücken führen zu

tiefen AHV-Renten. Es zeigt sich auch bei den EL-Quoten, dass Ausländerinnen und Ausländer häufiger auf EL zur AHV angewiesen sind als Schweizerinnen und Schweizer. Bei Ausländerinnen und Ausländern betrug im Jahr 2012 die Quote der EL zur AHV 23,7 Prozent, im Gegensatz zu der Quote von Schweizerinnen und Schweizern von elf Prozent (vgl. BSV 2013b). Einen Hinweis auf die fehlende Altersvorsorge bei Ausländerinnen und Ausländern gibt auch die Sozialhilfequote der Altersgruppe 65 plus. Laut einer Untersuchung des Bundesamtes für Statistik zur Messung der Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist sie bei der ausländischen Bevölkerung sechsmal höher als bei der schweizerischen Bevölkerung (vgl. BFS 2013c).

Ergänzungsleistungen stellen ein bewährtes Mittel dar, die mangelnde Existenzsicherung durch AHV-Renten zu ergänzen. Aufgrund der Untersuchung der Gesuche für individuelle Finanzhilfe bei Pro Senectute konnten Konstellationen identifiziert werden, in denen Rentnerinnen und Rentner trotz der Existenz staatlicher Transferleistungen in Notlagen geraten (vgl. Pilgram/Seifert 2009:59). Es gibt Rentnergruppen, die vom Anspruch auf Bedarfsleistungen ausgeschlossen sind. Gründe für den Ausschluss sind: knapp zu hohe Einkommen, die Anrechnung hypothetischer Einkommen wegen Vermögensverzicht und Karenzfristen.¹² Personen, die ein Einkommen haben, das nur knapp über dem Anspruch auf Ergänzungsleistungen liegt, sind betroffen von sogenannten Schwelleneffekten. Das sind zum Beispiel regulative Unterschiede wie die Steuerbefreiung von EL gegenüber der Besteuerung von Einkommen aus den drei Säulen. Eine Rentnerin, die Ergänzungsleistungen erhält, muss dieses Einkommen nicht versteuern. Eine andere Rentnerin hingegen hat ein Einkommen aus der AHV-Rente und einer Rente der beruflichen Vorsorge, das knapp über dem Anspruch auf Ergänzungsleistungen liegt. Sie muss die Einkommen aus der AHV und der BV versteuern. Das führt unter Umständen dazu, dass nach dem Abzug der Steuern ihr verfügbares Einkom-

¹² Ausländerinnen oder Ausländer müssen sich vor EL-Bezug während zehn Jahren ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben (Karenzfrist). Für Menschen aus Ländern mit einem Sozialversicherungsabkommen mit der Schweiz gelten andere Regeln. Für anerkannte Flüchtlinge oder Staatenlose gelten fünf Jahre Karenzfrist (vgl. Riemer-Kafka/Ueberschlag/Beeler 2013:337).

men tiefer ist als das der EL-Bezügerin (vgl. Pilgram/Seifert 2009:63). Bei Menschen an dieser Schwelle führt eine kleine Differenz beim Bruttoeinkommen letztlich zu einem grossen Unterschied beim verfügbaren Einkommen.

Eine weitere Risikogruppe stellen Menschen dar, die schlecht informiert sind, ihre Rechte nicht kennen und Ansprüche nicht einfordern können bzw. wollen. Da die EL nach dem Antragssystem vergeben werden, gibt es auch Nichtbezüger. Die Nichtbezugsquote bezeichnet den prozentualen Anteil der grundsätzlich EL-Berechtigten, die ihre Ansprüche nicht geltend machen. Zu dieser Quote existieren verschiedene Schätzungen, die sich in der Höhe stark unterscheiden. Laut der nationalen Armutsstudie 1997 von Leu et al. tun sich Männer schwerer als Frauen, ihr Recht einzufordern und verzichten Ausländerinnen und Ausländer häufiger auf ihren Anspruch als Schweizerinnen und Schweizer (vgl. ebd.: 40). «Die Gründe für den Nichtbezug sind komplex und gehen über Probleme der Information und der Passivität hinaus. Eine Westschweizer Untersuchung konnte zeigen, dass neben Lebenseinstellung und Werthaltungen wie Genügsamkeit, Eigenverantwortungs- oder Pflichtbewusstsein auch Schamgefühle, Stigmatisierungsängste und Ressentiments gegenüber Behörden oder administrativem Aufwand eine Rolle spielen» (Pilgram/Seifert 2009:40). Diese Werthaltungen könnten einen Kohorten-Effekt darstellen und es ist wahrscheinlich, dass die kommende Rentnergeneration weniger Ängste hat, ihren Anspruch einzufordern. Aber auch wenn diese Ressentiments sich verringern, bleibt das Problem der spärlichen Information. Vor allem bei der Rückvergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bemerken Pilgram und Seifert (vgl. 2009:40), dass diese mit nur 15 Prozent der jährlichen EL-Kosten einen zu tiefen Anteil ausmachen. Viele EL-Bezüger fordern ihre Auslagen im Gesundheitsbereich nicht zurück. Auch Personen, die aufgrund eines Einnahmenüberschusses keinen Anspruch auf EL besitzen, haben das Recht, sich Krankheitskosten über die EL vergüten zu lassen, wenn wegen der Krankheitskosten die Ausgaben die Einnahmen übersteigen (vgl. Art. 14 Abs. 6 ELG).

Um die Rückvergütung der Krankheitskosten geltend zu machen, müssen die bezahlten Rechnungen gesammelt

und an die zuständige Stelle eingereicht werden. Diese Aufgabe wird für Betroffene oder deren Angehörige unter Umständen zu einer grossen Hürde. Erstens müssen sie über die Möglichkeit der Rückvergütung und über deren Ablauf informiert sein, zweitens müssen sie alle Schritte dazu vollziehen können. Hier zeigt sich eine Verflechtung der Kapitalformen. Besitzt eine Person genügend kulturelles Kapital, sodass sie fähig ist, sich um das Einreichen der Belege zu kümmern? Oder kann sie allenfalls ihr soziales Kapital nutzen und diese Aufgabe an jemanden delegieren? Bei der Rückforderung und auch bei der gesamten Nutzungsquote akzentuieren sich zudem grosse kantonale Unterschiede. So wie die Ausrichtung der Ergänzungsleistungen den Kantonen obliegt, ist es auch in der Hand der Kantone, die ihnen gesetzlich vorgeschriebene Informationspflicht (Art. 21. Abs. 3 ELG) wahrzunehmen und auszugestalten. Je nach Wohnkanton einer Person sind also ihre Chancen, möglichst gut, verständlich und niederschwellig über Ergänzungsleistungen und ihre administrativen Abläufe informiert zu werden, sehr unterschiedlich.

5.2. «Bildungsfern» – tiefe Ausstattung mit kulturellem Kapital

Eine tiefe Ausstattung mit kulturellem Kapital umfasst einerseits wenig Wissen, limitierte Sprachkompetenzen, fehlende Kulturtechniken wie Lesekompetenz (inkorporiertes Kulturkapital) und andererseits einen niedrigen oder in der Schweiz nicht anerkannten Bildungsabschluss (institutionalisiertes Kulturkapital). Die dritte Unterform des Kulturkapitals, der fehlende Besitz kultureller Güter, ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit wenig relevant und wird deswegen in diesem Unterkapitel nicht speziell thematisiert.

Die Konsequenzen von Defiziten im Kulturkapital im Alter wirken sich in verschiedensten Lebensbereichen aus. Wenig institutionalisiertes Kulturkapital hat vor allem negative Konsequenzen für die beruflichen Chancen und diese spiegeln sich im Einkommen und in der Altersvorsorge wider.

Zum inkorporierten Kapital gehört die Fähigkeit, eine Sprache zu verstehen und passend einzusetzen. Kommunikation ist die Grundlage, um mit dem sozialen Umfeld in Kontakt zu treten und um sich im Alltag zu-

rechtzufinden. Neben gesprochener Kommunikation ist in der Schweiz in allen Bereichen des Alltags die schriftliche Kommunikation vonnöten. Die Fähigkeit, Geschriebenes zu verstehen und es in der Interaktion mit Mitgliedern der Gesellschaft adäquat zu verwenden, ist unerlässlich (vgl. BFS 2006). Neben der Pflege sozialer Kontakte wird die Sprache relevant, wenn externe Unterstützung benötigt wird. Um diese zu erhalten, ist einerseits Wissen nötig, an welche Stelle sich die hilfesuchende Person wenden soll. Andererseits benötigt die Kontaktaufnahme mit offiziellen Stellen kulturelle Kompetenzen. Die Person muss fähig sein, ihr Anliegen zu formulieren und die Antwort zu verstehen. Eine spezielle Herausforderung an Kommunikation stellt der Arztbesuch dar. Ist die Patientin oder der Patient fähig, die Diagnose der Ärztin oder des Arztes nachzuvollziehen und auch bei Unklarheiten nachzufragen? Vor allem Personen mit anderer Muttersprache kann es schwer fallen, ihre Anliegen in Worte zu fassen, die Antworten zu verstehen und den Mut zu haben, bei Verständnisproblemen nachzufragen.

Will man finanzielle Leistungen geltend machen, beispielsweise wenn es um die Anmeldung für die AHV-Rente oder für Ergänzungsleistungen geht, stellt nicht nur das Sprachdefizit ein Hindernis dar, sondern auch das mangelnde Wissen um das Anrecht auf eine Unterstützungsleistung. Obwohl die genaue Höhe der Nichtbezugsquote umstritten ist, kann nachgewiesen werden, dass viele Personen nicht ausreichend über Ergänzungsleistungen informiert sind und darum keine Unterstützungsleistungen beanspruchen.

Neben finanzieller Benachteiligung aufgrund von wenig kulturellem Kapital wirkt sich ein Defizit in kulturellem Kapital zudem auf die Gesundheit aus. Die Bildung ist ein zentraler Faktor bei der gesundheitlichen Ungleichheit. In verschiedenen Studien werden bildungs- und kulturspezifische Unterschiede im Gesundheitswissen und -verhalten festgestellt. Medizinische Expertinnen und Experten berichten in der Befragung durch Kohn und Tov (vgl. Kohn/Tov/Hanetseder/Hungerbühler 2013: 41) von Patientinnen und Patienten mit unrealistischen Einschätzungen chronischer Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie betrachten diese als natürliche Begleiterscheinung des Alterns und sind

somit der Auffassung, die Symptome bedürften ausser Umstellungen in der Ernährung keiner weiteren Behandlung (vgl. ebd.).

Ein Beispiel für Unterschiede in der Werthaltung schildern Johanna Kohn und andere in ihrer Studie zur Spitex-Nutzung älterer Migrantinnen und Migranten. Aus Interviews mit Mitarbeitenden der Spitex erfahren sie, dass diese kulturelle Unterschiede bei der Gewichtung von Autonomie und Selbstbestimmung in den verschiedenen Haushalten feststellen. In der Schweiz sei Selbstständigkeit im Alter ein wichtiger, positiv besetzter Wert. Bei der Pflege von älteren Migrantinnen und Migranten erleben Mitarbeitende der Spitex aber, dass bei diesen eher die familiäre Bindung wichtiger gewertet wird und die älteren Personen darauf setzen würden, nach einem langen, entbehrungsreichen Leben umsorgt zu werden. Daraus ergibt sich, dass die Pflegebedürftigen die Erwartungen der Mitarbeitenden und Selbstständigkeit, die Mitarbeitende der Spitex an sie stellen (beispielsweise die Aufforderung, einen Verband selber zu wechseln), als Zumutung und nicht als Ermöglichung von Selbstständigkeit erleben (vgl. Kohn et al. 2013:50). Nicht nur wenig Bildung stellt eine Herausforderung für die Gesundheitsförderung in der Schweiz dar, sondern auch andere Bildungsstile in Herkunftsländern. In der Schweiz wird für das Erlernen und den Einsatz von gesundheitsförderlichem Verhalten Selbstverantwortung als wichtig erachtet. Viele Präventionsangebote und Trainings zur Verhaltensveränderung, wie beispielsweise ein Rauchstopptraining,¹³ bauen auf solche Lernstile. Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit einem anderen Bildungsverständnis laufen Gefahr, nicht wie in der Schweiz geborene Teilnehmerinnen und Teilnehmer von den Angeboten profitieren zu können.

Zu den besonders benachteiligten älteren Menschen zählen Menschen mit einem tiefen Bildungsniveau. Insgesamt weisen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz eine niedrigere Bildungs- und Berufssituation aus als Schweizerinnen und Schweizer (vgl. Kohn et al. 2013). Die heute pensionierte erste Einwanderergruppe, die nach dem Zweiten Weltkrieg aus Italien und Spanien kam, gehört zur klassischen Arbeitsmigration. Diese

¹³ Vgl. Salis Gross/Schnotz/Cangatin 2009.

Menschen wurden vor allem für schwere körperliche Arbeiten benötigt. Da sie als temporäre Arbeitskräfte geholt wurden, gingen das «Gastland» Schweiz und auch die Migrantinnen und Migranten selber davon aus, dass sie im Pensionsalter wieder in ihr Herkunftsland zurückkehren würden. Aus diesem Grund wurde auch die Förderung der Integration und von Sprachkenntnissen arg vernachlässigt (vgl. Hungerbühler/Bisegger 2012:26f.). Viele Mitglieder dieser Gruppe verfügen, gemessen an der Länge ihres Aufenthalts in der Schweiz, über schlechte Sprachkenntnisse. In ihrem Fall wurden die Sprachkenntnisse stark vom Migrationsgrund den damals herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen beeinflusst.

Auch in der schweizerischen Bevölkerung zeigen sich Auswirkungen der damaligen gesellschaftlichen Verhältnisse. Bei der heute über 75-jährigen Bevölkerung besteht ein klarer Geschlechtsunterschied beim Bildungsniveau. Gegenüber 19,1 Prozent der Männer verfügen 44,3 Prozent der Frauen nur über einen obligatorischen Schulabschluss (vgl. BFS 2013d). Diesen Frauen war in ihrer Jugendzeit der Besuch einer weiterführenden Ausbildung verwehrt. Die Frauen, die nach der obligatorischen Schule eine weitere Ausbildung machen durften, taten dies häufig im Bereich Haushalt, Landwirtschaft oder Erziehung, die institutionell weniger anerkannt sind. Sie werden zwar entlohnt, tragen aber selten zu einer guten Altersvorsorge bei. In Anbetracht des heutigen Geschlechterverhältnisses bei Ausbildungsabschlüssen scheint dieser Geschlechterunterschied bei der Bildung zukünftig zurückzugehen. Ob damit aber auch die Rollenteilung verändert wird und die gesellschaftlichen Bedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessert werden, wird sich zeigen. Den Beruf und die Familie besser vereinbaren zu können, würde es Frauen trotz Kinderbetreuung oder Angehörigenpflege ermöglichen, zukünftig auch eine bessere Altersvorsorge aufzubauen.

5.3. «Einsam» – geringe Ausstattung mit sozialem Kapital

Soziale Isolation zeichnet sich durch fehlende oder sehr schwache Einbindung in soziale Netzwerke aus (vgl. BFS 2006:5). Drei Dimensionen werden als zentral erachtet: die beschränkte Grösse sozialer Netzwerke, die Gering-

fähigkeit sozialer Unterstützung und der Ausdruck eines Einsamkeitsgefühls (vgl. ebd.:6).

Eine beschränkte Netzwerkgrösse bedeutet wenig familiäre und verwandtschaftliche Kontakte und ein kleines Netzwerk ausserhalb der Familie. Mögliche ausserfamiliäre Beziehungen werden in der Nachbarschaft, über die Freizeit im Freundeskreis oder über das freiwillige Engagement in Vereinen, Parteien oder sozialen Bewegungen geknüpft (vgl. Backes/Clemens 2012:222). Wie geringfügig soziale Unterstützung sein kann, zeigt sich, wenn zwar ein solches soziales Netz vorhanden ist, diese Kontakte aber weder praktische Hilfe (zum Beispiel das Wechseln einer Glühbirne durch den Nachbarn) noch emotionale Unterstützung (zum Beispiel das empathische Zuhören bei einem Kaffee) geben können. Bei der Beschreibung einer Situation mit wenig sozialem Kapital darf nicht nur die einigermaßen messbare Grösse des kleinen sozialen Netzwerks betrachtet werden, sondern es muss auch das subjektive Gefühl der Einsamkeit berücksichtigt werden. «Einsamkeit ist das unangenehme Gefühl der Verlassenheit, des Kontaktmangels oder -verlusts, das Menschen verspüren, wenn ihr soziales Netzwerk in Grösse und Qualität von ihren Wünschen und Ansprüchen abweicht» (Tesch-Römer et al. 2013:237).

Soziale Isolation wirkt sich auf das psychische Befinden aus und zeigt auch körperliche Folgen. Sie ist mit ungünstigen Verhaltensweisen wie einseitiger Ernährung oder geringer körperlicher Bewegung gekoppelt und stellt damit eine Gefahr für ein gesundes Altern dar (vgl. Kickbusch/Ospelt-Niepert/Seematter 2009:132). In der Untersuchung von Pflegeheimen tritt eine Gruppe von über 80-jährigen stellen Cavalli und andere fest, dass neben den Prozessen der Fragilisierung die soziale Isolation und das Gefühl von Einsamkeit Faktoren darstellen, die einen Pflegeheimenritt wahrscheinlich machen (vgl. Cavalli 2012:204). Cavalli präzisiert in diesem Zusammenhang den Begriff der sozialen Isolation. Es zählt nicht nur die Verlassenheit im Sinne fehlender Kontakte, sondern auch das Ungleichgewicht zwischen der von der Person gewünschten Unterstützung und der durch das Hilfesystem gebotenen. Das Gefühl der Einsamkeit entsteht laut Cavalli oft auch aufgrund der Konfrontation mit Krisen, zu deren Über-

windung weder externe Hilfe noch eigene Bewältigungsstrategien gefunden werden (vgl. ebd.).

Stellt das Alter ein grundsätzliches Risiko für wenig soziales Kapital dar? Tatsächlich wird in der gerontologischen Literatur das Alter als Lebensphase beschrieben, in der die Netzwerkdicke unabhängig von der sozialen Position der Person abnimmt. Als Gründe dafür werden die geringer werdenden Möglichkeiten der Kontaktpflege genannt, aber es wird auch die Vermutung geäussert, dass ein selbstgewählter Rückzug ebenfalls dafür verantwortlich sei (vgl. Huxhold/Mahne/Nauermann 2010:229). Für die Schweiz wird erst ab dem Alter von 75 Jahren ein erhöhtes Risiko für soziale Isolation festgestellt (vgl. BFS 2006:6). Bei der Betrachtung der Dichte des Netzwerkes von über 70-jährigen in drei Schweizer Kantonen, die formelle oder informelle Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, stellen Fluder und andere (vgl. 2012:144) ebenfalls eine Abnahme der Netzwerkdicke im Alter fest. In der untersuchten Population weisen aber erst die ab 85-jährigen ein signifikant weniger starkes Netzwerk als die 80- bis 84-jährigen und die unter 80-jährigen auf.

Besonders bedeutsam für die soziale Integration ist die familiäre Situation. Verheiratete Personen verfügen über grössere Netzwerke als Verwitwete und Ledige (vgl. Fluder et al. 2012:143) und Personen mit Kindern über grössere als Kinderlose (vgl. Backes/Clemens 2013: 236f.). Die kleinsten Netzwerke weisen geschiedene ältere Personen auf. Sie nennen in der Berliner Altersstudie durchschnittlich nur 7,6 Netzwerkpartner (vgl. ebd.).

Bei den sozialen Beziehungen in der zweiten Lebenshälfte zeigen sich klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Frauen verfügen in der Regel über grössere Netzwerke als Männer (vgl. Huxhold et al. 2010:230). In einer Partnerschaft lebende Frauen sind stärker auf ausserfamiliäre Unterstützung angewiesen als Männer. Sie finden emotionale und kognitive Unterstützung eher ausserhalb der Partnerschaft, wohingegen Männer sich für emotionale und kognitive Unterstützung an die Partnerin wenden (vgl. ebd.). Da Frauen eine längere Lebenserwartung haben als Männer und sie tendenziell eher einen älteren Ehemann geheiratet haben, erleiden sie häufiger einen Partnerverlust als Männer (vgl. Engst-

ler/Tesch-Römer 2010:169) und sie leben häufiger alleine als Männer. Mit steigendem Alter akzentuiert sich dieser Geschlechterunterschied. Allein leben zu müssen kann zu sozialer Isolation führen.

«Das hohe Lebensalter ist aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede bei der Lebenserwartung und geschlechtsspezifischer Differenzen im Eheverhalten eine Zeit, in der sich die Lebensformen von Frauen (als demografische Mehrheit) und von Männern (als demografische Minderheit) auseinanderentwickeln. Während ein Grossteil der zuhause lebenden 80-jährigen Männer noch oder erneut in einer Partnerschaft lebt, ist die grosse Mehrheit der alten Frauen schon verwitwet» (Höpflinger 2011a:65). Im Jahr 2007 lebten in der Schweiz zwei Drittel der über 80-jährigen Frauen, die einen eigenen Haushalt führen, alleine (vgl. Perrig-Chiello 2012:122). So zeigen sich auch Geschlechtsunterschiede bei der Pflege: «Etwa zwei Fünftel aller pflegebedürftigen Männer in der Schweiz im Alter zwischen 65 und 79 Jahren werden von ihren Partnerinnen gepflegt, während umgekehrt nur ein Fünftel der pflegebedürftigen Frauen von ihren Männern gepflegt werden» (Höpflinger 2009:o.A. zitiert nach Perrig-Chiello 2012:122). Die Pflege eines Angehörigen stellt einen weiteren Risikofaktor für die Verringerung des sozialen Kapitals dar. Da sie sehr zeitintensiv und kräftezehrend ist, führt sie in vielen Fällen zur Vernachlässigung eigener Kontakte und Hobbies und hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit.

5.4. «Fragil» – geringe Ausstattung mit Körperkapital

Die geringe Ausstattung mit Körperkapital, kurz apostrophiert als «fragil», bezeichnet neben altersbedingten Einschränkungen des Körpers auch chronische somatische und psychische Erkrankungen, die im Alter auftreten. Der Körper eines Menschen wird ganzheitlich verstanden mit seinen physischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten. Dementsprechend führen altersbedingte Abbauprozesse, aber auch kritische Lebensereignisse wie Unfälle oder plötzliche Erkrankungen, zu einer Abnahme des Körperkapitals.

Mit dem Körper hören Menschen zu, bewegen sich fort, treiben Sport – kurzum: nehmen sie an der Gesellschaft

teil. Wenn Hörprobleme auftreten, bereitet die Teilnahme an einer grossen Gesprächsrunde plötzlich keine Freude mehr. Wenn die Sehkraft abnimmt, gefällt der Kinobesuch weniger und auf das Autofahren muss verzichtet werden. Eine Depression führt zu einem sozialen Rückzug und zu weniger Bewegung. Allgemeiner und abstrakter ausgedrückt führt eine Abnahme des Körperkapitals zur Begrenzung von Möglichkeiten und des Radius, in dem sich eine Person ohne Unterstützung durch ein Hilfsmittel oder durch andere Personen bewegen kann.

Welche Personengruppen haben wenig Körperkapital? Beim Körper gelten grundsätzlich die gleichen Mechanismen wie bei anderen Kapitalformen: Auch das Körperkapital kann aufgebaut, genutzt und reduziert werden. Wer einen gesundheitsfördernden Lebensstil pflegt, bleibt länger gesund. Wer mit seinem Körper Raubbau betreibt, droht schneller ernsthaft zu erkranken. Doch das Körperkapital ist nicht nur Resultat individuellen Verhaltens. Auch die gesellschaftlichen Verhältnisse, also zum Beispiel der Wohnort und der Arbeitsplatz, wirken auf das Körperkapital ein. Wer an einer lärmigen Strasse wohnt und einer belastenden Arbeit nachgeht, dessen Körperkapital ist eher gefährdet als jenes einer Person, die in einem Villenviertel lebt und eine sie befriedigende Arbeit ausführen kann.

Wie in den vorhergehenden Unterkapiteln beschrieben, wirken das ökonomische, das kulturelle und das soziale Kapital auf das Körperkapital ein. Personen mit besserer Kapitalausstattung haben tendenziell auch eine bessere Gesundheit und ein tieferes Erkrankungs- und Sterberisiko (vgl. von dem Knesebeck/Schäfer 2009:260). Und umgekehrt gilt, dass Menschen mit geringer Kapitalausstattung auch eine tiefere Lebenserwartung haben.

Bereits beim Übergang von der Erwerbsphase in die Pensionierung unterscheidet sich der gesundheitliche Zustand der älteren Menschen erheblich. Körperlich belastende Berufe erhöhen das Risiko, bereits vor der Pensionierung Abnutzungserscheinungen zu erleiden und deswegen viel früher auf Unterstützung angewiesen zu sein. Für Arbeiterinnen und Arbeiter aus körperlich belastenden Branchen findet der Übergang ins «vierte» Alter oft früher statt als für Gleichaltrige mit

einem anderen Beruf. Zugleich kommt das Risiko des kritischen Lebensereignisses hinzu: eine plötzliche Erkrankung oder eine auftretende Demenz. Diese Risiken können auch mit einem gesunden Lebensstil sowie mit anderen Kapitalformen nicht gänzlich abgewendet werden. Aber die Möglichkeiten, darauf zu reagieren, werden durch die eigene Kapitalausstattung bestimmt.

5.5. Vulnerable Menschen im Alter

Welche Gruppen älterer Menschen sind besonders vulnerabel? Aus den vorhergehenden Unterkapiteln sind verschiedene Ungleichheiten deutlich geworden. Die Lebenslagen von Männern und Frauen unterscheiden sich im Alter stark, in einigen Dimensionen zu Ungunsten der Frauen. Sie sind tendenziell finanziell schlechter gestellt und leben, je älter sie werden, eher alleine und damit ohne partnerschaftliche Unterstützung. Hingegen verfügen Frauen tendenziell über ein grösseres soziales Netzwerk als Männer. Noch entscheidender als das Geschlecht wirkt sich der Zivilstand auf das Netzwerk aus. Geschiedene und verwitwete allein lebende Personen haben das kleinste soziale Netzwerk.

Eine weitere benachteiligte Gruppe sind Migrantinnen und Migranten. Ihr tendenziell tiefer sozioprofessioneller Status und der Wechsel in einen anderen Sprachraum tragen zu kulturellen, ökonomischen und meistens auch gesundheitlichen Benachteiligungen bei.

Diese Zusammenfassung ist holzschnittartig, denn die jeweiligen Gruppen sind selten homogen. Migration geht keinesfalls zwingend mit einer tiefen Kapitalausstattung einher. Das Zusammenspiel aus horizontalen Faktoren (Geschlecht, Nationalität) und vertikalen Faktoren (Einkommen, Bildungsniveau) ist entscheidend. Die pensionierte hochqualifizierte Forscherin, die aus Deutschland in die Deutschschweiz immigriert ist, kann dank derselben Sprache ihr kulturelles Kapital gut einsetzen. Sie hat allenfalls ein Defizit im kulturellen Kapital, weil sie sich nicht so gut im schweizerischen Sozial- und Gesundheitswesen auskennt. Weil sie aber über ausreichend ökonomisches Kapital verfügt, wird sie das Sozialwesen kaum beanspruchen müssen. Sollte dies doch der Fall sein, kann sie sich beispielsweise private Beratung durch einen Treuhänder einkaufen. Die horizontalen Faktoren können die vertikalen Faktoren

wie Einkommen, Bildung und Ansehen verstärken. Faktoren wie die Nationalität oder das Geschlecht beeinflussen also die Wahrscheinlichkeit, zu vulnerablen Gruppen zu gehören, aber sie sind nicht die Faktoren, die per se die Vulnerabilität bestimmen. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit mit der Kapitalausstattung eines Menschen argumentiert und nicht mit Eigenschaften wie Geschlecht oder Migrationshintergrund.

Aus den vorherigen Unterkapiteln lassen sich auch enge Verknüpfungen der Kapitalformen erkennen. Beispielsweise wirkt eine gute ökonomische und kulturelle Ausstattung auf die Gesundheit eines Menschen. Aber auch das Körperkapital beeinflusst andere Kapitalformen. Meistens ist es die Voraussetzung für die Nutzung der anderen Formen. Der Körper ermöglicht den gemeinsamen Spaziergang, den Theaterbesuch oder die Teilnahme an einer Weiterbildung. Im Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter werden Menschen mit dem Prozess der Fragilisierung konfrontiert. Er beinhaltet die Einschränkung körperlicher Fähigkeiten. Unter Einsatz anderer Kapitalformen werden diese Einschränkungen so gut wie möglich ausgeglichen. Im Folgenden werden Beispiele beschrieben, wie diese Defizite dank einer anderen Kapitalform kompensiert werden können.

Kompensation von fragilitätsbedingten Defiziten im Körperkapital dank anderer Kapitalformen

Eine mögliche Einschränkung, die durch die Fragilisierung erfolgt, sind kognitive Probleme. Bei den kognitiven Fähigkeiten wird oft zwischen «flüssiger» und «kristalliner» Intelligenz unterschieden. «Flüssig» wird die Fähigkeit zur Lösung neuartiger kognitiver Probleme genannt, die weitgehend «wissensfrei» erfolgt (vgl. Kruse 2001:557 und Baltes/Baltes 1989:97) – z.B. die Bedienung eines neuen Gerätes, das man vorher nicht kannte, «kristallin» die Fähigkeit zur Lösung bekannter kognitiver Probleme, also wissensorientierte Denkstrategien (vgl. Kruse 2001:557 und Baltes/Baltes 1989:97).

Die kristalline Intelligenz bleibt im Normalfall bis an das Lebensende stabil, aber die flüssige Intelligenz kann im Alter abnehmen. So können Schwierigkeiten in der Merkfähigkeit und bei der Lösung neuartiger Probleme auftreten. Beispielsweise zeigt sich ab dem mittleren Erwachsenenalter ein Leistungsabbau, wenn es darum

geht, Gebrauchsanleitungen neuer Geräte zu verstehen oder Automaten im öffentlichen Bereich bedienen zu können (vgl. Voelcker-Rehage et al. 2006:561). Bei der Lösung von Alltagsaufgaben, für die eine lange Erfahrung besteht, zeigen sich hingegen selten Defizite. Personen, die über Sozialkapital verfügen, die also nahe soziale Beziehungen haben, können kognitive Einschränkungen relativ leicht kompensieren. Sie werden von anderen an wichtige Dinge erinnert oder können Aufgaben, die ein besonders gutes Gedächtnis erfordern, delegieren.

Eine individuelle Möglichkeit, erste kognitive Einschränkungen zu bekämpfen, besteht in kognitivem Training. Mit Hilfe von gezielten Übungen kann die alterskorrelierte Abnahme der flüssigen Intelligenz verringert werden (vgl. Kruse 2001:557). Ausreichend informierte Personen sind in der Lage, rechtzeitig Massnahmen zu ergreifen, wenn sie bei sich erste Einschränkungen des Gedächtnisses oder der Problemlösung bemerken. Sie können ihr kulturelles Kapital, ihr Wissen zur Plastizität des menschlichen Gehirns anwenden, kreativ sein und sich selber Strategien oder Merkhilfen erarbeiten. Ergänzend können sie ein entsprechendes Ratgeber-Buch zur Hilfe nehmen oder Geld ausgeben, um einen Kurs zu besuchen, in dem Gedächtnistraining betrieben wird und Strategien zur Verbesserung der Merkfähigkeit erlernt werden. Ihr Mass an bereits vorhandenem kulturellem Kapital wird das Verständnis und das Umsetzen von Gedächtnisstrategien vereinfachen.

Wenn altersbedingte chronische Erkrankungen zunehmen, können diese durch Einsatz von ökonomischem Kapital bestmöglich kompensiert werden. In Zusammenarbeit mit der behandelnden Fachperson ist es möglich, die Erkrankung mit der passenden Behandlung und mit Hilfsmitteln einigermaßen unter Kontrolle zu bringen und in ihrer einschränkenden Wirkung auf den Alltag zu minimieren.

Eingeschränkte körperliche Mobilität führt zu Schwierigkeiten bei der Erledigung von Aufgaben im Haushalt. In einer Paarkonstellation können diese durch den noch mobileren Partner oder die Partnerin aufgefangen werden. Partnerschaften sind der wichtigste Grund dafür, dass Personen im Alter in der Lage sind, in der eigenen

Wohnung oder im Haus wohnen zu bleiben. Fluder und andere (vgl. 2012) untersuchen zuhause lebende Personen ab 70 Jahren aus den Kantonen Bern, Aargau oder Zürich, die formelle oder informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen. Sie unterteilen die in ihren eigenen vier Wänden lebenden untersuchten Personen entlang ihrer Pflegebedürftigkeit. In der Gruppe der stark Pflegebedürftigen sind verheiratete Personen und Männer stark übervertreten. Diese Tatsache zeigt laut Fluder und seinem Team (vgl. 2012: 93) die Wichtigkeit pflegender Angehöriger. Da Männer häufiger in einer Partnerschaft leben und Verheiratete eher über Kinder verfügen, erhalten sie auch eher Unterstützung. Die ermöglicht, dass diese Personen trotz ihrer starken Pflegebedürftigkeit weiterhin zuhause leben können.

Wenn eine Person über genügend ökonomisches Kapital verfügt, kann sie es einsetzen, um jemanden zu bezahlen, der ihr Unterstützung bei den Tätigkeiten bietet, die sie selber nicht mehr ausführen kann, und der sie gegen Bezahlung ausser Haus begleitet sowie zu Besorgungen chauffiert.

Ein Faktor, der eng mit der ökonomischen Ausstattung zusammenhängt, ist die Wohnsituation. Mit zunehmenden Mobilitätseinschränkungen wird das Wohnumfeld immer wichtiger. Je nach Wohnsituation variieren die Bedingungen. Gewisse Wohnformen erlauben auch mobilitätseingeschränkten Personen eine angemessene Fortbewegung. Andere aber weisen unüberwindbare Hindernisse auf, die eine bauliche Anpassung oder einen Umzug erzwingen. Bei Schwierigkeiten in der Fortbewegung entscheidet die Hindernisfreiheit der Wohnung und der Umfang an sozialem und ökonomischem Kapital darüber, wie lange eine ältere Person in ihrer eigenen Wohnung oder ihrem eigenen Haus wohnen bleiben kann. Über die Wohnung hinaus begrenzt auch die Gestaltung des Quartiers den Radius, in dem sich Personen mit begrenzter Mobilität selbstständig bewegen können. Wichtige Faktoren sind unter anderen die Schwellenlosigkeit und das Vorhandensein von Sitzmöglichkeiten zur kurzzeitigen Erholung.

Wie in den Beispielen geschildert, können Menschen, die über genügend ökonomisches, soziales und kultu-

relles Kapital verfügen, das Nachlassen der körperlichen Fähigkeiten im Zuge der Fragilisierung auffangen. Wenn körperliche Defizite immer mehr zunehmen, können auch die anderen Kapitalformen darunter leiden und zu einer Kumulation von Kapitaldefiziten führen. Auf diese Weise kann im Alter eine Vulnerabilität neu entstehen.

Für Menschen, die bereits seit längerem vulnerabel sind, kann der Übergang ins «vierte» Lebensalter zu einer grossen Belastung werden, die sie an den Rand ihrer Kräfte führt. Diese Personen, die Kapitaldefizite nicht mit eigenen Kapitalformen auffangen können, sind auf externe Unterstützung angewiesen. Hier kommen die Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens zum Zug. Ihre Aufgabe muss es sein, Vulnerabilitäten möglichst zu verhindern und bereits vulnerablen Personen zu helfen, die neu entstehenden Lücken in ihrer Kapitalausstattung zu kompensieren.

An diesem Punkt erfolgt der Übergang zum empirischen Teil der Arbeit. Auf die theoretischen Konzepte dieser Studie folgen nun die Erkenntnisse aus der Praxis.

6. Erfahrungen aus der Praxis

- 6.1. Methodisches Vorgehen
- 6.2. «Drittes» und «viertes» Lebensalter aus Expertensicht
- 6.3. Fragilisierung aus Expertensicht
- 6.4. Kritische Lebensereignisse aus Expertensicht
- 6.5. Vulnerable ältere Menschen aus Expertensicht
- 6.6. Angebote für ältere Menschen aus Expertensicht
- 6.7. Begleitung des Übergangs durch Angebote aus Expertensicht
- 6.8. Unterstützung bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse
- 6.9. Angebote und Vulnerabilität aus Expertensicht

6. Erfahrungen aus der Praxis

Im empirischen Kapitel werden die Erkenntnisse aus der Praxis zusammengefasst. Sie wurden in Experteninterviews mit verschiedenen Fachpersonen gesammelt. Das methodische Vorgehen wird im ersten Unterkapitel geschildert. Mit dem zweiten Unterkapitel folgt die Auseinandersetzung mit den Erfahrungen der Fachpersonen zum Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter. In den Unterkapiteln 6.2. bis 6.5 liegt der Fokus auf den Klientinnen und Klienten der Fachpersonen. Wie nehmen Fachpersonen deren Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter wahr? Welche Begriffe verwenden die Expertinnen und Experten; sprechen sie von «Fragilisierung» und von «kritischen Lebensereignissen»? Das Unterkapitel 6.5. ist der Vulnerabilität gewidmet. Wie verstehen Fachleute «Vulnerabilität» und welche Menschen sind aus ihrer Sicht besonders vulnerabel?

In den Unterkapiteln 6.6. bis 6.9. liegt der Fokus auf den Angeboten des schweizerischen Sozial- und Gesundheitswesens. Welche Dienstleistungen begleiten den Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter? Wie unterstützen Angebote aus Sicht der Fachpersonen bei kritischen Lebensereignissen und wie tragen sie zur Verminderung von Vulnerabilität bei?

Im darauffolgenden Kapitel 7 werden die empirischen Ergebnisse den theoretischen Konzepten dieser Arbeit gegenübergestellt. Daraus werden Schlussfolgerungen für das Handeln auf organisationaler sowie politischer Ebene gezogen.

6.1. Methodisches Vorgehen

Die empirischen Ergebnisse dieser Studie basieren auf 13 halbstandardisierten Experteninterviews: neun davon mit elf Mitarbeitenden von Pro Senectute-Organisationen (zwei Doppelinterviews) und jeweils ein Interview mit einem Hausarzt, der Leiterin Fachbereiche einer Spitex-Organisation, der Leiterin einer kantonalen Organisation des Schweizerischen Roten Kreuzes und einer Vertreterin des Schweizerischen Seniorenrates. Die nicht bei Pro Senectute tätigen Fachpersonen wurden einbezogen, um eine Aussersicht durch wichtige Netzwerkpartner zu erhalten.

Die Interviewpartnerinnen und -partner sind in zwölf verschiedenen Kantonen tätig (AI, BS, BL, FR, JU, OW, SG,

SO, TG, VD, ZG, ZH). Mit dieser Auswahl ist die Schweiz gut abgedeckt. Erfragt wurde, wie der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter wahrgenommen wird, ob die Organisationen auf die Bedürfnisse älterer vulnerabler Menschen ausgerichtet sind. Zudem interessiert auch die Einschätzung, wie gut sie vulnerable Zielgruppen erreichen und wo Lücken in den vorhandenen Angeboten und im bestehenden System des Sozial- und Gesundheitswesens erkannt werden. Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte computergestützt anhand des NCT-Modells nach Frieze (vgl. 2011).

Im empirischen Teil dieser Arbeit werden erstens die Erfahrungen der Fachpersonen aus verschiedenen Schweizer Kantonen zusammengefasst. Über welche Konzepte verfügen diese zur Beschreibung des Übergangs vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter? Wie erkennen sie Vulnerabilität? Welche Personengruppen sind aus Sicht der Fachpersonen besonders vulnerabel? Die im theoretischen Teil der Arbeit entworfenen Konzepte werden auf das empirische Material angewendet. Stützen die Interviewergebnisse die entworfenen Argumentationsstränge?

Zweitens werden verschiedene Angebote und ihr Nutzen beschrieben. Wie tragen sie aus Sicht der Expertinnen und Experten zur Bewältigung des Übergangs vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei und wie unterstützen sie beim Umgang mit kritischen Lebensereignissen?

In den folgenden Unterkapiteln werden die Einschätzungen der interviewten Fachpersonen zu acht zentralen Fragen gebündelt.

- Unterscheiden Expertinnen und Experten zwischen «drittem» und «viertem» Lebensalter? Woran machen sie diese Unterschiede fest? (Unterkapitel 6.2.)
- Kennen die Expertinnen und Experten den Begriff der «Fragilisierung», oder wie beschreiben sie diesen Übergang? (Unterkapitel 6.3.)
- Welche Rolle spielen kritische Lebensereignisse? (Unterkapitel 6.4.)
- Wie erkennen die Expertinnen und Experten vulnerable ältere Menschen? (Unterkapitel 6.5.)
- Welche Unterstützungsangebote gibt es für ältere Menschen? (Unterkapitel 6.6.)

- Wie wird der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter durch Angebote begleitet? (Unterkapitel 6.7.)
- Welche Unterstützung bieten die Angebote Menschen, die ein kritisches Lebensereignis erleiden? (Unterkapitel 6.8.)
- Welche Rolle spielt Vulnerabilität bei den Angeboten von Pro Senectute-Organisationen? (Unterkapitel 6.9.)

Das Kapitel 6 wird mit Zitaten aus den Interviews mit den Fachpersonen illustriert. Weil die Originaltranskripte gesprochener Sprache schwierig lesbar sind, werden die Zitate für die Illustration aufbereitet. Pausen, Zwischenlaute und Wiederholungen werden entfernt. Sehr lange und stark verschachtelte Sätze werden zwecks Lesefreundlichkeit getrennt. Dabei wird darauf geachtet, so nahe wie möglich am Ursprungstext zu bleiben und die Aussagen nicht zu verzerren.¹⁴

6.2. «Drittes» und «viertes» Lebensalter aus Expertensicht

Der konzeptionelle Rahmen dieser Arbeit basiert auf den beiden Lebensaltern. In diesem Unterkapitel wird untersucht, wie die befragten Fachpersonen mit der Lebensphase Alter umgehen. Teilen sie die Untergliederung der Lebensphase Alter in ein «drittes» und ein «viertes» Lebensalter? Verwenden sie diese in der alltäglichen Arbeit – oder wird die Unterteilung zurückgewiesen? Anhand welcher Kriterien nehmen sie eine Unterscheidung der Lebensphasen vor?

Die Hälfte der befragten Expertinnen und Experten gebraucht die Unterteilung in ein «drittes» und ein «viertes» Lebensalter aktiv. Zwei befragte Expertinnen verwenden in den Interviews die Begriffe der beiden Lebensalter nicht, aber die Konzepte scheinen ihnen bekannt zu sein: Die Frage, ob bei der Freiwilligenarbeit Personen im «dritten» Lebensalter solche im «vierten» unterstützen, wird von ihnen verstanden und ohne Kritik beantwortet.

¹⁴ Erklärung zu den Abkürzungen in den Zitaten: «E» bezeichnet die Expertin oder den Experten, in Doppelinterviews «Em» den Experten und «Ef» die Expertin. «I» bezeichnet die Interviewerin. (...) kennzeichnet Auslassungen und [] beinhaltet Ergänzungen zum besseren Verständnis.

Die Experten verfügen über ein differenziertes Bild vom Alter(n). Einige Experten und Expertinnen betonen explizit, dass für die Zuordnung zu den beiden Lebensaltern die Lebenssituation eines Menschen und nicht sein Alter in Jahren bestimmend sein muss. Die vorgenommene Einteilung in die zwei Lebensalter entspricht damit der theoretischen Diskussion über das Alter.

Die Fachpersonen definieren die Unterteilung anhand von Mobilitätseinschränkungen, körperlichen Beschwerden und Einschränkungen von sensorischen und kognitiven Fähigkeiten, die sie bei älteren Menschen beobachten. Gerade am Beispiel der Mobilität wird aber auch kritisiert, dass das Konzept der Lebensalter gelegentlich unbedacht verwendet wird. Der befragte Arzt bewertet eine Einteilung in ein «drittes» und «viertes» Lebensalter als überholt. Die Lebensalter würden keine Realität abbilden und die häufig vorgenommenen Unterteilungen seien irreführend:

E: Ich habe Mühe mit diesen Übergängen. Wissen Sie, das ist wirklich einfach. Es gibt diese schönen Bilder von diesem Emmentaler Bauernhaus mit dem Dach, das weit hinunter reicht. Da sieht man dann da das Baby und da die Bahre, da sieht man, wie das Lebensalter geht. Und das haben wir längstens verlassen, das ist wirklich Ballenberg. (...) Und darum diese Übergänge, jetzt vom «dritten» ins «vierte» und dann kommt irgendwann mal vom «vierten» ins «fünfte» Lebensalter, das greift so nicht. Dann sprechen alle von der Mobilität. Die «dritten» sind die, die noch reisen gehen, die «vierten» sind die, die nicht mehr reisen. Und dann werden solche Unterschiede und Eingrenzungen gemacht. Reisen zu können ist eine Frage der finanziellen Mittel. (...) Klar, eine Car-Fahrt machen nach Ischia, da gibt es immer noch viele Leute, die sich das leisten können. Aber versteht man das unter Reisen? Also die Mobilität als eingrenzenden Faktor zu nehmen, finde ich schwierig. Die, die mobil sind, sind in der «dritten» und die, welche nicht mehr mobil sind, sind in der «vierten» Lebensphase? Also das hängt auch davon ab, hatte ich Interesse am Reisen, brachte mir das etwas im Leben?

Die Kritik an den landläufig vorgenommenen Einteilungen zu den beiden Lebensaltern warnt vor einem un-

sorgfältigen Umgang mit dem Begriff der Mobilität. In der vorliegenden Studie wird im Zusammenhang mit der Fragilisierung von der körperlichen Mobilität einer Person gesprochen. Damit sind ihre Fähigkeiten, selbstständig zu gehen und beispielsweise Treppen zu steigen, gemeint. Diese Kapazitäten sind sicher wichtig, wenn jemand reisen möchte. Reisen zu unternehmen ist aber eher ein Ausdruck des ökonomischen und kulturellen Kapitals einer Person und beschreibt nicht nur ihre körperlichen Fähigkeiten.

Die Konzepte der beiden Lebensalter dienen den Fachpersonen als Orientierung zur Ausrichtung ihrer Arbeit. Sie geben ihnen eine Vorstellung, welche Themen wichtig sein könnten. Gleichzeitig arbeiten sie aber mit den Konzepten im Bewusstsein darüber, dass es sich um Hilfskonstruktionen handelt. Das heisst, dass in der individuellen Arbeit mit Klientinnen und Klienten viele situative Faktoren beachtet werden müssen.

E: Das sind dann alles Konstruktionen, die auch hilfreich sein können, auch für uns. Wir brauchen schon «drittes», «viertes» Lebensalter (...) man hat dann eine grobe Vorstellung. (...) Die grobe Vorstellung brauchen wir, um ein Stück weit eine Ausrichtung zu haben. Und dann müssen wir aber wieder in der Lage sein, trotz allem stark zu individualisieren. Es ist unglaublich unterschiedlich, auch die Lebensumstände, (...) die biologischen Bedingungen, die sozialen Bedingungen, (...) die sind alle «Match entscheidend» für irgendeinen Entscheid.

Für die Arbeit mit Menschen im «vierten» Lebensalter ist es hilfreich, eine Vorstellung zu haben, welche Veränderungen dieses Lebensalter mit sich bringt und welche Anforderungen an die professionelle Arbeit daraus hervorgehen. Der Leiter einer Westschweizer Pro Senectute-Organisation beschreibt die Einschränkungen des «vierten» Lebensalters und die Konsequenzen, die diese für die Altersarbeit haben. Die Reduktion der körperlichen Mobilität und der geistigen Fähigkeiten erschweren aus seiner Sicht die Möglichkeiten, an die richtigen Informationen zu gelangen und sie verarbeiten zu können. Für diese Menschen reiche es deswegen nicht aus, einen Prospekt zu drucken mit der Einladung, bei Bedarf eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

E: Meiner Meinung fehlt es an Informationen über einen längeren Zeitraum hinweg. (...) Um jedoch Ihre Frage zur Informiertheit in der Hochaltrigkeit zu beantworten, (...) es gibt Faktoren, welche die Informationsweitergabe im vierten Lebensalter verschlechtern und bremsen. Viele Personen dieser Altersgruppe leben isoliert, haben Mobilitätsschwierigkeiten sowie verminderte Hirnfunktionen. Dies alles sind Faktoren, die nicht nur die Voraussetzungen für den Zugriff auf die richtigen Informationen verschlechtern, sondern auch den Informationsfluss zu diesen Personen. Wenn sie nicht über aufmerksame Angehörige verfügen, die selbst gut informiert sind, ist das gefährlich. Und dieser Mangel an Informationen und letztlich die Risiken – man könnte dies auch als informative Vulnerabilität bezeichnen – steigen mit zunehmendem Alter.

Neben den körperlichen Unterschieden, die zwischen dem «dritten» und «vierten» Lebensalter liegen, thematisieren die Befragten auch die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Altern, die sie wahrnehmen. Das Mitglied des Schweizerischen Seniorenrates ist die Interviewpartnerin, die von ihrem Alter her dem Übergang in das «vierte» Lebensalter am nächsten steht. Aus ihrer Sicht führt das «vierte» Lebensalter zu neuen Fragen und zur Auseinandersetzung mit existenziellen Themen.

E: Ich denke, der Übergang vom aktiven in das fragile Alter, das ist dann eher wieder ein (...) bisschen ein «Zurückbuchstabieren» und eine verstärkte Auseinandersetzung mit den inneren Werten. Verstärkte Erwartungen an die Familie, sofern man eine hat. Und eine Auseinandersetzung – ich sage das bewusst jetzt – mit Krankheiten, mit Sterben, mit dem Tod, eventuell mit einem Partnerverlust – sofern man einen hat – und mit Wohnen. Es gibt einfach ganz andere Themen. Ich denke, bei der Pensionierung tut es sich noch einmal auf und beim Übergang ins fragile Alter tut es sich – man hat so das Gefühl – auf der einen Seite zu. Aber es tut sich auch auf mit neuen Themen, die zum Teil nicht so angenehm sind. (...) Themen wie Krankheit. Und ich fände es keine Befreiung, mir überlegen zu müssen, ich müsste jetzt aus unserem dreistöckigen Einfamilienhäuschen

raus, weil ich nicht mehr Treppen steigen kann. Das finde ich nicht so toll. Ja, aber ...

Die Muster, wie die beiden Lebensalter beschrieben werden, ähneln sich. Das «dritte» Lebensalter wird mit Möglichkeiten beschrieben und das «vierte» eher mit Einschränkungen. Viele Fachpersonen nehmen wahr, dass die Konfrontation mit dem Älterwerden eine Ungewissheit bringt, die ihre Klientinnen und Klienten bedrückt. Diese fürchten sich davor, plötzlich nicht mehr wie bisher leben zu können. Die eben zitierte Expertin erlebte bildlich gesprochen ein «Auf-tun», also eine gewisse Verbreiterung und Vervielfältigung von Möglichkeiten nach der Pensionierung. Für das «vierte» Lebensalter hingegen erwartet sie, dass die Möglichkeiten beschränkter werden und vermehrt unangenehme Fragen auf sie zukommen werden.

Die normative Färbung der beiden Lebensalter wird ebenfalls thematisiert. Ein Experte spricht pointiert aus, dass Personen im «dritten» Lebensalter sehr attraktiv seien, sogar in den letzten Jahren als Konsumentinnen und Konsumenten stetig attraktiver geworden seien. Menschen im «dritten» Lebensalter hätten in der Regel Geld, viele Bedürfnisse und Zeit. Er als Leiter einer kantonalen Pro Senectute-Organisation werde deswegen auch immer wieder von Firmen umworben, welche für ihre Produkte den Zugang zu älteren Menschen suchen. Menschen im «vierten» Alter hingegen seien für die Wirtschaft nicht mehr von Bedeutung, einzig noch für medizinische Dienstleistungen. Das «vierte» Lebensalter verliere gesellschaftlich oft an Interesse. Symbolisch würden Welten aufeinander prallen: die aktiven, kaufkräftigen Alten mit ihren Talenten, versus die anderen, die dement, harsch gesagt: «am Verblöden» seien und sehr viel Pflege brauchen würden. Hier sieht er die Aufgabe von Hilfswerken – nämlich diesen für die Wirtschaft nicht mehr attraktiven Menschen im «vierten» Lebensalter Unterstützung zu bieten.

Bei vielen Pro Senectute-Organisationen nimmt allerdings eher das «dritte» Lebensalter einen grossen Stellenwert ein. Es steht im Fokus von Sport- und Bildungsangeboten oder bei der Freiwilligenarbeit. In einigen Pro Senectute-Organisationen scheint es zwei klar ge-

trennte Zielgruppen zu geben: Personen im «dritten» Lebensalter als Teilnehmende bei soziokulturellen Angeboten sowie als Dienstleistende in der Freiwilligenarbeit und Personen im «vierten» Lebensalter als Leistungsempfänger.

Zusammenfassend kann für die Frage nach der Unterteilung der Lebensphase Alter gefolgert werden, dass die Unterteilung in ein «drittes» und «viertes» Lebensalter den befragten Expertinnen und Experten bekannt ist. Teilweise verwenden sie die Begriffe selber, um Nutzerinnen und Nutzer verschiedener Angebote zu unterscheiden. Aber für die soziale Arbeit mit Klientinnen und Klienten scheint die Unterteilung weniger relevant zu sein. In einer Beratungssituation steht die hilfesuchende Person mit ihren Fragen und Bedürfnissen im Vordergrund. Dann scheint es für die Fachpersonen zweitrangig zu sein, welchem Lebensalter diese Person zuzuordnen ist.

6.3. Fragilisierung aus Expertensicht

Im theoretischen Teil der Arbeit wird der Übergang von «dritten» zum «vierten» Lebensalter als Prozess der Fragilisierung beschrieben. Wie nehmen Expertinnen und Experten den Übergang von Aktivität zu Fragilität wahr? Kennen sie den Begriff «Fragilisierung» und wie beschreiben sie diesen Übergang?

Die Befragten schildern den Weg vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter als Prozess, bei dem körperliche und kognitive Fähigkeiten allmählich abnehmen. Die Fachpersonen nehmen Energieverlust, Sehprobleme sowie motorische Probleme wahr. Der Übergang beginne, wenn man an körperlicher Selbstständigkeit verliere und Unterstützung brauche, um das Haus zu verlassen. Wenn in einem Paarhaushalt die körperlichen Kapazitäten einer der beiden Partner abnimmt, muss der Alltag verändert werden. Eine Mitarbeiterin der Sozialberatung einer Westschweizer Pro Senectute-Organisation beschreibt den Beginn der Fragilisierung folgendermassen:

E: Ich würde sagen, dass der Übergang beim Eintritt in das Rentenalter erfolgt. Allerdings finden danach grosse Veränderungen im Hinblick auf die Gewohnheiten des Paares statt, wenn sich die

Gesundheit eines der beiden Ehepartner verschlechtert, beispielsweise durch eine Krankheit oder die Einschränkung der Mobilität.

Eine Vertreterin des Schweizerischen Seniorenrats schildert aus eigener Erfahrung, wie sie körperliche Einschränkungen erlebt. Plötzlich habe sie nicht mehr genügend Kraft in den Fingerspitzen gehabt, um die Fingernägel mit dem Knipser zu kürzen. Im ersten Moment sei dieses Erlebnis ein «Weltuntergang» gewesen.

E: Ja. Also, so handfeste Sachen gibt es. Es gibt natürlich Einschränkungen, die total banal sind, die aber einen auch einfach treffen können. Gerade vor zwei Wochen hatte ich ein solches Erlebnis. Ich sage es jetzt, wie es ist. Es ist ein bisschen banal, wirklich banal. Ich schnitt meine Fingernägel immer mit so einem Knipser. Jetzt «Gottfriedstutz» (schlägt mit der Hand auf den Tisch) vor zwei Wochen geht das nicht mehr. Einfach plötzlich keine Kraft mehr, das zu knipsen. Ja das ist doch einen Moment lang kurz vor Weltuntergang. Zuerst denkt man, «der Knipser ist kaputt» und dann nahm ich einen anderen, aber der ging auch nicht. Einfach die Kraft (seufzt). Und es ist ja dann das Feststellen, dass die Kraft in den Fingerspitzen abnimmt, dass ich das nicht mehr kann. Und dann ist einerseits das Akzeptieren, es geht nicht mehr. Und das andere ist das Suchen nach Alternativen. Denn deswegen gehe ich noch nicht zur Maniküre. Also, dann «aha» es geht ja auch mit einer kleinen Schere, das geht auch (...). Das finde ich dann eben das Spannende. Die Suche nach Alternativen, das finde ich spannend. Aber der Schrecken, «oweia» jetzt geht das nicht mehr, den vergisst man nicht so schnell.

Aus ihrer eigenen Erfahrung deutet sie das Suchen von alternativen Reaktionen auf ein Problem als spannende Herausforderung. In verschiedenen Gesprächen mit Fachpersonen über Fragilisierung werden die Pole «Autonomie» und «Unterstützung» angesprochen. Viele körperliche Veränderungen im Alter beinhalten Verluste, von einem «Können» hin zum «Nicht-mehr-Können». Dabei treffen zwei Perspektiven aufeinander: jene der betroffenen Person selber und die ihres Umfelds. In zwischenmenschlichen Interaktionen muss ständig abgewogen werden, wo Unterstützung benötigt, gegeben

und auch angenommen wird. Es eröffnet sich ein Spannungsfeld zwischen Autonomie und Abhängigkeit: Autonomie einerseits im Sinne der Fähigkeit, gewisse Tätigkeiten selbstständig auszuführen und andererseits im Sinne der Selbstbestimmung, des Bestimmens darüber, in welchem Rahmen und auf welche Art etwas gemacht werden soll. Wenn die eigene Autonomie abnimmt und plötzlich Hilfe in Anspruch genommen werden muss, kratzt das unter Umständen am Identitätsgefühl. Die Vertreterin des Seniorenrats schildert ihre Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis nach Entlastung und dem Wunsch, alles so lange wie möglich selber machen zu wollen. Dabei sieht sie eine Parallele zu ihren Enkeltöchtern, die ebenfalls alles selber machen wollen.

Also auch wieder diese Ambivalenz zwischen dem Froh-Sein um Entlastung und etwas so lange wie möglich selber machen zu wollen, auch wenn man vieles zweimal probieren muss. Und dann denke ich manchmal (...) gerade wenn es um Handfertigkeit geht, bin ich genau gleich wie meine Enkelinnen, die sechs Jahre alt sind, die sagen: «selber machen!», «Ich will es selber machen!» Da treffen wir uns auf der genau gleichen Ebene. Sie wollen es schon und ich will es noch. Der Ausgangspunkt ist ein anderer: Die Enkelinnen gehen hinein, sie wollen es lernen, und ich gehe daraus hinaus. Aber die Situation des «Selber machen wollen», diesen emotionalen Moment, den teilen wir.

Bisher wurden Beispiele geschildert, wie Fragilisierung erlebt wird und welche Dilemmata für die Betroffenen und ihr Umfeld entstehen. Ein Dilemma ist die Inanspruchnahme von Unterstützung. Neben der Hilfe im Alltag durch Familienmitglieder muss bei zunehmender Fragilisierung unter Umständen auch professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Wie erfolgt dieser Schritt hin zu professioneller Unterstützung?

Aus Sicht der interviewten Pflegeexpertin einer kantonalen Spitex-Organisation beginnt die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung meist über Leistungen der Haushaltshilfe. Sie berichtet anschaulich, dass beispielsweise das Putzen mit abnehmender Kraft und Beweglichkeit schwerfällt. Aus pflegerischer Sicht

bringt sie weitere Beispiele, wie sich der Pflege- und Unterstützungsbedarf entwickelt. Am Beispiel der Stützstrümpfe zeigt sie einen Hilfebedarf auf, der für Menschen, die solche noch nie selber in der Hand hatten, kaum nachvollziehbar ist. Die nachlassende Kraft in den Händen, von der bereits die Seniorenrätin erzählt, kann also auch dazu führen, dass zum Anziehen von Stützstrümpfen Hilfe benötigt wird.

I: Wie erleben Sie den Übergang der Betagten in die Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit?

E: Wir merken immer wieder, dass der Einstieg ist, wenn das erste Mal Haushelfer hineingeholt werden. Ich denke jetzt – gerade wenn ich zuhause selber mein Bett beziehen muss –, das ist etwas Anstrengendes. Und Staub saugen (...) Das ist so ein Moment, wo die Gebrechlichkeit beginnt. (...) Und dann kommt vielleicht plötzlich etwas dazu. (...) Wenn es auf die sanfte Tour ist, dann sind es vielleicht Venenprobleme, wo sie die ominösen Stützstrümpfe anziehen müssen (schmunzelt). Da haben wir immer wieder Leute, die relativ wenig Hilfe brauchen, nur eben diese Stützstrümpfe anziehen, die sind sehr zäh und das braucht Kraft. (...) Ja, und sonst ist das dann halt teilweise ein langsamer Prozess von vielleicht sich nicht mehr bücken können, nicht mehr Nägel schneiden können. Dort beginnt es und dann kommt vielleicht noch eine Komplikation wie ein Sturz, der dann einen Einbruch bedeuten kann (...)

Insgesamt zeigt sich bei der Beschreibung des Übergangs eine Vielfalt an Herausforderungen, mit denen Betroffene, ihr Umfeld und das Hilfesystem konfrontiert werden. Am meisten genannt werden die körperlichen und kognitiven Veränderungen. Gewisse Gemeinsamkeiten werden bei verschiedenen Personen wahrgenommen, so beispielsweise der Unterstützungsbedarf bei schweren körperlichen Tätigkeiten. Gleichzeitig wird aber der Verlauf der Fragilisierung als sehr individuell beschrieben. Die Befragten machen den Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter an körperlichen und geistigen Einschränkungen fest, aber genaue Grenzen werden von niemandem genannt. Aus Sicht dieses Sozialarbeiters besteht keine eindeutige Definition für diesen Übergang:

E: Dann ist da natürlich die Frage, woran man so einen Übergang festmachen kann. Von der dritten zur vierten Generation. (...) Ich mache es (...) hauptsächlich an der körperlichen Einschränkung fest – es kann natürlich auch eine geistige sein. Aber einfach, dass Einschränkungen das aktive Alter nicht mehr ermöglichen. Ich weiss nicht, ob es eine richtige Definition gibt? (...) Die ist sehr schwammig gehalten.

Der Begriff der Fragilisierung, wie er in der vorliegenden Studie Verwendung findet, wird von den befragten Expertinnen und Experten nicht verwendet. Die genannten Veränderungen decken sich hingegen mit den Dimensionen der Fragilisierung aus dem theoretischen Teil der Arbeit.

Das Adjektiv «fragil» dient aber sehr wohl zur Situationsbeschreibung. So wird von einer fragilen Gesundheit gesprochen, aber auch von fragilen Lebenssituationen. Bei einer genauen Analyse der Interviews stellt sich heraus, dass die Begriffe «Fragilität» und «Vulnerabilität» sehr nahe beieinander liegen. Detaillierter wird diese Beobachtung im Kapitel 6.5. erörtert.

Als nächstes werden die Ereignisse untersucht, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Fragilisierung stehen, sie aber dennoch beeinflussen.

6.4. Kritische Lebensereignisse aus Expertensicht

Welche kritischen Lebensereignisse beschreiben Fachpersonen im Zusammenhang mit dem Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter? Wie wirken sich diese Ereignisse auf den Prozess der Fragilisierung aus? Wie reagieren die betroffenen Menschen? Welche Fragen und Herausforderungen stellen sich den Fachpersonen in diesem Zusammenhang?

Viele Fachpersonen berichten von biografischen Brüchen, die in der Phase des Übergangs erlebt werden. Diese würden die Lebenssituation plötzlich und meistens einschneidend verändern. Konkret werden Sozialarbeitende von Pro Senectute-Organisationen in ihrer Beratungstätigkeit konfrontiert mit Geschehnissen, die das Leben der Betroffenen radikal verändern. Das folgende Zitat illustriert diese Auswirkungen aus Sicht eines Sozialarbeiters.

E: Es kann ein Vorkommnis sein, das zu einem radikalen Bruch führt: ein Sturz (...) oder medizinisch, irgendeine Krankheit, von der man sich miserabel erholt. Es kann ein schwieriger Entscheid sein, der ansteht. Das kann der Tod des Partners sein, der emotional ein riesiges Loch reisst und das ganze Gefüge irgendwie durcheinander bringt. Urplötzlich ist dann diese Person [auf Hilfe angewiesen]. (...) Mit zunehmendem Alter, zunehmendem Schwächerwerden verträgt es solche Einbrüche oder dramatische Veränderungen halt einfach schlechter. Man kompensiert viel weniger. Und wenn man es schlechter verträgt, dann ist es sehr häufig relativ radikal. Dann ist der Hilfebedarf auf einmal radikal gross, wenn er bis dato klein war. Und daher ist das eben schwierig, Leben lässt sich eben nicht so planen.

Die Fragilisierung vermindert die Reserven einer Person, sodass sie weniger gut auf kritische Lebensereignisse reagieren kann. Ein Sturz kann in solchen Situationen der Tropfen sein, der das Fass zum Überlaufen bringt – sprich: die bisherige Formen der Alltagsbewältigung auf einmal unmöglich macht. Je weiter der Prozess der Fragilisierung fortgeschritten ist, umso mehr nehmen Fachpersonen nach einem kritischen Lebensereignis ein steigendes Bedürfnis nach Sicherheit wahr. Dabei geht es nicht nur darum, objektive Situationen der Unsicherheit zu beheben, sondern auch darum, auf die Verstärkung von Unsicherheitsgefühlen zu reagieren. Die Massnahmen, um dieses Unbehagen zu verringern, können individuell sehr unterschiedlich ausfallen.

E: Sicherheit ist ein grosser Aspekt. damit es deutlich besser geht, deutlich besser.

I: Was fassen Sie alles unter «Sicherheit»?

E: Es ist häufig eine subjektive Sicherheit. Es gibt einige objektive Gründe, die wirklich medizinischer Natur sind. (...) Die Sturzgefährdung, das ist ein ganz grosses Problem. Man weiss, dass sich bei jedem Sturz die Morbidität massiv vergrössert. Das ist ein «happiges» Vorkommnis. (...) Es gibt einige objektive medizinische Gründe und dann gibt es eine subjektive Sicherheit. «Ich fühle mich nicht mehr so wohl», «wenn hier nun jemand einbrechen würde?» oder

weiss ich was (schmunzelt). Häufig ist es nicht einmal konkret «wenn jemand einbrechen würde» – diese Äusserungen kommen schon auch – aber oft ist es das subjektive Empfinden. Das hat mit körperlich schwächer werden zu tun, (...) nicht mehr so gewappnet zu sein. Der eigene Körper ist nicht mehr so stark und dann ist man angreifbar, man ist verletzlicher.

Diese Schilderung kann in Bezug zum grafischen Modell gesetzt werden, das im theoretischen Kapitel 3 entworfen wurde. Die Fragilisierung führt dazu, dass eigene Fähigkeiten abnehmen und Unsicherheit entsteht. Es ergibt sich eine Diskrepanz zwischen tatsächlich gelebter Selbstständigkeit und dem Wunsch nach Selbstständigkeit. Hier kann es hilfreich sein, wenn dieses Gefühl von Sicherheit dank eines Hilfsmittels oder einer Unterstützung wieder hergestellt wird. Wie dieses Gefühl wieder etabliert werden kann, muss in jedem Einzelfall untersucht und erarbeitet werden.

In den folgenden Passagen werden die von den Fachpersonen am häufigsten beschriebenen kritischen Lebensereignisse in der Phase des Übergangs vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter geschildert. Die Darstellung zeigt, womit Menschen im Alter zu kämpfen haben, und welchen Unterstützungsbedarf ein kritisches Lebensereignis mit sich bringen kann.

Abschiede aus Rollen

Sich einzugestehen, dass man eine gewisse Rolle abgeben muss, stellt ein kritisches Lebensereignis dar. Gründe dafür können die schwindenden eigenen Kapazitäten sein, aber auch äusserliche Faktoren, die einen dazu zwingen. So sind gewisse Ämter zeitlich beschränkt oder durch eine Altersgrenze limitiert. Expertinnen und Experten in Pro Senectute-Organisationen erleben den Abschied aus Rollen bei Seniorinnen und Senioren, die Freiwilligenarbeit leisten. Das sind beispielsweise Menschen im «dritten» Lebensalter, die im Treuhanddienst andere beraten oder die Fahrer bei einem Fahrdienst sind. Wenn sie die Aufgabe nicht mehr ausführen können oder dadurch überlastet sind, stellt sich die Frage des Abschieds und allenfalls des Wechsels in eine andere Aufgabe. Ein ähnliches Beispiel ist die Abgabe eines Amtes. Die Vertreterin des Schweizerischen Seniorenrates setzt sich so damit auseinander:

E: Wenn Sie in jüngeren Jahren einmal ein Amt aufgeben, (...) dann können Sie sagen: «Jetzt habe ich wieder Raum für etwas Neues.» Wenn Sie das mit 78 oder 82 aufgeben, dann ist es wahrscheinlich, – mit allergrösster Wahrscheinlichkeit – das Letzte. Es ist der Abschied aus der aktiven politischen Partizipation, ... es ist auch der Abschied aus Rollen. Wer bin ich dann noch? Ich bin nicht mehr Seniorenrätin, ich bin nicht mehr Mitglied des Stiftungsrats «weiss ich wo». Es ist ein Abschluss von Funktionen und Rollen. Und es ist auch ein Eingeständnis: Jetzt bin ich alt ... und vielleicht auch nicht mehr gefragt von den Jungen. Ich muss mich neu orientieren. Und die Phase der Neuorientierung, die ist nicht so einfach, denke ich. Wenn man so lange verhaftet war in Positionen, man hatte Anerkennung von aussen ...

Abschiede aus Rollen markieren das Älterwerden. Gelegentlich wird es positiv empfunden, etwas nicht mehr tun zu müssen. Oftmals ist die Abgabe aber auch mit Schmerzen und Zweifeln verbunden. Aus dem Zitat wird die Verbindung von Rolle und eigener Identität deutlich. Menschen definieren sich in einem gewissen Masse über Rollen, die sie wahrnehmen und über Ämter, die sie ausüben. Nach dem Abschied muss eine Neuorientierung erfolgen: Wer bin ich jetzt? Bei der Abgabe eines Amtes wird der Statusverlust besonders deutlich. Die entstandene Lücke wird mit anderen, weniger prestigeträchtigen Rollen ausgefüllt. Wenn plötzlich das letzte Amt oder die letzte sozial bedeutende Rolle abgegeben werden muss, wiegt der Verlust besonders schwer. Subjektiv kann die Abgabe des letzten Amtes den Beginn des «vierten» Lebensalters akzentuieren. Die Lebenslage von vulnerablen Menschen zeichnet sich unter anderem auch dadurch aus, dass sie nur wenige einflussreiche Rollen innehaben. Umso mehr schmerzt der Verlust beim Abgeben einer Aufgabe.

Erkrankung und Pflegebedürftigkeit des Partners oder der Partnerin

Plötzlich eine Diagnose einer schweren Krankheit zu erhalten ist ein Schicksalsschlag. Die Erkrankung zwingt zu einer Umstellung des Alltags. Der Pflegebedarf, der daraus entsteht, belastet auch Angehörige stark. Eine Krankheit, die im Alter gehäuft auftritt und auch von vielen Experten thematisiert wird, ist die Demenz. Es

wird betont, dass diese Krankheit sehr schwierig zu erkennen ist. Sie entwickelt sich schleichend und es dauert einige Zeit, bis die Diagnose klar ist. In einem solchen Fall stellt der Erhalt des Bescheids das kritische Lebensereignis dar. Der Moment, in dem festgestellt wird, dass eine Person krank ist, bedeutet einerseits einen Schock, aber gleichzeitig kann die Diagnose auch Klarheit schaffen. Dank ihr wird es möglich, nicht nachvollziehbares Verhalten einer nahestehenden Person als krankheitsbedingt wahrzunehmen. Sozialarbeitende kommen vor allem als aussenstehende Beobachter mit der Demenz in Berührung. Sie erleben die Betroffenen oder deren Angehörige und können dank ihres Fachwissens gewisse Anzeichen erkennen sowie zu einer medizinischen Abklärung raten. Illustriert wird diese Erkenntnis durch das folgende Zitat eines Sozialarbeiters. Im Rahmen einer Beratung sprach die Ehefrau das veränderte Verhalten ihres Mannes an. Der Sozialarbeiter wurde hellhörig und empfahl, ihr Mann solle sich ärztlich untersuchen lassen.

E: Meine Erfahrung ist auch, dass beispielsweise der Mann plötzlich komisch wird (...) die Frau erzählt: «Der tut mir etwas zu Leide, er behauptet etwas und nachher mogelt er sich durch und macht es dann so und so.» Da kann man merken, (...) dass das Anzeichen einer beginnenden Demenz sind. Wo er selber noch ein bisschen verunsichert ist und das auch überspielt. Und dann schaukelt das sich auf zusammen mit der Frau, sodass sie das Gefühl hat, er «verarsche» sie. Er wird eigentlich immer unsicherer und das kann dazu führen, dass er – weil er nicht konfrontiert werden will damit – halt herumschreit und ein Verhalten zeigt, das er nie im Leben gezeigt hatte. Und nachher kann man sagen: «Sprechen Sie das doch einmal beim Arzt an, gehen Sie doch einmal mit.» Und dann ist es oft so, dass sie ihm vielleicht sagt: «Du, frage den Arzt doch einmal wegen dem Gedächtnis.» Und wenn er dann alleine zum Arzt geht, ist alles bestens. Erstens sagt er nicht: «Meine Frau hat das Gefühl, ich habe eine beginnende Demenz, ich will das jetzt abgeklärt haben.» Zweitens kann es sein, dass er es bis zum Arzt wieder vergessen hat. Danach kommt er zurück und seine Blutwerte sind bestens, die Cholesterinwerte entsprechen denen eines Zwanzigjährigen und für sein Alter ist er einer der Gesün-

desten. Später gibt es vielleicht einen zweiten Anlauf: «Gehen Sie einmal mit und sprechen Sie einmal selber direkt mit dem Arzt und schildern Sie ihre Eindrücke und ihre Erfahrungen.»

Für Betroffene und Angehörige stellt eine beginnende Pflegebedürftigkeit einen Einschnitt ins Leben dar. Frauen und Männer investieren sehr viel Zeit und Energie in die Betreuung und Pflege ihrer Partnerinnen oder Partner. Wenn die Hilfsbedürftigkeit grösser wird, drängt sich in vielen Fällen ein Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung auf. Dieser Übertritt führt für die Angehörigen zu einer radikalen Veränderung der Lebenssituation. Nicht nur der Wegzug der gepflegten Person falle ins Gewicht, sondern auch die plötzlich frei werdende Zeit, wie zwei Sozialarbeitende einer Deutschschweizer Pro Senectute-Organisation berichten. In solchen Situationen kann die Sozialberatung Anregungen zur Neugestaltung des Alltags geben.

Ef: Ja, und auch diese Person, die dann alleine zuhause ist, muss sich wieder neue Kontakte erschliessen. Vorher ging viel Zeit drauf für die Pflege des Partners und dann fällt das weg. Es ist nicht wie ein Todesfall, aber es ist doch ein Abschied nehmen und sich wieder neu orientieren. Klar, sie oder er gehen ja die Partner oft besuchen, aber trotzdem gibt es mehr Zeit ...

Em: ... vor allem bei Demenz ...

Ef: Das ist ganz eine neue Lebenssituation für diese Leute. Die Bewältigung dieses Bruchs ist gar nicht so einfach. (...) Vorher hatten sie einen Sinn und es [die Unterstützung des Partners beziehungsweise der Partnerin] war sehr anerkannt. Jemand setzt sich ein für Frau oder Mann ... und plötzlich: «Ja, was mache ich jetzt noch mit meiner Zeit, wie fülle ich die sinnvoll?»

Em: Und wenn [die Leute] sie im Dorf alleine sehen, dann fragen sie zudem: «Wo ist ...?» Dann musst du noch erklären. Das ist schon anspruchsvoll.

Verlust von Angehörigen und Freunden

Der Verlust von Angehörigen und Freunden wird oft als biografischer Bruch in der Lebensphase Alter thematisiert. Die Fachpersonen nehmen die psychische Be-

lastung wahr, aber auch die Veränderung des Alltags der Hinterbliebenen. Wenn in Partnerschaften oder Ehen jemand stirbt, wird die hinterbliebene Person plötzlich mit Alltagsproblemen konfrontiert, um die sie sich bis anhin nie gekümmert hatte. In den Interviews werden das Kochen, das Autofahren oder die Erledigung administrativer Aufgaben als Belastungen genannt, die im Nachgang des Todes des Partners oder der Partnerin zusätzlich auftreten. Falls nur die verstorbene Person Auto fahren konnte, wird diese Einschränkung der Mobilität als belastend empfunden. Dieses kritische Lebensereignis ist deswegen häufig der Auslöser, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

6.5. Vulnerable ältere Menschen aus Expertensicht

In diesem Unterkapitel wird beleuchtet, wie Fachpersonen vulnerable ältere Menschen erkennen. Wie zeichnet sich die Vulnerabilität aus und welche älteren Menschen werden als vulnerabel wahrgenommen? Wie wird der Begriff «Vulnerabilität» verwendet?

Aus der Zusammenfassung aller Experteninterviews kann gefolgert werden, dass es keine homogene Gruppe vulnerabler Menschen gibt. In den Gesprächen werden soziale Gruppen genannt, beispielsweise wird häufig über Migrantinnen und Migranten gesprochen. Dabei wird aber schnell relativiert, dass Migration nicht zwingend Vulnerabilität bedeute. Denn auch innerhalb einer Migrantengruppe bestehe ein grosser Unterschied beispielsweise zwischen dem Bauarbeiter aus Süditalien und dem norditalienischen Bankangestellten. Aber die Migrantinnen und Migranten, die wenig finanzielle Mittel haben oder die die Sprache nicht beherrschen, mit der sie sich in der Gesellschaft zurechtfinden könnten, werden dann als vulnerabel beschrieben. In der Auswertung der Interviews wird deutlich, dass alle Expertinnen und Experten verschiedene Dimensionen verwenden, um ältere Menschen zu beschreiben, die Unterstützung in Anspruch nehmen und als vulnerable ältere Menschen wahrgenommen werden. Die Fachpersonen erwähnen die Dimensionen der körperlichen Einschränkungen, der prekären finanziellen Situation und die familiäre und soziale Isolation. Auch das Bildungsniveau oder Sprachkenntnisse werden von einigen als Dimensionen, die Benachteiligungen erkennen lassen, genannt.

Der nachfolgend zitierte Experte betont, dass vulnerable Menschen eine gemischte Gruppe darstellen. Aus der Erfahrung in der täglichen Arbeit mit Hilfe suchenden Menschen liessen sich aber Aussagen machen, wer von den Nutzerinnen und Nutzern am ehesten als vulnerabel zu bezeichnen sei. Er nennt vor allem alleinstehende, häufig verwitwete Frauen mit wenig finanziellen Mitteln.

E: Hmm, bunt gemischt. Und wenn man jetzt quantifizieren müsste – es ist aber hypothetisch, was ich sage (...), denn es gibt kaum ernsthafte Studien, die dazu eine Aussage machen. Aber wenn man auf unsere Erfahrung abstützt, sind es schon zu einem grösseren Teil Alleinstehende. Häufig verwitwete Frauen. Das bringt unsere gesellschaftliche Form so mit sich, Frauen überleben einfach länger. Im Schnitt sind sie auch eher materiell schwach ausgestattet.

Neben dem nicht ausreichenden ökonomischen Kapital werden fehlende soziale Kontakte sehr häufig genannt. Auch finanziell gut ausgestattete Menschen sind auf Unterstützung angewiesen, wenn sie vereinsamen. Illustriert wird das im nächsten Zitat durch die Beschreibung des Einsatzgebietes einer Pro Senectute-Organisation. Dort, wo die Organisation tätig ist, gebe es verschiedene Quartiere, einerseits Arbeiterquartiere und andererseits ein Villenquartier. Sie seien nicht selten auch im Villenquartier im Einsatz, aber dort trafen sie eher auf immaterielle Not, auf Menschen, die sehr allein seien in ihren grossen Häusern und nur ganz wenige Kontakte pflegen würden. Selbstverständlich sei das nicht die Mehrheit der Kundinnen und Kunden.

E: Ich schliesse die nicht aus, nicht dass der Eindruck entsteht, eine Sozialorganisation schotte sich ab gegenüber vermögenden Leuten. Wir erkennen dort auch Not, aber der grössere Teil ist eindeutig an anderen Orten. Das ist klar, Leute die materiell gut ausgestattet sind, haben auch die Möglichkeiten, unterstützende Hilfen zu finanzieren. (...) Da können sie sehr viel kreativer sein.

In dieser Aussage wird auch der Kompensationsgedanke deutlich. Ein Defizit an Sozialkapital wird am Beispiel einer reichen Dame beschrieben. Gleichzeitig relativiert der Experte: Menschen können dank einer

guten ökonomischen Ausstattung vieles auffangen, was anderen ohne solche Ressourcen nicht möglich ist.

Bei der Nutzung von Angeboten wird auch die kulturelle Dimension von Vulnerabilität angesprochen. Am Beispiel von regelmässigen Stammtisch-Gästen beschreibt ein Sozialarbeiter eine Gruppe von Menschen, die seine Organisation schwerlich erreiche und deren Bedürfnisse er deshalb auch nicht kenne. Er formuliert die Hypothese, dass diese Gruppe generell durch die Maschen falle – vor allem dann, wenn «Mittelschichtsozialarbeit» betrieben werde. Darunter versteht der Experte eine Arbeitsweise, die hauptsächlich auf Komm-Strukturen setzt. Dabei wird von den Hilfesuchenden implizit erwartet, dass sie fähig sind, beispielsweise eine Broschüre zu lesen und anzurufen, um einen Termin zu vereinbaren. Die Menschen, die den Tag am Stammtisch verbringen, stehen sinnbildlich für Personen mit wenig kulturellem Kapital, die nur einen beschränkten Kontakt zur Umwelt suchen.

I: Gibt es eine Gruppe von Leuten, die Sie gerne erreichen würden?

Em: Eine gibt es, für mich ganz klar. Das sind die, die wir über unsere (...) PR-Aktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit, Medienarbeit oder unsere Angebote schwierig erreichen. Das sind die, die den Tag am Stammtisch verbringen. Ich finde, (...) wir müssen aufpassen, dass wir nicht eine gewisse Mittelschichtorientierung erhalten. Fragil ist auch die Mittelschicht, (...) Aber man muss doch eine gewisse Kultur, oder soziale Kompetenzen [haben], um mit Pro Senectute in Kontakt zu treten. Auch über unsere Kurse, da musst du irgendwie ansprechend sein.

Neben dem Stammtisch werden von den Fachpersonen weitere Orte genannt, von denen sie wissen, dass vulnerable ältere Menschen sich dort aufhalten. Das sind beispielsweise Selbstbedienungsrestaurants oder kleine Cafés in Einkaufszentren. Diese Orte bieten eine Möglichkeit, vieles zu beobachten, aber doch eine gewisse Anonymität zu wahren.

Zusätzlich zu den Begriffen «arm», «einsam» sowie «sprachlich benachteiligt» oder «bildungsfern» werden

auch gesundheitliche Einschränkungen als Dimension der Vulnerabilität genannt. Von den medizinischen Fachpersonen wird der Fokus auf die Verletzlichkeit erkrankter Personen gelegt. Menschen mit Suchtproblemen und psychisch Kranke werden als besonders verletzlich beschrieben. Aus Sicht der Pflegeexpertin sind ältere Menschen mit chronifizierten psychischen Erkrankungen eine Gruppe, zu denen der Kontakt besonders schwer fällt.

E: Jetzt kommt eine Patientengruppe in den Sinn. (...) Wissen Sie, in unserer Gesellschaft sind somatische Erkrankungen besser betreut als psychiatrische. Wir haben immer wieder Leute, die nie diagnostiziert wurden und das macht es dann teilweise sehr schwierig. Im Alter (...) merken wir manchmal, dass das schon lange nicht mehr zum Hausarzt gehört hätte, sondern wirklich zu einem Psychiater, weil eine Pathologie drin ist. (...) Bei Jüngeren kommt es noch so weit. Aber wenn jemand alt ist und die Krankheit chronifiziert ist und nie diagnostiziert wurde – und man merkt, das ist nun wirklich nicht nur Misstrauen, sondern da muss etwas Wahnhafes dahinter sein –, diese Menschen sind sehr schlecht bedient. Da sind natürlich dann auch (seufzt), die «netten» Rapporte: «ist eine Unmöglichkeit», und dann merkst du einfach, die Patientin sieht in der Nacht Sachen, die wir nicht sehen. Da muss man einen Umgang finden mit solchen Menschen. Die sind voller Angst, aber können es nicht ausdrücken. (...) Ja, eben Chronifizierung im psychiatrischen Bereich und betagt, das finde ich eine «heisse Sache». Da wissen wir manchmal wirklich fast nicht mehr, wie helfen, da kann man manchmal nur noch aushalten (seufzt) (...) und kleine Ziele setzen.

Organisationen, die aufsuchende Arbeit leisten, gelangen auch mit Personen in Kontakt, die kaum mehr ihr Haus verlassen. Beispielsweise kommen Spitex-Mitarbeitende in Haushalte, wo Menschen mit wenig Sozialkapital seit längerer Zeit alleine und in einem sehr eingeschränkten Bewegungsradius leben. In solchen Situationen sei gemäss der interviewten Pflegeexpertin zu beobachten, dass mit dem fehlenden Kontakt auch soziale Kompetenzen der Personen nachlassen. Diese führe dazu, dass Spitex-Mitarbeitende sogar als Spar-

ring-Partner dienen müssten, um soziale Kompetenzen wieder zu trainieren.

E: Wenn wir die Hochbetagten nehmen, die schon sehr lange in einem eingeschränkten Radius drin sind, da (...) nimmt die Übung an Sozialkompetenzen – im weiteren Sinne – ab. (...) Da habe ich das Gefühl, dass wir manchmal Sparring-Partner sind. «Wie kann man reagieren?» oder: «Fragen Sie doch nach, anstatt bei der Kollegin zu schimpfen, wenn Sie nicht drauskommen», also solche Sachen, die man wieder etwas [üben muss], wie geht man mit Menschen um? Und ich weiss nicht, ob die manchmal auch etwas Angst haben, wieder unter die Leute zu gehen. Ich denke, viele haben schon eine Hemmschwelle, in eine Gruppe zu gehen, denn das sind rechte Anforderungen.

Menschen, die bereits Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Personen zeigen, würden ein anderes, externes Angebot kaum nutzen, meint die befragte Expertin aus ihrer Erfahrung. Sie seien nur über Angebote erreichbar, die bei ihnen zuhause zugänglich sind.

In einzelnen Interviews bekunden Sozialarbeitende Mühe mit der fehlenden Spezifizierung des Begriffs «Vulnerabilität». Wenn dieser auf seine wörtliche Bedeutung, Verletzlichkeit, reduziert werde, folge daraus, dass jeder Mensch verletzlich sei. Das mache es sehr schwierig, zu bestimmen, welche Menschen als vulnerabel zu bezeichnen sind.

Die interviewten Fachpersonen verfügen über einen grossen Erfahrungsschatz. Sie erhalten Einblicke in unterschiedliche Lebenssituationen und erleben, wie Menschen damit umgehen. Dabei zeigt sich eine Vielfalt an Problemdefinitionen. Lebenslagen, die einigen grosse Sorgen bereiten, scheinen andere Menschen nicht zu beunruhigen. Die Vielfalt der Lebensphase Alter und das subjektive Empfinden kommen zum Ausdruck. Beispielhaft illustriert wird diese Erkenntnis durch das Zitat des Leiters einer Beratungsstelle einer Ostschweizer Pro Senectute-Organisation.

E: Vulnerabilität heisst letztlich Verletzlichkeit (...) nicht im körperlichen Sinne, sondern im seelischen Sinne. Das heisst, wenn ich verletzlich bin und dies

auch so wahrnehme. (...) da ist für mich der wichtigste Punkt zur Unterscheidung. Vulnerabel bin ich erst dann, wenn ich das auch so empfinde. Wenn meine Sprachbarriere für mich ein Problem darstellt, weil ich merke, dass ich dadurch Nachteile habe, dann kann ich sagen, aufgrund dieser Sprachbenachteiligung gehöre ich zu einer vulnerablen Zielgruppe. Wenn das für mich aber eigentlich kein Problem darstellt, weil ich das nicht (...) als Belastung empfinde, dann bin ich eigentlich auch nicht vulnerabel. Weil ich so ja zurechtkomme. (...) Und das macht es einfach schwer, erst mal eine klare Definition zu finden, dann aber auch Indikatoren zu finden, wer ist vulnerabel und wer ist nicht vulnerabel.

Die Erfahrung der Fachperson fördert das Bewusstsein um die Vielfalt und Individualität von Lebenssituationen. Dieses hilft, in der Beratung individuell auf Menschen und ihre Bedürfnisse eingehen zu können. Gleichzeitig muss diese Perspektive um einen soziologischen Blick auf die Wirklichkeit ergänzt werden. Dieser orientiert sich an der Gesellschaft und den darin benachteiligten Personen. Er hilft, Gemeinsamkeiten zu erkennen – beispielsweise strukturelle Einflüsse, die die Lebenslage verschiedener Menschen bestimmen. Ein solcher Blick ist auch notwendig, um quantifizierbare Aussagen zu vulnerablen Menschen zu machen. Die dank dieser Perspektive gewonnene Definition kann handlungsleitend eingesetzt werden. Das in der Studie vorgeschlagene Modell beschreibt Dimensionen, in denen ein Mangel herrschen muss, sodass jemand vulnerabel ist. Es gibt damit Anhaltspunkte, auf welche Dimensionen geachtet werden muss. Ziel ist es, Menschen zu unterstützen, die eine Kumulation von ökonomischer, sozialer, kultureller und körperlicher Benachteiligung erleben.

Eine Westschweizer Organisation arbeitet bereits mit einem Modell von Vulnerabilität, das auf den drei Kapitalformen von Pierre Bourdieu aufbaut, die um die körperliche Gesundheit ergänzt werden. Im Interview stellt der Leiter des Sozialbereichs die in ihrer Organisation definierten Dimensionen der Vulnerabilität dar. Diese Vorstellung der Kapitalformen, deren Defizite zu einer Kumulation führen, deckt sich mit dem im theoretischen Teil der Arbeit entwickelten Modell.

I: Können Sie die Personen beschreiben, die Schwierigkeiten mit Übergängen haben?

E: Nein, ich kann sie nicht beschreiben, weil ich keine Studie kenne, die sich mit dieser Frage befasst. Derzeit kann ich empirisch gesehen keine Unterscheidung vornehmen, da solche Zäsuren sowohl bei reichen als auch bei armen Menschen vorkommen können, bei alleinstehenden Personen wie auch bei Personen, die als Paar oder in einer Familie leben. Ich kann nur sagen, dass dennoch eine Anhäufung von Risiken vorliegt. Man findet Informationen zu den klassischen Bereichen der Vulnerabilität: materielle, auf Beziehungen bezogene sowie soziokulturelle Vulnerabilität. (...) Die gefährlichsten Situationen sind jene, in denen mehrere Formen von Vulnerabilität zusammenkommen. Im Allgemeinen geht es noch, wenn eine Form von Vulnerabilität auftritt. Das ist ärgerlich, aber noch keine Katastrophe. Wenn jedoch zwei Formen von Vulnerabilität auftreten, dann geht es nicht mehr.

Der Experte führt auch aus, dass sich Defizite in den verschiedenen Dimensionen der Vulnerabilität verstärken. Das führt nicht selten in die Prekarität. Sofern andere Kapitalformen vorhanden sind, lassen sich Defizite kompensieren. Erfüllende und unterstützende soziale Beziehungen leisten möglicherweise einen Beitrag, um auch mit einem sehr kleinen Budget ein zufriedenstellendes Leben führen zu können. Sobald aber eine Kapitalform absolut fehlt oder in mehreren Kapitalformen Defizite bestehen, wird die Situation prekär.

I: Kann man Vulnerabilität kompensieren?

E: Durchaus. Gerade haben soziologische Studien aufgezeigt, dass es gute Möglichkeiten gibt, Vulnerabilität zu kompensieren. Eine Person mit geringen finanziellen Mitteln kann dennoch eine gewisse Lebensqualität genießen, sofern sie Kontakte hat und diese Kontakte ihr Freude bereiten und sie zufrieden stellen. Sie muss auch einen guten soziokulturellen Hintergrund haben, um die Situation hinzunehmen. Es gibt arme Leute, die sehr einfach leben und glücklich sind. Denn sie verfügen über diese Möglichkeiten. Bei der Gesundheit ist die Kompensation etwas schwieriger. Wenn allerdings

die hilfsbedürftige Person über mentale Ressourcen verfügt, um die Beschwerlichkeit ihrer Krankheit zu bewältigen, und wenn sie dann noch Menschen um sich hat, dann wird es sehr viel einfacher. Doch wenn eine dieser Möglichkeiten fehlt oder sogar beide, dann geht es wirklich nicht mehr. In diesem Fall führt die Anhäufung von unterschiedlichen Formen von Vulnerabilität zu einer prekären Situation. Vulnerabilität kann also durchaus kompensiert werden, doch sobald

eine Schwelle überschritten wird, ab der ein Ausgleichen nicht mehr möglich ist, ist in diesen vier Bereichen eine prekäre Situation erreicht.

Einige der befragten Fachpersonen stellen fest, dass kaum Studien dazu vorliegen, welche Menschen im Alter vulnerabel sind. Es ist eine ständige Aufgabe, zu beobachten, welche Menschen vulnerabel werden, was ihre Bedürfnisse sind und auf welche Weise sie erreicht wer-

Gesundheit	Lebensbereich	Angebote
	Wohnen	Wohnberatung, die aufzeigt, welche Möglichkeiten bestehen, eine Wohnung baulich oder durch den Einsatz von Hilfsmitteln für Personen mit eingeschränkter Mobilität anzupassen. Gartendienst, bei dem der Garten einer älteren Person gepflegt wird. Betreutes Wohnen, durch das es möglich wird, trotz Einschränkungen der Mobilität, weitgehend selbstständig zu leben und Unterstützung zu erhalten.
	Unterstützung zu Hause	Alltagsassistent: Personen, die ältere Menschen zuhause bei Reinigungsarbeiten, beim Waschen oder kleineren handwerklichen Tätigkeiten unterstützen. Wäschedienste, die Wäsche zu Hause abholen, waschen und bringen. Reinigungsdienste, welche die Wohnung putzen.
	Essen	Alltagsassistent: Personen, die ältere Menschen beim Zubereiten von Mahlzeiten unterstützen oder die für sie Lebensmittel einkaufen. Mahlzeitendienste, die fertig zubereitete Mahlzeiten nach Hause liefern. Personen, die Betagte beim Einnehmen der Nahrung unterstützen. Mittagstische
	Wohlbefinden	Coiffeur oder Coiffeuse, der oder die Hausbesuche macht. Podologische Fachperson, die Hausbesuche macht. Entspannungs- oder Wellnessangebote wie bspw. Massagen. Notrufknopf, der im Notfall Kontaktpersonen alarmiert.
	Medizinische Versorgung und Pflege	Medizinische Behandlungspflege zuhause. Ärztliche Behandlung.
	Mobilität ausser Haus	Fahrdienst, der Fahrten zum Arzt, in die Therapie oder zu wichtigen Terminen anbietet und den Betagten beim Ein- und Aussteigen hilft und sie, wenn nötig, bis zum Termin begleitet.
	Soziale Kontakte	Sportgruppen, Kulturgruppen, Vereine, Angebote in Quartieren, Spielnachmittage, (Behinderten-)Reisecar, Telefonketten. Tagesheime
	Bildung/Information	Allgemeine Sozialberatung. Informationsportale online, die bspw. Orientierung bieten zu Angeboten im Sozialbereich. Bedienungsfreundliche Geräte (Telefon, TV, Radio).
	Administratives	Treuhanddienste bieten administrative Hilfe beim Erledigen der Buchhaltung wie bspw. das Zahlen von Rechnungen oder die Rückforderung von Leistungen der Krankenkasse. Kurse zu administrativen Aufgaben. Steuererklärungsdienste

Tabelle 3 Recherche zu Angeboten für Seniorinnen und Senioren

den können. Damit eine handlungsleitende Definition von Vulnerabilität gefunden werden kann, braucht es auch immer eine gewisse Abstraktion.

I: (...) und mutig zu sein, die Not zu definieren?

E: Ja, die definiert sich immer anders, fast in jeder Generation. Nicht so flexibel werden, dass man nicht mehr erkannt wird, das meine ich schon nicht. Man kann ja alles ausdehnen, dann ist fast alles begründet. Pro Senectute Schweiz hat mal eine Arbeit gemacht zu Vulnerablen, die haben das mal probiert. Aber wenn man das liest, hat man das Gefühl, vulnerabel ist man, wenn man geboren wird, und man ist nicht mehr vulnerabel, wenn man stirbt. Das ist zu unspezifisch, wir müssen den Mut haben, spezifischer zu sein, holzschnittartiger zu sein, im Wissen darum, dass man nicht alles erklärt damit, aber einen Fokus hat. Der muss erkennbar sein und griffig –im Wissen darum, dass man etwas weglässt –, aber stark ausgerichtet auf Leute, die Not haben. Und Not müssen wir halt miteinander immer wieder definieren und ringen um den «Not»-Begriff. Nicht verwässern, aber ringen darum. Das ist ein Dauerthema: Wo ist der Bedarf und wo ist das formelle Hilffssystem im Kontext mit dem informellen? Immer wieder.

Der Begriff «Vulnerabilität» wird von den Expertinnen und Experten in den Interviews erstaunlich wenig genannt. Ein Experte drückt aktiv seine Abneigung gegenüber diesem Begriff aus: Vulnerabel sei ihm wegen des Wortstamm «vulnus» gleich «Wunde» zu «blutig», er spreche lieber von Fragilität. In zwei der befragten Pro Senectute-Organisationen wird von Fragilität gesprochen, wenn Vulnerabilität gemeint ist. Das führt zu einer Begriffsverwirrung. Die verschiedenen kantonalen beziehungsweise interkantonalen Organisationen haben nicht nur eigene Vorstellungen von Vulnerabilität, sie verwenden auch unterschiedliche Begriffe dafür.

Aus der Perspektive dieser Studie lassen sich Fragilität und Vulnerabilität folgendermassen unterscheiden. Im theoretischen Teil wird herausgearbeitet, dass Fragilität hauptsächlich Einschränkungen körperlicher Art bezeichnet. Vulnerabilität hat ebenfalls eine körperli-

che Dimension, geht aber über den Begriff der Fragilität hinaus. Zusätzlich zum körperlichen Zustand trägt auch die soziale Lage zur Vulnerabilität einer Person bei. Die Fragilisierung schränkt Menschen in ihren körperlichen Möglichkeiten ein. Das führt dazu, dass sie Unterstützung durch andere benötigen. Wenn sie diese dank ihrer Kontakte erhalten oder selber zu finanzieren vermögen, kann diese gute Einbettung eine Vulnerabilität auffangen. Wenn die Fragilisierung aber dazu führt, dass deswegen auch die letzten verbleibenden sozialen Kontakte nicht mehr genutzt werden können, vermag dies den Ausschlag für die Entwicklung einer prekären Situation zu geben.

Insgesamt besteht eine Ambivalenz im Umgang mit dem Begriff der Vulnerabilität. Einige Expertinnen und Experten verwenden das Konzept, anderen scheint es zu wenig spezifisch und zu wenig handlungsleitend zu sein. Inhaltlich besteht breiter Konsens, dass sich schwierige Lebenslagen durch Benachteiligungen in mehreren Dimensionen auszeichnen und sich diese Einschränkungen kumulieren können. Bei den beispielhaft genannten Personengruppen, die aus Sicht der Interviewten Unterstützung benötigen, werden dieselben Dimensionen genannt, die das hier vorgeschlagene Konzept der Vulnerabilität abbildet.

Mit dem nächsten Unterkapitel wechselt der Fokus von der Lebenssituation der älteren Menschen auf die Angebote, die sie darin unterstützen sollen.

6.6. Angebote für ältere Menschen aus Expertensicht

Zur Vorbereitung der empirischen Untersuchung wurde eine Internetrecherche zu Angeboten für Menschen im Alter durchgeführt. Für diese Recherche wurden Lebensbereiche einer Person definiert und beispielhafte Dienstleistungen den Lebensbereichen zugeordnet. Ihr Ziel bestand darin, einen Überblick zu möglichen Angeboten für Menschen im Alter zu schaffen. Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass grundsätzlich eine breite und vielfältige Auswahl besteht. Wie flächendeckend die jeweiligen Dienste angeboten werden und unter welchen Bedingungen sie zugänglich sind, muss genauer untersucht werden.

In den folgenden empirischen Unterkapiteln liegt der Fokus auf den Angeboten, über die in den Interviews gesprochen wird. Es sind dies einerseits Dienstleistungen der kantonalen beziehungsweise interkantonalen Pro Senectute-Organisationen, einer kantonalen Organisation des Schweizerischen Roten Kreuzes und der Spitex. Andererseits werden in diesen Gesprächen auch Leistungen anderer Akteure im schweizerischen Sozial- und Gesundheitswesen thematisiert, zu denen hinsichtlich des Übergangs vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter Berührungspunkte bestehen. So nehmen beispielsweise Hausärztinnen und -ärzte eine zentrale Rolle ein.

Bei der Gestaltung der Angebote bestehen Unterschiede. Sie weisen unterschiedliche Standardisierungsgrade auf. Die medizinischen Leistungen von Spitex-Organisationen sind über Kataloge genau definiert und deswegen über verschiedene Regionen hinweg vergleichbar. Angebote von Pro Senectute wie beispielsweise die Sozialberatung enthalten auch standardisierende Elemente, aber Freizeitangebote differieren in ihrer Ausrichtung und Ausgestaltung stark. Ein ähnlicher Kurs mit ähnlichem Namen kann also in verschiedenen Kantonen ganz unterschiedlich ausgestaltet sein. In der Tabelle 7 im Anhang sind alle in den Interviews besprochenen Angebote aufgelistet. In den folgenden Kapiteln werden verschiedene Angebote anhand von Leitfragen ausführlicher beschrieben.

6.7. Begleitung des Übergangs durch Angebote aus Expertensicht

Dieses Unterkapitel ist der Frage gewidmet, wie Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens helfen, den Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter zu bewältigen. Der Übergang zeichnet sich durch den Prozess der Fragilisierung aus. Er beinhaltet zunehmende körperliche oder geistige Einschränkungen. Zu folgenden Themen werden Dienstleistungen beschrieben, die im Übergang zwischen den beiden Lebensaltern Unterstützung bieten:

Thema	Dienstleistungen
Begleitung bei der Bewältigung eines Übergangs	Beratung, soziale Angebote
Begleitung beim Umgang mit körperlichen Einschränkungen	Beratung, Ergotherapie
Begleitung beim Umgang mit kognitiven Einschränkungen	(Gedächtnis-)Kurse
Begleitung beim Umgang mit Einschränkungen durch chronische Erkrankungen	Therapiemanagement
Unterstützung bei körperlichen Einschränkungen	Haushaltshilfe
Unterstützung bei Einschränkungen der körperlichen Mobilität	Fahrdienste

Tabelle 4 Begleitung des Übergangs durch Angebote

Begleitung bei der Bewältigung eines Übergangs:

Beratung

Beratung in der Sozialarbeit zeichnet sich dadurch aus, dass eine Fachperson eine ratsuchende Person in einem Gespräch unterstützt. Sie zielt darauf ab, Informationen verständlich zu vermitteln und Hilfen bereitzustellen, damit Problemlagen erkannt und mögliche Lösungswege gefunden werden können. Beratung als einmalige oder auch wiederholte Unterstützungsleistung wird von verschiedenen Fachstellen der Altersarbeit angeboten. Pro Senectute stellt in allen Kantonen Sozialberatung für Menschen im Alter und deren Angehörige zur Verfügung.

Den Übergang zwischen zwei Lebensphasen zu bewältigen verlangt Kraft und hilfreiche Strategien. Beratung kann dazu beitragen, die eigenen Wünsche, Ziele und Handlungsmöglichkeiten klarer zu erkennen. Aus ihrer Beratungserfahrung kennen die Sozialarbeitenden unterschiedlichste Reaktionen von Klientinnen und Klienten angesichts einer Übergangssituation. Der anschliessend zitierte Experte unterscheidet drei Strategien: vorausschauend handeln, Entscheidungen aufschieben und Probleme verneinen. Aus Beratersicht hilft frühes Wahrnehmen eines Ereignisses bei dessen Bewältigung. Aufgrund vielfach erlebter Beratungssituationen, bei denen Personen sich bereits in prekären Situationen befanden und aus Sicht der Sozialarbeitenden sehr spät professionelle Unterstützung gesucht hatten, betonen einige, wie wichtig es sei, vorausschauend zu denken.

Trotz der nur beschränkten Planbarkeit des Lebens ist es bei vorhersehbaren Veränderungen, wie beispielsweise der Pensionierung, von Vorteil, sich vorab Gedanken darüber zu machen. Der Leiter des Bereichs Soziales einer Westschweizer Pro Senectute-Organisation erzählt von seiner Erfahrung in der Arbeit mit Personen im Alter und macht deutlich, dass ein frühzeitiges Auseinandersetzen mit Veränderungen helfe, diese zu akzeptieren und zusätzliches Leiden zu ersparen.

I: Wie reagieren die betroffenen Personen auf diese Übergangsphasen?

E: Auch da hängt es von der Person ab (...), man ist niemals perfekt vorbereitet, doch es hilft, wenn man sich vorbereitet und vorzeitig organisiert hat. Einige Personen sind vorausschauend und andere wiederum verschliessen die Augen vor der Situation oder schieben die Vorbereitung auf die lange Bank. (...) Diese Personen erleben eine doppelte Konfrontation. Erstens, weil die Zäsur für sie ganz plötzlich kommt. Es reicht nämlich schon ein Fehltritt auf dem Trottoir, einen Oberschenkelhalsbruch zu erleiden, für einen längeren Aufenthalt ins Spital zu müssen, die gesamte Rehabilitationskette zu durchlaufen und mit einer Mobilitätseinschränkung nach Hause zurückzukehren. Dies wäre eine Zäsur in Bezug auf die Gesundheit oder die Beziehungen. Die zweite Gefahr besteht in der fehlenden Vorbereitung. Sich nicht gesagt zu haben: «Aber wenn es mir eines Tages weniger gut geht, wie werde ich mein Leben organisieren? Werde ich dort bleiben können, wo ich jetzt bin? Werde ich um Hilfe bitten können und werde ich bereit sein, diese anzunehmen?» Das nenne ich eine doppelte Zäsur. Es gibt zunächst die Härte der Zäsur im Zusammenhang mit der Lebensqualität selbst und dann jene im Zusammenhang mit der Notwendigkeit, sich einen anderen Lebensstil vorstellen zu müssen.

Jenen Personen, die antizipieren wollen und können, zeigen Beratungsangebote Möglichkeiten auf, gewisse Vorkehrungen zu treffen – ohne dabei die Illusion zu wecken, das Leben sei vollends plan- und kontrollierbar. Die Beschäftigung mit Veränderungen im Leben ist auch mit Ängsten verbunden. Deswegen muss jede Per-

son für sich erkennen, wie sie mit Veränderungen umgeht und welches Planungsbedürfnis sie hat.

Eine Lebensdimension, in der viele Menschen im Alter Anpassungen vornehmen müssen, ist das Wohnen. Je nach Grundriss und Ausbaustandard der eigenen Wohnung ergeben sich mehr oder weniger Schwierigkeiten, in dieser weiterhin selbstständig leben zu können. Die hypothetische Auseinandersetzung mit der Frage, was man bei körperlichen Einschränkungen machen würde, kann helfen, erste Massnahmen zu ergreifen oder Alternativen zu überlegen. Informationsangebote oder Beratungsangebote sensibilisieren zum Thema Antizipation und Planung. Falls eine Person die Strategie des vorausschauenden Anpassens wählt, zeigt die Beratung auf, welche kompensatorischen Möglichkeiten zur Anpassung bestehen.

Unter der Kapitalperspektive stellt sich natürlich die Frage, in welchem Zusammenhang diese Strategien mit der Kapitalausstattung einer Person stehen. Spielen nicht nur das eigene Empfinden, sondern auch sozio-ökonomische Faktoren eine Rolle, welches Planungsbedürfnis man hat? Es ist denkbar, dass kulturelles Kapital dazu beiträgt, einen vorausschauenden und planenden Blick auf das Leben einzunehmen. Sicher ist, dass ökonomisches Kapital in vielen Fällen die Grundvoraussetzung ist, überhaupt vorausschauend Massnahmen ergreifen zu können. Um beim Beispiel des Wohnens zu bleiben: Für die bauliche Anpassung einer Wohnung sind finanzielle Mittel zwingend nötig. Hier ist es Aufgabe von Beratungsstellen, auch mit Menschen mit geringer Kapitalausstattung Möglichkeiten der Kompensation zu erarbeiten.

Begleitung bei der Bewältigung eines Übergangs:

Soziale Angebote

Die Bewältigung eines Übergangs beinhaltet neben dem vorausschauenden Blick auf erwartete Veränderungen auch den Umgang mit Unvorhersehbarem. Viele Fachpersonen staunen über die Anpassungsfähigkeit vieler Klientinnen und Klienten. Als wichtige Ressource beschreiben sie die Fähigkeit älterer Menschen, sich an immer neue Lebenssituationen anzupassen. Ein Sozialarbeiter erklärt, diese Ressource könne am ehesten über soziale Kontakte gestärkt werden. Dank diesen

würden sich Menschen darin üben, sich selber wahrzunehmen und auszudrücken.

I: Was sind die Ressourcen von ältere Leuten, die mit diesen Übergängen konfrontiert werden? Was nehmen Sie wahr?

E: Die absolut stärkste Ressource ist ein Phänomen, wo wir uns glücklich schätzen können, dass der Mensch das hat. Im Schnitt – es sei denn, jemand ist depressiv, aber das ist dann ein Krankheitsbild – bei durchschnittlichen, einigermaßen gesunden Menschen ist es faszinierend, was die alles wegstecken. Alter ist verbunden mit Abbau, ob man will oder nicht, da können sie noch so lange zum «Kieser» gehen und vielleicht noch ein bisschen etwas herauszögern, aber im Endeffekt werden wir schwach und sterben, Punkt. Das ist eigentlich keine so wahnsinnige Aussicht (schmunzelt). Da ist es erstaunlich, wie unglaublich viele Leute (...) Einschränkungen «im Kopf», psychisch, intellektuell, wegstecken können, einfach wegstecken. «Gut verdrängt ist halb gelebt.» Ich habe das x-mal beobachtet. (...) «Ja, natürlich habe ich am Morgen viel länger und dieses und jenes, aber alles in allem, nein, nein, es geht noch ganz gut!» Von aussen gesehen (...) denkt man: «Wie kann diese Person damit zufrieden sein?» (lacht) Das ist eine Kunst, die Menschen offensichtlich beherrschen. Das ist eine der Hauptressourcen, sich immer wieder neu anpassen zu können, sich immer wieder neu zu verorten und zu sagen: «Das ist jetzt meine Situation, die lässt sich nicht verändern, die nehme ich jetzt einfach an.» Das ist die wichtigste Ressource. Die kann man natürlich von aussen schwer [beeinflussen]. Man kann sie wahrscheinlich etwas trainieren, indem man versucht, in Kontakt zu bleiben mit sich und der Umwelt. Wenn das familiär möglich ist, dann ist das wunderbar. (...) Da versuchen wir auch Mut zu machen, ganz klar. [Wir versuchen] als Organisation das eine oder andere Angebot zu machen, in dem auch die Plattform dazu besteht. Denn das braucht ja eine Plattform.

Soziale Kontakte stärken die Anpassungsfähigkeit der Seniorinnen und Senioren. Personen, die über ein gewisses soziales Kapital in der Familie oder im Freundes-

kreis verfügen, können die Kontaktpflege in diesem Rahmen trainieren. Für einsame ältere Menschen sind soziale Orte nötig, die ihnen diese Gelegenheit bieten. Das können Freizeitangebote oder Kurse sein, die so gestaltet sind, dass der soziale Austausch einfach möglich ist.

Begleitung im Umgang mit körperlichen Einschränkungen: Beratung

In der Konfrontation mit körperlichen Einschränkungen berichten einige Fachpersonen von den Schwierigkeiten der Betroffenen, den tatsächlichen Unterstützungsbedarf anzuerkennen. Häufig kämen Töchter, Söhne oder Ehepartner in eine Beratung und zeigten sich über den Gesundheitszustand oder den Unterstützungsbedarf ihrer Eltern oder Partner besorgt. Mehrere Experten beschreiben, dass es für Angehörige entlastend ist, wenn eine Fachperson bestätigt, dass in dieser Situation professionelle ambulante Unterstützung oder der Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung hilfreich wäre. Diese Stellungnahme einer externen Fachperson gebe auch der pflegebedürftigen Person eine gewisse Klarheit und erleichtere es ihr, Unterstützung zu akzeptieren. Die Sozialberatung von Pro Senectute trägt dazu bei, familiäre und professionelle Pflegearrangements zu organisieren oder später den Übertritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu gestalten. Neben der persönlichen Beratung nehmen darum auch Abklärungen zu finanziellen Fragen einen hohen Stellenwert ein. Die Sozialberatung von Pro Senectute hilft dabei, finanzielle Unterstützungen wie die Hilflosenentschädigung oder die Ergänzungsleistungen zu erschliessen. Ein Sozialarbeiter schildert eindrücklich die Angst vieler Menschen, die Kosten eines Pflegeheims nicht bezahlen zu können.

E: Oft ist es auch so, dass die Leute präventiv wissen möchten, wie man das zahlt, ob sie sich überhaupt einen Heimaufenthalt leisten können. Dabei merke ich oft, dass die Leute Angst haben, was da auf sie zukommen könnte. (...) Es gibt auch viele Falschanahmen. Dass man das Gefühl hat: «Wenn ich ins Heim komme, müssen meine Kinder zahlen.» Mir ist auch wichtig, in solchen Situationen die Angst nehmen zu können. Das Ziel der Beratungstätigkeit ist klar: Die Betreuung soll so lange, wie es gut geht,

so lange wie möglich, zuhause gemacht werden können. Aber nicht, dass man das bis zum Zusammenbrechen machen muss, weil man nicht weiss, dass man einen Heimaufenthalt durchaus finanzieren könnte.

Begleitung im Umgang mit körperlichen

Einschränkungen: Ergotherapie

Beim Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bietet die Ergotherapie eine Möglichkeit, auf körperliche und geistige Einschränkungen zu reagieren. Wie die Leiterin einer kantonalen Organisation des Schweizerischen Roten Kreuzes erzählt, hilft die Ergotherapie, Strategien zu entwickeln oder passende Hilfsmittel zu finden, um trotz körperlichen Einschränkungen den Alltag möglichst selbstständig zu bewältigen. Auch bei kognitiven Einschränkungen oder einer beginnenden Demenz bietet sie Betroffenen und ihren Angehörigen Unterstützung.

E: Ergotherapie (...) im Altersbereich natürlich, da unterschätzt man etwas, wie viel die machen. Also (...) verwirrten Leuten helfen, damit sie wieder selbstständig ihren Alltag gestalten können – beispielsweise mit ihnen üben, dass sie wieder selber einkaufen gehen können.

I: Das fällt alles unter Ergotherapie?

E: Ja, das macht die Ergotherapie: die Alltagsgestaltung wiederherstellen. Das müssen keine langen Sequenzen sein. Zum Beispiel, dass man dreimal mit jemandem übt: «Das ist dein Weg, dort gehst du durch.». Oder auch wieder übt, sich selber anzuziehen. Das ist etwas, worüber die Angehörigen oft fast verzweifeln. Wie mit kleinen Kindern, die ziehen sich einfach nicht mehr an. «Ich müsste doch jetzt gehen und nun kommt der Fahrdienst in die Tagesstätte und du bist nicht parat.» Dann gibt es Stress. Dieses Einüben, zusammen mit dem Angehörigen, wie muss ich das machen, sodass die demente Person das kann und sich auch nicht weigert. Das sind dann kleine Sachen, beispielsweise jemandem zuerst die Socken parat legen, dann die Unterhosen, Schritt für Schritt aufteilen und nicht einfach alles [auf einmal] und dann stressen. Die ganz praktischen Tipps, das macht die Ergotherapie dann gemeinsam mit den Leuten.

Dieses Angebot wird von kantonalen Organisationen des Schweizerischen Roten Kreuzes angeboten und auf ärztliche Verordnung hin durchgeführt.

Begleitung im Umgang mit kognitiven

Einschränkungen: (Gedächtnis-)Kurse

Eine weitere Dimension der Fragilisierung sind Einschränkungen der kognitiven Kapazitäten. Wie bereits beschrieben, können im Alter die Merkfähigkeit und die Fähigkeit zur Lösung neuartiger Probleme abnehmen. Durch sozialen Kontakt und gemeinsame Aktivitäten, wie beispielsweise Jassen oder andere Gesellschaftsspiele, werden die kognitiven Fähigkeiten gefordert und trainiert.

Einige Pro Senectute-Organisationen oder auch die kantonalen Organisationen des Schweizerischen Roten Kreuzes bieten Kurse für Gedächtnistraining an. Solche Kurse vermitteln Strategien und bieten Übungen an, um die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten zu verlangsamen beziehungsweise zu kompensieren.

E: Es gibt beispielsweise Kurse, so genannte Gedächtniskurse, die im letzten Jahr für Personen eingerichtet wurden, die Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis haben. Diese Kurse richten sich nicht nur an Personen, die an Alzheimer leiden. Die Menschen kommen für Spiele und Aktivitäten zusammen, die speziell auf Probleme dieser Art ausgerichtet sind.

Begleitung im Umgang mit Einschränkungen durch chronische Erkrankungen: Therapiemanagement

Chronische Erkrankungen können mit einer passenden Behandlung, mit Hilfsmitteln und in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachpersonen oft erstaunlich gut unter Kontrolle gebracht werden. Ziel dabei ist es, negative Auswirkungen auf die Lebensqualität zu minimieren. Die Leiterin Pflege einer kantonalen Spitex-Organisation beschreibt, wie wichtig eine gute Anpassung der Therapie an den Alltag einer Person ist. Bei der Planung wird gemeinsam die Lebenssituation betrachtet und die Behandlung so gestaltet, dass sie die behandelte Person so wenig wie möglich einschränkt.

E: Indem es bei den chronischen Erkrankungen im Alter immer raffiniertere medikamentöse Therapien

gibt, auch kardiologische – was auf der einen Seite natürlich gut ist –, löst das aber auf der anderen Seite auch einen Pflegebedarf aus. Das wird manchmal etwas vergessen (schmunzelt). Nämlich, wer managed das? Beispielsweise Wasser ausschwenken ist so etwas. Es darf nicht zu viel und nicht zu wenig sein. So dass Ödeme nicht zunehmen, aber jemand auch nicht plötzlich dehydriert ist. Und dort ist das Therapiemanagement – wie wir das nennen – ein grosser Teil. Dabei arbeiten wir natürlich eng mit der Hausärztin oder dem Hausarzt zusammen. Denn diese Therapie muss in den Alltag umgesetzt werden. Da sind wir von der Pflege die Expertinnen. Die Medizin in den Lebensalltag des betagten Menschen umsetzen zu können. Dazu braucht es massgeschneiderte Ideen. Beispielsweise beim Ausschwenken [ergeben sich die Schwierigkeiten](...) «Jetzt nehme ich Tabletten am Morgen, da muss ich jede halbe Stunde Wasser lassen. Aber eigentlich bin ich mit der Jass-Gruppe verabredet», oder: «Ich sollte eigentlich einkaufen gehen, aber ich bleibe zuhause, weil ich ja alle fünf Minuten «rennen muss»». Hier muss man schauen – (...) so dass die Patientin an einem gewissen Tag die Medikamente «halt» erst am Nachmittag nehmen kann.

Aus diesem Zitat wird deutlich, dass professionelles Verständnis und die Sensibilität der Fachperson den Ausschlag für die Anpassung der Therapie an den Alltag geben. Sie stellt den Menschen und seine Bedürfnisse in den Vordergrund und passt die medizinische Behandlung an. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und in Rücksprache mit der behandelnden Ärzteschaft sucht sie die am wenigsten einschränkende Behandlungsform. Dabei können sich Patientinnen und Patienten mit guten Sprachkenntnissen und Bildung eher einbringen und ihre Bedürfnisse deutlicher artikulieren. Menschen, die das nicht so gut können, sind auf die Kompetenz der Fachperson angewiesen. Zudem treffen in der geschilderten Situation zwei Logiken aufeinander. Eine Pflegefachfrau der Spitex bewegt sich im Rahmen der Leistungserbringung nach Tarifkatalog und versucht eine Brücke zu schlagen zu den Lebensbedürfnissen des Patienten. Eine passende, manchmal sogar kreative Lösung zu finden, benötigt Zeit und entsprechende Ressourcen der Organisation. Für die Beglei-

tung des Übergangs ist es wichtig, dass Pflegefachpersonen sich die Zeit nehmen können, um die Therapie anzupassen sowie auch den Erfolg dieser Massnahme zu überprüfen.

Unterstützung bei körperlichen Einschränkungen: Haushaltshilfe

In vielen Fällen weckt der Übergang ins «vierte» Lebensalter einen Bedarf nach Unterstützung im Alltag, wie beispielsweise bei Hausarbeiten, Putzen oder Einkaufen. Spitex-Organisationen und verschiedene Pro Senectute-Organisationen bieten professionelle Haushaltshilfen an. Die Haushaltshilfe wird durch ausgebildete Fachpersonen geleistet. Die Gestaltung der Tarife ist unterschiedlich. Einige Pro Senectute-Organisationen vermitteln zudem Dienstleistungen, bei denen Freiwillige sich für verschiedene Arbeiten in Haus und Garten zur Verfügung stellen. Diese Leistungen sind allerdings nicht kostenlos.

Unterstützung bei Einschränkungen in der körperlichen Mobilität: Fahrdienste

Fahrdienste, die von einigen Pro Senectute-Organisationen sowie von kantonalen Organisationen des Schweizerischen Roten Kreuzes angeboten werden, unterstützen Personen mit reduzierter Mobilität: Sie holen ältere Personen zuhause ab und bringen sie zu Terminen, begleiten sie auch – wenn nötig – bis an die Tür. Solche Termine können Arztbesuche, Therapiesitzungen, Behördengänge, sowie Fahrten zum Coiffeur oder zum Einkaufen umfassen. Die Fahrerinnen oder Fahrer sind Freiwillige. Das Angebot ist jedoch nicht kostenlos.

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass ein breites Instrumentarium besteht, das zu den verschiedenen Facetten des Übergangs vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter Begleitung und Unterstützung bieten kann. Es reicht von punktueller Beratung bis zu langfristiger, regelmässiger Begleitung. Bei den Beratungs- und Unterstützungsleistungen steht die körperliche Dimension der Vulnerabilität im Vordergrund. Kurse und Freizeitangebote tragen zum Wohlbefinden und zur Bewältigung bei. Sie bieten einen Ort zur Pflege von Sozialkontakten an und schaffen Möglichkeiten, sich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Situationen bereits erlebt haben.

6.8. Unterstützung bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse

Nachdem untersucht worden ist, wie die beschriebenen Angebote älteren Menschen helfen können, das Nachlassen körperlicher Kräfte zu bewältigen, wird der Fokus jetzt auf kritische Lebensereignisse gelegt. Welche Unterstützung bieten die Angebote jenen Menschen, die ein kritisches Lebensereignis erleiden? Reagieren die Angebote vornehmlich auf kritische Lebensereignisse?

Kritisches Lebensereignis Abgabe des Führerscheins

Ein Auto ermöglicht räumliche und zeitliche Flexibilität. Je länger sich jemand darauf verlassen hat, umso einschneidender kann der Verlust der Fahrtüchtigkeit sein. Sofern nicht Nahestehende das Fahren übernehmen können, muss die betreffende Person auf Fahrdienste oder den öffentlichen Verkehr umsteigen.

Für Personen, die ein Leben lang Auto gefahren sind und den öffentlichen Verkehr kaum nutzten, stellt dieser Wechsel eine grosse Herausforderung dar. Sie müssen wieder lernen, wie man Streckenpläne und Abfahrtsabellen liest und wie der Billet-Automat bedient wird. Gerade wenn sie beim Gehen unsicher werden, fürchten ältere Menschen zusätzlich, nicht rechtzeitig aussteigen zu können oder dabei zu stürzen. Um diesen Wechsel zu erleichtern, bieten verschiedene Organisationen Kurse an. Eine Sozialarbeiterin einer Westschweizer Pro Senectute-Organisation macht in diesem Zusammenhang auch auf gesellschaftliche Ursachen aufmerksam. Aus ihrer Sicht führte auch die Abschaffung des Billet-Lösens beim Chauffeur zu einer Belastung für ältere Menschen. Wenn Senioren nur noch an Automaten ihre Fahrkarten kaufen können, bedeutet das eine Herausforderung an ihre kulturellen Fähigkeiten, Geräte zu bedienen.

E: Seit kurzem gibt es ein Angebot für Personen, die nicht mehr selbst fahren können und die aufgrund eingeschränkter Mobilität etwas Schwierigkeiten mit der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln haben. Ausserdem war es früher in unserem Kanton möglich, das Billet in den Bussen beim Chauffeur zu kaufen. Heute ist das nicht mehr möglich. Ältere Personen haben Schwierigkeiten, die Automaten zu verstehen,

bei denen man je nach Zielort verschiedene Zonen lösen muss. Der Kurs soll die Zonen, die Funktionsweise und die verschiedenen Möglichkeiten erklären.

Kritisches Lebensereignis Erkrankung und Pflegebedürftigkeit Angehöriger

Im Zusammenhang mit der Erkrankung und Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen stellt der Übertritt in eine stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtung eine einschneidende plötzliche Veränderung der Lebenssituation dar. Verschiedene Sozialarbeitende berichten in den Interviews von stark belasteten Partnerinnen und Partnern, die auch von Schuldgefühlen geplagt werden. Solche Gefühle würden teilweise vom sozialen Umfeld gefördert. Ein Beispiel: Bekannte, die es als selbstverständlich voraussetzen, dass Menschen ihre Angehörigen zuhause pflegen, würden wiederholt nachfragen, wann eine hospitalisierte Person wieder nach Hause komme, und könnten so Schuldgefühle der pflegenden Person verstärken. Stark akzentuiert zeigt sich das in Regionen, in denen eine starke soziale Kontrolle herrscht, wie zwei Experten aus einer Ostschweizer Pro Senectute-Organisation schildern.

Ef: Hier würde es generell noch Öffentlichkeitsarbeit brauchen. Ich denke jetzt gerade an diese Frau. Die wurde natürlich im Dorf auch angesprochen. Also wirklich, sie hatte Schuldgefühle, weil gewisse Leute fanden: «Wieso nimmst du den Mann nicht nach Hause, der ist doch noch gut <zwäg>. Das kannst du doch nicht machen, das ist doch asozial», und weiss ich was. Die litt sehr darunter. Heute weiss sie, wie sie reagieren muss und dass sie es erklären muss. Beispielweise indem sie sagt, dass sie es nicht erträgt, in der Nacht gestört zu werden. Dann haben die Leute Verständnis. Aber es ist sicher nicht einfach, wenn man sich plötzlich rechtfertigen muss.

Em: Oder eben: «Du nimmst ihn dann schon wieder nach Hause?»

Ef: «Wenn es besser geht.» Und dann geht es besser und sie nimmt ihn immer noch nicht nach Hause und dann verstehen die Leute nicht mehr, was jetzt los ist. Das ist dann der Nachteil dieser Kleinheit und dass jeder jeden kennt. In einer Stadt würde niemand

sagen: «Was ist los?», nur gerade die aus der nächsten Nachbarschaft.

In solchen belastenden Situationen kann die Sozialberatung psychosoziale Unterstützung bieten und Anregungen geben, welche anderen Angebote zur Entlastung vorhanden sind.

Kritisches Lebensereignis Tod des Partners oder der Partnerin

Wenn Menschen den Tod des Partners oder der Partnerin zu bewältigen haben, entsteht einerseits das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung bei ihrer Trauerarbeit. Andererseits treten durch den Verlust der Partnerin oder des Partners auch Alltagsprobleme auf. Eine durchgängige Erfahrung wird in den Gesprächen immer wieder erwähnt: Im Falle des Todes des Partners werde die Sozialberatung häufig von Frauen kontaktiert, da diese Unterstützung bei der Erledigung administrativer Aufgaben wünschen, um die sich vorher der Partner gekümmert hatte.

E: Ich habe den Eindruck, dass manche Frauen sich an uns von Pro Senectute wenden, beispielsweise nach dem Umzug in ein Altersheim oder nach dem Tod ihres Ehemannes, weil sie sich etwas verloren fühlen, da häufig der Ehemann bislang alle administrativen Aufgaben erledigt hat ... In den ersten Monaten muss man sie daher darin bestärken, dass sie sich gut um ihre Angelegenheiten kümmern. Manchmal rufen sie zwischen den vereinbarten Treffen an, nur um zu sagen: «Ich habe hier so ein Schreiben bekommen.» Doch sobald sie merken, dass alles gut klappt, habe ich den Eindruck, dass sie ihre Angelegenheiten gut im Griff haben.

Kritische Lebensereignisse sind häufig der Auslöser, ein erstes Mal Unterstützung zu suchen. Die Sozialberatung, Kurse zur Erledigung administrativer Aufgaben oder ein Treuhanddienst befähigen und unterstützen dabei, das Leben als alleinstehende Person neu zu organisieren.

6.9. Angebote und Vulnerabilität aus Expertensicht

Dieses Kapitel beschreibt anhand der Aussagen von Expertinnen und Experten, welche Rolle Vulnerabilität bei den Angeboten der jeweiligen Pro Senectute-Organisationen spielt.

Aus den Interviews mit den Mitarbeitenden wird deutlich, dass Vulnerabilität auf unterschiedliche Weise durch die Angebote berücksichtigt wird. Es gibt Angebote, die vulnerablen Menschen Unterstützung bieten und ihre Teilhabe an der Gesellschaft fördern. Diese Angebote werden oft auch in Notlagen aufgesucht. Die Sozialberatung beispielsweise wird häufig von Menschen im Alter, die selber nicht mehr weiter wissen, genutzt. Das Ziel der Beratung ist es dann, sie bei der Bewältigung der Notsituation zu unterstützen. Bei diesen Angeboten stehen Personen im Zentrum, die Unterstützung benötigen und diese anderweitig nicht erhalten können. Es handelt sich dabei insbesondere um Menschen, die nicht über ein ausreichendes informelles Hilfesystem verfügen. Wenn zudem ihr ökonomisches Kapital nicht ausreicht, um Hilfe einzukaufen, sind sie auf die Unterstützung von sozialen Organisationen angewiesen.

I: Wer ist ihre Zielgruppe?

E: Zielgruppe sind alte Leute, die – materiell oder immateriell – Not haben. Ich sage es so. Der Notbegriff (...), den muss man [natürlich] definieren (schmunzelt). Aber es ist kein PR-Begriff, den wir nur gegen aussen brauchen. Alle unsere Dienstleistungen, (...) die fokussieren auf das fragile Alter. (...) Not müssen wir halt immer wieder miteinander definieren und ringen (...) um den Notbegriff. Nicht verwässern, aber ringen drum. Das ist ein Dauerthema, wo ist der Bedarf und wo ist das formelle Hilfesystem im Kontext mit dem informellen (...)?

Andere niederschwellige Angebote schaffen einen persönlichen Kontakt, der vertrauensbildend wirkt. Diese Angebote sind so gestaltet, dass auch Menschen mit Einschränkungen sie nutzen können. Sie sind leicht erreichbar und ohne spezielle Vorkenntnisse oder Voraussetzungen nutzbar. Diese eben beschriebene Bandbreite der Dienstleistungen wird im nächsten Zitat

eines Geschäftsleiters einer Deutschschweizer Pro Senectute-Organisation deutlich:

E: Wir fokussieren stark auf die fragilen Menschen. (...), Also auf denjenigen, der Unterstützung braucht, (...) um weiterhin teilhaben zu können am Leben, hier im Kanton. Das kann dort beginnen, wo es darum geht, das Leben zuhause zu sichern und hört vielleicht bei Kinoveranstaltungen auf, die das «Kino ab 60»-Team macht.

Das angesprochene Kinoangebot gehört zu den niederschwelligen Angeboten, die soziale Kontakte stärken und Vertrauen schaffen können. Ein Team von Seniorinnen und Senioren wählt Filme aus, die ihre Generation ansprechen und oft auch einen engen regionalen Bezug haben.

Em: Die anderen Aktivitäten, die dienen auch dazu, (...) dass man uns kennen lernt, dass wir präsent sind, das ist etwas Wichtiges. Sie können nicht im Büro drin hocken und denken: «Hoffentlich kommen die Leute.» (...) Wir versuchen, keine Mittelschichtsozialarbeit zu machen, wo die Leute fähig sein müssen, zu telefonieren, zu sagen, welches Problem sie haben und in vierzehn Tagen einen Termin einzuhalten. Sondern wir versuchen, uns bei Aktivitäten unter die Leute zu mischen, dass man uns kennen lernt, das ist ja auch wichtig. Dass sich jemand, wenn er dann in so einer fragilen Lebenssituation ist, auch traut, uns anzurufen. «Ich habe Sie dort oder dort gesehen», (...) das ist ganz zentral in so einem ländlichen Gebiet. Die Leute wollen wissen, wer Sie sind, und zwar nicht fachlich, sondern menschlich. Das ist zentral.

Es bestehen kantonale Unterschiede hinsichtlich der Reichweite von Veranstaltungen. In einem kleinen, ländlich geprägten Kanton gibt es allenfalls einfachere Möglichkeiten, durch Teilnahme an gesellschaftlichen Anlässen Vertrauen zu schaffen. Bei grösseren Einzugsgebieten ist der Erfolg persönlicher Präsenz limitiert. Grundsätzlich geht es darum, ein Bewusstsein für die Lebensbedingungen von vulnerablen Menschen zu entwickeln. Auch jene Personen, denen es aus verschiedenen Gründen nicht (mehr) gelingt, eine Beratungsstelle anzurufen und dort einen Termin wahrzunehmen, sollen die Möglichkeit erhalten, mit niederschwelligen Angeboten einen Kontakt zu Pro Senectute zu finden.

Weitere Angebote legen den Fokus auf die Prävention von Vulnerabilität. Sie erreichen überwiegend Menschen im «dritten» Lebensalter und fördern deren Körperkapital und Sozialkapital, um eine spätere Vulnerabilität zu vermeiden. Bei diesen Dienstleistungen besteht aber auch die Gefahr, dass sie sich inhaltlich und in der Ausgestaltung zu weit vom Auftrag entfernen, insbesondere vulnerable Personen zu erreichen. So wurde in einigen Interviews eine Kluft zwischen den Leistungen, die klar auf vulnerable Personen fokussiert sind, beispielsweise die Sozialberatung, und anderen Angeboten wahrgenommen. Kurse in den Bereichen Sport, Kultur und Freizeit sind in diesen Organisationen tendenziell eher auf aktive Seniorinnen und Senioren ausgerichtet. Sozialarbeitende berichten von ihren Schwierigkeiten, vulnerable Klientinnen und Klienten der Sozialberatung an andere Angebote heranzuführen: Das gelinge kaum. Den Grund dafür sehen sie einerseits bei den vulnerablen Personen selbst. Diese würden gar kein Interesse zeigen, schotteten sich sogar gegenüber anderen Leistungen ab. Man müsste sich allerdings fragen, woher dieses Desinteresse rührt: Steht dahinter lediglich ein persönlicher Entscheid, oder tragen auch Faktoren, die mit der Gestaltung und Ausrichtung der Angebote zu tun haben, zu einem solchen Desinteresse bei? Vulnerabilität einen hohen Stellenwert einzuräumen, bedeutet, Dienstleistungen so zu gestalten, dass Menschen mit Einschränkungen in verschiedenen Kapitalformen sie auch nutzen können. Im folgenden Zitat werden Rahmenbedingungen genannt, die berücksichtigt werden müssen.

E: Alle Angebote, die wir machen, sind so ausgestaltet, dass Leute mit Einschränkungen, das können materielle, (...) aber auch «ein Haufen» immaterielle sein, grundsätzlich den Zugang finden können. Das hat mit dem Inhalt zu tun, wie gestaltet sich der Inhalt? Mit der Form, (...) was bieten wir rundherum an? Mit dem Ort, wo das angeboten wird, hat es etwas zu tun. Sind wir nahe vor Ort, sind wir zentral oder weit weg? Und so weiter, da gibt es verschiedene Kriterien, die wir berücksichtigen, bis ein Angebot steht. Da ist immer im Fokus, wir orientieren uns am fragilen Alter.

In den Interviews werden auch Verbesserungswünsche geäussert, welche Dienstleistungen für vulnerable Menschen aus Sicht der Fachpersonen fehlen. Vor allem im Hinblick auf das «vierte» Lebensalter wünschen die Expertinnen und Experten Verbesserungen oder Erweiterungen. Die Sozialarbeiterin einer Westschweizer Pro Senectute-Organisation stellt fest, dass Personen im «vierten» Lebensalter schwieriger zu erreichen sind als aktive Seniorinnen und Senioren. Reduzierte Mobilität oder ein nachlassendes Gehör würden dazu beitragen, dass sich ältere Menschen mehr und mehr zurückziehen und vereinsamen. Aus der Sicht der Sozialarbeiterin wäre es eine gute Sache, Angebote zur Stärkung des Sozialkapitals für Personen mit reduzierter Mobilität, mit Sehproblemen oder Gedächtnisschwierigkeiten anzubieten.

E: Dieses Angebot richtet sich eher an Personen im «vierten» Lebensalter, die in Bezug auf die Kontaktaufnahme mit anderen bereits physisch eingeschränkt sind. Sie haben einen Rollator, der die Fortbewegung erschwert, oder einen Rollstuhl oder sie hören sehr schlecht ... Im Allgemeinen haben gesunde Personen keine Probleme mit der Mobilität. Sie haben noch Freude daran, etwas zu unternehmen. Und das ändert sich, sobald es körperliche Probleme gibt. Und so wären Aktivitätsangebote, die auf Personen mit eingeschränkter Mobilität oder mit Hör- oder Gedächtnisproblemen zugeschnitten sind, sicherlich eine gute Sache. Es gibt bereits ein paar, aber die meisten dieser Aktivitäten sind eher für die breite Masse.

Eine andere Westschweizer Pro Senectute-Organisation legt den Fokus vermehrt auf die Vulnerabilität des «vierten» Lebensalters. Für diese Menschen müsse Pro Senectute viel mehr tun. Die Kantonalorganisation ist daran, ihr Angebot entsprechend auszubauen. Ein kantonaler Leiter der Sozialberatung betont, dass die Pensionierung generell als «Zeit zu leben» gesehen werde, für viele aber auch zu einer «Zeit des Überlebens» werde. Bei Menschen im «vierten» Lebensalter müsse man einerseits auf deren Bedürfnisse antworten, andererseits auch ihre Ressourcen stärken. Diese sieht er in der Selbstbestimmung.

E: Bislang lautete eines der Schlagworte von Pro Senectute: «Das Rentenalter ist eine Zeit zu leben.» Das ist immer noch wahr. Aber man muss auch sagen, dass für einige das Rentenalter eine Zeit ist, in der es um das Überleben geht. Und keiner, der sein Rentenalter mit einer guten finanziellen Versorgung, bei guter Gesundheit, mit guten Beziehungen beginnt, ist davor sicher, eines Tages in diesen Zustand des Überlebens-Müssens zu gelangen. Wir müssen unsere Rolle erfüllen, ohne uns zu sagen, dass auch andere Organisationen dies tun, denn die Bedürfnisse sind so gross und zwingend, dass sie nicht vollständig von anderen Organisationen gedeckt werden können. Und hier sprechen wir über Bedürfnisse, die wirklich mit dem hohen Alter zu tun haben. (...) Wir sehen uns wirklich bestimmten Herausforderungen gegenüber: Wie begleitet man Personen im «vierten» Lebensalter so, dass nicht nur ihre Bedürfnisse erfüllt, sondern auch ihre Ressourcen mobilisiert werden, um sie in ihrer Selbstbestimmung zu bestärken?

Die Ausrichtung der Organisation auf vulnerable Menschen ist mit einer Überarbeitung der Angebote und der Angebotspalette alleine nicht getan. Sie setzt eine vertiefte Auseinandersetzung mit Vulnerabilität voraus. Diese Überlegungen führen unter Umständen auch zur Veränderung des Selbstverständnisses der Organisation. Ein Interviewpartner betont die bewusste Ausrichtung seiner Organisation am Modell eines Hilfswerks. Auch wenn die Gründungsstatuten der Pro Senectute von 1918 heute antiquiert klingen würden, böten sie doch Orientierung für die Ausrichtung der Organisation.

E: Wir versuchen mit dem Inhalt des Angebots etwas zu steuern und im Fokus sind die Zielgruppen, die ich erwähnt habe. (...) vor allem wenn man sich an den klassischen Sozialorganisationen, am Hilfswerk orientiert, und ich betone auch diesen Namen bewusst. Er ist verpönt, für mich nicht, ich finde «Hilfswerk» nach wie vor einen gültigen Namen. Da orientieren sich natürlich auch viele Angehörige. Die sind für uns eine wichtige Gruppe. Das ist vielleicht etwas eine indirekte Zielgruppe, die direkte ist der direkte Nutzer, klar, aber die Angehörigen sind zentral wichtig.

E: Pro Senectute tut gut daran, ihre Gründungsstatuten nicht zu vergessen, (...) auch wenn die natürlich jetzt antiquiert wirken, von der Sprache her. Aber wo müssen wir sein? Dort wo Not ist und nirgends anders, aber dort gut.

Zusammenfassend lässt sich schliessen, dass die Vulnerabilität auf verschiedenen Ebenen der Organisation eine wichtige Rolle einnimmt. Eine laufende Auseinandersetzung mit dem Konzept der Vulnerabilität findet mancherorts statt. Sozialarbeitende überlegen, wo sich vulnerable ältere Menschen aufhalten und welche Angebote ihnen gerecht werden können. Neben Angeboten, die Menschen in Not unterstützen, wird eine niederschwellige Basis zur Kontaktpflege geboten. Erreicht werden sollen Menschen, die vor allem beim Übergang in das «vierte» Lebensalter gefährdet sind, eine Kumulation verschiedener Defizite zu erleiden. Dazu wird die Angebotspalette der eigenen Organisation überarbeitet und auf Lücken überprüft. Darüber hinaus setzen sich diese Organisationen aber auch mit ihrer gesamten Ausrichtung und ihrem Selbstverständnis auseinander.

In Kapitel 7 wird beschrieben, wie Angebote konkret auf Vulnerabilität reagieren und wie sie vulnerable Menschen erreichen.

7. Vulnerabilität im Fokus der Praxis

- 7.1. Erreichbarkeit
- 7.2. Kompensation von Kapitaldefiziten dank Angeboten
- 7.3. Optimierungsvorschläge auf organisationaler Ebene
- 7.4. Lücken bei den Angeboten

7. Vulnerabilität im Fokus der Praxis

An dieser Stelle folgt die Vermittlung von Theorie und Praxis. Der Fokus liegt dabei auf den Angeboten von Pro Senectute für Menschen im Alter. In diesem Kapitel wird ein organisationaler Zugang gewählt.

Im ersten Unterkapitel wird untersucht, wie hilfsbedürftige und Hilfe suchende vulnerable Menschen erreicht werden können. Zudem wird analysiert, wie Angebote gestaltet sein müssen, sodass Menschen mit Einschränkungen in unterschiedlichen Kapitalformen sie nutzen können. Wie Angebote dazu beitragen, dass vulnerable Menschen ihre Kapitaldefizite kompensieren können, wird im Kapitel 7.2. beschrieben. Zudem wird im gleichen Abschnitt ein Modell entwickelt, dank dem Angebote auf vorhandene oder fehlende kompensatorische Effekte überprüft werden können. Verantwortliche können damit ihre Angebote unter dem Blickwinkel der Vulnerabilität analysieren und besser auf die Hilfe suchenden Zielgruppen ausrichten.

Im Kapitel 7.3. werden Optimierungsvorschläge für das bestehende Angebotsspektrum von Pro Senectute formuliert. Welche Massnahmen innerhalb der Organisation verbessern die Ausrichtung auf vulnerable Menschen? Welche Eigenschaften sollten Angebote haben, damit sie vulnerablen älteren Menschen die Kompensation von Kapitaldefiziten ermöglichen?

Das folgende Kapitel 7.4. zu den Angebotslücken stellt das Bindeglied zwischen organisationaler und politischer Ebene dar. Mögliche Lücken bei der Angebotspalette für Menschen im Alter werden thematisiert. Im Kapitel 8 werden Verbesserungsvorschläge auf organisationaler und in Kapitel 9 auf politischer Ebene formuliert. Im Vordergrund stehen dabei Schwierigkeiten bei der Finanzierung von Unterstützungs- und Betreuungsleistungen.

Im folgenden Unterkapitel gilt nun der erste Blick den Organisationen von Pro Senectute und ihren Dienstleistungen. Der zweite Blick nimmt die Angebotslandschaft und das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure unter die Lupe.

7.1. Erreichbarkeit

Erreichen die vorhandenen Angebote von Pro Senectute vulnerable ältere Menschen? Um diese Frage umfassend

beantworten zu können, müssten Indikatoren für Vulnerabilität bestimmt und in jedem Kanton alle Nutzerinnen und Nutzer der Angebote entlang dieser Indikatoren erfasst werden.

Diese Studie beinhaltet noch keine solche Messung. Sie basiert auftragsgemäss nur auf den Erfahrungen und Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten aus den verschiedenen Pro Senectute-Organisationen. Das bedeutet, dass sich ihre Aussagen auf das jeweilige Angebot der entsprechenden Kantonalorganisation beziehen. Vulnerable ältere Menschen konnten nicht befragt werden.

Erreichbarkeit kann zweierlei bedeuten. Zum einen stellt sich die Frage, wie hilfesuchende vulnerable Menschen auf vorhandene Angebote aufmerksam gemacht werden können. Wie finden Menschen mit Einschränkungen erstmalig zu den kantonalen Pro Senectute-Organisationen? Zum anderen meint der Begriff der Erreichbarkeit aber auch, ob Menschen, die von Armut, körperlichen Einschränkungen oder sprachlichen Defiziten betroffen sind, die Angebote überhaupt nutzen können.

Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, dass Menschen mit Hilfsangeboten erstmalig erreicht werden können, sind zum einen ganz banal Informationen am richtigen Ort in adressatengerechter Sprache, zum anderen aber auch möglichst gering gehaltene Zugangsbarrieren zu den Angeboten. Aus kapitalbezogener Sicht ist der Zugang zu vielen Angeboten für vulnerable ältere Menschen erschwert. Zugangsbarrieren werden in vielfältiger Weise sichtbar. Sie können verhindern, dass Hilfsangebote in Anspruch genommen werden. In den folgenden Abschnitten werden solche Zugangsbarrieren beschrieben. Sie können kultureller, sozialer oder finanzieller Art sein.

Wer die Angebote von Pro Senectute nutzen möchte, muss dies selber entscheiden und den ersten Schritt tun. Solche Angebote werden nicht verordnet oder verschrieben. Schon allein aktiv zu werden, sich zu melden und auf ein Angebot zuzugehen, setzt bestimmte kulturelle Fähigkeiten voraus. Für die Sozialberatung beispielsweise braucht es Vertrauen und den Mut, einen Termin zu vereinbaren und die Fähigkeit, diesen dann

auch einzuhalten. Vulnerable Personen haben viele schwierige Lebenssituationen durchlaufen und dabei auch Enttäuschungen und Verletzungen erlitten. Das kann zu Vertrauensverlust und zu Misstrauen gegenüber Menschen oder Organisationen führen. Für Menschen mit solchen Erfahrungen können Fragen, die in die Privatsphäre einer Person eindringen, abschreckend wirken. So berichtet ein Sozialarbeiter einer kantonalen Pro Senectute-Organisation, dass es für einige Klientinnen und Klienten der Sozialberatung eine Hürde sei, für eine spezifische Beratung verschiedenste Angaben zur eigenen Person machen zu müssen.

Mangelnde Sprachkenntnisse sind eine weitere Zugangsbarriere. Wer nicht versteht, erkennt das Angebot nicht und kann es nicht nutzen. Doch nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund sind gleichermassen von diesen Schwierigkeiten betroffen. Einigen Migrantinnen und Migranten gelingt es durchaus, das Defizit im kulturellen Kapital mit sozialem Kapital zu kompensieren. Beispielsweise verfügen ältere Migrantinnen und Migranten aus Italien, die selber kaum Deutsch können, über gute soziale Netze. Sie finden in ihren Kulturvereinen Unterstützung oder werden von Kindern oder Bekannten begleitet, die die jeweilige Landessprache verstehen und sprechen. Ältere Menschen aus Ländern, in denen die Migration noch keine so lange Tradition wie beispielsweise in Italien hat, verfügen oft nur über schwache soziale Netze und haben entsprechend mehr Schwierigkeiten, einen Zugang zu den Hilfsangeboten von Pro Senectute zu finden.

Eine weitere Zugangsbarriere, welche die Expertinnen und Experten beobachten, ist die tief verankerte Vorstellung vieler älterer Menschen, keine staatlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen und nicht fürsorgeabhängig werden zu wollen. Man will niemandem zu Last fallen, selbst dann, wenn Hilfe dringend benötigt würde. Diese Haltung kommt selbst gegenüber Angeboten von privaten Hilfswerken wie Pro Senectute zum Ausdruck. Der Abbau solcher Zugangsbarrieren benötigt einfühlsame Aufklärungsarbeit.

Welche Möglichkeiten haben die Pro Senectute-Organisationen, um solche Zugangsbarrieren abzubauen und es den vulnerablen älteren Menschen zu erleichtern,

das Hilfsangebot zu nutzen? Eine erste Option ist die Pflege von Kontakten zu Personen, die älteren vulnerablen Menschen nahe stehen und ihnen helfen können, den Schritt zur Inanspruchnahme von Angeboten zu machen. Eine zweite Variante lässt sich unter dem Stichwort der «aufsuchenden» Sozialarbeit zusammenfassen. Eine dritte Möglichkeit verweist auf die gesamte Angebotspalette, die dann so gestaltet werden kann, dass auch vulnerable ältere Menschen einen Zugang finden. Die beispielhaften Skizzen konkreter Angebote von Pro Senectute münden in eine Zusammenstellung, welche die Bedingungen aufzeigt, die das Angebot von Hilfsorganisationen zu erfüllen haben, wenn sie auch vulnerable Menschen zugänglich sein sollen.

7.1.1. Erste Anlaufstellen

Die Sozialberatung ist die Eingangspforte zu den vielen Hilfsangeboten und Dienstleistungen von Pro Senectute, gerade für vulnerable ältere Menschen. Von hier aus werden die Personen in der Beratung auf andere Angebote aufmerksam gemacht und an diese weiter vermittelt. Das sind beispielsweise der Mahlzeitendienst, der Treuhanddienst und Kurse, die Personen in der Bewältigung ihres Alltags unterstützen. Darum ist es besonders wichtig, dass der Kontakt zur Sozialberatung als erste Anlaufstelle möglichst einfach zu finden ist.

Wie erfolgt dieser erste Kontakt zur Sozialberatung? Gar nicht so selten sind es die vulnerablen Menschen selber, die den Schritt unternehmen und in der Sozialberatung Unterstützung suchen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn ein Paar Hilfe benötigt, weil der Alltag alleine nicht mehr bewältigt werden kann. In vielen Fällen sind es aber die Angehörigen, die eine wichtige Rolle als Vermittler spielen. Im Familiensystem sind sie von der Vulnerabilität der Eltern oder Schwiegereltern häufig mit betroffen und machen sich Sorgen um ihre Angehörigen. Wenn sie selber nicht ausreichend helfen können, versuchen sie den älteren Menschen ein professionelles Angebot zu vermitteln. Es lohnt sich also für Organisationen wie Pro Senectute, die Zugangsbarrieren zu ihren Angeboten für vulnerable Personen auch dadurch zu senken, dass sie sich über die entsprechenden Kommunikationskanäle direkt an deren Angehörige richten, um diese über die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten zu informieren. Dabei ist aber stets auch darauf zu achten, dass die

vulnerablen älteren Menschen nicht übergangen werden, sondern ihre Einwilligung geben können.

Ältere Menschen können auch über andere Personen den Zugang zu den Angeboten von Pro Senectute finden. Insbesondere sind dies Fachleute aus dem Gesundheitssektor. Im Übergang vom «dritten» in das «vierte» Lebensalter werden körperliche Einschränkungen häufiger und die Wahrscheinlichkeit des Kontaktes mit medizinischen Leistungserbringern erhöht sich. Hausärztinnen und -ärzte oder Pflegefachpersonen der Spitex sind deswegen wichtige Schlüsselpersonen für Pro Senectute. Sie erfahren während einer Behandlung oder Pflege sehr viel über die Lebenslage ihrer Patienten. Sind sie dafür genügend sensibilisiert, können sie gerade ältere vulnerable Menschen auf Angebote aufmerksam machen, die für die Bewältigung ihres Alltags hilfreich sein könnten. Die Pro Senectute-Organisationen tun also gut daran, die Kontakte zum Gesundheitsbereich auf- und auszubauen. Eine solche Vernetzungsarbeit setzt natürlich die Bereitschaft und die Kapazität der Schlüsselperson im medizinischen Bereich voraus. Ob und wie diese erhöht werden kann, wird in den Optimierungsvorschlägen in Kapitel 7.3. thematisiert.

7.1.2. Aufsuchende Angebote

Vulnerabilität zeichnet sich nicht zuletzt durch eine Beschränkung des eigenen Bewegungsradius in körperlicher, finanzieller, kultureller und sozialer Hinsicht aus. Vulnerable Personen finden darum den Zugang zu Hilfsangeboten umso leichter, je näher dieses sozialräumlich platziert ist. Solche Angebote werden in der Regel unter dem Titel der «aufsuchenden» Sozialarbeit subsumiert. Auch Pro Senectute kennt solche Dienstleistungen, wie die folgenden drei Beispiele illustrieren.

- Die Haushilfe umfasst Tätigkeiten im Haushalt wie Putzen, Waschen, Staubsaugen oder Aufräumen. Die Haushelferin oder der Haushelfer erleben die Menschen in ihrem Alltag, bauen Vertrauen auf und können dieses auch dazu einsetzen, älteren vulnerablen Menschen den Weg zu ebnen, weitere Angebote in Anspruch zu nehmen. Zudem erkennen sie im Kontakt mit den Menschen in ihrem Zuhause, wo zusätzliche Hilfe nötig ist. Oftmals kommen diese in den Gesprächen «am Rande» zum Ausdruck. Im Rahmen eines Reporting an die Leitung des Dienstes können

die Rückmeldungen der Haushelferinnen und Haushelfer entgegengenommen und bei Bedarf kann mit dem Einverständnis der betreuten Personen ein Kontakt zu entsprechenden Fachdiensten oder Verantwortlichen von Angeboten hergestellt werden.

- Für Menschen, die kaum mehr ihr Haus verlassen (können), stellt ein Besuchsdienst ein ähnlich niederschwelliges Angebot dar. Durch die Besucherin oder den Besucher entsteht ein neuer Kontakt zur Aussenwelt. Der Austausch mit der Besucherin oder dem Besucher trainiert die Fähigkeit, wieder vermehrt soziale Kontakte zu anderen Menschen zu pflegen. Besucherinnen und Besucher unternehmen auch kleinere Ausflüge mit den älteren Personen. Das bietet die Möglichkeit, erneut Anschluss an das soziale Leben vor Ort zu finden. Der Besuchsdienst trägt auch dazu bei, Angehörige zu entlasten, was zudem zur Verbesserung der familiären Beziehung beitragen kann.
- Ein Angebot im Sportbereich, das ebenfalls im privaten Umfeld der Nutzerinnen und Nutzer stattfindet, wird von einer Westschweizer Pro Senectute-Organisation ermöglicht. Im «Domigym» wird eine kleine Gruppe ab drei Personen zuhause von einer Fachperson zu einfachen Kraft-, Gleichgewichts- oder Koordinationsübungen angeleitet. «Domigym» findet im gewohnten Umfeld der älteren Menschen in einer kleinen Gruppe statt. Das wird gerade von vulnerablen älteren Personen mit sensorischen Schwierigkeiten sehr geschätzt. Sie meiden Angebote in grossen Gruppen, wie verschiedene Experten bestätigen.

Diesen drei Beispielen liessen sich weitere zuordnen. Allesamt illustrieren sie Möglichkeiten, den Zugang zu Angeboten und Dienstleistungen für vulnerable Menschen zu ebnen. In manchen Kantonen ist diese aufsuchende Sozialarbeit in den letzten Jahren vernachlässigt worden. Vor allem die Kirchen haben oftmals nicht mehr genügend personelle Ressourcen, um etwa Besuchsdienste zu unterhalten. Hier bietet sich verschiedenen Pro Senectute-Organisationen neue Chancen, ihre wichtigen Angebote vulnerablen älteren Menschen näher zu bringen.

Nach den aufsuchenden Angeboten und den ersten Anlaufstellen kommen als dritte Gruppe Angebote dazu,

die nicht spezifisch auf vulnerable Menschen ausgerichtet sind. Dabei handelt es sich beispielsweise um Freizeit-, Sport- und Kulturangebote. Diese Angebote können durchaus dazu beitragen, defizitäre Ausstattungen einzelner Kapitalformen zu kompensieren. Wenn sie entsprechend gestaltet werden, finden auch vulnerable ältere Menschen den Zugang zu diesen Dienstleistungen.

7.1.3. Freizeit-, Sport- und Kulturangebote

Freizeit-, Sport- und Kulturangebote können dazu beitragen, das kulturelle und soziale Kapital, aber auch das Körperkapital zu stärken. Um Vulnerabilität zu vermindern, müssen diese Angebote so gestaltet und organisiert werden, dass nicht nur aktive und sozial integrierte Personen teilnehmen können, sondern auch Personen,

die mit Einschränkungen zu leben haben. Damit dies gelingt, sind einige an sich banale Bedingungen zu erfüllen. Trotzdem seien sie hier kurz aufgelistet. Die Angebote müssen zuerst einmal leicht zu erreichen sein. Ein Fahrdienst kann es auch Personen mit eingeschränkter Mobilität möglich machen, vom vielfältigen Kulturangebot zu profitieren. Die Teilnahme darf zweitens nicht mit allzu hohen Auflagen zur Präsenz verknüpft werden. Oftmals haben vulnerable ältere Menschen Probleme mit dem Erinnerungsvermögen. Da kann es vorkommen, dass ein Termin vergessen geht. Zudem können kurzfristig auftauchende körperliche Beschwerden eine geplante Teilnahme vereiteln. Ausweichtermine können da sehr hilfreich sein. Auch allzu grosse Gruppen können drittens für viele abschreckend wirken. In überschauba-

	Ökonomisches Kapital	Soziales Kapital	Kulturelles Kapital	Körperkapital
Ort	Das Angebot ist gratis erreichbar; entweder nahe gelegen, oder beispielsweise mit einem integrierten Fahrdienst verbunden.	Das Angebot findet in der gewohnten Umgebung statt.	Das Angebot ist einfach erreichbar. Es ist gut angebunden an den öffentlichen Verkehr oder wird mit einem bezahlbaren Fahrdienst kombiniert.	Das Angebot kommt nach Hause, man muss nicht fähig sein, das Haus zu verlassen. Oder der Ort ist einfach, beispielsweise mit einem Fahrdienst, erreichbar.
Form		Die Gruppengrösse ist überschaubar, sodass Menschen mit wenig sozialem Kapital keine Furcht haben müssen, sich unter eine grosse Gruppe (fremder) Personen zu mischen.	Persönliche Kontakte werden genutzt, um das Angebot zu vermitteln. Die Leitenden des Angebots suchen den Kontakt zu vulnerablen Personen.	Man muss nicht zu lange sitzen oder stehen können. Kleine Gruppen erleichtern das Folgen bei sensorischen Problemen. Das Angebot kann flexibel ausgelassen werden oder alternativ an einem anderen Tag besucht werden.
Inhalt	Die für die Teilnahme benötigten Unterlagen, Materialien oder Gerätschaften stehen möglichst günstig zur Verfügung.	Das Angebot ist so gestaltet, dass Platz bleibt für persönliche Gespräche und soziale Kontakte. Das Angebot wird moderiert, der soziale Austausch wird gezielt ange-regt.	Das Angebot enthält ein Thema, das die Teilnehmerinnen interessiert, es ist nahe an ihrem Alltag. Im Kurs werden Bilder und Beispiele verwendet, die auch Menschen aus anderen Kulturen gerecht werden.	Das Angebot ist körperlich nicht zu anstrengend, es zielt nicht auf Leistung.
Zugang	Das Angebot ist möglichst günstig.	Das Angebot wird über persönliche Kontakte vermittelt, beispielsweise durch Angehörige.	Das Angebot wird im Gespräch erklärt und beschrieben. Es kann nachgefragt und wiederholt besprochen werden.	Schriftliche Informationen sind genügend gross geschrieben.

Tabelle 5 Anforderungen an die Angebote für das (erstmalige) Erreichen vulnerabler älterer Menschen

ren Konstellationen fühlen sich vulnerable ältere Menschen oftmals sehr viel wohler. Schliesslich ist viertens auch auf das Leistungs- und Anspruchsniveau zu achten. Dieses gilt es an die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer auszurichten.

Anhand des Modells der Vulnerabilität lassen sich nun jene Bedingungen und Eigenschaften benennen, die erfüllt sein müssen und dazu beitragen, dass ein Angebot vulnerable Menschen (erstmalig) erreicht. Sie werden in der Tabelle auf Seite 85 zusammengefasst. Die Spalten geben die vier Kapitalformen wieder, über die eine Person verfügt. In den Zeilen sind die Eigenschaften eines Angebotes wie Ort, Form, Inhalt und Zugang aufgeführt. Daraus lassen sich die Bedingungen für einen leichten Zugang zu den verschiedenen Hilfsangeboten ableiten. Beispielsweise kann ein Mangel an sozialem Kapital dazu führen, dass Menschen sich davor fürchten, an Angeboten in grossen Gruppen teilzunehmen. Die Angebotsform einer Kleingruppe kommt also diesem Kapitaldefizit eher entgegen.

In diesem Unterkapitel wurden einerseits Möglichkeiten gezeigt, wie ältere Menschen erstmalig erreicht werden und andererseits wurden Faktoren einer guten Erreichbarkeit von Angeboten aufgezeigt. Im folgenden Kapitel wird vertiefter auf die Themen Vulnerabilität und Angebote eingegangen. Es wird analysiert, wie Angebote auf Defizite in einer oder mehreren Kapitalformen reagieren können.

7.2. Kompensation von Kapitaldefiziten dank Angeboten

Das Kernkonzept dieser Studie ist das Modell der Vulnerabilität. Es baut auf den drei Kapitalformen nach Pierre Bourdieu auf, die um die vierte Form des Körperkapitals ergänzt werden. Defizite in einer Kapitalform – so die Grundannahmen – können mit einer anderen Kapitalform kompensiert werden. Beispielsweise kann eine Seniorin, deren eingeschränkte Beweglichkeit sie bei der täglichen Hygiene behindert, ihr Badezimmer mit baulichen Massnahmen so anpassen, dass sie wieder problemlos selbstständig baden oder duschen kann. Auf diese Weise ist es ihr möglich, dank einer Investition in Haltegriffe oder in eine passende Badewanne das

nachlassende Körperkapital zumindest teilweise durch ökonomisches Kapital kompensieren. Vulnerable Menschen haben Defizite in mehreren der vier Kapitalformen. Da sie nur eine geringe Kapitalausstattung besitzen, fällt es ihnen besonders schwer, auf ein neu auftretendes Kapitaldefizit zu reagieren. Deswegen muss es das Ziel von Angeboten sein, Lücken in den verschiedenen Kapitalformen aufzufangen oder diese zu kompensieren. Vulnerablen älteren Menschen soll geholfen werden, den Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter und kritische Lebensereignisse in dieser Phase möglichst gut bewältigen zu können.

Für die Analyse der Angebote interessieren deshalb drei zentrale Perspektiven:

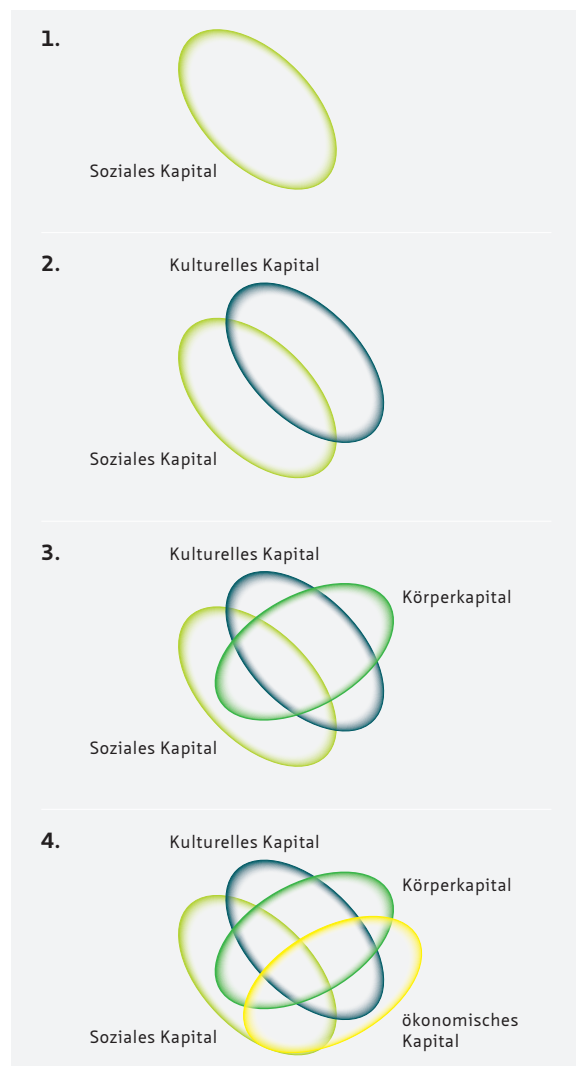
- Wie kann dank einem Angebot ein Mangel in Kapitalform A durch Kapitalform B kompensiert werden?
- Wie kann ein Angebot ausgebaut werden, sodass es neben (der Stärkung von) Kapitalform A auch auf die Kapitalformen B, C und D reagiert?
- Was kann getan werden, damit die Angebotspalette einer Organisation alle Kapitalformen berücksichtigt?

Am obengenannten Beispiel wird deutlich, wie das ökonomische Kapital ein Defizit im Körperkapital annähernd kompensieren kann. In den folgenden Beispielen werden weitere Möglichkeiten gezeigt, wie Angebote dazu beitragen, den Mangel in einer Kapitalform durch eine andere Kapitalform auszugleichen. Ein Angebot enthält viel Potenzial. Je nachdem, wie es gestaltet ist, kann es verschiedene Defizite kompensieren. Die Sozialberatung beispielsweise vermittelt Informationen und hilft damit, ein Defizit im kulturellen Kapital zu kompensieren. Aber hilft sie auch, soziale Defizite auszugleichen? Wie müsste sie gestaltet werden, damit dies gelingen könnte? Um diese Fragen zu erörtern, wurde das Vier-Ellipsen-Modell entwickelt. Dieses zeigt auf, wie soziale Organisationen mit ihren Angeboten auf Defizite in verschiedenen Kapitalformen reagieren können.

Vier-Ellipsen-Modell zur Kompensation von Defiziten in der Kapitalausstattung

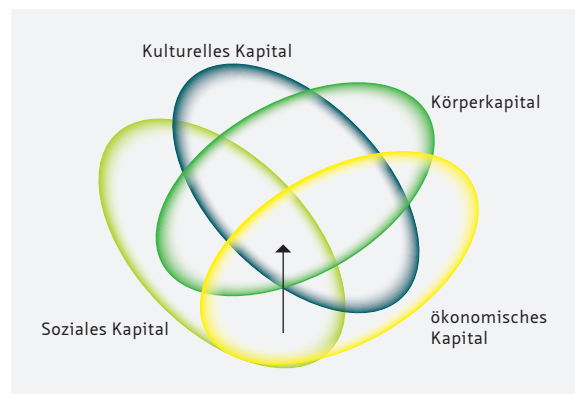
Vulnerable Menschen zeichnen sich durch eine Kumulation verschiedener Kapitaldefizite aus. Sie sind auf

Angebote angewiesen, die verschiedene Dimensionen der Kapitalausstattung berücksichtigen. Hier wird nun ein Modell entwickelt, in dem Angebote situiert und analysiert werden können. Das Modell basiert auf einem Venn-Diagramm¹⁵. Darin wird jede Kapitalform als Ellipse dargestellt.



Wo sich die Ellipsen überlappen, entstehen Schnittflächen, in denen sich zwei, drei oder gar alle vier Kapitalformen treffen. Die Angebote können nun, je nach Ausgestaltung, einer einzelnen Kapitalform oder einer Schnittmenge aus mehreren Kapitalformen zugeordnet werden. Auf der ersten Stufe sind Angebote, die nur auf

ein Defizit in einer Kapitalform reagieren. Die zweite Stufe belegen Angebote, die auf Defizite in mehreren Kapitalformen reagieren. Im Idealfall, auf der dritten Stufe, reagiert ein Angebot auf alle Kapitaldefizite. Solche Angebote können im Zentrum des Modells platziert werden.



Bei jedem Angebot kann anhand dieses Modells erkannt werden, wo noch Potenzial offen ist, das Angebot so zu gestalten, dass es auf möglichst viele Kapitalformen reagiert, die bei vulnerablen Menschen unzureichend vorhanden sind.

Auf Basis der Beschreibung durch die interviewten Expertinnen und Experten werden einige Angebote analysiert und im Vier-Ellipsen-Modell angeordnet. Selbstverständlich bestehen je nach anbietender Organisation Unterschiede in der Ausgestaltung. Am Beispiel der Sozialberatung von Pro Senectute wird das Modell nun zuerst Schritt für Schritt entwickelt. Das Angebot wird durch ein symbolisches Icon dargestellt und im Modell angeordnet. Dabei wird deutlich, wie dieses Angebot nicht nur der Informationsvermittlung und damit der Stärkung des kulturellen Kapitals dient, sondern mit seiner konkreten Ausgestaltung auch die anderen Kapitalformen stärken kann.

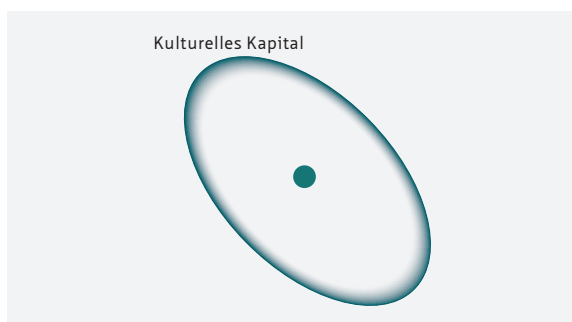
¹⁵ Eine Art des Mengendiagramms nach John Venn.
Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Venn-Diagramm>.

Sozialberatung

Kulturelles Kapital

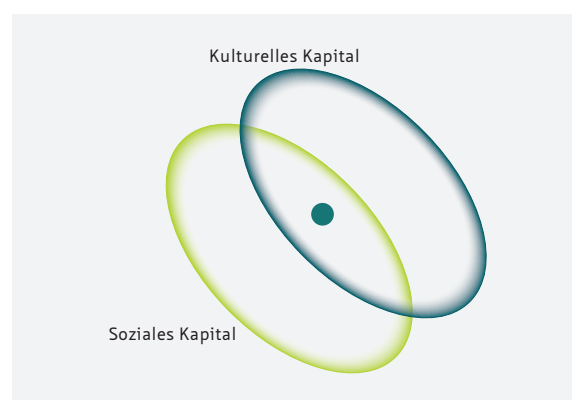
Eine Beratung ist grundsätzlich auf Defizite im kulturellen Kapital ausgerichtet. Sie stellt Informationen zur Verfügung, klärt Missverständnisse, bietet Unterstützung bei administrativen Schwierigkeiten und vermittelt zu entsprechenden Fachstellen oder Kursangeboten.

Bei sprachlichen Schwierigkeiten wird die Beratung mit privaten oder professionellen Dolmetschern durchgeführt. Auf diese Weise werden Wissenslücken geschlossen, die Leistungen des schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesens vermittelt und Sprachbarrieren überbrückt.



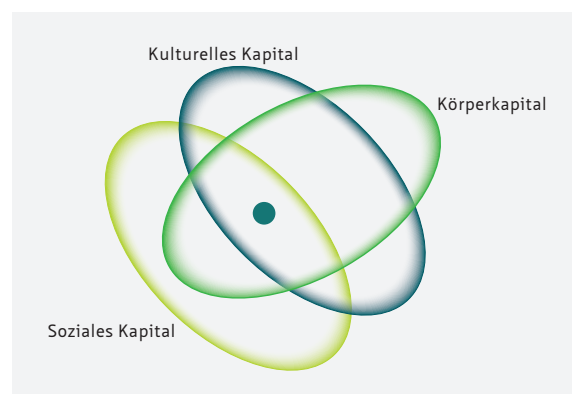
Soziales Kapital

Bei einem umfassenden Verständnis von Sozialberatung geht es darum, die gesamte Lebenssituation einer Person zu betrachten. Dabei wird auch ihre soziale Einbindung thematisiert. Die Beratung unterstützt die Person, neue Kontakte zu knüpfen und motiviert sie zur Teilnahme an entsprechenden Angeboten. Auf diese Weise kann die fehlende familiäre oder partnerschaftliche Unterstützung kompensiert werden.



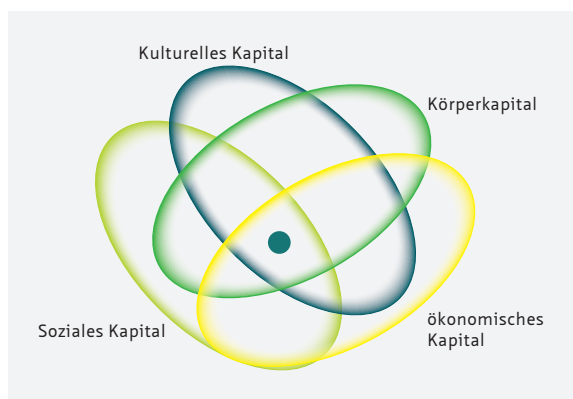
Körperkapital

Bei körperlichen Einschränkungen kann die Sozialberatung auch Hilfen vermitteln, Möglichkeiten aufzeigen und an Fachstellen verweisen. Die Sozialberatung kann Angehörigen bei der Organisation und Koordination von Pflegesettings mit Hilfe familiärer Unterstützung und Tageszentrum behilflich sein. Damit wird das körperliche Kapital zumindest indirekt gefördert.



Ökonomisches Kapital

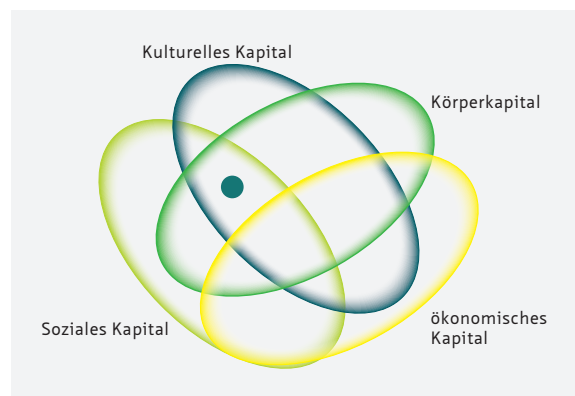
Schliesslich können die Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter der Sozialberatung über finanzielle Ansprüche wie beispielsweise Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung informieren und helfen, diese geltend zu machen. Zudem kann die Sozialberatung bei administrativen und finanziellen Schwierigkeiten unterstützen, wie beispielsweise bei der Rückforderung von Krankheitskosten.



Aus dieser Einordnung wird deutlich, dass die Sozialberatung bei entsprechender Ausgestaltung und Ausrichtung ein Angebot sein kann, das alle Kapitalformen abzudecken vermag. Nun werden Angebote portraitiert, die je nach Ausgestaltung nur auf ein Kapitaldefizit reagieren. So kann gezeigt werden, wie schon kleine Unterschiede in der Ausgestaltung eines Angebotes darüber entscheiden, wie gut und umfassend dieses von vulnerablen Menschen genutzt werden kann oder nicht.

Mittagstisch

Der Mittagstisch trägt dank einer warmen, ausgewogenen Mahlzeit zur Gesundheit einer Person bei. Er kompensiert damit das körperliche Defizit, wenn die Person nicht mehr selbstständig und ausgewogen für sich kochen kann. Wenn der Mittagstisch mit einem Fahrdienst kombiniert wird, kann er von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen ebenfalls genutzt werden. Durch das gemeinsame Essen verhilft das Angebot zudem zu sozialen Kontakten. Wenn die Pause zwischen dem Hauptgang und dem Dessert schliesslich auch noch für einen Vortrag genutzt wird, stärkt das Angebot ausserdem das kulturelle Kapital der Teilnehmenden.

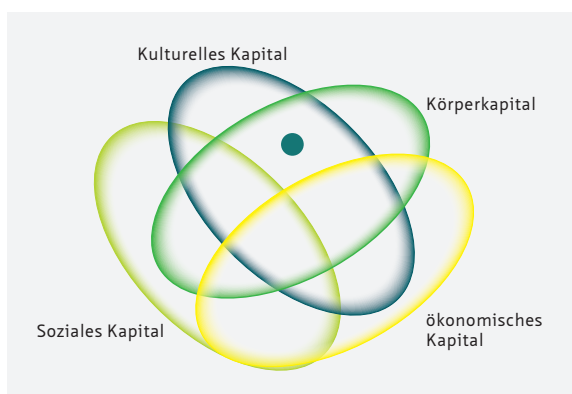


Treuhanddienst

Die Kernaufgabe des Treuhanddienstes liegt aus Sicht des hier verwendeten Kapitalansatzes in der Kompensation kultureller Defizite. Menschen, denen es nicht (mehr) gelingt, ihre Rechnungen korrekt zu begleichen oder Krankheitskosten zurückzufordern, nehmen die Unterstützung des Treuhanddienstes in Anspruch. Auch für Personen, die eine andere Muttersprache haben und deswegen überfordert sind, kompensiert der Treuhanddienst dieses Defizit. Häufig in Anspruch genommen wird der Treuhanddienst nach dem Tod der Person, die sich bisher um administrative Angelegenheiten gekümmert hatte. Aktuell sind es aufgrund einer verbreiteten Aufgabenteilung vor allem ältere Frauen, die den (Ehe-)Partner verloren haben. Der Treuhanddienst hilft der hinterbliebenen Person, ihre Defizite im kulturellen Kapital zu kompensieren.

Vielfach wird der Treuhanddienst auch wegen körperlicher Einschränkungen in Anspruch genommen. Wenn beispielsweise das Sehvermögen so nachlässt, dass Briefe lesen zu einer Belastung wird. Der Treuhanddienst reagiert auf Defizite im Körperkapital, indem die Freiwilligen des Dienstes zur Kundin oder zum Kunden nach Hause kommen.

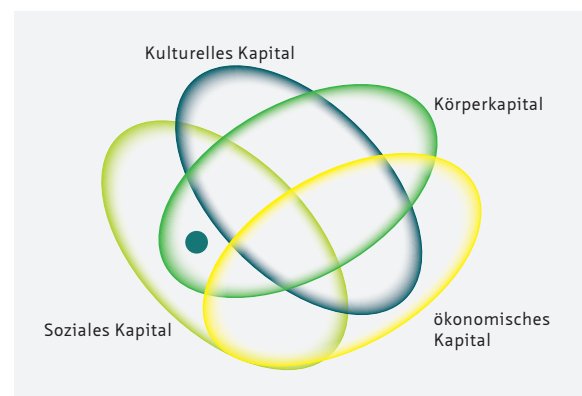
Defizite im ökonomischen Kapital werden hingegen nur beschränkt kompensiert. Der Treuhanddienst ist zwar günstiger als professionelle Treuhänder, aber er ist nicht gratis.



Gedächtniskurs

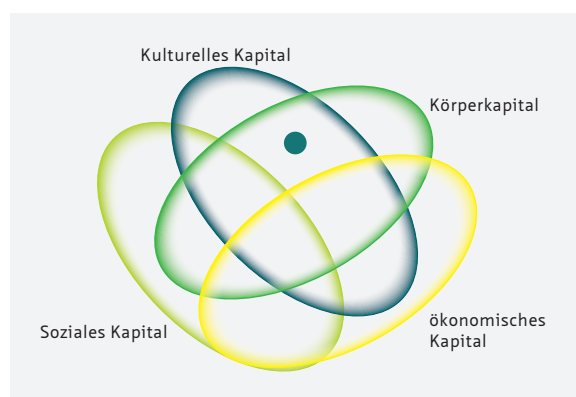
Kantonale bzw. interkantonale Organisationen von Pro Senectute und des Schweizerischen Roten Kreuzes bieten Gedächtniskurse zum Training der kognitiven Fähigkeiten an. Diese helfen dank Übungen und Erinnerungsstrategien, die abnehmende kognitive Kompetenz zu vermindern und Gedächtnislücken zu kompensieren.

Gedächtniskurse werden für Gruppen von Personen mit demselben Bedürfnis durchgeführt; das kann verbindend wirken und neues Sozialkapital schaffen. Vorausgesetzt, der Kurs ist auch so gestaltet, dass er Raum für Austausch bietet und zum Beispiel gemeinsam Aufgaben gelöst werden müssen.



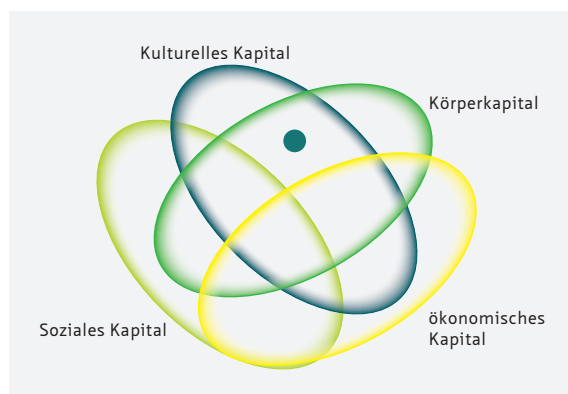
Kurs zur Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Einige Pro Senectute-Organisationen bieten Kurse für mehr Sicherheit bei der Benutzung des öffentlichen Verkehrs an. Bei ersten körperlichen oder kognitiven Einschränkungen oder wenn langjährige Autofahrerinnen und Autofahrer sich nur noch mit den öffentlichen Verkehrsmittel fortbewegen dürfen, können Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer (wieder) lernen, wie sie Tram und Bus am besten nutzen. Damit kompensiert der Kurs das Defizit an Körperkapital. Die Kurse helfen aber auch, Unsicherheiten in der Benutzung von Billett-Automaten abzubauen und kompensieren so Lücken im kulturellen Kapital. Da die Kurse eher kurz sind, ist die Möglichkeit zur Pflege des sozialen Kapitals innerhalb des Kurses gering. Trotzdem kann mit Blick auf das soziale Kapital eines Kursbesuchers dieses Angebot grosse Auswirkungen haben. Wenn der ÖV-Kurs dazu beiträgt, dass eine Person danach wieder selbstständig die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen und damit mobil sein kann, ermöglicht er ihr, soziale Kontakte intensiver zu pflegen.



Senioren für Senioren

Verschiedene Organisationen und Vereine bieten eine Plattform, wo Freiwillige, meistens selber bereits im Pensionsalter, Unterstützung für ältere Menschen anbieten. Beim Angebot «Senioren für Senioren» einer Deutschschweizer Pro Senectute-Organisation werden konkrete Hilfeleistungen vereinbart. Senioren übernehmen beispielsweise körperlich anstrengende Arbeiten in Haus und Garten oder begleiten ältere Menschen beim Einkaufen. Damit tragen sie dazu bei, dass diese sich trotz beginnender Unsicherheiten weiterhin trauen, ihren Kommissionen nachzugehen oder dank einer Begleitung auch im Winter Spaziergänge zu unternehmen. Diese Hilfe ist flexibel und kann auch auf neu auftauchende Bedürfnisse reagieren.



Viele Angebote reagieren aktuell nur auf ein Kapitaldefizit. Das hier entwickelte Ellipsen-Modell hilft, diese Angebote darauf hin zu untersuchen, wo Potential besteht, diese so zu gestalten, dass sie auf weitere Kapitaldefizite reagieren (können). Damit erhalten Verantwortliche für bestimmte Hilfsangebote ein Instrument, das ihnen bei der Ausgestaltung spezifischer Dienstleistungen von Nutzen sein kann. Das Modell lädt dazu ein, Angebote so zu formen, dass sie auf mögliche Defizite in allen Kapitalformen reagieren. Damit werden sie den Bedürfnissen vulnerabler älterer Menschen in besonderer Weise gerecht. Wer solche Angebote entwickelt oder bestehende neu ausrichten möchte, mag sich die folgenden Fragen stellen:

- Wie viel kostet die Teilnahme am Angebot?
- Welche kulturellen Fähigkeiten sind Voraussetzung, um an diesem Angebot teilnehmen zu können?
- In welcher Sprache und mit welchen Bildern wird das Angebot beworben?

- Schliesst das Angebot Menschen mit geringen Kenntnissen der Landessprache aus?
- Wie gut ist das Angebot und der Veranstaltungsort für Personen mit eingeschränkter Mobilität erreichbar?
- Wird die Pflege sozialer Kontakte im Angebot bewusst gefördert?
- Wie flexibel ist die Teilnahme am Kurs?

Die folgende Tabelle fasst die Reflexionen dieses Unterkapitels noch einmal zusammen. Sie kann als Checkliste für die Gestaltung oder Neuausrichtung von Angeboten und Dienstleistungen für vulnerable ältere Menschen dienen.

Bis jetzt haben wir die Angebote aus der Sicht einer Altersorganisation analysiert. Dieses Angebot kann optimiert werden. Doch dies sollte nicht gemacht werden ohne den Blick auf das ganze Feld der Organisationen zu richten, die für vulnerable ältere Menschen Hilfe anbieten.

	Ökonomisches Kapital	Soziales Kapital	Kulturelles Kapital	Körperkapital
Ort	An welchem Ort findet das Angebot statt, wie teuer ist es, den Kursort mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen?	Bietet der Kursort eine Möglichkeit, vor oder nach dem Kurs soziale Kontakte zu pflegen?	Ist der Kursort nur sehr kompliziert erreichbar, beispielsweise, dass man mit dem ÖV mehrmals umsteigen muss?	Wie weit ist der Kursort entfernt? Bestehen Möglichkeiten, ihn mit eingeschränktem Gehvermögen oder mit Hilfsmitteln wie Rollator oder Rollstuhl zu erreichen?
Form	Sind teure Hilfsmittel oder Geräte Voraussetzung für den Kurs? Beispielsweise ein Computer zuhause.	Nehmen nur Paare oder nur Männer oder Frauen teil am Kurs?	In welcher Sprache wird das Angebot erklärt? Ist es sehr sprachlastig oder kommen auch andere Mittel wie Bilder zum Einsatz?	Muss man bei diesem Angebot lange stehen, sitzen können? Kann man auch mit eingeschränktem Seh- oder Hörvermögen teilnehmen?
Inhalt	Wie viel kostet die Teilnahme am Kurs? Braucht es eine (teure) Ausrüstung, um am Angebot teilnehmen zu können?	Ist der Inhalt so gestaltet, dass auch Übungen in Gruppen angeregt werden? Wird der soziale Austausch auch moderiert?	Auf welches Bildungsniveau setzt der Kurs? Welche Fachbegriffe werden verwendet?	Spricht der Inhalt Menschen mit körperlichen Einschränkungen an?
Werbung, Zugang			Welche Sprache und Bilder werden verwendet, um den Kurs zu bewerben? Welches Bildungsniveau sprechen die Medien an, in denen das Angebot beworben wird?	

Tabelle 6 Fragen zur Gestaltung und Überarbeitung von Angeboten unter dem Blickwinkel der Vulnerabilität

In den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten von Pro Senectute wird nämlich deutlich, dass die komplexe Angebotslandschaft selber eine Zugangsbarriere darstellt. Viele ältere Menschen und auch ihre Angehörige würden darüber klagen, wie schwierig es sei, bei der Vielzahl der Angebote, Akteure und Regelungen einen Überblick zu gewinnen und sich zurecht zu finden. Hier wird allerdings aus Sicht der Anbieter auf die Bedürfnisse und Problemlagen der Nutzerinnen und Nutzer geschlossen. Grundsätzlich wäre es wichtig, von den Senioren und Seniorinnen und deren Angehörigen selber zu erfahren, welche Zugangsbarrieren sie wahrnehmen und welche Verbesserungsvorschläge sie haben. Doch schon die Befragung der Fachpersonen zeigt, wo mögliche Schwierigkeiten liegen:

- Im Sozial- und Gesundheitswesen sind sehr viele verschiedene Akteure tätig, die ihre Angebote auch noch immer wieder verändern. Hier den Überblick zu behalten, fällt selbst «Insidern» schwer.
- Teilweise bestehen Überschneidungen bei den Angeboten. Dazu kommt die Unklarheit, welcher Akteur welche Leistungen anbietet und an welche Voraussetzungen diese geknüpft sind. Kommt man aus der richtigen Region, hat man das entsprechende Alter oder ist gar der Anspruch auf eine andere Leistung eine Bedingung, um das Angebot nutzen zu können?
- Zudem gibt es Unterschiede in den Zuständigkeiten und Abläufen in den verschiedenen Kantonen und Gemeinden. Dies erschwert die familiäre Unterstützung, wenn Eltern und Kinder in unterschiedlichen Kantonen wohnen.
- Viele Akteure decken gleichzeitig unterschiedliche Bedürfnisse ab. Für Nutzerinnen und Nutzer wäre eine Fokussierung der verschiedenen Fachstellen auf die Lebensbedürfnisse «Wohnen», «Ernährung», «Mobilität» und «Finanzen» logischer.
- Die Kombination verschiedener Angebote unterschiedlicher Anbieter verursacht einen grossen Koordinations- und Organisationsaufwand. Je grösser das Hilfsarrangement für eine ältere Person sein muss, desto komplexer wird die Abstimmung unter den verschiedenen Akteuren. Aus Sicht der Angehörigen wäre es darum leichter, alle Angebote aus einer Hand beziehen zu können.

Aus diesen Beobachtungen und Feststellungen lässt sich ein Appell an alle Anbieter von Leistungen im Altersbereich herauslesen. Diese sollten ihre Angebotspalette möglichst nachvollziehbar strukturieren, übersichtlich präsentieren und ihre Kooperationspartner über ihre Leistungen informieren. So zutreffend diese Forderung sein mag, so unwahrscheinlich scheint es, dass diese bei den Hilfsorganisationen Gehör finden wird. Zu stark spielt auch hier der Wettbewerb auf dem Markt der Dienstleistungen für Personen im Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter. Zudem zeigt die Auflistung, dass sich offenbar zwei gegensätzliche Wünsche der älteren Menschen und ihrer Angehörigen gegenüber stehen. Einerseits wird eine klare Spezialisierung der Anbieter auf bestimmte Hilfsbedürfnisse gefordert. Andererseits möchte man es nur mit einem Anbieter zu tun haben, der alles aus einer Hand liefern kann. Beiden Positionen gemeinsam ist aber der Wunsch nach Vereinfachung und Entlastung der Menschen, die Unterstützung suchen. Doch wie kann das erreicht werden?

Zuerst gilt es, die Rahmenbedingungen zu betrachten, in denen sich die Organisationen bewegen. Zur Unübersichtlichkeit trägt bei, dass es sich beim schweizerischen Sozial- und Gesundheitswesen um eine Struktur handelt, die nicht aus einem Guss geformt wurde, sondern nach und nach entstanden und gewachsen ist. Die Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens folgen zudem unterschiedlichen gesetzlichen Logiken. Beispielsweise bewegen sich die Leistungen, die im Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter benötigt werden, häufig zwischen den Begriffen von «Pflege» und «Hilfe». Diese beiden Leistungsarten unterstehen völlig anderen Bedingungen. Pflege wird im Krankenversicherungsgesetz (KVG) umschrieben und durch die Krankenversicherung bezahlt, die Hilfe hingegen nicht. Dabei kommt es auch noch zu Abgrenzungsproblemen: Nicht alles, was unter «Pflege» fällt, wird durch den einschlägigen Artikel im KVG abgedeckt. Welche Schwierigkeiten daraus erwachsen, wird im Unterkapitel 7.4. genauer analysiert.

Zudem verfügen die verschiedenen Anbieter über unterschiedliche Spielräume bei der Gestaltung und Ausrichtung ihrer Dienstleistungen. Je nach dem, über welche

Quellen Non-Profit-Organisationen ihre Finanzierung sicherstellen, sind sie an verschiedene Auflagen zur Leistungserbringung gebunden. Angebote von Pro Senectute werden beispielsweise durch den Bund¹⁶, die Kantone und teilweise sogar durch die Gemeinden mitfinanziert. Da treffen sehr verschiedene (und oft auch unterschiedliche) Erwartungen aufeinander. Auflagen zur Leistungserbringung können das Alter der Nutzerinnen und Nutzer, die Vulnerabilität der älteren Menschen, die Gestaltung der Dienstleistung oder die Ausbildung der Kursleitenden betreffen. Gleichzeitig herrscht auch auf diesem Markt, wie eben schon erwähnt, eine Konkurrenz der Anbieter, die eine Koordination und Vernetzung der verschiedenen Angebote einschränkt. All diese Faktoren erschweren eine kooperative Umgestaltung der Angebotslandschaft hin zu mehr Übersichtlichkeit.

Auch ist es schwierig zu sagen, welche Systemveränderung aus Nutzersicht mehr Vorteile hätte. Wenn sich die Anbieter spezialisieren, wüsste man genau, wer welche Dienstleistungen anbietet. Wird aber mitbedacht, dass Lebensbereiche selten trennscharf sind und oft eng zusammenhängen, brächte diese Arbeitsteilung einen Mehraufwand mit sich, wenn eine ältere Person für ihre Alltagsbewältigung verschiedene Akteure gleichzeitig involvieren muss. Dienstleister mit einer breiten Angebotspalette böten dem gegenüber den Vorteil, dass (fast) alle Angebote aus einer Hand bezogen werden könnten. Dadurch sollte der Koordinationsaufwand für die Nutzerinnen und Nutzer geringer ausfallen. Bei grossen Organisationen, die «alles aus einer Hand» bieten, besteht aber die Schwierigkeit, als Nutzerin oder Nutzer zu erkennen, wer für das eigene Bedürfnis der richtige Dienstleister ist.

Ein Angebot, das zur Bewältigung der kaum zu ändernden Unübersichtlichkeit beitragen könnte, wäre eine zentrale Auskunftsstelle. Eine Stelle also, die hilfesuchenden Menschen und ihren Angehörigen Auskunft gibt, an welche Fachstelle sie sich mit ihrem Problem oder ihrer Frage wenden könnten. Für das Themenfeld «Alter» übernimmt die Sozialberatung von Pro Senectute diese wichtige Funktion. Es ist darum von grosser

Bedeutung, dass diese Leistung möglichst niederschwellig für alle zugänglich ist.

7.3. Optimierungsvorschläge auf organisationaler Ebene

Pro Senectute besteht aus einer nationalen Organisation und 24 selbständigen kantonalen bzw. interkantonalen Organisationen. Die Optimierungsvorschläge zu den Angeboten richten sich hauptsächlich an die kantonalen bzw. interkantonalen Organisationen. Die später folgenden politischen Handlungsvorschläge sind für die Gesamtorganisation Pro Senectute gedacht.

Ausgehend von den vorher beschriebenen Erfahrungen, wie vulnerable ältere Menschen erreicht werden und wo sich Zugangsbarrieren ergeben, können jetzt Handlungsvorschläge für die kantonalen bzw. interkantonalen Pro Senectute-Organisationen formuliert werden. Die folgenden sechs Optimierungsvorschläge umfassen Anstösse zu konzeptionellen Überlegungen und zur Aus- und Umgestaltung von Angeboten:

- Angebote auf vulnerable Menschen ausrichten
- Angebote evaluieren
- Angebote überarbeiten
- Informationsfluss und Kooperation innerorganisational optimieren
- Kooperation mit externen Partnern fördern

Angebote auf vulnerable Menschen ausrichten

Soll das Angebot konsequent auch auf vulnerable ältere Menschen ausgerichtet werden, ist – erstens – ein gemeinsames Verständnis dieses Konzepts unumgänglich. Innerhalb der gesamten Organisation sollte allen Beteiligten bewusst sein, was unter «vulnerable» verstanden wird und durch welche Faktoren sich Vulnerabilität auszeichnet. Dafür wird eine gemeinsam formulierte Vorgabe benötigt. In dieser Arbeit wird ein konzeptionelles Modell zur Beschreibung von vulnerablen älteren Menschen vorgeschlagen, an dem sich eine solche betriebsinterne Definition orientieren kann. Regelmässige Weiterbildungen und Austausche der Mitarbeitenden tragen dann dazu bei, dass dieses leitende Konzept bei der Gestaltung der Angebote in den verschiedenen kantonalen bzw. interkantonalen Organisationen seine Wirkung entfalten kann. Wenn das Konzept der Vulnerabilität auch noch bei der Auswahl neuer

¹⁶ Gemäss Art. 101bis AHVG.

Mitarbeitender thematisiert wird, können Fachpersonen angestellt werden, die neben fachspezifischen und didaktischen Kompetenzen auch die nötige Sensibilität für diese Aspekte ihrer Sozialen Arbeit mitbringen.

Zweitens gilt es, die Interessen und Bedürfnisse vulnerabler älterer Menschen zu erfassen. Dies ist möglich, wenn die Erfahrungen aus der Arbeit mit Klientinnen und Klienten gezielt auf diese Fragestellung hin ausgewertet werden.¹⁷ Um zudem die Bedürfnisse von Menschen, zu denen noch kein Kontakt besteht, zu erfahren, kann die Interpretation von Forschungsergebnissen zur Lebenssituation und den Bedürfnissen älterer Menschen von Nutzen sein. Wie in dieser Arbeit beschrieben, können dadurch Risikogruppen erkannt werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Benachteiligungen in verschiedenen Kapitalformen aufweisen. Daraus ergeben sich Anhaltspunkte, welche sozialen Gruppen im Umfeld der verschiedenen Organisationen vulnerabel sein könnten.

Drittens lohnt es sich, den Auftritt der Organisation und die Präsentation der Angebote unter diesem Blickwinkel zu reflektieren: Erkennen vulnerable Menschen und ihr Umfeld, dass sie angesprochen sind? Ist für sie anhand des Bildmaterials und der Sprache, die verwendet werden, klar, dass sich ein Angebot an sie wendet? Das sind mögliche Fragen, die zu dazu anleiten können, das Erscheinungsbild stärker auf die Zielgruppe der vulnerablen älteren Menschen auszurichten und ihnen damit den Zugang zu den Angeboten und Dienstleistungen der Organisation zu erleichtern.

Angebote evaluieren

Ein wichtiges Instrument für die Verbesserung von Angeboten ist deren Evaluation. Schon die einfache Fragen, wie zufrieden die Nutzerinnen und Nutzern mit den Angeboten sind und welche Veränderungen sie sich wünschen, können wertvolle Informationen zur besseren Ausrichtung der Angebote liefern. Mit Blick auf die Vulnerabilität können beispielsweise die Gründe, warum jemand seine Teilnahme an einem Angebot aufgibt, Aufschluss darüber geben, ob die Anforderungen für die

Nutzerinnen und Nutzer mit eingeschränkter Kapitalausstattung nicht zu hoch angesetzt sind. Oder wenn Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer befragt werden, ob sie Personen kennen, die nicht an einem Angebot teilnehmen können oder wollen, liefern deren Hinderungsgründe hilfreiche Hinweise zur Umgestaltung. Für die jeweiligen Angebote ist dabei stets auch zu klären, wie solche Rückmeldungen den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Nutzerinnen und Nutzer entsprechend und mit verhältnismässigem Aufwand eingeholt werden können.

Angebote überarbeiten

Einige Pro Senectute-Organisationen haben eine sehr breite Ausrichtung. Als Zielgruppe definieren sie Menschen im Alter ab 60 oder 65 Jahren. Dieser Fokus auf alle, entstanden aus der Motivation, niemanden ausschliessen zu wollen, kann paradoxerweise aber zum Ausschluss vulnerabler älterer Menschen führen. Das verführerische Bild des aktiven «dritten» Lebensalters trägt zu einer Bildsprache und zu Angeboten bei, die ein hohes Anspruchsniveau haben und kaum von vulnerablen älteren Menschen genutzt werden (können). In einigen Organisationen besteht aus Sicht der Fachpersonen darum noch Verbesserungsbedarf, damit alle Angebote auch für Menschen mit körperlichen Einschränkungen oder mit wenig Bildung erreichbar sind. Teilweise besteht auch eine Trennung zwischen der Sozialberatung, wo vulnerable Menschen Unterstützung suchen, und Sport- und Kulturangeboten, die vor allem von aktiven, nicht vulnerablen Seniorinnen und Senioren genutzt werden. Vulnerable Menschen werden erreicht, wenn die Angebote einfach zugänglich gestaltet und leicht verständlich präsentiert werden. Pro Senectute-Organisationen sind eingeladen, anhand des in der Studie entwickelten Modells der vier Kapitalformen die Stärken und Schwächen ihrer Angebote zu überprüfen und diese gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Im Zentrum einer solchen Überprüfung steht die Frage, wie die Angebote auf Defizite in der Kapitalausstattung reagieren und welche Kompensationsmöglichkeiten sie bieten.

¹⁷ Der Rückfluss von Erfahrungen wird genauer ausgeführt im Unterpunkt «Angebote evaluieren».

Informationsfluss und Kooperation innerorganisational fördern

Eine gute Kooperation und ein gezielter Informationsfluss innerhalb der Organisation tragen dazu bei, Angebote verbessern und Nutzerinnen und Nutzernetzen zu können. Wenn die Erfahrungen von Kursleitenden und Beratenden gezielt an die Verantwortlichen der jeweiligen Bereiche zurückfliessen, kann rasch auf die sich wandelnden Bedürfnisse von Nutzerinnen und Nutzern reagiert werden. Dazu sind institutionalisierte Grundlagen zur Evaluation nötig.

Neben dem Informationsfluss innerhalb der Bereiche ist auch ein bereichsübergreifender Austausch zu pflegen. Mitarbeitende, die in der Öffentlichkeitsarbeit oder der Arbeit mit Klientinnen und Klienten tätig sind, sollten ihre Organisation und deren Leistungen so gut kennen, dass sie auch auf andere Angebote aufmerksam machen können. So nutzen sie die gewonnene Vertrauensbasis, um die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihrer Angebote bei Bedarf möglichst direkt an andere Angebote weiter vermitteln zu können.

Kooperation mit externen Partnern fördern

Vulnerabilität zeichnet sich meistens auch durch schlechte Erreichbarkeit aus. Sozial isolierte Personen, die sich schlecht in einer Angebotslandschaft orientieren können, sind nur schwer aus der Ferne zu kontaktieren. Sofern die eigene Organisation keine aufsuchenden Angebote hat, ist es umso wichtiger, zu erkennen, welche anderen Dienstleister oder Fachstellen am ehesten mit vulnerablen Personen in direktem Kontakt stehen.

Je nach Gemeinde oder Quartier sind das unterschiedliche sogenannte Schlüsselpersonen; beispielsweise können dies Haushelferinnen und Pflegefachpersonen einer Spitex-Organisation, kirchliche Seelsorgerinnen oder Seelsorger, Spitalsozialdienste, Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeitende in Quartiertreffpunkten oder Mitarbeitende eines gemeinnützigen Vereins sein.

Die Herausforderung bei der Netzwerkpflege besteht einerseits darin, das Angebot bekannt zu machen, und andererseits die Netzwerkpartner dafür zu gewinnen, dass sie möglichst niederschwellig auf das eigene An-

gebot verweisen. Die Netzwerkpflege ist natürlich auch eine Frage der Ressourcen. Aber gerade dort, wo nur wenig Zeit für Aussenkontakte zur Verfügung steht, lohnt es sich besonders, Schlüsselpersonen zu gewinnen, die den Zugang zu vulnerablen Menschen öffnen können. Es stellt sich darum die Frage, wie Netzwerkpartner zur Zusammenarbeit zu gewinnen sind. Das Interesse der Schlüsselpersonen an Vernetzung wird durch ihr professionelles Verständnis, aber auch durch ihre zeitlichen Kapazitäten bestimmt. Hier könnte insbesondere bei der Verbindung zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitswesen mit wenig Aufwand viel erreicht werden. Der im Mai 2014 angenommene Gegenvorschlag des Bundes zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» weist den Weg. Der neue Artikel 117a der Bundesverfassung verpflichtet Bund und Kantone nicht nur, «für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität» zu sorgen. Sondern dazu gehört auch «die angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin». Wenn die Vernetzung mit Anbietern von (nicht-medizinischen) Unterstützungsleistungen ebenfalls als wichtige Leistung der Hausärzte erkannt und abgegolten würde, wären die Bedingungen für eine gute Kooperation mit anderen Dienstleistern aus dem sozialen Bereich gegeben.

7.4. Lücken bei den Angeboten

Eine Aufgabe ist es, das bestehende Angebot so zu gestalten, dass es vulnerablen älteren Menschen von Nutzen ist. Eine weitere ist es, neue Angebote für diese Zielgruppe zu organisieren. In diesem Kapitel gehen wir der Frage nach, welche Lücken bei den Angeboten für ältere Menschen noch bestehen. Aus den Interviews mit den Fachleuten aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich zeigen sich markante Unterschiede von Kanton zu Kanton und sogar von Gemeinde zu Gemeinde, welche Angebote vermisst werden. Wie gross die jeweilige Angebotspalette ist, hängt ganz wesentlich von zwei Punkten ab: dem finanziellen Engagement der Kantone und der Gemeinden und dem sozialen Engagement der zivilgesellschaftlichen Organisationen mit ihren zahlreichen Freiwilligen, die gerade im Altersbereich besonders stark im Einsatz stehen. Beide Punkte zusammen prägen zum grossen Teil die kommunalen Unterschiede in den Angeboten und der Infrastruktur.

Offensichtliche Lücken im Gesamtangebot sind nach den Interviews mit den Fachleuten keine zu erkennen. Im Grunde weiss man, was vulnerable ältere Menschen für die Bewältigung ihres Alltags brauchen. Sicher können einige Organisationen ihr Angebot noch anreichern. Sie sollten überprüfen, wie ihre Dienstleistungspalette auf die verschiedenen Kapitalformen reagiert. Zudem könnten sie die einzelnen Leistungen und Kurse weiter ausbauen, sodass auch bisher unberücksichtigte Kapitalformen mehr Raum erhalten. Das Problem liegt aber wenig überraschend an einem anderen Ort. Sehr häufig scheitern die Bemühungen um eine umfassende Angebotspalette an Finanzierungsproblemen. Einerseits steht den Nicht-Regierungsorganisationen zu wenig Geld zur Verfügung, um ihre Dienstleistungen günstig anbieten zu können. Andererseits verfügen Menschen nicht über genügend ökonomisches Kapital, um sich die Angebote zu den aktuellen Preisen leisten zu können. Schliesslich zeigt sich auch die öffentliche Hand immer zurückhaltender, wenn es darum geht, Mittel für diese Altersarbeit zur Verfügung zu stellen.

Personen, die möglichst lange zuhause bleiben möchten, stossen früher oder später an ihre finanziellen Grenzen. Monetäre Probleme bestehen vor allem bei der Bezahlung von Leistungen, welche die medizinische Behandlungspflege übersteigen. Dazu ein paar Beispiele zur Illustration.

Finanzierungsprobleme entstehen, wenn die eigene Wohnung plötzlich den aktuellen Wohnbedürfnissen nicht mehr entspricht. Wenn die Türen zu eng, das Bad zu klein und das Ein- und Aussteigen aus der Badewanne zum gefährlichen Kraftakt werden, dann müssen entweder bauliche Anpassungen vorgenommen oder es muss eine **behindertengerechte Wohnung** gefunden werden. Die behindertengerechte Anpassung von Wohnungen ist von den Betroffenen selber zu finanzieren. Für Personen, die kein Vermögen besitzen oder auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind, ist es schwierig, hindernisfreies Wohnen zu finanzieren. Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen können für eine behindertengerechte Wohnung zwar Mehrkosten geltend machen. Dies aber nur, sofern sie laut Arztzeugnis auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Mobilitätseingeschränkte Personen, die «nur» ein Gehböckchen zur

Hilfe nehmen und deswegen auch auf eine hindernisfreie Wohnung angewiesen sind, können keine Mehrkosten in Rechnung stellen.

Wenn alltägliche Tätigkeiten, die zum Wohnen zuhause gehören, nur noch eingeschränkt verrichtet werden können und keine Hilfen da sind, die bei diesen Arbeiten zu Hand gehen, entstehen für Menschen mit knappen Mitteln ebenfalls Finanzierungsschwierigkeiten. Auch wenn die medizinischen Behandlungen, die sie wegen ihrer körperlichen Beschwerden brauchen, von den Krankenkassen finanziert werden – die Leistungen, die sie aufgrund dieser Einschränkungen benötigen, um im Alltag zurecht zu kommen, werden von keiner obligatorischen Versicherung übernommen. **Hauswirtschaftliche Hilfen und Betreuungsleistungen**, die durch Nicht-Regierungsorganisationen wie das Schweizerische Rote Kreuz, die Spitex oder Pro Senectute angeboten werden, sind selber zu berappen. Je nach Kanton und Anbietern dieser Leistungen bestehen dabei grosse Preisunterschiede. Nur allfällige Zusatzversicherungen, die rechtzeitig abgeschlossen wurden, zahlen einen Beitrag an hauswirtschaftliche Hilfen.

Das selbstständige Wohnen zuhause kann mit zunehmendem Alter von einem Gefühl von Unsicherheit begleitet sein. In einer solchen Situation kann ein sogenannter Notrufknopf beruhigen. **Notrufsysteme**, wie sie beispielsweise vom Schweizerischen Roten Kreuz angeboten werden, beinhalten einen Knopf, der wie eine Uhr am Arm getragen werden kann und der es ermöglicht, in einem Notfall hinterlegte Kontakte zu alarmieren. Diese Systeme werden noch nicht von den Ergänzungsleistungen übernommen. Sie müssen von den Nutzerinnen oder Nutzern selber finanziert werden. Einsame Menschen, die für das Notrufsystem keine sozialen Kontakte in der Nähe angeben können, werden bei einem Alarm direkt mit einer Notfallstation oder einer Sanität verbunden. Dies kann hohe Kosten bedeuten.

Wenn eine Person mit körperlichen Erkrankungen oder einer Demenz zuhause von ihren Angehörigen betreut wird, kann das zu einer Überlastung der pflegenden Person führen. Eine Entlastungsmöglichkeit bieten **Tagesstätten**, wo eine Person je nach Bedarf mehrere halbe oder ganze Tage pro Woche betreut wird und soziale

Kontakte pflegen kann. Die Finanzierung von Tagesstätten ist kantonal unterschiedlich geregelt und auch die Tagespauschalen der jeweiligen Anbieter unterscheiden sich deutlich. Für Menschen mit wenig finanziellen Mitteln wird durch die Ergänzungsleistungen ein Beitrag an den Aufenthalt in einer Tagesstätte bezahlt. Aus Sicht verschiedener Fachpersonen reicht dieser aber selten aus, um die tatsächlichen Kosten zu decken.

Der Transport in eine Tagesstätte stellt eine logistische und finanzielle Herausforderung dar. Von verschiedenen Organisationen werden **Fahrdienste** angeboten, die oft mit Freiwilligen betrieben werden. Doch auch diese sind nicht gratis. Bei knapper finanzieller Situation fällt die Finanzierung eines Fahrdienstes ins Gewicht, vor allem, wenn kein solches Angebot besteht und auf Taxidienste ausgewichen werden muss.

Falls eine zuhause lebende Person **Betreuung in der Nacht** benötigt, kann dies aus Sicht der befragten Fachpersonen nur von finanziell gut situierten Menschen bezahlt werden. Für armutsbetroffene Personen liegt in dieser Situation ein Eintritt in ein Pflegeheim nahe. **Betreutes Wohnen**, das auch für Bezüger von Ergänzungsleistungen bezahlbar wäre, wird in vielen Regionen nicht angeboten.

Die Beispiele machen deutlich, dass ein zufrieden stellendes Hilfeangebot für vulnerable ältere Menschen in der Schweiz nur möglich ist, wenn deren Finanzierung jenseits des Geltungsbereichs des Krankenversicherungsgesetzes neu geregelt wird. Dieser Frage sind die nächsten beiden Kapitel gewidmet.

8. Die feinen Unterschiede bei Pflege, Hilfe und Betreuung

- 8.1. Hürden bei der Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter
- 8.2. Trennung zwischen Pflege und Hilfe

8. Die feinen Unterschiede bei Pflege, Hilfe und Betreuung

Die bisherige Argumentation in dieser Studie folgte den Überlegungen, welche Angebote und Dienstleistungen insbesondere vulnerablen älteren Menschen im Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter nützlich sein könnten und wie weit vor allem die Pro Senectute-Organisationen diesen Erwartungen gerecht werden. Nun weiten wir den Blick auf Fragen von Anrechten vulnerabler älterer Menschen zur Finanzierung dieser Hilfsangebote aus. Dabei nehmen wir in diesem Kapitel die Sicht der Betroffenen ein. Im letzten Kapitel wird eine alterspolitische Position formuliert, die in enger Zusammenarbeit mit dem Leiter des Bereichs «Forschung und Grundlagenarbeit» von Pro Senectute Schweiz entstanden ist.

Über **Ansprüche und Anrechte** beeinflusst der Staat die **Kapitalausstattung** seiner Bürgerinnen und Bürger. Einem Defizit im ökonomischen Kapital wird mit staatlichen Transferleistungen begegnet. Bei ungenügender Altersvorsorge und tiefem Renteneinkommen sichern sie Pensionierten das Existenzminimum. Die Höhe dieser Ergänzungsleistungen wird in politischen Prozessen festgelegt. Je mehr sich diese Bedarfsleistungen von den Lebenshaltungskosten entfernen, umso stärker schränken sie Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, in ihrem Alltag ein.

Ein anschauliches Beispiel dazu sind die Mietgrenzwerte der Ergänzungsleistungen. Steigende Mieten wurden in den letzten fünfzehn Jahren zu einer wachsenden Belastung finanziell schwacher Haushalte. Mit dieser Entwicklung der Mietzinse haben die Ergänzungsleistungen allerdings nicht Schritt gehalten: Die Höhe der anrechenbaren Mietkosten, die vom Bund bestimmt wird, blieb seit 2001 unverändert, obwohl unterdessen die Mietzinse durchschnittlich um 21 Prozent angestiegen sind (vgl. Bundesrat 2014a:2). Das bedeutet, dass für immer mehr EL-Bezüglerinnen und -bezügler der in den Ergänzungsleistungen vorgesehene Betrag zur Finanzierung ihrer effektiven Mietkosten nicht mehr ausreicht. Die Entrichtung der Miete muss darum durch Einsparungen bei anderen Budgetposten kompensiert werden. Auf diesen Missstand wurde in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten aufmerksam gemacht, unter anderem in der 2009 von Pro Senectute Schweiz veröffentlichten Studie *Leben mit wenig Spielraum. Altersar-*

mut in der Schweiz. Nach mehreren parlamentarischen Vorstössen, einer Standesinitiative und einer Motion einer Nationalratskommission schickte der Bundesrat am 12. Februar 2014 einen Vorschlag zur Gesetzesänderung in die Vernehmlassung. Darin wird vorgeschlagen, die maximalen Beiträge der Mietzinse so zu erhöhen, dass die Mietzinsmaxima für 90 Prozent der EL-Beziehenden genügen. Da sich die Mietzinse zwischen Stadt und Land stark unterscheiden, werden neu drei Regionen, «Grosszentren», «Stadt» und «Land», unterschieden. Auf der Grundlage der Antworten zur Vernehmlassung legte der Bundesrat am 17. Dezember 2014 seine Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung (ELG) betreffend Änderung der anrechenbaren Mietzinsmaxima vor.

Die Prozesse, wie Leistungen geltend gemacht werden können, sind ebenfalls politisch definiert. Je nach Ausgestaltung der Bedingungen wird Menschen der Zugang zu diesen Leistungen mehr oder weniger schwer gemacht. Vor allem für vulnerable Personen, die zusätzlich zum geringen ökonomischen Kapital nur über beschränkte Kenntnisse des Sozialwesens oder limitierte Kenntnisse einer Landessprache verfügen, stellt dies eine weitere Belastung dar. Auf die Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Ergänzungsleistungen und deren Nichtbezug wurde bereits im theoretischen Teil der Arbeit eingegangen. Im folgenden Kapitel liegt der Fokus auf dem Zugang zu Leistungen im Feld von Pflege, Haushaltshilfe und Betreuung.

Wenn der Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter einen Unterstützungsbedarf hervorruft, der nicht selber oder mit Unterstützung von Angehörigen bewältigt werden kann, muss professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Wie der Zugang zu Hilfe, Betreuung und Pflege vielen Menschen und besonders vulnerablen Menschen aufgrund politischer Rahmenbedingungen erschwert ist, wird in den folgenden Passagen erläutert.

8.1. Hürden bei der Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter

Die Regelungen zur Finanzierung von Pflege sind sehr komplex und überfordern viele Patientinnen und Pati-

enten sowie deren Angehörige. Einige Beispiele dafür werden nachfolgend geschildert.

Bei einem Mangel an kulturellem und sozialem Kapital wirken folgende systembedingte Hürden besonders einschneidend:

- Fehlendes Wissen zu Ansprüchen und nicht rückgeforderte Leistungen
- Hoher administrativer Aufwand
- Hoher Grad der Kostenbeteiligung durch die Pflegebedürftigen selber

Im Unterkapitel 8.2. wird die **Trennung von Pflege, Hilfe und Betreuung**, die das heutige Sozial- und Gesundheitswesen dominiert, thematisiert. Sie ist ein Grundproblem der heutigen Versorgung im Alter. Wenn diese argumentativ nur schlecht nachvollziehbare Trennung überwunden werden könnte, käme dies insbesondere vulnerablen Menschen zu Gute.

8.1.1. **Fehlendes Wissen zu Ansprüchen und nicht rückgeforderte Leistungen**

Eine neu auftretende Pflegebedürftigkeit ist mit hohen Kosten verbunden. «Die Notwendigkeit, auf Ergänzungsleistungen zurückzugreifen, dehnt sich bis in einen Einkommensbereich über dem Median der Bruttoeinkommen der Rentner-Paarhaushalte hinaus aus, sofern das Vermögen nicht deutlich über den Vermögensfreibeträgen nach EL liegt.» (Wächter/Künzi 2011:14) Vielen betroffenen Personen ist nicht bekannt, dass sie möglicherweise Anspruch auf die Rückvergütung von Pflegekosten über die Krankheits- und Behinderungskosten der Ergänzungsleistungen hätten. Vor allem Personen, die vor dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit keine jährlichen Ergänzungsleistungen in Anspruch nahmen, kennen die Bestimmungen über die EL kaum (vgl. ebd.). Selbstständig Informationen dazu zu finden und zu verstehen, ist nicht leicht. Dazu kommt, dass die online verfügbaren Informationen, wie beispielsweise EL-Berechnungstools, sich vor allem auf die Berechnung der jährlichen, periodischen Ergänzungsleistungen konzentrieren (vgl. ebd.:16). Ohne Unterstützung durch professionelle Beratung, wie sie beispielsweise Pro Senectute bietet, wären viele Menschen unterversorgt.

8.1.2. **Hoher administrativer Aufwand**

Die Vergütung der Krankheitskosten und die Übernahme durch die Krankenkasse sind an Bedingungen geknüpft. Diese Bestimmungen sind wichtig, da sie die Qualität der Pflege sichern, aber gleichzeitig stellen sie eine organisatorische Herausforderung für Pflegebedürftige dar. Damit Krankheitskosten durch die obligatorische Krankenversicherung vergütet werden, muss die gewählte Betreuungsform folgende Bedingungen erfüllen: Die ambulanten Leistungen dürfen nur durch diplomierte Pflegefachpersonen oder durch zugelassene Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zuhause erbracht werden (vgl. KVV Art. 49 und 51 sowie KLV Art. 7). Falls jemand die Leistungen nicht von einer öffentlichen oder privaten Spitex-Organisation beziehen möchte, besteht die Möglichkeit, eine Pflegefachperson privat anzustellen. Dafür muss die pflegebedürftige Person aber fähig sein, dieses Arrangement eigenständig zu organisieren. Sie muss als Arbeitgeber oder Arbeitgeberin auftreten, also unter anderem den Pflegevertrag gestalten und die Arbeitgeberbeiträge an die Sozialversicherungen abführen. Damit die Kosten für die Pflege durch diese privat angestellte Fachperson von der Krankenkasse übernommen werden, muss die Kostenübernahme vorgängig durch eine Kommission bewilligt werden (vgl. Wächter/Künzi 2011:13). Falls sie bewilligt wird, bestehen auch da Obergrenzen für die Kostenübernahme.

Seit der Neuregelung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 sind mindestens drei Träger in die Finanzierung von Pflege zuhause involviert. Es sind dies der Krankenversicherer, die Patienten selber und der Wohnkanton (vgl. Riemer-Kafka/Pfiffner Rauber 2013).

- Die **obligatorische Krankenversicherung** bezahlt die durch den Bund einheitlich festgelegten Beiträge an die Pflegeleistungen zuhause oder im Heim.
- **Die Patientin oder der Patient selber** hat sich mit maximal 20 Prozent des höchsten Krankenversicherungsbeitrags zu beteiligen. Sofern der Patient oder die Patientin nicht über genügend eigene Mittel verfügt, können Ergänzungsleistungen oder bei Hilflosigkeit eine Hilflosenentschädigung geltend gemacht werden.
- **Der Kanton (oder dessen Gemeinden)** übernimmt die «Restfinanzierung» der Kosten, die durch Kran-

kenversicherer und Patientenbeitrag nicht gedeckt sind.

- Weitere mögliche Leistungsträger sind private Zusatzversicherungen. Beispielsweise können Versicherungen für Betreuungsleistungen abgeschlossen werden. Diese lohnen sich aber aus Sicht von Experten nur für begüterte Personen, die ihr Vermögen schützen möchten.

Im Vergleich zu der Zeit vor der Neuregelung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 müssen Personen in einem Heim neu vier statt bislang drei Unterstützungsleistungen geltend machen. Zu den Leistungen der Krankenversicherung, der Hilflosenentschädigung und der Ergänzungsleistungen muss zusätzlich noch die Restfinanzierung durch den Kanton oder die Gemeinde geltend gemacht werden (vgl. Zogg 2011).

8.1.3. Hoher Grad der Kostenbeteiligung durch die Pflegebedürftigen selber

In der Schweiz werden rund 60 Prozent der totalen Ausgaben der Langzeitpflege durch Private selber getragen.¹⁸ Verglichen mit den anderen OECD-Staaten ist dies der höchste Anteil. Zum Vergleich: In Deutschland sind es 29, in Österreich 18 Prozent (vgl. ebd.). Der Anteil, der in der Schweiz durch die öffentliche Hand getragen wird, beträgt darum nur gut ein Drittel der Langzeitpflegekosten und ist damit im Vergleich zu anderen Ländern relativ gering.

Für die Kosten, die Private zu tragen haben, wird ein weiterer Anstieg prognostiziert. Für die Zukunft wird nämlich eine Abnahme der «gratis» erbrachten Pflege, Hilfe und Betreuung erwartet. Wie bereits im theoretischen Teil der Arbeit beschrieben, wird ein grosser Teil der Pflege, Hilfe und Betreuung zuhause durch Angehörige geleistet. Oft sind es die Partnerinnen und Partner, die selber bereits pensioniert sind. Ihre Kapazität wird durch ihre Energie und ihren körperlichen Zustand begrenzt, ist aber grundsätzlich auch in Zukunft gegeben. Vielfach betreuen vor allem Frauen ihren Ehemann oder Partner bis zu dessen Tod. Wenn aber später die Witwe selber Unterstützung benötigt, ist die nächste Genera-

tion gefordert. Dort, bei den jüngeren Angehörigen, zeichnet sich eine Reduktion der zeitlichen Kapazitäten ab. Die Familien werden kleiner, was bedeutet, dass sich familiäre Betreuungs- und Pflegeaufgaben nur noch auf wenige Geschwister verteilen oder sogar auf einem Einzelkind lasten. Zudem werden die Lebensentwürfe vielfältiger. Auch die geografische Distanz zwischen den Generationen wächst. Kinder wohnen tendenziell weiter von ihren pflegebedürftigen Eltern entfernt. Und gerade von Frauen, die einen grossen Teil der Pflege leisten, wird erwartet, dass sie sich stärker im Erwerbsleben engagieren, um den drohenden Mangel an qualifizierten Arbeitskräften zu begegnen (vgl. Kirchgässner/Gerritzen 2011:56). All diese Entwicklungen führen dazu, dass die innerfamiliären Pflege-, Hilfe- und Betreuungsleistungen abnehmen und die älteren Menschen mehr und mehr auf Leistungen von aussen angewiesen sein werden. Dies zu finanzieren, stellt eine der grossen Herausforderungen in der Altersvorsorge der Schweiz dar.

Auch die stationäre Pflege in einem Heim verschlingt sehr schnell viel Vermögen und weckt deshalb berechtigte Ängste in der Bevölkerung, im Alter das gesamte Ersparnis für ein Pflegeheim ausgeben zu müssen. Schon heute muss bei Renteneinkommen, die weit in den Mittelstand hinein reichen, für die Pflege finanzielle Unterstützung durch den Staat in Anspruch genommen werden. «Langzeitpflege ist ein finanzielles Grossrisiko, welches privat gar nicht leicht abgesichert werden kann» (Wächter/Stutz 2007:35).

Die Ergänzungsleistungen sind nicht mehr, wie ursprünglich gedacht, nur eine Absicherung für Personen, denen es nicht gelang, in ihrem Leben eine genügende Altersvorsorge aufzubauen. Inzwischen nehmen sie auch die Funktion einer Pflegeversicherung für breite Teile der Bevölkerung wahr (vgl. Wächter/Künzi 2011:14).

8.2. Trennung zwischen Pflege und Hilfe

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung wird zwischen Leistungen der Pflege (enger Pflegebegriff) und Leistungen der Hilfe und Betreuung (umfassender Pflegebegriff) unterschieden. Für die Betroffenen ist diese versicherungstechnische Trennung zwischen Pflege, Hilfe und Betreuung kaum nachvollziehbar. Warum ist

¹⁸ Werte für das Jahr 2007 aus den OECD Gesundheitsdaten 2010. zitiert von Kirchgässner/Gerritzen 2011:52.

es der Pflegerin, die einen zuhause besucht und den Verband wechselt, nicht möglich, kurz den Briefkasten zu leeren oder den schweren Abfallsack nach draussen zu tragen?

Bei der Finanzierung von Pflege und Unterstützung im Alter dominiert die Logik des Krankenversicherungsgesetzes. Es fokussiert auf Krankheit und medizinische Dienstleistungen und damit auf einen engen Pflegebegriff.

Pflege im engen Sinn beinhaltet folgende Leistungen, die im Bundesgesetz Art. 25a Abs. 1 und 3 KVG (Krankenversicherungsgesetz) und Art. 7 KLV (Krankenversicherungsleistungsverordnung) definiert sind:

- **Abklärung, Beratung und Koordination** (Beurteilung des Pflegebedarfs, Pflegediagnostik und Pflegeplanung)
- **Behandlungspflege** (beispielsweise Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten, Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden und Unterstützung bei psychischen Problemen) und
- **Grundpflege** (beispielsweise alltägliche Verrichtungen wie Ernährung, Mobilisierung und Körperpflege).

Diese Leistungen müssen von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden.

In vielen Lebenssituationen im Alter ist die medizinische Pflege alleine nicht ausreichend. Gerade im Hinblick auf den Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter wird deutlich, dass dort häufig ein Bedarf nach Unterstützung im Alltag in den Vordergrund rückt. Beispielsweise werden Hilfen im Haushalt oder beim Einkaufen benötigt.

Hilfe und Betreuung, also Leistungen, die über die medizinische Pflege hinausgehen, sind Teil eines umfassenden Pflegebegriffs. Sie werden nur noch teilweise von Spitex-Organisationen angeboten, aber vor allem auch von verschiedenen anderen Hilfsorganisationen oder Vereinen. Hilfe- und Betreuungsleistungen werden aber nicht von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlt. Ein grosser Teil der Hilfe und Betreuung wird heute «gratis» durch Angehörige oder Freiwillige erbracht. Deren Kapazität wird aber zukünftig abneh-

men. Menschen, die keine solchen Netze haben, müssen sich die Unterstützung einkaufen. Der Mangel an Sozialkapital sollte durch ökonomisches Kapital kompensiert werden. Für vulnerable ältere Menschen ist dies aber gerade nicht möglich. Die Begrenzung der Leistungspflicht der Krankenversicherung auf einen engen Pflegebegriff führt bei den Betroffenen zu einem Finanzierungsproblem bei den Hilfe- und Betreuungsleistungen. Diese müssen aus dem eigenen Renteneinkommen oder, sofern Anspruch besteht und die Leistungen ärztlich verschrieben sind, über Ergänzungsleistungen finanziert werden.

Zusätzlich zu den monatlich ausbezahlten Ergänzungsleistungen werden Krankheits- und Behinderungskosten vergütet. Sie umfassen zahnärztliche Behandlungen, Hilfe, Pflege und Betreuung zuhause oder in Tagesstätten, ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren, Mehrkosten für lebensnotwendige und ärztlich angeordnete Diät, Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle, Hilfsmittel sowie die Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG (Jahresfranchise und Selbstbehalt) (vgl. ELG Art. 14 und Riemer-Kafka/Überschlag/Beeler 2013:366). Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten ist allerdings durch eine absolute Obergrenze limitiert.¹⁹

In Situationen, bei denen für das Leben in den eigenen vier Wänden verschiedene Unterstützungsleistungen benötigt werden, zeigt sich die soziale Ungleichheit besonders deutlich. Im Gegensatz zu vulnerablen Menschen mit wenig ökonomischem Kapital können begüterte Personen privat oder über eine vermittelnde Organisation Betreuerinnen anstellen, die Unterstützung leisten. Unter dem Begriff der «care migration» wird das Phänomen beschrieben, dass Frauen für mehrere Wochen oder sogar Monate in ein anderes Land reisen, um dort gegen Entlohnung Betagte rund um die Uhr zu betreuen. Arrangements in einer solchen Form sind aber höchst umstritten und bergen ein hohes Aus-

¹⁹ Die Kantone können Höchstbeträge festlegen. Diese dürfen für zuhause wohnende Personen die Grenze von CHF 25'000.– pro Jahr für Alleinstehende und für Ehepaare CHF 50'000.– nicht unterschreiten (vgl. ELG Art. 14). Zusätzlich werden in den Kantonen die Kosten für privat erbrachte Hilfe im Haushalt (nicht durch die Spitex oder eine anerkannte Pflegefachperson) begrenzt – beispielsweise im Kanton Zürich auf CHF 4'800.– pro Jahr (vgl. Wächter/Künzi 2011:5).

beutungsrisiko, unter anderem durch unzumutbare Arbeitszeiten und -belastung.²⁰

Bei Hilfe und Betreuung bestehen grosse regionale Unterschiede. Da Betreuungsleistungen und Haushilfeleistungen nicht über einen einheitlichen Leistungskatalog geregelt sind, differieren die angebotenen Leistungen und die Preise von Organisation zu Organisation und von Gemeinde zu Gemeinde.

Ein Beispiel dafür, welche Leistungen Hilfe zuhause umfassen könnte, zeigt Caritas Schweiz mit ihrem Betreuungsprojekt «in guten Händen».²¹ Von den Betreuerinnen werden folgende Leistungen erbracht:

Den Haushalt führen

- Einkaufen und zubereiten von Mahlzeiten
- Schaffung von Ordnung und wohnlichem Raumklima
- Wohnungsreinigung und Entsorgung
- Kleiderpflege (Waschen, Bügeln, Ausbessern)
- Pflege von Pflanzen und Haustieren
- Besorgungen
- Mithilfe bei der Vorbereitung für einen Ortswechsel

Gesellschaft leisten

- Präsenz (Kommunikation und Zusammenleben gestalten)
- Gemeinsam essen
- Zeit gestalten (Tagesstruktur, gemeinsame Aktivitäten durchführen, Gäste empfangen)
- Begleiten zu Arztterminen, Besuchen, religiösen Feiern

Einfache Handreichungen für die Körperpflege anbieten

- Beim Waschen und Frisieren, beim An- und Auskleiden
- Bei der Bewegung (beim Aufstehen, beim zu Bett gehen, auf der Toilette, Gehhilfen bereitstellen)

Sicherheit schaffen

- Orientierung in Raum und Zeit geben
- Auf vorbereitete Medikamente aufmerksam machen oder die Nichteinnahme melden

- Veränderungen beobachten und an die Angehörigen/ die Einsatzleiterin weiterleiten und Hilfe holen im Notfall

Nicht von den Betreuerinnen geleistet werden alle im Krankenversicherungsgesetz und in den kantonalen Gesetzen und Verordnungen als Pflege qualifizierten Leistungen. Diese müssen anerkannten Spitex-Organisationen in Auftrag gegeben werden.

Die Versorgung mit einer Pflege im umfassenden Sinn ist mangelhaft. Diese Situation dürfte es so nicht geben. Nicht nur aus Sicht der Betroffenen, sondern auch aus Sicht des Gesetzgebers. Denn entgegen des engen Pflegebegriffs im Krankenversicherungsgesetz wird in der Bundesverfassung von einem umfassenden Pflegebegriff ausgegangen. In der Schweizerischen Bundesverfassung ist in Artikel 112c Absatz 1 der folgende Auftrag an die Kantone verankert: «Die Kantone sorgen für die Hilfe und Pflege von Betagten [...] zu Hause.» Diesem Auftrag kommen die Kantone zu wenig nach, insbesondere, was die Förderung von «Hilfe» zuhause betrifft. Es fehlen einerseits die Angebote für Hilfe und Betreuung und andererseits können sich Menschen mit wenig ökonomischem Kapital diese Unterstützung, wo sie denn angeboten wird, nicht leisten.

Im letzten Kapitel werden Ideen formuliert, mit welchen politischen Massnahmen diese Situation verbessert werden könnte.

²⁰ Weiterführende Informationen dazu finden sich bei Sarah Schilliger, u. a. erschien ein Artikel in SRK (2013).

²¹ Vergleiche <https://www.caritas.ch/de/hilfe-finden/alter-und-betreuung/zuhause-betreut/>

9. Neue politische Agenda für Hilfe und Betreuung

- 9.1. Wer kümmert sich um die Sorgearbeit?
- 9.2. Brauchen wir eine Pflegeversicherung?
- 9.3. Ein Rahmengesetz für Sorgearbeit im Alter schaffen

9. Neue politische Agenda für Hilfe und Betreuung

Die Schweiz ist unterwegs zu einer Gesellschaft des langen Lebens. Fragen, die das Alter(n) betreffen, rücken heute stärker ins Zentrum des öffentlichen Interesses und der politischen Auseinandersetzungen als in den Jahrzehnten zuvor. Die Langlebigkeit stellt sich zugleich als gesellschaftliche Herausforderung und als eine kulturelle Chance dar. Die Herausforderung besteht darin, dass noch zu keiner Zeit der Menschheitsgeschichte ein so grosser Teil der Bevölkerung aus älteren Männern und Frauen bestand, die nicht mehr mit der Sicherung ihrer materiellen Existenz beschäftigt sind. Ein langes Leben in guter Gesundheit: Das ist die Verwirklichung eines Traums, der das menschliche Geschlecht schon lange bewegt. Heute wird er immer mehr zur Wirklichkeit – zumindest in den reichen Gesellschaften des Nordens. Darin besteht auch die Chance eines kulturellen Wandels. Der Soziologe Peter Gross beschreibt diesen Wandel so: «Das Ziel der Evolution in einer Verteidigung des Schwachen, Nichtkonkurrenzfähigen zu sehen, ist angesichts der durchgehenden Belohnung der Kraft und der Stärke in unserer Gesellschaft eine eigentümlich unpassende Vorstellung. Aber mit dem massenhaften Altern erfolgt ein gewaltiger Umschichtungsprozess zugunsten der Schwachen.» (Gross 2013:91)

Bereits im offiziellen *Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns Madrid, 2002* war formuliert worden, eine alternde und gereifte Gesellschaft könne ««altmodische» Werte wie Langsamkeit, Ruhe und Gelassenheit wieder in ihr Recht setzen» (BSV 2002:9). In der öffentlichen Debatte werden gegenwärtig aber viel eher die vermeintlichen Nachteile einer alternden Gesellschaft verhandelt als deren mögliche Vorzüge. Das ist auch gar nicht verwunderlich, denn wir stehen erst am Anfang einer gewaltigen Veränderung – und sie verbreitet zunächst einmal Unsicherheit und Angst. Ein Blick zurück könnte uns eines Besseren belehren. So wurden die Fundamente für das System einer obligatorischen Altersvorsorge in einer Zeit gelegt, da die schweizerische Gesellschaft über deutlich weniger materiellen Wohlstand verfügte als heute. Gefragt war in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts der Wagemut von visionär Denkenden und Handelnden, die gegen alle Widerstände eine verpflichtende Absicherung des Risikos «Alter» durchzusetzen in der Lage waren. Diese Pioniere und Pionierinnen der

Altersvorsorge machten darauf aufmerksam, dass ein Problem, das potenziell alle betrifft, nicht länger auf die alten Menschen und ihre nächsten Angehörigen abgewälzt werden kann, sondern einer solidarischen Lösung bedarf.

9.1. Wer kümmert sich um die Sorgearbeit?

Im Vergleich zu den Gründerzeiten der AHV stellen sich heute neue Fragen, die neuer Antworten bedürfen. Diese Fragen haben mit dem Entstehen eines «vierten» Alters zu tun, das in der vorliegenden Studie ausführlich beschrieben worden ist. Mehr Menschen als früher sind heute auf Hilfe und Betreuung angewiesen – und in der nahen Zukunft wird deren Zahl noch deutlich zunehmen. Es ist davon auszugehen, dass eine ungleiche Ausstattung mit ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital auch künftig das «vierte» Alter bestimmen wird. Dieser Entwicklung müssen sich Gesellschaft und Staat stellen. Im Wesentlichen geht es um die folgenden drei Fragestellungen: Welcher Unterstützungsbedarf ist zu erwarten? Wer soll diese Arbeit leisten? Und wie kann sie finanziert werden? Diese Fragen stehen auch im Zentrum der Debatte über die Zukunft der Sorgearbeit – mit dem englischen Begriff als «care» bezeichnet. Gemeint damit sind für das Leben von Menschen unverzichtbare Tätigkeiten wie Fürsorge, Erziehung und Unterstützung – unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten bezahlt werden oder ohne Bezahlung erfolgen, ob sie in Institutionen oder in privaten Zusammenhängen erledigt werden. Es geht um die Sorge für andere und für das Gemeinwohl, die nur auf der Grundlage einer guten Sorge um sich selbst geleistet werden kann.

Lange Zeit galt Sorgearbeit als eine «natürliche» Aufgabe der Frauen, die im Lebensraum der Familie stattzufinden hat. Sie war die Voraussetzung für die vorwiegend männliche Erwerbstätigkeit. Dieses Rollenmodell ist schon längst überholt, weil die moderne Waren- und Dienstleistungsgesellschaft auch die weibliche Arbeitskraft benötigt. Die Frage bleibt dann allerdings, wer die bislang weitgehend gratis geleistete Care-Arbeit übernimmt.

Was zeichnet diese gegenüber anderen Formen der Arbeit aus? Sie ist vor allem personenbezogen: Die zwischenmenschliche Beziehung macht einen Teil der Leis-

tung aus – und damit auch deren Qualität. Menschen sind am Anfang ihres Lebens, bei schweren Krankheiten und häufig auch am Ende des Lebens von Sorgetätigkeiten abhängig. «Ohne Sorgearbeit, die andere Menschen für uns leisten, können wir in diesen Situationen nicht überleben», schreibt die Sozialwissenschaftlerin Ulrike Knobloch (Knobloch 2013a:13). Sorgearbeit wird auch durch einen spezifischen Zeitbedarf bestimmt: Eine Beschleunigung des Arbeitsprozesses oder die Reduktion von Personal wirken sich unmittelbar oder auf Umwegen auf die Qualität der Arbeit aus. Dieser Tätigkeitssektor widersetzt sich einer Rationalisierung, wie sie in der industriellen Produktion gang und gäbe ist. Die Möglichkeiten zur Steigerung der Produktivität sind hier also wesentlich geringer als in anderen Wirtschaftszweigen, weshalb es zu einem «Auseinanderdriften der Arbeitsproduktivitäten» kommt, worauf die Ökonomin Mascha Madörin hinweist (Madörin und Soiland 2013: 84ff.).

Den wertschöpfungsstarken und damit für die Seite der Kapitaleigner interessanten Sparten der Wirtschaft stehen solche wie die Care-Ökonomie gegenüber, die wertschöpfungsschwach sind und deshalb weitgehend der privaten Initiative oder dem Staat überlassen werden. Die staatliche Tätigkeit wird aus Steuern und Abgaben finanziert. Mit anderen Worten: Der Staat schöpft einen Teil der Gewinne und Löhne ab, um Sorgearbeit im institutionellen Rahmen (Kindergärten, Schule, Krankenhäuser, Pflegeheime etc.) zu ermöglichen. Die Erweiterung oder – was gegenwärtig eher der Fall ist – die Begrenzung beziehungsweise Kürzung finanzieller Ressourcen wirkt sich also mehr oder weniger direkt auf Quantität und Qualität dieser Sorgearbeit aus.

Die Auseinandersetzung darüber, wie die Sorgearbeit zwischen bezahlter und unbezahlter Tätigkeit und wie diese wiederum zwischen Frauen und Männern aufgeteilt werden soll, wird auf vielen Ebenen mit grosser Heftigkeit geführt. Mascha Madörin weist darauf hin, dass eine erfolgreiche Volkswirtschaft wie Schweden in der Lage sei, einen deutlich höheren Anteil der Sorgearbeit öffentlich zu finanzieren, als dies in der Schweiz geschieht (vgl. ebd.:96). Die Proportionen zwischen öffentlich und privat ergeben sich ganz offenkundig nicht aus schicksalhaften Zufällen, sondern sind die

Ergebnisse von gesellschaftlichen Prozessen und politischen Entscheidungen.

Oft wird übersehen, dass der Umfang der nicht bezahlten Arbeit jenen der bezahlten Arbeit deutlich übertrifft. Gemäss Untersuchungen des Bundesamtes für Statistik (BFS 2010) wurden 2010 rund 8,2 Milliarden Arbeitsstunden unbezahlt geleistet – gegenüber rund 7,7 Milliarden bezahlten Stunden. Die Verteilung dieser unbezahlten Arbeit, insbesondere der Sorgearbeit, zwischen den Geschlechtern ist sehr ungleich. In mehr als 80 Prozent der Haushalte liegt die Hauptverantwortung für die Familien- und Hausarbeit bei den Frauen. Bei der Pflege erwachsener Haushaltsmitglieder (jährlich rund 28 Millionen unbezahlte Pflegestunden) übernehmen Frauen rund zwei Drittel der dafür benötigten Arbeitsstunden. Es geht also nicht nur um die Frage der Verteilung zwischen öffentlich und privat, sondern auch darum, wie die privaten Verpflichtungen aufgeteilt werden. Die österreichische Ökonomin Katharina Mader postuliert deshalb: «Jede/jeder in der Gesellschaft übernimmt einen Teil unbezahlter Care-Arbeit und einen Teil bezahlter Arbeit. Die Geschlechtsbindung von Arbeit, und das heisst vor allem die Bindung von bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit an Frauen, muss aufgehoben werden.» (Mader 2013:29)

Die US-amerikanische Politikwissenschaftlerin und Feministin Nancy Fraser hatte bereits in den 1990er Jahren ein Modell der universellen Betreuungsarbeit entwickelt. Gemäss diesem Modell müsste der Staat Geschlechtergleichheit fördern, «indem er den geschlechtlich strukturierten Gegensatz zwischen unterhaltssichernder Erwerbsarbeit und Betreuungsarbeit wirksam auflöst» (zitiert nach Knobloch 2013b:62). Die Sozialwissenschaftlerin Ulrike Knobloch schlussfolgert an anderer Stelle, dass die soziale Absicherung von Menschen, die gesellschaftlich notwendige unbezahlte Arbeit leisten, eine vordringliche staatliche Aufgabe sei (vgl. Knobloch 2013:60ff.). In ähnlicher Weise argumentiert eine im Auftrag des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) erarbeitete Grundlagenstudie zur *Absicherung unbezahlter Care-Arbeit von Frauen und Männern* (EBG 2012). Sie hält fest, dass unbezahlte Sorgearbeit gesellschaftlich notwendig bleibe, deren Übernahme aber immer noch ein Armuts-

risiko darstelle. Deshalb müssten die Rahmenbedingungen für die Ausführung unbezahlter Care-Arbeit gesellschaftlich neu ausgehandelt werden. Durch «eine bessere soziale Absicherung und eine breite, geschlechterunabhängige Verteilung der Care-Arbeit [kann] das soziale Risiko für die Einzelnen minimiert werden» (EBG 2012:V).

Von solchen Regelungen sind wir heute noch weit entfernt. Die Privathaushalte stehen vor der Frage, ob sie die Sorgearbeit umverteilen oder auslagern. Wer es sich finanziell leisten kann, stellt beispielsweise für die Betreuung von alten Angehörigen Care-Migrantinnen aus Mittel- und Osteuropa ein. Dies ermöglicht den Unterstützungsbedürftigen, möglichst lange zuhause leben zu können – was einem weit verbreiteten Wunsch entspricht. Den Preis dafür zahlen die Care-Migrantinnen, die vielfach in einer rechtlichen Grauzone und unter höchst prekären Arbeitsverhältnissen in der Schweiz tätig sind (Schilliger 2013). Die Auslagerung sei nicht unproblematisch, stellen die Sozialwissenschaftlerinnen Annegret Wigger, Nadia Baghdadi und Bettina Brüscheweiler fest, denn: «Lässt die Gesellschaft dem Markt [...] freie Hand, dann besteht die Gefahr, dass die Qualität der Sorgeleistung, die sich im Eingehen auf die Bedürfnisse des Gegenübers zeigt, wegrationalisiert wird.» (Wigger, Baghdadi und Brüscheweiler 2013:101) Wenn die Gesellschaft auf die rechtliche Verankerung von Sorgerechtsansprüchen verzichte, werde «immer mehr Verantwortung für die Sorge den vielen Einzelnen überbürdet», warnen die Autorinnen (ebd.).

In dieser Situation werden überkommene Rollenbilder reaktiviert. Traditionelle Familienvorstellungen haben Hochkonjunktur und im Blick zurück findet eine Verherrlichung früherer Verhältnisse statt. Der Altersforscher François Höpflinger weist darauf hin, dass «sozialromantische Vorstellungen von Familiensolidarität in früheren Zeitperioden» eine sachliche Diskussion vielfach erschweren würden (Höpflinger 2013:67). In einer breit angelegten Untersuchung über *Pflegende Angehörige älterer Menschen* ist Höpflinger auf den Widerspruch zwischen Pflege-Ideal und der Wirklichkeit eingegangen, der sich in der Schweiz besonders deutlich zeige: «Im Vergleich zu den Nachbarländern (Deutschland, Frankreich, Österreich und Italien) ist das Pflegesystem alter Menschen in der Schweiz durch weniger verbreit-

tete familiäre Pflege und eine gut ausgebaute ambulante und stationäre Pflege charakterisiert. Die Pflege Realität der Schweiz zeigt starke Gemeinsamkeiten mit den nordischen Ländern, während in den kulturellen Normen eine Nähe zu familienbasierten Pflegemodellen zu beobachten ist. Eine Besonderheit der Schweiz besteht darin, dass in der Schweiz deutlich mehr alte Menschen stationär gepflegt werden als in den Nachbarländern, dass aber der Wunsch nach familiärer Pflege ebenso ausgeprägt ist wie in Ländern, wo mehr Angehörige alte Menschen ambulant pflegen.» (Höpflinger 2012a:106f.) Die Situation in der Schweiz unterscheidet sich gegenüber jener in den skandinavischen Ländern allerdings dadurch, dass der Anteil der öffentlichen Finanzierung der Alterspflege bei uns deutlich geringer ist.

Die Vorstellung, angesichts des Kostendrucks öffentlich-professionelle Pflegeleistungen künftig durch vermehrte familiäre Sorgeleistungen ersetzen zu können, hält Höpflinger für eine «Illusion» (vgl. Höpflinger 2013: 72), nicht zuletzt aufgrund der Bevölkerungsentwicklung. Er plädiert stattdessen für eine verstärkte Arbeitsteilung, die mit einer funktionalen Differenzierung zwischen Unterstützung, Hilfe, Pflege, Begleitung und Betreuung einhergehen müsse. Höpflinger nimmt im Zusammenhang mit der notwendigen Arbeitsteilung auch die klassische Gegenüberstellung von Familie und Staat als endgültig «überholt» wahr (ebd.:77). Er hält fest: «Ein ausgebauter Wohlfahrtsstaat trägt mit guter sozialer Absicherung älterer Menschen und junger Familien dazu bei, dass intergenerationelle Hilfeleistungen von Jung zu Alt und von Alt zu Jung tendenziell häufiger werden. [...] Ein Ausbau sozialstaatlicher Angebote reduziert somit die intergenerationelle Solidarität nicht, sondern führt zu einer verstärkten Spezialisierung intergenerationaler Austauschbeziehungen (Pflege durch Professionelle, Hilfe durch Angehörige).» (ebd.:78)

9.2. Brauchen wir eine Pflegeversicherung?

Die Schweiz kennt bislang keine eigentliche Pflegeversicherung, welche das Risiko der Pflegebedürftigkeit im Alter kollektiv abdeckt. Eine teilweise Abdeckung erfolgt durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Die dort nicht erfassten Hauspflege- und Heimkosten werden vom System der Ergänzungsleis-

tungen übernommen – sofern die betroffenen Personen anspruchsberechtigt sind. Hardy Landolt, ein Jurist, der sich insbesondere mit Fragen des Sozialversicherungsrechts befasst, nennt die Ergänzungsleistungen die «soziale «Auffangpflegeversicherung»» (Landolt 2014: 131). Rund 40 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner einer stationären Alterspflegeeinrichtung beziehen Ergänzungsleistungen.

Einen bedeutenden Kostentreiber für das Wachstum der EL-Ausgaben stellt die Neuordnung der Pflegefinanzierung dar. Seit 2011 dürfen Pflegekosten, die nicht durch eine Sozialversicherung abgedeckt sind (hier insbesondere die OKP), nur noch bis zu einem bestimmten Maximalbetrag der versicherten Person in Rechnung gestellt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Die stärkste Kostenzunahme verzeichneten dabei diejenigen Kantone, welche die gesamten Pflegekosten in die EL-Berechnung integriert haben (Schüpbach 2014: 95). Steigende Kosten für die ambulante wie die stationäre Alterspflege befeuern Debatten über die Frage einer obligatorischen Pflegeversicherung. Nadine Schüpbach vom Bundesamt für Sozialversicherungen schreibt: «Eine in letzter Zeit vermehrt diskutierte Möglichkeit zur Senkung der Heim- und Pflegekosten würde in der Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung bestehen.» (ebd.) Der am 20. November 2013 vorgelegte Bericht des Bundesrates über *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV: Kostenentwicklung und Reformbedarf* (Bundesrat 2013) hat zu dieser Frage noch nicht Stellung genommen.

Mit dem vom Nationalrat angenommenen Postulat (12.3604) von Jacqueline Fehr, das den Bundesrat auffordert, dem Parlament eine «Strategie Langzeitpflege» vorzulegen, wird das Thema «Pflegeversicherung» auf jeden Fall zur Sprache kommen. Die Strategie soll eine grundlegende Analyse der Entwicklungen im Bereich der Langzeitpflege liefern und Ziele sowie Aufgaben der öffentlichen Hand formulieren. Zudem soll die Strategie auch die Frage einer separaten Pflegeversicherung in verschiedenen Varianten diskutieren. Der Bericht wird voraussichtlich Ende 2015 veröffentlicht.

Avenir Suisse, die von Schweizer Grossunternehmen finanzierte Denkfabrik, hat sich in der Debatte über die

Langzeitpflege bereits positioniert: 2014 legte sie einen Vorschlag zur Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung vor (vgl. Cosandey 2014). Jérôme Cosandey, Autor der Studie, ist Projektleiter bei Avenir Suisse und hatte bereits 2012, zusammen mit Alois Bischofberger, Vorschläge zur Reform der beruflichen Vorsorge veröffentlicht (vgl. Cosandey und Bischofberger 2012). Ausgangspunkt der Überlegungen des Autors ist der Begriff des «Generationenvertrags», der ein Konglomerat von ethischen Grundsätzen und rechtlichen Bestimmungen darstellt. Gesellschaften bestehen aus einer Abfolge von Generationen und die Verhältnisse unter ihnen – zu denen auch die bereits Verstorbenen und die noch nicht Geborenen gehören können – müssen geregelt werden. So hält beispielsweise das schweizerische Zivilgesetzbuch in Art. 272 fest: «Eltern und Kinder sind einander allen Beistand, alle Rücksicht und alle Achtung schuldig, die das Wohl der Gemeinschaft erfordert.»

Eine grundlegende Erfahrung aus dem Zeitalter der Industrialisierung bestand darin, dass dieser Beistand nicht alleine von der Familie gewährleistet werden kann. Kollektiven Risiken wie Krankheit oder die Arbeitsunfähigkeit im Alter muss auch kollektiv begegnet werden: Diese Überzeugung bildet ein wesentliches Element des modernen Sozialstaats. Dessen Bedeutung stellt Cosandey nicht in Frage. Der Autor meint allerdings, dass durch die demografische Alterung die Lasten auf die jüngeren Generationen verschoben würden. Damit sei deren Überlastung absehbar. Mehr Alte und weniger Jüngere, das bedeute: «Mehr Saft wird aus einer kleineren Zitrone gepresst.» (Cosandey 2014:31).

Ein hübsches, aber falsches Bild: Bei Gründung der AHV kamen knapp sieben Erwerbstätige auf einen Rentner bzw. eine Rentnerin. Heute sind es rund dreieinhalb. Bliebe man beim Bild der Zitrone, müssten sich die Verhältnisse in den vergangenen mehr als 65 Jahren deutlich verschlechtert haben. Das Gegenteil ist der Fall: Dank wachsender Produktivität wird die Gesellschaft als Ganzes reicher und kann sich einen steigenden Anteil von «Unproduktiven» leisten. Es ist ja nicht nur so, dass es mehr Alte gäbe. Auf der anderen Seite wird die Jugendphase verlängert, um den jungen Menschen eine bessere Ausbildung zu ermöglichen, die sie – wirtschaftlich gesehen – produktiver macht.

Cosandey hält fest, dass der Generationenvertrag in seiner heutigen Form verändert werden müsse, um eine zu starke Belastung der jüngeren Generationen zu verhindern. Sein Orientierungspunkt ist der Begriff der «Generationengerechtigkeit». Diese sei dann erreicht, «wenn niemand aufgrund seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation benachteiligt ist», zitiert er zustimmend Andrea Heubach. Die deutsche Politologin, die eine fundierte Untersuchung zum Thema vorgelegt hat, weist allerdings auch darauf hin, dass dies ein «zentraler Begriff neoliberaler Umbaurhetorik» sei. Eine Schwäche gegenwärtiger Debatten über diesen Begriff ortet sie darin, dass Generationengerechtigkeit «stets nur in Ausschnitten betrachtet [wird] und nicht im Gesamtzusammenhang» (Heubach 2008).

Diese Kritik trifft auch auf die Verwendung des Begriffs bei Jérôme Cosandey zu. Er stellt nur die Frage nach der *intergenerationellen* Gerechtigkeit – also jener zwischen den Generationen bzw. Alterskohorten. Die *intragenerationelle* Gerechtigkeit – jene innerhalb einer Alterskohorte – hingegen scheint ihn nicht zu interessieren. Der verengte Blickwinkel hat gravierende Folgen für die Vorschläge des Autors zur Revision des Generationenvertrags. Er geht von einer «rüstigen, finanzkräftigen Rentnergeneration» (Cosandey 2014:206) aus, die durchaus in der Lage sein sollte, die Kosten von Betreuung und Pflege im fragilen Alter durch eine obligatorische Pflegeversicherung zu übernehmen.

Der Autor ist der Auffassung, dass das bisherige System der Pflegefinanzierung zu Fehlanreizen führe. Mit der Möglichkeit, im Pensionierungsalter Ergänzungsleistungen beziehen zu können, werde eine «Kollektivierung der Alterspflegekosten» gefördert: «Wer seinen Lebensunterhalt nicht mehr mit Hilfe seines Einkommens bestreiten kann, hat unabhängig vom eigenen «Verschulden» Anspruch auf Ergänzungsleistungen.» Wer hingegen genügend Einkommen und zudem noch Vermögen besitze, müsse für die Finanzierung seiner Alterspflege selbst aufkommen. «Sparen für den Pflegefall wird also bestraft, Konsum gefördert.» (ebd.:177) Anstelle des heutigen Systems, das zwischen Betreuung und Pflege unterscheide und unterschiedliche Finanzierungssysteme vorsehe (private Finanzierung der Betreuungsleistungen und Finanzierung der Pflegeleis-

tungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung), müsse eine neue Versicherung treten, die sowohl Pflege- als auch Betreuungskosten abdeckt.

Diese Pflegeversicherung müsse obligatorisch sein und im Kapitaldeckungsverfahren finanziert werden. Die Höhe der Prämien sollte so ausgelegt sein, dass sie die Finanzierung eines durchschnittlichen Heimaufenthaltes sichern könne. (Dieser liegt gegenwärtig bei 946 Tagen, bei einem Eintrittsalter von 81,4 Jahren.) Sollten die angesparten Mittel für die Pflegekosten nicht ausreichen, weil der Patient beziehungsweise die Patientin früher oder länger als im Durchschnitt pflegebedürftig wird, «könnten die Restkosten entweder durch eine kollektive Risikoprämie oder, wie heute, mit dem restlichen Privatvermögen des Patienten bzw. von der öffentlichen Hand bezahlt werden» (ebd.:181). Im Todesfall würden die nicht eingesetzten Sparkapitalien vererbt.

Gemäss den Berechnungen des Autors soll sich die Monatsprämie auf CHF 285.– belaufen. Davon werden bislang CHF 125.– von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Um diesen Betrag müsste sich dann die Krankenkassenprämie reduzieren. So bleiben immer noch CHF 160.– pro Monat und Person als zusätzliche Belastung. Cosandey argumentiert, dass mit der Einführung einer Pflegeversicherung die Steuern für natürliche Personen reduziert werden könnten, da die öffentliche Hand nicht mehr für diese Pflegekosten aufkommen müsse. Dabei lässt er allerdings ausser Acht, dass die Aufbauphase für eine solche Versicherung auf der Grundlage des Kapitaldeckungsverfahrens rund ein Vierteljahrhundert dauern würde. In dieser Phase müsste eine Restfinanzierung durch Privatvermögen oder die öffentliche Hand sichergestellt werden. Über deren Kosten lässt sich der Autor nicht aus, sondern erwähnt das Faktum lediglich in einer Fussnote (ebd.:181).

Den Vorteil seines Vorschlages sieht Cosandey darin, dass statt einer Kollektivierung der Kosten über alle Jahrgänge hinweg eine «engere Solidaritätsgemeinschaft» gebildet werden könne, «die zu mehr Generationengerechtigkeit führen soll. Der Staat gleicht immer noch schicksalhafte Ungleichheiten aus. Übermässiger Konsum im Alter, der zu einer Kollektivierung der Pfl-

gekosten führen könnte, wird so aber weniger gefördert» (ebd.:183). Will der Autor damit unterstellen, die EL-Bezügerinnen und -Bezüger hätten sich in ihrem Konsum eben stärker einschränken müssen – dann wäre es ihnen auch möglich gewesen, die Pflege aus der eigenen Tasche zu finanzieren? Wenn man bedenkt, dass die jährlichen Pflegekosten schnell einmal CHF 60'000.– erreichen können, dann kommt man nicht umhin, aus solchen Feststellungen einen gewissen Zynismus herauszuhören.

Ein Bewusstsein für die Tatsache sozialer Ungleichheiten im Alter, die dazu führen, dass ältere Menschen dem Risiko der Pflegebedürftigkeit in materieller Hinsicht ganz unterschiedlich ausgeliefert sind, ist dem Vorschlag von Jérôme Cosandey nicht zu entnehmen. Auf den Kritikpunkt der finanziellen Tragbarkeit antwortet er lediglich, die Einführung einer Pflegeversicherung könne zu einer steuerlichen Entlastung führen. Es fällt auf, dass die Beispiele, die Autor in seinem Buch wählt, zumeist von einer Betrachtung der Welt aus privilegierter Werte zeugen: «Eine Terrasse statt eines grossen Gartens, eine kleinere Wohnung statt einer mehrstöckigen Villa sind leichter zu pflegen», empfiehlt er im Blick auf «altersgerechtes Wohnen» (ebd.:129). Was das «Service-Wohnen» betrifft, stellt Cosandey mit Recht fest, dieses Angebot richte sich «eher an finanziell gut gestellte Senioren». Es gebe aber auch «neue Angebote, die sich zunehmend an einer Mittelklasse orientieren und ab CHF 3'400.– pro Monat zugänglich sind» (ebd.:130). Zur Erinnerung: Die maximale AHV-Rente beläuft sich derzeit auf CHF 2'340.– im Monat!

9.3. Ein Rahmengesetz für Sorgearbeit im Alter schaffen

Bei aller Kritik an dem von Jérôme Cosandey vorgeschlagenen Modell – ein Vorschlag ist bedenkenswert: die von ihm favorisierte Gesamtschau von Betreuung und Pflege. Die Unterscheidung zwischen beiden Funktionsweisen sowie vor allem deren unterschiedliche Finanzierung führt tatsächlich zu einem System, das knappe Ressourcen bindet und für die Beteiligten oft undurchschaubar wirkt. Cosandey erläutert dies an einem Beispiel: «Wenn einem Pflegeheim pensionär das Mittagessen ans Bett gebracht wird, zahlt dies die Krankenkasse. Seine Begleitung zum Speisesaal zahlt sie jedoch nicht, obwohl

Letzteres soziale Kontakte und Agilität fördert und das Risiko von Liegewunden reduziert.» (Cosandey 2014: 176) Zu welchen Auswüchsen die bestehenden Regelungen führen können, zeigt sich beispielhaft beim Umgang mit Wundliegeneschwüren (Dekubitus), wie ein Bericht in der *Neuen Zürcher Zeitung* deutlich macht (vgl. Hehli 2014:11): Wenn eine Patientin oder ein Patient an einem Dekubitus leidet, kommt sie oder er in eine höhere und damit teurere Pflegestufe. Diese Kosten müssten von der Krankenkasse übernommen werden, deren Beitrag seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung allerdings limitiert ist. Die Restkosten übernimmt die öffentliche Hand. Diese, sprich: Kantone und Gemeinden, sollten am stärksten daran interessiert sein, dass Heimbewohnerinnen und -bewohner keine Komplikationen erleiden und dadurch in eine höhere Pflegestufe rutschen. Die Dekubitus-Prävention fällt allerdings in den Bereich der Betreuungskosten, die von den Patientinnen und Patienten zu tragen sind. Sollten diese von den Kosten der Prävention entlastet werden, müsste das Finanzierungssystem neu austariert werden. Dazu findet sich gegenwärtig offenbar niemand bereit.

Die Abgrenzung zwischen «Betreuung» und «Pflege» wird in der Praxis vor allem von der Frage bestimmt, wer welche Tätigkeiten finanziert. Die Definition des Begriffs «Betreuung» ist in der schweizerischen Gesetzgebung bisher nicht geregelt und scheint sich vor allem dadurch auszuzeichnen, dass sie alles das umfasst, was nicht «Pflege» ist. Die Sozialwissenschaftlerinnen Iren Bischofberger, Anke Jähneke, Melania Rudin und Heidi Stutz halten dagegen in ihrem Bericht *Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige* fest, «dass eine eindeutige Abgrenzung von Betreuungs- und Pflegeleistungen anhand von Tätigkeitslisten nicht möglich ist, denn Tätigkeiten sind je nach Dringlichkeit und Intensität eines Symptoms von Pflegefachpersonen oder Haus- und Spezialärzt/innen ebenso wie von Betreuungspersonen zu bearbeiten» (Bischofberger, Jähneke, Rudin und Stutz 2014:105).

Vieles spricht deshalb für eine ganzheitliche Sicht von Betreuung und Pflege im Sinne einer «Sorgearbeit im Alter». Diese umfasst sowohl die Sorge für die Lebensqualität der betroffenen Personen als auch die Pflege

im klassischen Sinn. Der Gesetzgeber hatte diesen Zusammenhang offenbar im Blick, denn in der Bundesverfassung heisst es, wie bereits darauf hingewiesen: «Die Kantone sorgen für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause.» (BV Art. 112c, Abs. 1) Allerdings muss festgestellt werden, dass die Wirklichkeit weit hinter dem Verfassungstext zurückbleibt: Insbesondere bei der «Hilfe» gibt es grosse Lücken, wie diverse Untersuchungen belegen und wie dies auch der Bundesrat in seinem Bericht über die *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige* bestätigt (Bundesrat 2014b).

Wie sollen diese geschlossen werden? Der Bundesrat setzt vor allem auf die betreuenden und pflegenden Angehörigen, denn «unter dem Aspekt einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems» könne auf diese «nicht verzichtet werden» (Bundesrat 2014b:5). Diese Aufgabe werde jedoch aufgrund des Wandels der Familienstrukturen zunehmend erschwert. Da bislang vor allem Frauen in der Betreuung und Pflege von erkrankten und pflegebedürftigen Familienangehörigen engagiert sind, diese aber zugleich – sofern sie noch im erwerbstätigen Alter sind – verstärkt in die Erwerbsarbeit integriert werden sollen, ergibt sich hier ein Zielkonflikt. Auf die Frage, wie Männer verstärkt in die Sorgearbeit einbezogen werden könnten, weiss der Bundesrat keine konkrete Antwort. Der Bericht stellt lediglich fest, dass die Verbesserung der Rahmenbedingungen «auch für ein verstärktes Engagement von Männern in Pflege- und Betreuungsaufgaben konstitutiv» sei (ebd.:15). Das Problem fehlender personeller Ressourcen betrifft im Übrigen sowohl die unbezahlte als auch die bezahlte Sorgearbeit, denn mit einer tendenziellen Abnahme der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter würde sich auch «die Rekrutierungsbasis für die Betreuungs- und Pflegeberufe verkleinern», wie der Bundesrat in seinem Bericht festhält. Ausserdem «werden sich immer weniger Frauen mit guten Bildungschancen für eine berufliche Laufbahn in den Betreuungs- und Pflegeberufen entscheiden, weil die Verdienstmöglichkeiten in der direkten Pflege nach wie vor tief sind» (ebd.:17).

Da den Fragen einer besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Betreuung von kranken beziehungsweise der Unterstützung bedürftigen Familienmitgliedern bis-

lang zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde, möchte der Bundesrat jetzt mit einem Aktionsplan die Rahmenbedingungen für erwerbstätige betreuende und pflegende Angehörige verbessern (ebd.:36–39). «Mittels qualitativ hochstehender Unterstützungs- und Entlastungsangebote soll den betreuenden und pflegenden Angehörigen ein nachhaltiges Engagement ermöglicht und Überforderungen innerhalb der Familien vermieden werden.» (ebd.:37) Der Aktionsplan sieht unter anderem vor, «die Finanzierbarkeit der Entlastungsangebote für Haushalte mit tiefen Einkommen oder Renten sicherzustellen» (ebd.:38). Die Umsetzung dieses Ziels fällt allerdings in die Zuständigkeit der Kantone und Gemeinden.

Der Bericht des Bundesrates macht deutlich, dass sich die Fragen der Sorgearbeit, insbesondere im Alter, immer dringlicher stellen, die Antworten darauf vielfach aber noch zu wenig konkret sind. Die Rahmenbedingungen für betreuende und pflegende Angehörige zu verbessern ist notwendig, kann jedoch nicht hinreichend sein. Was geschieht beispielsweise mit jenen Menschen im Übergang zum oder im «vierten» Alter, die über kein ausreichendes familiales Netz, also über wenig soziales Kapital, verfügen? Familie sollte und darf nicht der einzige Bezugspunkt sein, über den Sorgearbeit organisiert wird.

Um die Sorgearbeit im Alter thematisieren zu können, muss ein möglichst breiter Ansatz gewählt werden. Unser Vorschlag lautet, ein Bundesrahmengesetz zu Art. 112c der Bundesverfassung zu schaffen. Ein solches Gesetz würde dem Bund keine neuen Kompetenzen zuweisen – dazu bedürfte es einer Änderung der Bundesverfassung. Es sollte vielmehr Kantone und Gemeinden in die Pflicht nehmen, die Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu definieren. Dieses Rahmengesetz würde festlegen, welche rechtsverbindliche Ansprüche «Betagte und Behinderte» auf «Hilfe und Pflege [...] zu Hause» haben, wer diese Leistungen erbringen soll und wie die Finanzierung dieser Leistungen geregelt wird. Das Gesetz sollte, wie bereits skizziert, von einem ganzheitlichen Begriff der Sorgearbeit ausgehen, der sowohl Betreuung als auch Pflege beinhaltet. Es müsste Standards für einen *Service public* im Altersbereich definieren und den Zugang zu den ent-

sprechenden Leistungen regeln. Zu denken wäre an steuerlich finanzierte Basisleistungen, die allen offenstehen, sowie an einkommens- und vermögensabhängige Beiträge für Leistungen oberhalb eines Grundbedarfs.

Ist der Gedanke an ein solches Rahmengesetz überhaupt realistisch? Festzuhalten bleibt, dass die Kantone durch die Bundesverfassung einen Auftrag erhalten haben, der bislang nur in beschränktem Mass erfüllt wurde. Es kommt hinzu, dass die demografische Entwicklung neue Antworten auf die Fragen einer menschenwürdigen Betreuung und Pflege im Alter erforderlich macht. Das Projekt eines Bundesrahmengesetzes könnte der Debatte darüber eine konkrete Richtung geben.

Dank

Unser Dank gilt allen Expertinnen und Experten, die bereit waren, uns ihre Erfahrungen in der Arbeit mit älteren Menschen zu schildern: Ingrid Albisser (PSO AI), Jaqueline Bartlé (PSO Arc Jurassien), Marion Bapst (PSO FR), Monika Bitterli (SRK BL), Thomas Diener (PSO SG), Arno Gerig (PSO ZG), René Goy (PSO VD), Christian Griess (PSO TG), Ursina Iselin (PSO ZH), Marianne de Mestral (Mitglied des Schweizerischen Seniorenrates), Brigitte Müller (PSO ZG), Edi Ritter (PSO AI), Rosmarie Strahberger (Spitex OW), Dr. med. Peter Tschudi, Remo Waldner (PSO SO). Wir danken auch deren Vorgesetzten, die mit der Freistellung ihrer Mitarbeitenden für die Interviews die Bedeutung des Themas unterstrichen haben.

Ausserdem geht unser Dank auch an all jene, die uns bei verschiedenen Fragen mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind: Ernst Reimann, Direktor des Amtes für Zusatzleistungen Zürich, Johanna Kohn, Dozentin an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, sowie an den Altersforscher François Höpflinger.

Wir danken den Kolleginnen und Kollegen der Geschäfts- und Fachstelle von Pro Senectute Schweiz und der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, die unsere Arbeiten an der Studie in der einen oder anderen Weise unterstützt und begleitet haben.

Anhang

Leistung	Name des Angebots	Beschreibung	Anbieter	Dienstleistende Person
Sozialberatung	Sozialberatung	Beratung zu Pflegearrangements, Heimeintritten, zu Wohnformen, psychosoziale Beratung, Unterstützung bei der Organisation des Pflegearrangements.	PSO	SA der PSO
Administrative Unterstützung	Sozialberatung	Die Sozialberatung bietet administrative Unterstützung.	PSO	SA der PSO
	Kurs zur Erledigung administrativer Angelegenheiten	Kurs, in dem Teilnehmerinnen lernen, administrative Aufgaben zu erledigen, z.B. Krankheitskosten einfordern und ihre Unterlagen zu organisieren.	PSO	SA der PSO, Fachperson
Steuererklärung	Steuerklärungsdienst	Steuerklärungsdienst füllt Steuererklärungen aus.	PSO	Freiwillige
	Senioren für Senioren	Senior erstellt Steuererklärung.	PSO	Freiwillige
Treuhanddienst	Treuhanddienst	Freiwillige Treuhänder und Treuhänderinnen gehen zu Klientinnen und Klienten nach Hause. Helfen Zahlungen erledigen, Krankheitskosten rückfordern. Es wird zwischen Treuhanddienst und urteilsfähiger Klientin ein Vertrag geschlossen.	PSO	Freiwillige und SA
Rentenverwaltung	Rentenverwaltung	Personen, die nicht mehr in der Lage sind, ihre finanziellen Angelegenheiten zu regeln, teilweise auch nicht mehr urteilsfähig. Personen unterzeichnen eine Abtretung an den Rentenverwalter.	PSO	Sozialarbeitende
Alltagsassistenz/Haushilfe	Hilfe und Betreuung zu Hause	Haushaltshilfe	PSO	Freiwillige
	Alltagshilfen	Ziel: Defizite decken, langes Leben zuhause, helfen in der Wohnung, bei kleinen Gartenarbeiten oder Reparaturen.	PSO	Freiwillige
	Senioren für Senioren	Hilfsangebote, z.B. Begleitetes Einkaufen, Gartenarbeiten, Blumenkisten in den Keller räumen, auch Fahrten.	PSO	Freiwillige
	Moyens auxiliaires		Anderer Anbieter	Fachpersonen
	Reinigungsdienste	Reinigungen von Wohnungen oder Häusern.	Anderer Anbieter	
	Soins à domicile	Begleitetes Einkaufen, Medikamente überwachen.	Anderer Anbieter	
	Haushilfe	Putzen, Kühlschrank räumen.		Haushelferinnen
Hilfe und Betreuung zu Hause	Hilfe und Betreuung zu Hause	Mit Ausnahme der Behandlungspflege wird fast alles gemacht.	PSO (nur in wenigen Kantonen)	Fachpersonen, Prof. Haushelferinnen
Grundpflege	Grundpflege	Beim Essen helfen, Stützstrümpfe anziehen, waschen, zu Bett bringen.	SRK	Pflegehelferinnen mit SRK-Kurs
	Grundpflege	Siehe oben.	Spitex	Pflegehelferinnen mit SRK-Kurs
Behandlungspflege	Behandlungspflege		Spitex	Pflegfachperson

Leistung	Name des Angebots	Beschreibung	Anbieter	Dienstleistende Person
Ergotherapie	Ergotherapie	Ziel: Alltagsgestaltung wieder herstellen. Wege üben, sich selber anziehen üben. Allenfalls gemeinsam mit den Angehörigen.	SRK	Ergotherapeutin
Therapie- management	Behandlungspflege	Herausforderung: Bestmögliche Anpassung der medizinischen Behandlung an den Alltag der Patientin oder des Patienten, sodass er oder sie so wenig wie möglich z.B. im sozialen Kontakt eingeschränkt wird.	Spitex	Pflegefachperson
Besuchsdienst	Besuchsdienst	Wurde aufgrund des Bedarfs neu wieder aufgebaut.	PSO	Freiwillige
	Service «Avec»	Regelmässiger Kontakt, im Normalfall einmal wöchentlich.	PSO	Freiwillige
	Accompagnement à domicile	Regelmässige Besuche zu Hause.	PSO	Freiwillige
	Besuchsdienst	Regelmässige, wöchentliche Besuche.	SRK	Freiwillige
	Begleitdienst	Intensiver Besuchsdienst für Schwerkranke.	SRK	Freiwillige (nach Passage Kurs)
Bildung, Kurse	Begegnung und Austausch	Sprachkurse, Englisch, Russisch. Ziel: Austausch.	PSO	Fachperson
	Bildung	Längerfristige Gruppenkurse mit dem Fokus auf Austausch.	PSO	Fachperson
	Kurse	Computerkurse, Kochen für Männer, administratives Erledigen (Ordner aufbauen, Krankheitskosten zurückfordern etc.).	PSO	Fachperson
	Cours mémoire	Gruppenkurs für Gedächtnistraining mit Hilfe von Spielen und Übungen.	PSO	Fachperson
	Kurs transport public	Kurs zur ÖV-Benutzung und Umgang mit Billet-Automaten.	PSO	Fachperson
Sport und Bewegung	Bewegungspartner-schaften	Freiwillige stellen sich für gemeinsame Aktivitäten zur Verfügung.		Freiwillige
	AquaFit Velotouren Wandergruppen	Sportangebote mit dem Ziel der Prävention und Gesundheitsförderung.		
	Gymnastikangebote, Yoga, Nordic Walking	Sportangebote mit dem Ziel der Prävention und Gesundheitsförderung.	SRK	Fachpersonen
Gymnastik zu Hause	Domigym	Gymnastik für Personen, die nicht mehr mobil sind. Mindestens drei Personen bei einer Teilnehmerin zu Hause.	PSO	Fachperson
Entlastung pflegender Angehöriger	Sozialberatung	Beratung zu Pflegearrangements, Heimeintritten, zu Wohnformen, psychosoziale Beratung, Unterstützung bei der Organisation des Pflegearrangements.	PSO	Fachperson
	Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige	Pflegende oder verwitwete Partnerinnen, Partner, Töchter, Söhne oder Bekannte, die sich in einer Gruppe über ihren Alltag austauschen.	PSO	SA
	Kurse für pflegende Angehörigen	Rückenschonende Pflege oder Umgang mit Demenz.	SRK	Fachpersonen
	Tagesstätte	Angebot, wo Menschen den Tag über betreut werden. Entlastet pflegende Angehörige.	SRK	

Leistung	Name des Angebots	Beschreibung	Anbieter	Dienstleistende Person
Fahrdienst	Fahrdienst	Nicht mehr mobile Personen werden zuhause abgeholt und zu Terminen (Arzt, Therapie, Coiffeur) gefahren und wieder nach Hause.	SRK AI SRK BL	Freiwillige
Freizeitaktivitäten	Spielnachmittag, Mittagstisch		PSO	Fachperson und Freiwillige
	Kinoanlass, Seniorenchor, Jassmeisterschaften, Seniorenausflug		PSO	Fachperson und Freiwillige
	Gesund altern, Tanznachmittage, Fasnacht		PSO	Fachperson und Freiwillige
	Exkursionen	Begleitete Exkursionen für mobilitäts-eingeschränkte Personen.	PSO	Fachperson
Gemeinwesenarbeit	GWA	Diskussion um Schliessung eines Cafés, das Treffpunkt vulnerabler Personen war.	PSO	SA
	GWA	Projekte zur Erreichung vulnerabler Zielgruppen auf Gemeindeebene.		SA
	Quartiers solidaires		PSO	
Generationen im Klassenzimmer	Generationen im Klassenzimmer	Lebenserfahrung, Geduld und Zeit wird zur Verfügung gestellt für Schulklassen oder Kinderhorte.	PSO	Freiwillige
Individuelle Finanzhilfe	Individuelle Finanzhilfe	Finanzielle Hilfe an Menschen in finanziellen Notlagen. Ab Pensionsalter.	PSO	SA
Lehrgang Pflegehelferin	Lehrgang Pflegehelferin	Ausbildung von Männern und Frauen zu Pflegehelfern und Pflegehelferinnen.	SRK	Fachpersonen
Mahlzeiten-dienst	Mahlzeitendienst	Mahlzeiten werden nach Hause gebracht.	PSO	k.A.
Mittagstisch	Mittagstisch	Mittagstisch, wo Senioren hingehen um gemeinsam zu essen.	PSO	k.A.
Mitarbeit und Partizipation		Plattformen bieten, sich einzubringen, gesellschaftlich tätig zu sein.	PSO	Freiwillige (drittes Alter)
Patienten-verfügung	Patientenverfügung	DOCUPASS	PS CH	SA
Notfallknopf	Notrufsystem	Notrufknopf an einem Armband, der bei einem Sturz gedrückt werden kann und wodurch via Zentrale Kontaktpersonen alarmiert werden, die der Person zu Hilfe eilen.	SRK	

Tabelle 7 In den Interviews besprochene Dienstleistungen

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenvorsorge
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASS	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Berufliche Vorsorge
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
ELV	Verordnung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
GWA	Gemeinwesenarbeit
HABE	Haushaltsbudgeterhebung
IF	Individuelle Finanzhilfe
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KLK	Krankenversicherungsleistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
PS	Pro Senectute
PSO	Pro Senectute-Organisationen
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
VZV	Verkehrszulassungsverordnung
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Lebenslaufmodell, eigene Darstellung	13
Abbildung 2	Fragilisierung, eigene Abbildung	15
Abbildung 3	Vier Lebensverläufe am Ende des Lebens. Grafik nach Lalive d'Epinay/Spini et coll. 2008 und Lalive d'Epinay/Cavalli 2013	21
Abbildung 4	Fragilisierung, eigene Abbildung	26
Abbildung 5	Grafik in Anlehnung an die Theorie der Kapitalformen von Pierre Bourdieu	45

Literaturverzeichnis

Abel, Thomas/Abraham, Andrea/Sommerhalder, Kathrin (2009). Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2009) Gesundheitliche Ungleichheit. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag. S. 195–208.

Amrhein, Ludwig (2013). Die soziale Konstruktion von «Hochaltigkeit» in einer jungen Altersgesellschaft. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 46. Jg. (1). S. 10–15. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-012-0459-3>.

Amrhein, Ludwig (2008). Drehbücher des Alter(n)s. Die soziale Konstruktion von Modellen und Formen der Lebensführung und -stilisierung älterer Menschen. Wiesbaden: VS Verlag.

Backes, Gertrud M./Amrhein, Ludwig (2008). Potenziale und Ressourcen des Alter(n)s im Kontext von sozialer Ungleichheit und Langlebigkeit. In: Künemund, Harald/Schroeter, Klaus R. (Hg.) Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen. Wiesbaden: VS Verlag. S. 71–84.

Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (2013). Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Balmer, René (2011). Bedeutung und Perspektiven der Ergänzungsleistungen im Rahmen der AHI-Vorsorge. Sonderdruck aus «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge» Band 55, Heft 3. Bern: Stämpfli.

Baltes, Margaret M./Lang Frieder, R./Wilms, Hans-Ulrich (1998). Selektive Optimierung und Kompensation: Erfolgreiches Altern in der Alltagsgestaltung. In: Kruse, Andreas (Hg.) Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie 15. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 188–204.

Baltes, Paul B./Baltes Margret (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. In: Zeitschrift für Pädagogik, 35, S. 85–105.

Bischofberger, Iren/Jähnke, Anke/Rudin, Melania/Stutz, Heidi (2014). Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Schweizweite Bestandsaufnahmen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Zürich/Bern: Careum/BASS. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=de>

Blum, Robert William/McNeely, Clea/Nonnemaker, James (2002). Vulnerability, risk, and protection. In: Journal of Adolescent Health. 31. Jg. (1, Supplement 1). S. 28–39. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X02004111>.

Bourdieu, Pierre (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hg.) (1983). Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt Sonderband 2. Göttingen: Schwartz. S. 183–198.

Bourdieu, Pierre (1987). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2006). Lesen und Rechnen im Alltag. Grundkompetenzen von Erwachsenen in der Schweiz. Nationaler Bericht zu der Erhebung ALL (Adult Literacy & Lifeskills Survey). Bern: BFS.

Bundesamt für Statistik (2010). Satellitenkonto Haushaltsproduktion. URL: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/06/blank/data.html#parsys_90187.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2012a). Einkommensungleichheit und staatliche Umverteilung. Zusammensetzung, Verteilung und Umverteilung der Einkommen der privaten Haushalte. Neuchâtel: BFS. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/publ.Document.158065.pdf>.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2012b). Gesundheitsstatistik 2012. Neuchâtel: BFS. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.173071.pdf>.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2013a). Lebenslanges Lernen in der Schweiz. Ergebnisse des Mikrozensus Aus- und Weiterbildung 2011. Neuchâtel: BFS.

Bundesamt für Statistik (BFS) (Hg.) (2013b). Die berufliche Vorsorge in der Schweiz. Pensionskassenstatistik 2011. Neuchâtel: BFS.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2013c). Integration – Indikatoren. Sozialhilfe und Armut. Sozialhilfequote und Unterstützungsquote. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43005.430111.html>.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2013d). Bildungsstand der Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht. URL: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/05/blank/key/gleichstellung_und/bildungsstand.html.

Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) (2002). Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance. Ein Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns Madrid, 2002. Bern: BSV.

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2013a). Statistiken zur Sozialen Sicherheit. Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2012. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5242>.

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2013b). Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2012- Tabellenteil. T1.3 Personen mit Ergänzungsleistungen nach demographischen Merkmalen, Ende 2012. Bern: BSV. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5245>.

Bundesamt für Statistik (BFS) (Hg.) (2014). Armut im Alter. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5822>.

Bundesrat (2013). Ergänzungsleistungen zur AHV/IV: Kostenentwicklung und Reformbedarf. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate Humbel (12.3602) vom 15. Juni 2012, Kuprecht (12.3673) vom 11. September 2012 und der FDP-Liberalen Fraktion (12.3677) vom 11. September 2011. 20. November 2013. URL: <http://www.bsv.admin.ch/themen/ergaenzung/aktuell/index.html?lang=de>.

Bundesrat (2014a). Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) (Anrechenbare Mietzinsmaxima) vom 17. Dezember 2014. URL: <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/37731.pdf>.

Bundesrat (2014b): Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz. Bericht des Bundesrates vom 5. Dezember 2014. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=de>.

Campbell, A. John/Buchner, David M. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. In: *Age and Ageing*. 26. Jg. (4). S. 315–318. URL: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/26/4/315.short>.

Cavalli, Stefano (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou s'installer en institution?* Chêne-Bourg: Editions Georg.

Clemens, Wolfgang (2008). Zur «ungleichheitsempirischen Selbstvergessenheit» der deutschsprachigen Alter(n)ssoziologie. In: Künemund, Harald/Schroeter, Klaus R. (Hg.) *Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 17–30.

Cosandey, Jérôme/Bischofberger, Alois (2012). *Verjüngungskur für die Altersvorsorge. Vorschläge zur Reform der zweiten Säule*. Zürich: Avenir Suisse und Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Cosandey, Jérôme (2014). *Generationenungerechtigkeit überwinden. Revisionsvorschläge für einen veralteten Vertrag*. Mit Beiträgen von Martin Eling, François Höpflinger und Pasqualina Perrig-Chiello. Zürich: Avenir Suisse und Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Dapp, Ulrike/Anders, Jennifer/Meier-Baumgartner, Hans Peter/Renteln-Kruse, Wolfgang (2007). Geriatrie und Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 40. Jg. (4). S. 226–240. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-007-0469-8>.

Dapp, Ulrike/Anders, Jennifer/Golpert, Stefan/von Renteln-Kruse, Wolfgang/Minder, C.E. (2012) Ressourcen und Risiken im Alter. Die LUCAS-I Marker zur Klassifizierung älterer Menschen als FIT, pre-FRAIL und FRAIL. Validierung und erste Ergebnisse aus der

Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 45. Jg. (4). S. 262–270.

Dyk, Silke van (2009). Das Alter: adressiert, aktiviert, diskriminiert. In: *Berliner Journal für Soziologie*. 19. Jg. (4). S. 601–625. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s11609-009-0114-z>.

Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) (2012). *Leistungsvertrag Pro Senectute. Evaluation der Transparenz der Beitragsverwendung und der Ausrichtung auf vulnerable Zielgruppen*. Bern: EFK. URL: http://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/evaluationen/Evaluationen%202840%29/8349BE_Schlussbericht_publ_def3.pdf.

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EGB (Hg.)/Stutz, Heidi/Knupfer, Caroline (2012). *Absicherung unbezahlter Care-Arbeit von Frauen und Männern. Anpassungsbedarf des Sozialstaats in Zeiten sich ändernder Arbeitsteilung*. Bern: EBG,

Engstler, Heribert/Tesch-Römer, Clemens (2010). Lebensformen und Partnerschaft. In: *Motel-Klingenberg, Andreas/Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens* (Hg.). *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer.

Fausser, Cornelia (2012). Lebensereignisse im Alter unter geschlechtsspezifischer Perspektive. In: *Kleiner, Gabriele* (Hg.). *Alter(n) bewegt*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 79–118.

Fluder, Robert/Hahn, Sabine/Bennett, Jonathan/Riedel, Matthias/Schwarze Thomas (2012). *Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause*. Zürich: Seismo.

Friese, Susanne (2011). *Qualitative data analysis with Atlas.ti*. Los Angeles, California: SAGE.

Graefe, Stefanie/Dyk, Silke, van/Lessenich, Stephan (2011). Altsein ist später. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 44. Jg. (5). S. 299–305. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-011-0190-5>.

Gross, Peter (2013). *Wir werden älter. Vielen Dank. Aber wozu? Vier Annäherungen*. Freiburg im Breisgau: Herder.

Hehli, Simon (2014): Druck auf Pflegeheime nimmt zu. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 17. Dezember 2014, S. 11.

Heubach, Andrea (2008). *Generationengerechtigkeit als theoretischer Baustein Nachhaltiger Entwicklung?* URL: <http://www.rosalux.de/publication/27217/generationengerechtigkeit-als-theoretischer-baustein-nachhaltiger-entwicklung.html>.

Hochheim, Evelyn/Otto, Ulrich (2011). Das Erstrebenswerteste ist, dass man sich so lange wie möglich selbst versorgt. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 44. Jg. (5). S. 306–312. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-011-0191-4>.

- Höpfliker, François (2005). Zum Generationenwandel der zweiten Lebenshälfte – neues Altern in einer dynamischen Gesellschaft. In: Clemens, Wolfgang/Höpfliker, François/Winkler, Ruedi (Hg.). Arbeit in späteren Lebensphasen – Sackgassen, Perspektiven und Visionen. Bern: Haupt. S. 62–83. URL: <http://www.hoepfliker.com/fhtop/ArbeitundAlter.pdf>.
- Höpfliker, François/Bayer-Oglesby, Lucy/Zumbrunn, Andrea (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Höpfliker, François (2011a). Viertes Lebensalter – zur Situation hochaltriger Menschen. In: Caritas Schweiz (Hg.). Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter. Luzern: Caritas Verlag. S. 59–72.
- Höpfliker, François (2011b) Die Hochaltrigen – eine neue Grösse im Gefüge der Intergenerationalität. In: Petzold, Hilarion G./Horn, Erika/Müller, Lotti et al. (2011) (Hg.). Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag. S. 37–53.
- Höpfliker, François (2012a). Altern in der Schweiz – demografische, gesundheitliche und gesellschaftliche Entwicklungen. In: Perrig-Chiello, Pasqualina/ Höpfliker, François (Hg.). Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Bern: Hans Huber. S. 29–62.
- Höpfliker, François (2012b). Zuhause lebende Menschen im Alter – soziale Netzwerke, Gesundheit und ambulante Unterstützung. In: Perrig-Chiello, Pasqualina/ Höpfliker, François (Hg.). Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Bern: Hans Huber. S. 63–108.
- Höpfliker, François/Perrig-Chiello, Pasqualina (2012). Zukünftige Entwicklung der informellen und ambulanten Pflege im Alter. In: Perrig-Chiello, Pasqualina/Höpfliker, François (Hg.). Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Bern: Hans Huber. S. 305–306.
- Höpfliker, François (2013). Angehörigenpflege im Spannungsfeld traditioneller Familienbilder und neuer gesellschaftlicher Realitäten. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich: Seismo.
- Huxhold, Oliver/Mahne, Katharina/Naumann, Dörte (2010). Soziale Integration. In: Motel-Klingebiel, Andreas/Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kickbusch, Ilona/Ospelt-Niepelt, Ruth/Seematter, Laurence. (2009). Alter. In: Meyer, Katharina (Hg.). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber. S. 123–144.
- Kirchgässner, Gebhard/Gerritzen, Berit (2011). Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich. Gutachten zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO). überarbeitete Fassung.
- Knesebeck, Olaf, von dem/Schäfer, Ingmar (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Alter. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag. S. 241–253.
- Knobloch, Ulrike (2013a). Sorgeökonomie als kritische Wirtschaftstheorie des Sorgens. In: Denknetz Jahrbuch 2013. S. 9–23.
- Knobloch, Ulrike (2013b). Geschlechterverhältnisse in Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik. In: Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik. 32. Jg. (62). S. 60–65.
- Kohn, Johanna/Tov, Eva/Hanetseder, Christa/Hungerbühler, Hildegard (2013). Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migranten/innen in der Schweiz. Eine Studie im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration. Basel/Bern: FHNW/SRK.
- Kornadt, Anna E./Rothermund, Klaus (2011). Dimensionen und Deutungsmuster des Alterns. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 44. Jg. (5). S. 291–298. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-011-0192-3>.
- Kruse, Andreas (2001). Der Beitrag der Erwachsenenbildung zur Kompetenz im Alter. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. 4. Jg. (4). S. 555–575. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s11618-001-0057-4>.
- Lalivé d'Epinay, Christian/Cavalli, Stefano (2013). Le quatrième âge. Ou la dernière étape de la vie. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Lalivé d'Epinay, Christian/Spini, Dario et al. (2008). Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingt ans. Québec: Presse de l'université Laval.
- Landolt, Hardy (2014). Plädoyer für die Einführung einer Pflegeversicherung. In: Pflegerecht. 3. Jg. (3). S. 130–138.
- Laslett, Peter (1995). Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns. Weinheim: Juventa.
- Lempert, Wolfgang (2012). Soziologische Aufklärung als moralische Passion: Pierre Bourdieu. Versuch der Verführung zu einer provozierenden Lektüre. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leppert, Karena/Strauss, Bernhard (2011). Die Rolle von Resilienz für die Bewältigung von Belastungen im Kontext von Altersübergängen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 44. Jg. (5). S. 313–317. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-011-0193-2>.

Mader, Katharina (2013). Staatsfinanzen und Care-Ökonomie. In: Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik. Jg. 32 (62). S. 24–31.

Madörin, Mascha/Soiland, Tove (2013). Care-Ökonomie? Offene Fragen und politische Implikationen. Mascha Madörin und Tove Soiland im Gespräch. In: Denknetz Jahrbuch 2013. S. 84–98.

Mergenthaler, Andreas (2012). Gesundheitliche Resilienz. Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Montada, Leo (2002). Fragen, Konzepte Perspektiven. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.). Entwicklungspsychologie. 5. Vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlage. S. 3–52.

Nadai, Eva (1996). Gemeinsinn und Eigennutz. Freiwilliges Engagement im Sozialbereich. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Nationales Forum Alter und Migration/Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM (Hg.)/Hungerbühler, Hildegard/Bisegger, Corinna (2012). Und so sind wir geblieben. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.

Office fédéral de la statistique (OFS) (2006). Données sociales – Suisse. Intégration et réseaux sociaux. Déterminants de l'isolement social en Suisse. Neuchâtel: OFS. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/publ.html?publicationID=2268>.

Ostertag, Marta/Knöpfel, Carlo (2006). Einmal arm – immer arm? Lebensgeschichten zur sozialen Vererbung und Mobilität in der Schweiz. Luzern: Caritas Verlag.

Perrig-Chiello, Pasqualina (2012). Familiäre Pflege – ein näherer Blick auf eine komplexe Realität. In: Perrig-Chiello, Pasqualina/Höpflinger, François (Hg.). Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Bern: Hans Huber. S. 111–210.

Perrig-Chiello, Pasqualina/Höpflinger, François (Hg.) (2012). Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Bern: Hans Huber.

Perrig-Chiello, Pasqualina/Höpflinger, François/Schnegg, Brigitte (2010). SwissAgeCare – 2010. Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex – Schweiz. Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: Spitex Verband Schweiz. URL: http://www.spitex.ch/index.cfm/46F8024D-B356-3FA3-67EE330685A69245/?id=60AAC324-AA75-28D1-26A0F0EB35E3B942&method=article.detail&p=1&c=488D20CE-04CC-A0AD-B15ADF7D8BE61920&ref_c=&m=1.

Pilgram, Amélie/Seifert, Kurt (2009). Leben mit wenig Spielraum. Altersarmut in der Schweiz. Zürich: Edition Pro Senectute.

Riemer-Kafka, Gabriela (Hg.)/Ueberschlag, Jakob/Beeler, Alex (2013). Repetitorium zum Sozialversicherungsrecht. Band 1. Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie Ergänzungsleistungen. 2. Auflage. Bern: Stämpfli.

Riemer-Kafka, Gabriela (Hg.)/Pfiffner Rauber, Brigitte (2013). Repetitorium zum Sozialversicherungsrecht. Band 3 Krankenversicherung. 2. Auflage. Bern: Stämpfli.

Rageth, Ladina (2009). Schichtspezifische Ungleichheit der Bildungschancen in der Schweiz. PAGES 15 – Diskussions-Papier der Forschungsgruppe Arbeit, Generation, Sozialstruktur (AGES) der Universität Zürich. URL: <http://www.suz.uzh.ch/ages/pages/PAGES-15.pdf>.

Reich, Kersten (2013). Chancengerechtigkeit und Kapitalformen. Gesellschaftliche und individuelle Chancen in Zeiten zunehmender Kapitalisierung. Heidelberg: Springer.

Santos-Eggimann, Brigitte/David, Stéphane (2013). Soll man in der klinischen Praxis Frailty abschätzen? In: Schweizerisches Medizin-Forum, 13. Jg. (12) S. 248–252. URL: <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2013/12/de/smf-01476.pdf>.

Sackmann, Reinhold/Wingens, Matthias (Hg.) (2001). Strukturen des Lebenslaufs. Übergang – Sequenz – Verlauf. Weinheim und München: Juventa.

Schilliger, Sarah (2013). Transnationale Care-Arbeit: osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich: Seismo. S. 142–161.

Schroeter, Klaus R. (2009). Korporales Kapital und korporale Performanzen in der Lebensphase Alter. In: Willems, Herbert (Hg.). Theatralisierungen und Enttheatralisierungen in der Gegenwartsgesellschaft. Band 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 163–181.

Schroeter, Klaus R. (2007). Zur Symbolik des korporalen Kapitals in der «alterslosen Altersgesellschaft». In: Pasero, Ursula/Backes, Gertrud M./Schroeter, Klaus R. (Hg.). Altern in Gesellschaft: VS Verlag. S. 129–148.

Schüpbach, Nadine (2014). Kostenentwicklung und Reformbedarf bei den Ergänzungsleistungen (EL). In: Soziale Sicherheit CHSS. 22. Jg. (2). URL: <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen>.

Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.) (2013). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich: Seismo.

Soom Ammann, Eva/Salis Gross, Corina (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» In Zusammenarbeit mit: public health services. Zürich: ISGF. URL: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praevention/allgemeines/bpgfa/d/BPGFA-Schwererreichbare-Zielgruppen-Gesamtstudie-2011.pdf.

Stutz, Heidi/Bauer, Tobias/Schmugge, Susanne (2007). Erben in der Schweiz. Eine Familiensache mit volkswirtschaftlichen Folgen. Zürich, Chur: Rüegger Verlag.

Thadden, von, Elisabeth (o.A.). Wie ein Buch handeln kann. Zum Tod des französischen Soziologen Pierre Bourdieu. In: Zeit Online. URL: http://www.zeit.de/2002/06/200206_l-bourdieu.xml.

Treibel, Annette (2000). Kultur, Ökonomie, Politik und der Habitus der Menschen (Bourdieu). In: Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart. Bd. 3: VS Verlag für Sozialwissenschaften. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-322-97480-8_10.

Voelcker-Rehage, Claudia/Godde, Benjamin/Staudinger, Ursula, M. (2006). Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 49. Jg. (6). S. 558–566. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-006-1269-9>.

Wächter, Matthias/Künzi, Kilian (2011). Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz. Bern: BASS Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien AG. URL: http://www.buerobass.ch/pdf/2011/Spitex_2011_oekonom_Grenzen.pdf.

Wächter, Matthias/Stutz, Heidi (2007). Neuregelung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht. Im Auftrag der Bundeshausfraktion der SP Schweiz. Bern: BASS Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien AG. URL: http://www.buerobass.ch/studienPopup_d.php?projektId=59.

Wahl, Hans-Werner/Rott, Christoph. Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) (2002). Das hohe Alter – Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung; Bd. 1. Hannover: Vincentz Verlag. S. 9–91.

Weiss, Regula (2006). Vulnerabilität und Resilienz aus transdisziplinärer Sicht. In: Van Eeuwijk, Peter/Obrist, Brigit (Hg.). Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis. Zürich: Seismo. S. 25–47.

Wigger, Annegret/Baghdadi, Nadia/Brüschweiler, Bettina (2013). «Care»-Trends in Privathaushalten: Umverteilen oder auslagern? In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich: Seismo. S. 82–103.

Zogg, Claudio (2011). Wer zahlt die Pflege? Die neue Pflegefinanzierung. Caritas Schweiz (Hg.). Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter. Luzern: Caritas Verlag. S. 87–106.

Gesetzgebung

Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) vom 20. Dezember 1946.

Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 6. Oktober 2006.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008.

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

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

Verordnung über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Strassenverkehr (Verkehrszulassungsverordnung VZV) vom 27. Oktober 1976.

Pro Senectute Schweiz

Lavaterstrasse 60
Postfach
8027 Zürich

Telefon 044 283 89 89
Fax 044 283 89 80

info@prosenectute.ch
prosenectute.ch