BUNDESMINISTERIUM
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

Ältere Menschen – Neue Perspektiven

Seniorenbericht 2000:
Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich

www.parlament.gv.at

Ältere Menschen – Neue Perspektiven

Seniorenbericht 2000:
Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich

BUNDESMINISTERIUM
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

Impressum:

Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich

„Ältere Menschen – Neue Perspektiven"

Herausgeber:
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungspolitik
A-1010 Wien, Franz-Josefs-Kai 51

Koordination:
Österreichisches Institut für Familienforschung

Sachverständigenteam:
Anton Amann, Josef Kytir, Wolfgang Lutz, Helmuth Schattovits

Lektorat:
Robert Bauer, Martin Voracek

Layout:
Ingrid Binder und Edith Vosta

Druck:
Styrian, Graz

Erscheinungsjahr: 2000
1. Auflage

Vorwort des Bundesministers



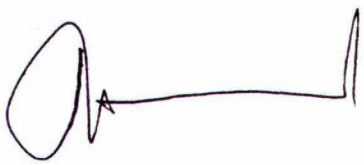
Dieses Werk steht für mich persönlich unter dem Aspekt, die Verbundenheit zwischen den Generationen zu fördern und den Ausgleich der Interessen zwischen älteren und jüngeren Menschen in Österreich sichern zu können. Das von den Vereinten Nationen proklamierte „Internationale Jahr der älteren Menschen 1999" konnte weltweit, vor allem aber auch in unserem Land, einen Bewusstseinswandel über das Bild vom Altern auslösen. Deshalb wurde der vorliegende Bericht bei international renommierten Fachleuten in Auftrag gegeben, um die Lebenssituation älterer Menschen und die wechselseitigen Generationenbeziehungen besser beleuchten zu können.

Sie halten nun diesen für die Gesamtbevölkerung so wichtigen Bericht in Händen, der umfassend über die vielen Herausforderungen, aber auch Chancen berichtet, die die zunehmend „alternde Gesellschaft" mit sich bringt. Er räumt auf mit den vielen Vorurteilen über die älteren Menschen, lässt das auf Defizite ausgerichtete Bild des Alterns nicht weiter gelten und fordert vehement einen Bewusstseinswandel über das Altern. So zeigt er die individuellen Lebensperspektiven einerseits und die Bedeutung und Leistung älterer Menschen andererseits mit aller Deutlichkeit auf. Ganz bewusst nennt sich dieser Bericht nicht „Seniorenbericht", indem er unterstreicht, dass die älteren Menschen der Gesellschaft ihren Stempel zahlenmäßig aufdrücken und dass sie noch stärker und selbstbewusster präsent sein werden.

Mit der Einrichtung des Bundesseniorenbeirates und der nunmehrigen Anerkennung des Österreichischen Seniorenrates als Interessensvertretung der älteren Menschen ist Österreich Vorreiter in Europa. Darüber hinaus sind jedoch auch Infrastrukturen erforderlich, die die ältere Bevölkerung bei ihrem Wunsch nach einem aktiven, sinnerfüllten dritten Lebensabschnitt unterstützen und sie gleichermaßen in die moderne Informationsgesellschaft einbinden. „Jünger" und „Älter" lernen voneinander, sei es im Rahmen von gemeinsamen Intitiativen und Projekten, sei es durch die Anbindung an das Internet. Wirklich entscheidend ist hierbei vor allem der Ausbau des Wir-Gefühls zwischen den Generationen.

Voraussetzung für ein möglichst langes und gesundes Altern ist natürlich eine bewusste Gesundheitsvorsorge, deren Grundstein schon bei den Jüngeren gelegt werden sollte. Dieser Bericht macht offenkundig, dass Senioren- und Generationenpolitik eine Querschnittsmaterie darstellt, die in alle Politikbereiche einfließen muss. So versteht sich dieses Werk als Grundlage für die Ausrichtung der zukünftigen Senioren- und Generationenpolitik und richtet sich an alle, die die Bedeutung des gesellschaftlichen Wandels zu erkennen bereit sind.

Ich werde diesen Bericht dem hohen Haus zur Diskussion der Schlussfolgerungen vorlegen und dem Ministerrat und der Landeshauptleutekonferenz zum Beschluss der verbindlichen Umsetzung übermitteln. Großer Dank gebührt den Autorinnen und Autoren für die Erstellung der wissenschaftlichen Beiträge und all jenen, die am Zustandekommen dieses Berichts beteiligt waren. Ich wünsche mir eine produktive und breitenwirksame Diskussion der Ergebnisse dieses ersten Berichts zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich und Ihnen eine angeregte Lektüre dieser spannenden Thematik.



Bundesminister Mag. Herbert Haupt

Danksagungen

Der hier vorliegende Bericht „Ältere Menschen – neue Perspektiven“ ist die erste umfassende Darstellung der Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. Der Auftraggeber, das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (ehemaliges Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie) wollte eine Basis schaffen, um anbahnenden gesellschaftlichen Änderungen gerecht werden zu können.

Das Österreichische Institut für Familienforschung (ÖIF) wurde im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens als Generalunternehmer mit der Erarbeitung dieses Werkes beauftragt. Die mit dieser Publikation vorliegende wissenschaftliche Version des Berichtes – wie in der folgenden Einleitung beschrieben – ist eine Bestandsaufnahme, Planungs- und Orientierungshilfe für die politischen Entscheidungsträger und ein Nachschlagewerk für alle Interessierten. Um eine breite Befassung und Diskussion der zukünftigen gesellschaftlichen Entwicklung zu ermöglichen, wurde auch – bei Wahrung der wissenschaftlichen Komplexität - eine journalistische Version erstellt.

Das ÖIF hat Persönlichkeiten verschiedener Wissenschaftsdisziplinen für die inhaltliche Koordination und wissenschaftliche Begleitung eingeladen. Für die gute und intensive Zusammenarbeit danken wir ganz herzlich: Univ.-Prof. Dr. Anton Amann (Universität Wien), Univ.-Doz. Dr. Josef Kytir (Akademie der Wissenschaften), Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Lutz (IIASA). Mein besonderer Dank gilt Mag. Gabriele Buchner (ÖIF), die als Geschäftsführerin für den weitgehend reibungslosen Ablauf sorgte. Dieses Team wählte auch die AutorInnen aus, die zur Mitarbeit eingeladen wurden. Diese sind im Verzeichnis der AutorInnen namentlich angeführt.

Das Sachverständigenteam hat den AutorInnen auf deren Konzepte und Beiträge entsprechende Rückmeldungen gegeben. Die Kooperation im Sachverständigenteam, mit den AutorInnen und dem Bundesministerium als Auftraggeber war außerordentlich konstruktiv und der Sache sehr dienlich.

Abschließend nutze ich mit Freude das Privileg des Auftragnehmers, um mich zu bedanken. An erster Stelle nenne ich gerne die VertreterInnen des Bundesministerium, insbesondere die zuständigen Beamtinnen MRin Dr. Eveline Hönigsperger, Dr. Alexandra Werba und OR Dr. Erika Winkler für die intensive Mitarbeit beim Entstehungs- und Entwicklungsprozess dieses ersten Berichtes zur Lebenssituation der älteren Menschen. Ein besonderes Dankeschön gilt den AutorInnen ohne deren Mithilfe dieser Bericht nicht in seiner Tiefe und Breite zustande gekommen wäre. Weiters möchte ich nicht vergessen den Lektoren Mag. Robert Bauer und Univ.-Ass. Dr. Martin Voracek sowie den Layouterinnen Edith Vosta und Ingrid Binder zu danken.

Das ÖIF war in die Erstellung in besonderer Weise eingebunden, so dass ich allen MitarbeiterInnen einen herzlichen Dank für die wirksame Unterstützung sage.

Helmuth Schattovits
Geschäftsführer ÖIF
Vorsitz im Sachverständigenteam

Einleitung

Mit dem hier vorgelegten Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich wird einem sehr alten und immer wieder monierten Bedarf Rechnung getragen: eine übersichtliche und möglichst umfassende Darstellung der Lebensbedingungen dieser Bevölkerungsgruppe vorzulegen, wie sie in ähnlicher Weise für die Jugend und die Familie schon wiederholt unternommen wurde.

Die Funktion solcher Berichte besteht üblicherweise darin, dass sie Beiträge zu gesellschaftlichen Problemdefinitionen leisten, dass sie Bestandsaufnahmen zur Lebenssituation von Menschen in bestimmten gesellschaftlichen Bereichen darstellen und damit als Planungs- und Orientierungshilfe für die politische Gestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse dienen können. Die Darstellungen und Beschreibungen, die diese Berichte enthalten, erfolgen auf der Grundlage empirisch-wissenschaftlicher Forschung, enthalten somit keine politische Programmatik, sind für eine solche aber sehr wohl verwendbar.

Eine Analyse der Lebensverhältnisse älterer Menschen ist heute allerdings an eine Voraussetzung gebunden, die neu und einmalig ist. Sie bezieht sich auf eine „alternde Gesellschaft", d. h. auf Voraussetzungen und Konsequenzen einer sich verändernden Bevölkerungsstruktur, die historisch einzigartig sind. Vieles an diesen Veränderungen ist selbst noch nicht in ganzer Klarheit sichtbar; die Rolle und Stellung der älteren Menschen in einer historisch so neuartigen sozialen Konstellation, die Tiefenstrukturen zukünftiger Generationenverhältnisse, die Formierungsmöglichkeiten für Selbstbestimmung und aktive gesellschaftliche Teilhabe älter werdender Generationen, die widersprüchlich nebeneinander existierenden Altersbilder sind solche konkreten Bereiche, die sich erst an der „Front" der gesellschaftlichen Entwicklung herausschälen. Sie sind noch nicht völlig entwickelt und entschieden, an sie tasten sich die Begriffe und Vorstellungen erst zögernd heran. Der gesellschaftliche Alterungsprozess birgt in diesen Anteilen des noch nicht ganz Sichtbaren, des noch nicht vollständig erkannten Wandels, unausgeschöpfte Möglichkeiten. Die Rede von den Potentialen des Alters hat genau hier ihre Berechtigung und ihr Fruchtbares.

Diese Prozesse erzwingen und prägen zugleich das Öffentlichwerden des Alternsthemas. Es gehört zur Logik des gesellschaftlichen Systems, dass umwälzende Entwicklungen und Probleme Entscheidungsgegenstand der Politik und Verhandlungsthema der Medien werden. Sicher auch durch kulturelle und politische Wertungen, vor allem aber durch die Tatsache des noch nicht vollständig erkannten Wandels kommt es im öffentlichen Diskurs auch zu Fehleinschätzungen, Verkürzungen der Perspektiven und einseitigen Betrachtungen. Die politische Entscheidung, einen Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich erstellen zu lassen, ist somit selbst ein Element im Prozess des Öffentlichwerdens des Alternsthemas, allerdings ein aufklärendes und korrigierendes.

Die Boulevard-Presse und manche sogenannte Sachbücher haben in der Vergangenheit eine Zukunft der Greise suggeriert, einen Kampf aller gegen alle im Generationenverhältnis und andere Schreckensszenarien. Die Zauberlehrlinge des Geschäfts mit der Panik, allen voran ein Teil der Printmedien, haben dabei geschickt halbes Wissen, einseitige Selektion und vollmäulige Reden eingesetzt und ein Bild des Kampfes bis aufs Messer beschworen. In diesen Beschreibungen ging Alter Hand in Hand mit genießerischer Lüsternheit und Mangel an Generationenverantwortung bei den Älteren, die den Jungen eine zerstörte Welt hinterließen, mit Hinfälligkeit, Gebrechlichkeit, Krankheit und daraus erwachsenden Kosten, die die Sozialbudgets in astronomische Höhen treiben würden. Gleichzeitig war häufig die Rede von schwindender sozialer Integration und Aktivität der Älteren, besonders bei Frauen. Wie aus dem vorliegenden Bericht zu entnehmen ist, ist an solchen Vorstellungen viel zu revidieren. Ein reduziertes Aktivitäts- und Integrationsniveau entsteht langsam – es kommt nicht plötzlich zustande. Lebenslange Eingewöhnung in die Verhältnisse, die

Aufgabe der Berufsarbeit, das Erwachsenwerden der Kinder, vermindertes Einkommen, das Wegsterben der Altersgenossen, chronische Erkrankungen, psychische Veränderungen: es sind viele Faktoren, die in jeweils spezifischem Zusammenwirken bei Männern und Frauen zu einem Absinken dieser Niveaus führen können, aber nicht notwendig müssen. Allerdings: Wenn Isolation auftritt, ist sie bei Frauen häufiger, sie sind viel öfter verwitwet, leben häufiger in Einpersonenhaushalten, ihr Einkommen ist niedriger. Dieser geschlechtstypische Unterschied setzt sich fort bis in den Pflegefall; wie denn auch das Problem der Altersverarmung vor allem ein Problem der Frauen ist. Je älter Menschen werden, desto höher wird notwendigerweise das Risiko, derartigen Defiziten in der eigenen Lebenslage ausgesetzt zu sein. Und daran knüpft sich wohl auch die mit Vorliebe vorgestellte Idee des mühsamen und armseligen Alters. Doch: hüten wir uns vor pauschalierenden Urteilen – sie sind immer Vorurteile!

Nicht alle sehr Alten sind hilfebedürftig, krank und unselbständig. Älterwerden, gerade auch unter der Perspektive des hohen Alters, lässt sich als Prozess verstehen, an dem spezifische Charakteristika der menschlichen Existenz offenbar werden. Älterwerden ist vor allem ein Prozess der zunehmenden Individuation und Differenzierung. Die Zurichtung der Persönlichkeit, der täglichen Bedürfnisse, des Tages-, Wochen- und Jahresrhythmus wird nicht mehr so von außen erzwungen, wie es einmal der Fall war. Die Dispositionsspielräume verändern sich entscheidend. Nichts wäre gerade deshalb falscher als von den alten Menschen wie von einer homogenen Gruppe zu sprechen. Die „unwürdige Greisin" von B. Brecht ist in diesem Verständnis eine Metapher für einen viel allgemeineren Vorgang, der mit dem Älterwerden verbunden ist: das Kraftloswerden äußerer, durch Berufsarbeit und Familie gestellter Anforderungen und der damit verbundene Gewinn von Dispositionsspielräumen. Allerdings: die entscheidende Frage bleibt, ob Menschen diese Spielräume, Chancen oder Freiheiten auch nützen und unter welchen Bedingungen ihnen dies möglich ist.

Die Individuation und Differenzierung, die mit fortschreitendem Alter deutlicher werden, sind eng mit der jeweiligen Biografie verbunden. Das Alter ist kein eigener, vom übrigen Leben losgelöster Bereich menschlicher Existenz, er wächst aus dem Vorher heraus und ist auf sein Vergehen hin ausgerichtet. So hat die biografische Forschung, sofern sie auf die systematische Rekonstruktion individueller und kollektiver Lebensverhältnisse angelegt ist, in den letzten Jahren entscheidend dazu beigetragen, auf die enorme interindividuelle Variabilität des Alterns aufmerksam zu machen; sie hat außerdem gezeigt, dass das einfache Übernehmen soziologischer Konzepte in die Gerontologie, die – wie z.B. das Rollenkonzept – aus ganz anderen empirischen Zusammenhängen, als dem des Alternsprozesses gewonnen wurden, zu Problemverkürzungen führt, sodass Altersphänomene nicht mehr angemessen zu begreifen sind.

„Älterwerden heißt selbst ein neues Geschäft antreten; alle Verhältnisse verändern sich und man muss entweder ganz zu handeln aufhören oder mit Willen und Bewusstsein das neue Rollenfach übernehmen", sagte J. W. Goethe als alter Mann (in „Maximen und Reflexionen"). Nicht alles am Alter ist Gelassenheit, kann es wohl auch gar nicht sein; oft genug herrschen ja Resignation, Vergangenheitsorientierung, Starrsinn, Verblasenheit, aber auch Alters-Avantgardismus vor. Nie aber sind sie ein Kennzeichen nur des Alters. Wenn sie auftreten, so gehören sie deshalb zum Alter, weil dieses seinerseits einer bestimmten Biografie angehört. Die genannte Sichtweise legt es nahe, nicht vom Alter, sondern vom Altern zu sprechen; wir haben es mit einem Prozess zu tun und nicht mit einem lange währenden status quo. In diesem Prozess kommt es zu Verfall und Abbau, aber auch zu Anstieg und Bereicherung. Zu fragen ist allerdings, was verfällt und was reicher wird. Hier scheint die Altersforschung noch über wenig verlässliches Wissen zu verfügen; worin in einem Prozess, der in seiner

Gesamtheit auf die Endlichkeit der menschlichen Existenz ausgerichtet ist, das Zurückgewinnen von Verlorenem und das Gewinnen neuer Freiheiten besteht, darüber gibt es mehr normative, ja spekulative Vorstellungen („Wünschenswertes", wie R. Jungk sagte) als empirisch fundiertes Wissen.

Das hohe Alter ist nicht notwendigerweise für alle Menschen eines mit Krankheit und Bürde, mit Abhängigkeit und Resignation; aber es ist, stärker als alle anderen Alter vorher, der Gefahr ausgesetzt, zu einer defizitären Lebenslage zu werden – die Risiken des hohen Alters sind es, die immer wahrscheinlicher werden, unausweichlicher. Trotzdem ist es unzulässig, das Problem steigender Kosten im Gesundheits- und Sozialbereich umstandslos mit dem Altern der Bevölkerung und der Zunahme der Zahl der sehr Alten zu verknüpfen. Die in jüngerer Zeit üblich gewordene Vorstellung von den gewaltigen Kosten, die mit der Zunahme der Zahl der sehr Alten über uns hereinbrechen und nicht mehr zu finanzieren sein werden, bedarf, wie viele andere Konzeptionen, einer Differenzierung und Korrektur. So verbreitet die Rede von den Kosten geworden ist, die mit der Veränderung der Altersstruktur auf uns zukommen werden, es haftet ihr der Geruch des Voreiligen, der Bloßstellung an; sie reduziert die Älteren auf Budgetposten und hängt ihnen den Makel der Last an, die sie für die Rest-Gesellschaft darstellen. In einer Gesellschaft, in der ein Denken, das einmal als „Instrumentelle Vernunft" bezeichnet worden ist, die Köpfe beherrscht, ist auch die Instrumentalisierung der Menschen nicht überraschend. Sich von solchem Denken nicht völlig vereinnahmen zu lassen, ist durch ständige Wachsamkeit zu leisten.

Anton Amann
Mitglied des Sachverständigenteams

Inhalt

1. Demografische Rahmenbedingungen: die alternde Gesellschaft und das älter werdende Individuum **22**
Josef Kytir, Rainer Münz

1.1 Die alternde Gesellschaft 22
1.1.1 Langfristige Veränderungen der Altersstruktur und ihre demografischen Ursachen 22
1.1.2 Demografische Alterung als globales Phänomen 28
1.1.3 Ausgewählte demografische Aspekte der alternden Gesellschaft des 21. Jahrhunderts 30
1.1.3.1 Die Zunahme der Hochaltrigkeit 30
1.1.3.2 Regionale Unterschiede im Prozess der demografischen Alterung 34
1.1.3.3 Ethnische Heterogenisierung des Alters 34
1.1.3.4 Die schwindende „Feminisierung" des Alters 38
1.1.4 Gesellschaftliche Folgen der demografischen Alterung – quantitative Aspekte 38
1.1.4.1 Gesellschaftliche und familiale Unterstützungsraten 38
1.1.4.2 Greift die Demografie zu kurz? Quantitative versus qualitative Aspekte des Altersstrukturwandels 40
1.2 Das älter werdende Individuum 42
1.2.1 Der langfristige Trend zur „sicheren" Lebenszeit 42
1.2.2 Die demografische und soziale „Expansion" der Altersphase in den letzten Jahrzehnten 47

2. Private Lebensformen und soziale Beziehungen älterer Menschen **52**
Josef Hörl, Josef Kytir

2.1 Einleitung 52
2.2 Der altersbedingte Wandel der Wohn- und Lebensformen: ausgewählte Dimensionen 53
2.2.1 Familienstand 58
2.2.2 Haushaltstyp und Haushaltsgröße 58
2.2.3 Ein- und Mehrgenerationenhaushalte 62
2.3 Das Familiennetzwerk älterer Menschen 66
2.3.1 Größe und Struktur des familialen Netzwerks 66
2.3.2 Familiale Lebensformen im Alter 70
2.4 Kontakte und Aktivitäten älterer Menschen 74
2.4.1 Das Kontaktniveau der älteren Menschen – Besuche durch Kinder 74
2.4.2 Das Kontaktniveau der älteren Menschen – Besuche durch sonstige Verwandte 81
2.4.3 Das Kontaktniveau der älteren Menschen – Besuche durch Freunde und Bekannte 82
2.4.4 Wie häufig besuchen ältere Menschen selbst ihre Verwandten sowie Freunde und Bekannte? 86
2.4.5 Die Telefonkontakte der älteren Menschen 90
2.4.6 Verknüpfung von persönlichen und telefonischen bzw. von Verwandten- und Freundeskontakten 94
2.4.7 Die Außenkontakte älterer Menschen 97
2.4.8 Der isolierte ältere Mensch – Ausnahme oder Regelfall? 100

3. Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse **106**
Gerhard Majce

3.1 Einige Begriffsklärungen 106
3.2 Die Studie 107

www.parlament.gv.at

3.2.1 Problemstellung 107
3.2.2 Methodische Anmerkungen zur Studie 110
3.3 Solidaritätspotential in der Generationenbeziehung 112
3.4 Praktizierte Solidarität: Unterstützung und Hilfe zwischen den Generationen 114
3.4.1 Materielle Unterstützung und Hilfe 118
3.4.1.1 Hilfe und Unterstützung in Form von Dienstleistungen – haushaltsbezogene Hilfen 118
3.4.1.2 Unterstützung in Form von Dienstleistungen – instrumentelle persönliche Hilfen 120
3.4.1.3 Pflegerische Hilfen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit 122
3.4.1.4 Exkurs: Pflege aus der Perspektive der (potentiell) Pflegenden 123
3.4.1.5 Finanzielle Unterstützung und Hilfe 126
3.4.2 Ideelle und kommunikative Hilfe: Aussprache, Zuwendung und Verständnis füreinander 129
3.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse über das intergenerationelle Helfen in der Familie 130
3.5 Kommunikation zwischen den Generationen 133
3.5.1 Themen der intergenerationellen Kommunikation 135
3.5.2 Konflikte zwischen den Generationen in der Familie 141
3.6 Die emotionale Seite der Beziehung zwischen den Generationen 142
3.6.1 Empathie: Das Sich-einfühlen-Können und das Sich-verstanden-Fühlen 144
3.6.2 Generationenneid und -wohlwollen: was man einander gönnt 144
3.7 Das Generationenverhältnis in der Gesellschaft: Gesellschaftspolitische Aspekte 145
3.7.1 Das Bild des alten Menschen und der Gegensatz von Jung und Alt 146
3.7.2 Konfliktbereiche im gesellschaftlichen Generationenverhältnis 151
3.7.2.1 Konfliktfeld Familie 152
3.7.2.2 Konfliktfeld Arbeitswelt 153
3.7.2.3 Konfliktfeld (anonyme) Öffentlichkeit 154
3.7.3 Zwischen Altenfeindlichkeit und friedlicher Koexistenz der Generationen 155
3.7.3.1 „Ageism“ 155
3.7.3.2 Friedliche Koexistenz der Generationen 157
3.7.4 Die Zukunft des Generationenverhältnisses 158
3.7.4.1 Konkurrenz um den Lebensstandard – Konfliktpotential in der Zukunft 159
Zusammenfassung 161

4. Die Lage älterer Menschen aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht 164
Martin Oppitz
4.1 Einleitung 164
4.1.1 Ziel 164
4.1.2 Inhaltlicher Aufbau 164
4.1.3 Vorgehensweise 164
4.2 Einkommen und Pensionen 164
4.2.1 Einkommenshöhe 164
4.2.1.1 Personeneinkommen 164
4.2.1.2 Haushaltseinkommen 168
4.2.2 Pensionshöhe 171
4.2.3 Exkurs: Pensionssystem 173

4.2.3.1 Verfahren der Pensionsfinanzierung 173
4.2.3.2 Bestimmungsfaktoren des Finanzgleichgewichts der Pensionsversicherung 174
4.2.3.3 Bestandsaufnahme 174
4.2.3.4 Reformvorschläge 174
4.2.3.5 Pensionsreform 176
4.3 Vermögen und Ausstattung 176
4.3.1 Vermögen 176
4.3.2 Ausstattung 178
4.3.2.1 Allgemeines 178
4.3.2.2 Wohnen 178
4.3.2.3 Haushaltsgeräte 179
4.3.2.4 Kommunikations- und Transportmittel 181
4.3.2.5 Sonstige technische Geräte 182
4.4 Konsum und Ausgabe 183
4.4.1 Allgemeines 183
4.4.2 Unterscheidungsmerkmal Haushaltstyp 184
4.4.3 Unterscheidungsmerkmal Berufsgruppe 186
4.5 Armutsgefährdung 188
4.5.1 Begriffsbestimmung zur Armutsgefährdung 188
4.5.2 Einkommensarmut 190
4.5.3 Ausgabenarmut 190
4.5.4 Ausstattungsarmut 191
4.5.5 Soziale Ausgrenzung 191
4.6 Resümee 194
4.6.1 Die Lage älterer Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht 194
4.6.2 Die Armutsgefährdung älterer Menschen 195
4.6.3 Die Lage älterer Frauen im Vergleich zu älteren Männern aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht 196

5. Die Wohnsituation der älteren Menschen 198

5.1 Wohnen älterer Menschen 198
Margareta Mahidi
5.1.1 Wohnungsausstattung 199
5.1.2 Gebäudeart 204
5.1.3 Gebäude ohne Aufzug 205
5.1.4 Gemeindetypologie 208
5.1.5 Sozioökonomische Einheit und Wohnsituation 209
5.1.6 Wohnungsaufwand 212
5.1.7 Erreichbarkeit bestimmter Einrichtungen 216
5.2 Wohnformen im Alter 224
Christiane Feuerstein, Margarete Havel

5.2.1	Einleitung	224
5.2.2	Traditionelle Wohnformen	225
5.2.2.1	Wohnen zu Hause	226
5.2.2.2	Institutionalisierte Wohnformen	226
5.2.3	Rechtsgrundlagen und Wohnbauförderung	227
5.2.3.1	Einblick ins Mietrechtsgesetz	227
5.2.3.1.1	Adaptierung der Wohnung	227
5.2.3.1.2	Adaptierung des Hauses	228
5.2.3.1.4	Rechtsnachfolge	229
5.2.3.2	Einblick ins Wohnungseigentumsgesetz	229
5.2.3.2.1	Adaptierung der Wohnung	229
5.2.3.1.2	Adaptierung des Hauses	230
5.2.3.1.4	Rechtsnachfolge	230
5.2.3.3	Einblick in die Bauordnung	230
5.2.3.4	Einblick in die Wohnbauförderung	231
5.2.3.4.2	Wohnbauförderung des Landes Wien bei Sanierungen	233
5.2.3.4.3	Wohnbauförderungsrecht und ältere Menschen	234
5.2.3.5	ÖNORM B1600 und ältere Menschen	235
5.2.4	Barrierefreies Bauen – anpassbare Wohnung	235
5.3	„Neue“ Wohnformen für ältere Menschen	237
5.3.1	Betreutes Wohnen	238
5.3.1.1	Betreubares Wohnen in Oberösterreich	239
5.3.1.1.1	Neue Strategie in Oberösterreich	240
5.3.1.1.2	Begriffsdefinition	240
5.3.1.1.3	Finanzierung und Förderung	240
5.3.1.1.4	Belegung, Kosten und Rechtsform	241
5.3.1.1.5	Bauliche Voraussetzungen	241
5.3.1.1.6	Betreuungskonzept	241
5.3.1.1.7	Derzeitiger Projektstand	242
5.3.1.1.8	Bedarfsanalyse und Evaluierung	242
5.3.1.2	Betreutes Wohnen am Bauernhof für ältere Menschen	242
5.3.1.2.1	Bauliche Voraussetzungen	242
5.3.1.2.2	Betreuungskonzept	243
5.3.1.3	Seniorenprojekt Spitzham, Brixlegg	243
5.3.1.4	Kleeblatt GmbH, Ludwigsburg / Deutschland	243
5.3.1.4.1	Bauliche Voraussetzungen	243
5.3.1.4.2	Betreuungskonzept	244
5.3.1.5	Anton-Pieck-Hofje in Romolen / Niederlande	244
5.3.1.5.1	Bauliche Voraussetzungen	244
5.3.1.5.2	Betreuungskonzept	245
5.3.2	Integriertes Wohnen	245
5.3.2.1	Projekt Altenmarkt IV, Salzburg	245
5.3.2.2	Projekt Eben II, Salzburg	246

5.3.2.3	Integriertes Wohnen in Kempten	246
5.3.2.3.1	Bauliche Voraussetzungen	246
5.3.2.3.2	Betreuungskonzept	246
5.3.3	Gemeinschaftliches Wohnen / Selbstorganisierte Wohnprojekte	247
5.3.3.1	Graue Panther Hamburg e. V.	248
5.3.3.2	Gemeinschaft B.R.O.T., Wien	249
5.3.3.2.1	Bauliche Voraussetzungen	249
5.3.3.2.2	Betreuungskonzept	250
5.3.4	Mehrgenerationen-Wohnen	250
5.3.4.1	Drei-Generationen-Wohnhaus in Gleisdorf, Steiermark	250
5.3.4.1.1	Bauliche Voraussetzungen	250
5.3.4.1.2	Unterstützung innerhalb der Familie	251
5.3.5	Seniorenwohngemeinschaften	251
5.3.5.1	Betreute Seniorenwohngemeinschaft der MA 47, Stadt Wien	252
5.3.5.1.1	Bauliche Voraussetzungen	252
5.3.5.1.2	Betreuungskonzept	252
5.3.5.1.3	Beispiel von zwei betreuten Seniorenwohngemeinschaften im 22. Bezirk / Wien	253
5.3.5.2	Seniorenwohnungen am Forellenweg, Salzburg	254
5.3.5.2.1	Bauliche Voraussetzungen	254
5.3.5.2.2	Betreuungskonzept	254
5.3.5.3	Wohnen für Hilfe, Graz	254
5.3.6	Resümee	255

6. Gesund und krank Älterwerden **258**

Josef Kytir, Anita Schmeiser-Rieder, Franz Böhmer, Jeanette Langgassner, Charlotte Panuschka

6.1	Alter ist keine Krankheit	258
6.2	Indikatoren zum Gesundheitszustand älterer Menschen	260
6.2.1	„Self-reported Morbidity“	260
6.2.2	Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte	263
6.2.3.	Medikamentenkonsum	267
6.3	Gesundheitsausgaben	271
6.4	Gesundheitsbedrohungen im Alter	273
6.4.1	Vorbemerkungen	273
6.4.2	Multimorbidität, Polypathie, chronische Erkrankungen	275
6.4.3	Ausgewählte alterspezifische Krankheiten	279
6.4.3.1	Morbus Parkinson	279
6.4.3.2	Osteoporose und Schenkelhalsbruch	281
6.4.3.3	Inkontinenz	281
6.4.3.4	Prostatahypertrophie	282
6.4.3.5	Prostatakarzinom	282
6.4.3.6	Demenzerkrankungen	285
6.4.3.7	Depression, psychische Krankheiten	285
6.4.4	Häufigkeit von Krebserkrankungen	288

6.4.5 Häufigste Todesursachen 292
6.5 Positive Trends der letzten Jahrzehnte 295
6.5.1 Mortalität 295
6.5.1.1 Gesamtsterblichkeit 295
6.5.1.2 Ausgewählte Todesursachen 297
6.5.2 Subjektive Gesundheitseinschätzung und Lebenserwartung in guter Gesundheit 305
6.5.3 Resümee 308
6.6 Präventivmedizinische Themen der Zukunft 312
6.6.1 Gesundheitsbewusstsein 313
6.6.1.1 Gesundheitsbewusstsein am Beispiel zweier Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Hypertonie und Hypercholesterinämie 313
6.6.2 Prävention in der Geriatrie 316
6.6.3 Vorsorgeuntersuchungen 319
6.6.4 Rehabilitation 320

7. Freizeit, Bildung, Verkehr 324

7.1 Freizeitverhalten und Freizeitstile 324
Franz Kolland
7.1.1 Freizeit und aktives Älterwerden – zur Bestimmung der Freizeit im dritten und vierten Lebensalter 324
7.1.2 Zeitaufwand für Freizeitaktivitäten 325
7.1.3 Ausstattung und Ausgaben 328
7.1.3.1 Sport- und Freizeitgeräte 328
7.1.3.2 Ausgaben für Freizeitaktivitäten 330
7.1.4 Aktivitätsbereiche 330
7.1.4.1 Kulturelle Veranstaltungen 330
7.1.4.2 Museums- und Ausstellungsbesuche 331
7.1.4.3 Medienutzung 333
7.1.4.3.1 Fernsehen / Radio 333
7.1.4.3.2 Zeitungen und Zeitschriften 336
7.1.4.4 Der Stellenwert des Buches 337
7.1.4.5 Reisen und Ausflugsfahrten 338
7.1.4.6 Sportliche Aktivitäten 340
7.1.4.7 Ehrenamtliche Tätigkeiten 342
7.2 Bildung im Alter 344
Wilhelm Filla, Stefan Vater
7.2.1 Vorbemerkung / Problemstellung 344
7.2.1.1 Quellen- und Datenlage 344
7.2.1.2 Begrifflichkeit 345
7.2.1.3 Lernen und Bildung im Alter 346
7.2.1.3.1 Lernbereitschaft und Lernfähigkeit 346
7.2.1.3.2 Lernen als Lebensbegleitung 347
7.2.1.4 Generationsübergreifende Bildung 347

7.2.2 Darstellung der empirischen Befunde 348
7.2.2.1 Die KEBÖ-Verbände / Ergebnisse einer Befragung 348
7.2.2.1.1 SeniorInnen an den Volkshochschulen 349
7.2.2.1.2 SeniorInnen in den Bildungsinstitutionen der KEBÖ 352
7.2.2.1.3 Zusammenschau 354
7.2.2.2 Einstellungen zur Weiterbildung im Alter 355
7.2.2.2.1 Weiterbildungsverhalten und Weiterbildungsinteresse 355
7.2.2.2.2 Themenbereiche 356
7.2.2.2.3 Anforderungen an Weiterbildungsangebote 357
7.2.2.2.4 Neueste Daten 358
7.2.2.3 Ältere Studierende an den Universitäten 359
7.2.2.3.1 Anteil der SeniorInnen an den Universitäten 360
7.2.2.3.2 Die Studienmotive älterer Studierender 361
7.2.2.4 Sonstige Anbieter, SeniorInnenverbände, Wiener Senioren Zentrum (WUK) 362
7.2.2.4.1 Die Ergebnisse der Internet-Suche 362
7.2.2.4.2 Die SeniorInnenmesse 1999 – Beispiele für ein aktives Alter 362
7.2.3 Gesellschaftspolitische Schlussfolgerungen und konkrete Bildungsmaßnahmen 363
7.3 Ältere Menschen als Verkehrsteilnehmer 366
Ralf Risser
7.3.1 Einleitung 366
7.3.2 Grundbedingungen 367
7.3.3 Spezielle Bedingungen: Widersprüche 367
7.3.3.1 Widerspruch 1: Ungleiche Erfüllung der Bedürfnisse 368
7.3.3.2 Widerspruch 2: Ungleiche Verteilung der Nachteile 368
7.3.3.3 Widerspruch 3: „Sicherheitsmaßnahmen" vermindern die Attraktivität anderer Fortbewegungsarten oft ohne Sicherheitsgewinn 369
7.3.4 Verbesserungen für Ungeschützte 369
7.3.4.1 Stand des Wissens 369
7.3.4.1.1 Individuumseitig 369
7.3.4.1.2 Gesellschaftsseitig 369
7.3.4.1.3 Fahrzeugseitig 369
7.3.4.1.4 Infrastrukturseitig 370
7.3.4.2 Marketing 370
7.3.5 Mobilität und Gesundheit 371
7.3.5.1 Der Begriff der Gesundheit 371
7.3.5.2 Verkehrssicherheit, Mobilität und Gesundheit 371
7.3.6 Die Situation älterer Verkehrsteilnehmer 372
7.3.6.1 Selbstbestimmung über die Gesundheit 373
7.3.6.2 Sicherheit und Wohlbefinden 373
7.3.6.2.1 Unfälle als Kfz-Lenker 374
7.3.6.2.2 Unfälle als Fußgänger 374
7.3.6.2.3 Typische Unfälle als Kfz-Lenker 375
7.3.6.2.4 Probleme als Fußgänger 375

7.3.6.2.5 Seelisches und soziales Wohlbefinden Außer-Haus-Anteile 375
7.3.6.3 Möglichkeit die Umwelt zu meistern bzw. sie verändern können 378
7.3.7 Maßnahmenvorschläge 378
7.3.7.1 Maßnahmen auf infrastruktureller und auf Überwachungsseite 378
7.3.7.1.1 Geschwindigkeiten 378
7.3.7.1.2 Erhöhte Benutzerfreundlichkeit der Anlagen 379
7.3.7.1.3 Erhöhte Benutzerfreundlichkeit des öV 379
7.3.7.2 Maßnahmen auf der Kfz-Seite 379
7.3.7.3 Kommunikationsmaßnahmen 380
7.3.8 Schlussbemerkung 382

8. Vom Erwerbsleben in den Ruhestand 384
Anton Amann
8.1 Vorbemerkung 384
8.2 Älterwerden in der Berufs- und Arbeitswelt 385
8.3 Die Endphase der Erwerbstätigkeit als Übergangsfeld 386
8.3.1 Demografische Veränderungen und sinkende Erwerbsbeteiligung 387
8.3.2 Arbeitslosigkeit als Push-Effekt für die Pensionierung 390
8.3.3 Diskriminierung und das Problem mit den Altersgrenzen 391
8.3.3.1 Maßnahmen für stabile Beschäftigung und Wiedereingliederung 392
8.3.3.2 Personalrekrutierung 393
8.3.3.3 Vorzeitige Pensionierung 394
8.3.3.4 Antidiskriminierung und Besserstellung 395
8.3.3.5 Prioritäten 395
8.4 Arbeit im Betrieb und Kontexte der Ausgliederung 396
8.5 Verlauf und Entwicklung des faktischen Pensionseintrittsalters 399
8.6 Psychosoziale Auswirkungen des Übertritts in den Ruhestand 402
8.7 Begleitender Übergang in den Ruhestand (Kursangebote zur Vorbereitung) 403
8.8 Beschäftigung im Übergang; berufliche Weiterbildung, Umschulung und die Frage der Produktivität im Alter 403
8.9 Belastungen in der Langzeitarbeitslosigkeit 406

9. Versorgung, Betreuung, Pflege 408
Christoph Badelt, Kai Leichsenring
9.1 Zur Situation hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen in Österreich 408
9.1.1 Zur quantitativen Dimensionierung des Problems 408
9.1.1.1 Methodische Vorbemerkung 408
9.1.1.2 Menschen mit funktionalen Behinderungen: Ein quantitativer Überblick 409
9.1.1.3 Umfang der Betreuungsbedürftigkeit 410
9.1.1.4 Zukunftsperspektiven der Betreuungsbedürftigkeit 415
9.1.2 Das soziale und ökonomische Umfeld der betreuungsbedürftigen Menschen 416
9.1.3 Zur Zufriedenheit mit der Versorgungssituation 418
9.2 Organisation der Hilfe und Betreuung durch Dienste und Einrichtungen 420

9.2.1	Stationäre und teilstationäre Versorgungsformen	421
9.2.1.1	Pensionistenheime und Pflegeheime	422
9.2.1.2	Teilstationäre Betreuung und alternative Angebote	423
9.2.2	Ambulante Versorgung	426
9.2.3	Trägerstruktur unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der privaten Wohlfahrtsträger	428
9.2.4	Organisationsmodelle zur Verbesserung der Koordination in der Altenhilfe	430
9.2.4.1	Das Wiener Pflege- und Betreuungskonzept	430
9.2.4.2	Sozialsprengel in Niederösterreich	433
9.2.4.3	Die Tiroler „Sozial- und Gesundheitssprengel“	433
9.2.4.4	Vertragsbeziehungen zwischen Nonprofit-Organisationen als Anbietern von Diensten und öffentlicher Hand	434
9.2.4.5	Exkurs: Zur Arbeits- und Ausbildungssituation der im Bereich Hilfe und Pflege beschäftigten Personen	435
9.3	Informelle Hilfe und Betreuung	436
9.3.1	Konzeptuelle Vorfragen	436
9.3.2	Umfang und Probleme familiärer Betreuungsarbeit	438
9.3.2.1	Umfang der familiären Betreuungsarbeit	438
9.3.2.2	Probleme	442
9.3.3	Umfang und Probleme der ehrenamtlichen Betreuungsarbeit	443
9.3.3.1	Umfang der ehrenamtlichen Arbeit	443
9.3.3.2	Organisationsformen der ehrenamtlichen Arbeit	444
9.3.4	Politische Probleme	445
9.3.4.1	Praktische Probleme des informellen Systems	445
9.3.4.2	Diskriminierungsgefahren	446
9.4	Kompetenzverteilung und Finanzierung	447
9.4.1	Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern	447
9.4.2	Die Finanzierung von Betreuungsbedürftigkeit in Österreich	448
9.5	Perspektiven	451

10. Ältere MigrantInnen in Österreich **454**

Paloma Fernández de la Hoz, Johannes Pflegerl

10.1	Einleitung	454
10.2	Demografische Aspekte	455
10.3	Rahmenbedingungen für ältere MigrantInnen in Österreich	456
10.3.1	Rechtssituation älterer MigrantInnen in Österreich	456
10.3.1.1	Auswirkungen der neuen Zuwanderungs- und Aufenthaltsrechtsbestimmungen für ältere MigrantInnen	456
10.3.1.2	Für ältere MigrantInnen relevante arbeits-, sozial- und pensionsrechtliche Bestimmungen	458
10.3.2	Wohnen	458
10.3.2.1	Wohnsituation	458
10.3.2.2	Wohnzufriedenheit	460

10.3.2.3 Wohnumfeld 460
10.4 Altern in der Fremde – Die Frage nach der Rückkehr 461
10.4.1 Relevanz der Rückkehrabsichten in der Migrationsforschung 461
10.4.2 Leben im Aufnahmeland als Provisorium – Kein Randphänomen 461
10.4.3 Gründe für den Verbleib im Aufnahmeland 462
10.4.3.1 Ökonomische Faktoren 462
10.4.3.2 Familie und soziales Netz 463
10.4.3.3 Gesundheitliche Probleme 463
10.4.3.4 Negative Wahrnehmung der Situation im Heimatsland 464
10.4.4 Das Migrationsprojekt 465
10.5. Bedeutung der Familie. Ressourcen und Probleme 465
10.5.1 Solidaritätsformen und Konfliktpotential 465
10.5.2 Pflege von Kranken 467
10.5.3 Soziale Beziehungsnetze – Die Frage nach der „Ethnisierung im Alter" 468
10.6 Die Präsenz von älteren MigrantInnen in österreichischen Betreuungseinrichtungen – Chancen und Probleme 470

11. Gesellschaftliche und politische Partizipation älterer Menschen 472
Kai Leichsenring, Charlotte Strümpel
11.1 Zur steigenden Relevanz der politischen und gesellschaftlichen Partizipation älterer Menschen 472
11.2 Politische Partizipation älterer Menschen 474
11.2.1 Wählerverhalten 475
11.2.2 Seniorenorganisationen 479
11.2.3 Institutionelle Rahmenbedingungen der Vertretung älterer Menschen 480
11.2.3.1 Bund 481
11.2.3.1.1 Zuständigkeiten der Bundesministerien 481
11.2.3.1.2 Sozialversicherungsbeiräte 483
11.2.3.2 Landesebene 483
11.2.3.2.1 Seniorenbeiräte in Kombination mit eigenen Seniorenreferaten 483
11.2.3.2.2 Andere Modelle 485
11.2.3.2.3 Vernetzung der Seniorenbeauftragten 487
11.2.3.3 Gemeindeebene 487
11.2.3.3.1 Seniorenbeiräte in Vorarlberger Gemeinden 487
11.2.3.3.2 Seniorenbeauftragte im Bundesland Salzburg 488
11.2.3.3.3 Ausarbeitung eines Leitbilds für ein seniorenfreundliches Zell am See 488
11.2.3.3.4 Seniorenvertretungen in Gemeinden 489
11.3 Freiwilliges Engagement älterer Menschen 490
11.3.1 Zunehmendes politisches Interesse am Ehrenamt im Alter 490
11.3.2 Gründe für ältere Menschen, freiwillig tätig zu werden 492
11.3.3 Freiwilliges Engagement älterer Menschen: Ausmaß, Zielgruppen und Bereitschaft 493
11.3.3.1 Ausmaß 493
11.3.3.2 Wer ist freiwillig tätig? 494

11.3.3.3 Bereitschaft zu freiwilligem Engagement 495
11.3.4 Bereiche, Tätigkeiten und Organisationsformen freiwilligen Engagements älterer Menschen 495
11.3.5 Zusammenfassende Überlegungen 498
11.4 Perspektiven 499

12. Altersforschung in Österreich 504
Anton Amann
12.1 Zur Vorgeschichte der Gerontologie 504
12.2 Versuch einer Präzisierung des Begriffs Sozialgerontologie 505
12.3 Sozialgerontologische Forschung in Österreich 507
12.3.1 Institutionalisierung, ausgewählte Schwerpunkte und Entwicklungen 507
12.3.2 Forschungsdokumentation 513
12.3.2.1 „GeroAust" 514
12.3.2.2 „Altenpflege" 515
12.3.2.3 „Alternsforschung in Österreich" 515
12.3.2.4 Eine Sonderentwicklung jüngerer Zeit: Altenhilfe, Altenpolitik und Ausbildungsfragen 516
12.4 Versuch einer Trend-Skizze 519
12.4.1 Staat, Sozialpolitik und Versorgung 520
12.4.2 Bildung, Gesundheit und Sport im Alter 523
12.4.3 Weitere Einzelforschungsthemen 527
12.5 Ausblick 528

13. Kultur des Alters und Altersbilder 532
Franz Kolland
13.1 Die soziale Situation der älteren Menschen nach kulturellen Gesichtspunkten 534
Leopold Rosenmayr
13.1.1 Bedingungen einer Alterskultur 537
13.2 Historischer Wandel der Altersbilder und der Lebensmuster alter Menschen 539
13.2.1 Wandel des Altersbegriffs; Alter als soziale Kategorie 539
13.2.2 Das Prestige der Alten von der Antike bis zur Moderne 539
13.2.2.1 Geringes Prestige im Mittelalter und der frühen Neuzeit – die Lebenstreppe als Symbol 539
13.2.2.2 Neuer Status und Wert des Alters in der Moderne 540
13.2.3 Das Altersbild im 20. Jahrhundert 542
13.2.3.1 Das Defizitmodell 543
13.2.3.2 Ageism 546
13.2.3.3 Kompetentes Älterwerden: Unabhängigkeit, Kohärenz, Weisheit und Würde 547
13.3 Pluralisierung der Lebensalter und Lebensstile: dritte und vierte Lebensphase aus gerontologischer Sicht 549
13.3.1 Unterscheidung zwischen älteren und alten Menschen, den Hochbetagten und den Langlebigen bzw. zwischen jungen und alten Alten 549
13.3.2 Reorganisation des Lebens nach der Pensionierung; Veränderungen des Alltagslebens 551

13.3.3 Die „Neuen Alten“ 553
13.3.4 Späte Freiheit – neue Freiräume 554
13.4 Selbst- und Fremdeinschätzung 556
13.4.1 Erleben des eigenen Alters im Generationenvergleich 556
13.4.2 Erwartungen an das Alter: Hoffnungen, Befürchtungen, Erwartungen an die Zukunft 558
13.4.2.1 Realisierte und nicht erfüllte Erwartungen 558
13.4.2.2 Vorstellungen über Belastungen 558
13.4.2.3 Veränderungen im Bereich von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 559
13.4.3 Das Alter in den Medien 560
13.4.3.1 Häufigkeit und Art der Darstellung des Alters und der Alten 561
13.4.3.2 Ältere Menschen als Zielgruppe von Rundfunk- und Fernsehsendungen 563
13.5 Lebensplanung und Selbsterfüllung: Der Alternsprozess als Wandlungs- und Entwicklungsprozess 563
13.5.1 Ist die Zukunft vorhersagbar und planbar? Lebenspläne für das Alter 565
13.5.1.1 Vorsorge: Finanzen 565
13.5.2 Autonome Lebensgestaltung – Abgabe von Autonomie 567
13.5.3 Verlust der Selbstbestimmung durch physische und psychische Beeinträchtigungen 568
13.6 Sexualität im Alter 569
13.6.1 Ehe und Partnerschaft im späten Leben 570
13.6.2 Gesellschaftliche Normen, Stereotype und Vorurteile beeinflussen Sexualverhalten und Einstellungen zur Sexualität 571
13.6.2.1 Geschlechtsspezifische Verhaltensweisen 571
13.6.3 Neue Wege zu Intimität und Nähe – Veränderung der Formen des Zusammenlebens 573
13.7 Religiosität 573
13.7.1 Mitgliedschaft und Beteiligung an kirchlichen / religiösen Aktivitäten 574
13.7.2 Einstellung zu Religion und Sinnerfüllung 575
13.8 Sterben und Tod 577
13.8.1 Historisch-anthropologische Darstellung 577
13.8.2 Orte des Sterbens: zu Hause, im Krankenhaus 578
13.8.3 Einstellung zu Sterben und Tod – nicht der Tod macht Angst, sondern das Sterben 580
13.8.3.1 Die Rolle der Angehörigen: Sterbebegleitung und Trauer 580
13.8.3.2 Das Pflegepersonal 581
13.8.4 Sterben in Würde 581
13.8.4.1 Die Hospizbewegung und Sterbebegleitung durch den Hausarzt 582

Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich – eine Synthese 586
Univ.-Prof. Dr. Anton Amann

1 Vorbemerkung 586
2 Wandel in großen Zügen und stabile Verhältnisse 586
2.1 Der stille Zwang der demografischen Veränderungen 586
2.2 Besonderheiten des Wandels 587
2.3 Kommunikationsstrukturen 587
2.4 Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse 588

3	Zwischen Wohlhabenheit und Armut	589
3.1	Die Differenzen sind enorm und Frauen sind relativ benachteiligt	589
3.2	Pensionsniveaus variieren nach Berufsgruppen und Geschlecht am stärksten	590
3.3	Vermögen, Ausstattung und Lebensstandard	590
3.4	Armutsgefährdung	591
4	Wohnen ist eine Lebensform und hat mit Selbständigkeit zu tun	592
4.1	Eigenes Heim, eigene Wohnung	592
4.2	Die Älteren sind über Österreich ungleich verteilt	592
4.3	Im Alter variieren die Wohnformen	592
5	Freizeit, kulturelle Beteiligung, Bildung und Mobilität im Verkehr	593
5.1	Für einen modifizierten Freizeitbegriff	593
5.2	„Frei"-Zeitbudgets und kulturelle Beteiligung	593
5.3	Reisen und einige Fehleinschätzungen	594
5.4	Bildung und Weiterbildung	594
5.5	Ältere Menschen im Straßenverkehr	595
6	Vom Erwerbsleben in den Ruhestand	596
6.1	Ältere Arbeitskräfte – nein danke?	596
6.2	Niedrige Erwerbsquoten und früher Pensionsantritt	597
6.3	Die gepriesene Weiterbildung	597
6.3	Langzeitarbeitslosigkeit unter Älteren	598
7	Gesundheit, Versorgung, Betreuung und Pflege	598
7.1	Alter ist nicht gleich Krankheit	598
7.2	Epidemiologische Hinweise	598
7.3	Multimorbidität und der geriatrische Patient	599
7.4	Chronische Erkrankungen	600
7.5	Wieviele Ältere sind betreuungsbedürftig?	600
7.6	Zukunftsperspektiven und neue Formen der Betreuung	601
7.7	Informelle Hilfe, Laienarbeit und Ehrenamt	601
7.8	Einige Probleme	602
7.9	Ältere MigrantInnen	603
8	Politische und gesellschaftliche Partizipation	603
8.1	Größe einer Bevölkerungsgruppe und politische Wirksamkeit	603
8.2	Formale Vertretung	604
8.3	Gesellschaftliches Engagement	605
9	Kultur des Alters	605
9.1	Ansehen der Älteren und Altersbilder	606
9.2	Altern als Wandlungs- und Entwicklungsprozess	607
10	Forschung und Reflexion	608
10.1	Die Alternsforschung bleibt hinter der Bedeutung des Alterns zurück	608
10.2	Handlungsnotwendigkeiten	609

Empfehlungen **610**

Univ.-Prof. Dr. Anton Amann

Literaturverzeichnis 620
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis 646
Autorenverzeichnis 657

1. Demografische Rahmenbedingungen: die alternde Gesellschaft und das älter werdende Individuum

Josef Kytir, Rainer Münz

Als eigenständige Lebensphase für eine größere Zahl von Menschen gibt es das Alter – historisch gesehen – erst seit relativ kurzer Zeit. Die Entstehung dieser Lebensphase fällt mit der Entstehung moderner Industriegesellschaften zusammen (Laslett 1989; vgl. insbesondere auch Kap. 13.2). Zwei Entwicklungen waren dafür entscheidend (vgl. z. B. Ehmer 1990). Erste Voraussetzung war die Etablierung des Wohlfahrtsstaates mit seinen Pensions- und Rentensystemen. Sie garantieren einen von der familiären Situation und vom Privatvermögen unabhängigen Anspruch auf statussichernde materielle Versorgung nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt. Gleichzeitig stellen Pensionssysteme aufgrund ihrer gesetzlich festgelegten Altersgrenzen für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ein wesentliches Element der Institutionalisierung und Standardisierung des Lebenslaufs dar (dazu: Backes / Clemens 1998: 25ff.). Zum zweiten ist der individuelle und gesellschaftliche Bedeutungsgewinn der Lebensphase „Alter" eng mit der „demografischen Revolution" der vergangenen 150 Jahre verbunden. Um diese demografischen Aspekte – also um die alternde Gesellschaft und die Zunahme der Lebenserwartung in Österreich sowie um absehbare Konsequenzen der weiteren demografischen Entwicklung für die Lebensphase „Alter" – geht es im folgenden.

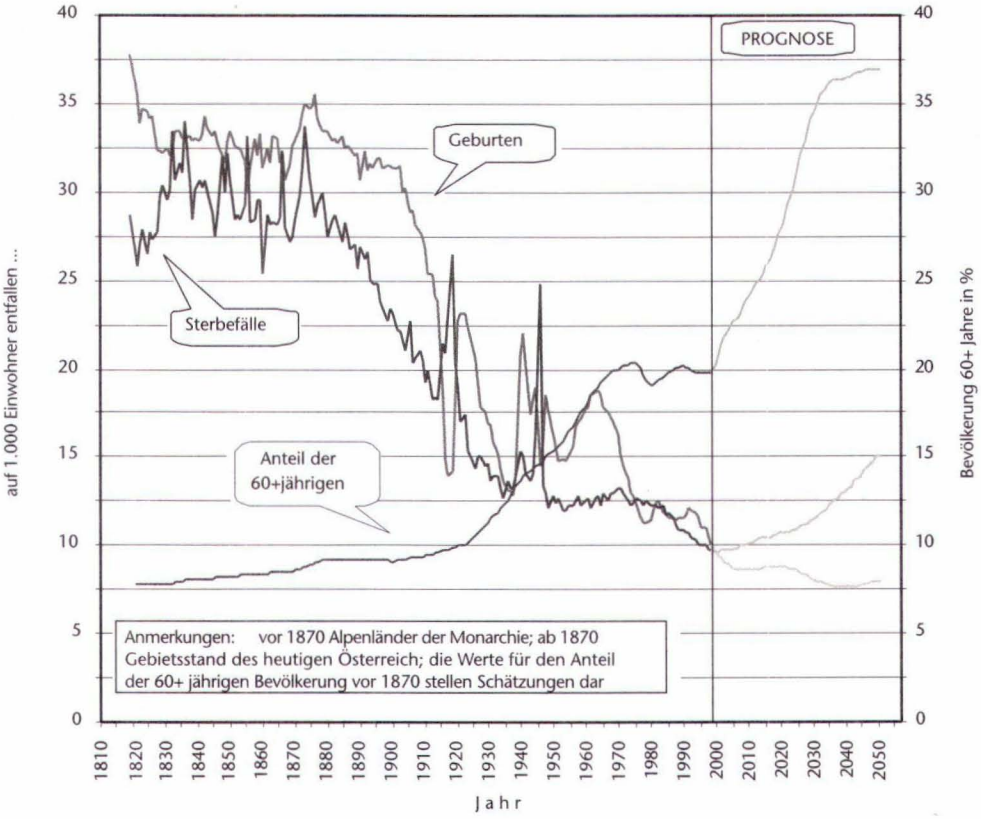
1.1 Die alternde Gesellschaft

1.1.1 Langfristige Veränderungen der Altersstruktur und ihre demografischen Ursachen

Jede Veränderung in der Größe und Zusammensetzung einer Bevölkerung ist das Resultat der Entwicklung von Fertilität (Geburtenzahl), Mortalität (Sterbefälle) und Migration (Zu- und Abwanderung). Dies gilt auch für den demografischen Alterungsprozess. Die wichtigste Ursache für das Altern einer Bevölkerung ist dabei nicht so sehr der Rückgang der Sterblichkeit, also die steigende Lebenserwartung, sondern vor allem der Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau. Der Anstieg der Lebenserwartung trägt erst in zweiter Linie zur demografischen Alterung bei, nämlich dann, wenn die Sterberaten im mittleren und höheren Erwachsenenalter nachhaltig zurückgehen (siehe dazu Kapitel 1.2). Komplex ist der Einfluss der Migration auf den Alterungsprozess. Hier spielt die Altersstruktur der Migranten eine wichtige Rolle. Allerdings zeigen Modellrechnungen, dass selbst die permanente Zuwanderung jüngerer Menschen den durch niedrige Fertilität verursachten Alterungsprozess langfristig nur wenig beeinflussen kann (Steinmann 1996; für Österreich: Kytir 1996: 111).

Im 19. und frühen 20. Jahrhundert entwickelten sich aus den vormodernen Agrargesellschaften Mitteleuropas moderne Industriegesellschaften mit arbeitsteiliger Produktion und massenhafter Verbreitung lohnabhängiger Erwerbsformen außerhalb der Landwirtschaft. Hinzu kam die Ausdifferenzierung weitgehend säkularisierter Lebenswelten. Entscheidend für die Entstehung des Alters als eigenständiger Lebensphase war schließlich der Auf- und Ausbau wohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme, die an Erwerbsarbeit anknüpften. Die tiefgreifenden ökonomischen, sozialen und politischen Veränderungen hatten erhebliche demografische Konsequenzen. Sie bewirkten einen nachhaltigen Rückgang der Sterblichkeit und in weiterer Folge auch einen Rückgang der Kinderzahlen. Die Bevölkerungswissenschaft bezeichnet dieses Phänomen als den „demografischen Übergang". Das Altern einer Bevölkerung ist eine zeitlich verschobene, insgesamt aber unvermeidbare und irreversible Folge dieses „demografischen Übergangs" und der ihm zugrunde liegenden gesellschaftlichen Wandlungsprozesse (Abb.1.1).

Abbildung 1.1: „Demografischer Übergang" und der langfristige Wandel der Altersstruktur: Geburten- und Sterberaten, Anteil der 60+-jährigen Bevölkerung im Zeitraum 1820 bis 1998, Vorausschätzungen bis 2050



Quellen: Gisser 1979; Demographisches Jahrbuch Österreichs; Bevölkerungsvorausschätzung 1998 bis 2050 des ÖSTAT (mittlere Variante)

Tabelle 1.1:

Bevölkerung Österreichs nach breiten Altersgruppen, Medianalter: 1869 bis 1998, Vorausschätzungen bis 2050 (mittlere Variante)

Jahr	Kinder, Jugendliche		Erwerbsalter			ältere Menschen			Median-alter[1)]
	0-14 J.	0-19 J.	15-59 J.	20-59 J.	20-64 J.	60+ J.	65+ J.	75+ J.	
1869	1.268.478	1.686.007	2.844.250	2.426.721	2.577.873	385.145	233.993	53.192	26,9
1880	1.454.866	1.893.946	3.048.574	2.609.494	2.789.041	459.702	280.155	63.949	26,8
1890	1.615.030	2.111.959	3.301.404	2.804.475	2.985.562	500.918	319.831	78.786	26,4
1900	1.779.167	2.338.952	3.677.262	3.117.477	3.320.153	547.349	344.673	92.641	25,9
1910	1.984.334	2.598.182	4.037.910	3.424.062	3.649.578	626.066	400.550	103.155	26,2
1923	1.634.260	2.267.982	4.237.383	3.603.661	3.850.965	663.099	415.795	102.143	28,5
1934	1.601.597	1.994.967	4.330.204	3.936.834	4.229.859	828.432	535.407	148.429	31,7
1939	1.405.957	1.971.106	4.335.070	3.769.921	4.095.496	911.693	586.118	167.458	33,7
1951	1.587.804	2.028.320	4.262.843	3.822.327	4.172.178	1.083.258	733.407	220.976	36,0
1955	1.552.141	2.042.831	4.233.853	3.743.163	4.111.174	1.160.891	792.880	254.820	35,1
1960	1.553.501	2.107.267	4.212.775	3.659.009	4.078.834	1.281.161	861.336	289.613	35,5
1965	1.698.114	2.199.223	4.159.864	3.658.755	4.113.485	1.412.911	958.181	322.618	35,0
1970	1.819.259	2.320.982	4.147.668	3.645.945	4.095.044	1.500.159	1.051.060	350.229	33,7
1975	1.760.714	2.343.720	4.275.830	3.692.824	4.108.113	1.542.359	1.127.070	394.131	34,0
1980	1.541.395	2.198.722	4.563.560	3.906.233	4.187.783	1.444.478	1.162.928	449.268	34,6
1985	1.385.711	2.011.959	4.689.002	4.062.754	4.489.784	1.503.548	1.076.518	497.318	35,2
1990	1.347.038	1.866.125	4.827.041	4.307.954	4.708.224	1.555.157	1.154.887	534.858	35,6
1995	1.411.647	1.870.327	5.045.854	4.587.174	4.957.865	1.589.034	1.218.343	497.038	36,3
1996	1.403.426	1.866.311	5.065.987	4.603.102	4.963.680	1.589.972	1.229.394	512.715	36,6
1997	1.392.621	1.864.080	5.086.301	4.614.842	4.968.564	1.593.260	1.239.538	531.178	37,0
1998	1.379.287	1.856.988	5.096.976	4.619.275	4.973.159	1.601.669	1.247.785	549.094	37,4
1999	1.363.735	1.845.481	5.087.637	4.605.891	4.982.126	1.630.565	1.254.330	566.310	37,9
2000	1.346.816	1.828.747	5.059.439	4.577.508	4.996.187	1.677.671	1.258.992	582.587	38,3
2005	1.247.747	1.713.570	4.993.281	4.527.458	5.011.885	1.831.769	1.347.342	642.609	40,7
2010	1.126.735	1.600.590	4.973.478	4.499.623	4.959.982	1.947.821	1.487.462	669.981	43,1
2015	1.073.596	1.494.535	4.903.160	4.482.221	4.968.790	2.074.958	1.588.389	729.619	45,2
2020	1.075.572	1.454.697	4.726.061	4.346.936	4.919.307	2.273.956	1.701.585	830.347	46,7
2025	1.086.946	1.453.312	4.449.163	4.082.797	4.749.978	2.552.092	1.884.911	900.066	47,4
2030	1.073.457	1.448.046	4.193.260	3.818.671	4.480.512	2.800.687	2.138.846	977.206	48,0
2035	1.034.434	1.416.697	4.068.685	3.686.422	4.231.278	2.900.321	2.355.465	1.105.652	48,7
2040	989.491	1.367.342	4.029.670	3.651.819	4.110.039	2.881.061	2.422.841	1.286.020	49,3
2045	959.029	1.320.210	3.946.025	3.584.844	4.072.307	2.862.576	2.375.113	1.426.143	50,0
2050	946.210	1.289.560	3.846.967	3.503.617	3.990.733	2.812.316	2.325.200	1.424.437	50,0

1) Das Medianalter teilt die Bevölkerung in zwei gleich große Gruppen

Quellen: Volkszählungen (1869 bis 1951); Bevölkerungsfortschreibung des ÖSTAT (1955 bis 1997); Bevölkerungsvorausschätzung 1998-2050 des ÖSTAT (mittlere Variante); eigene Berechnungen

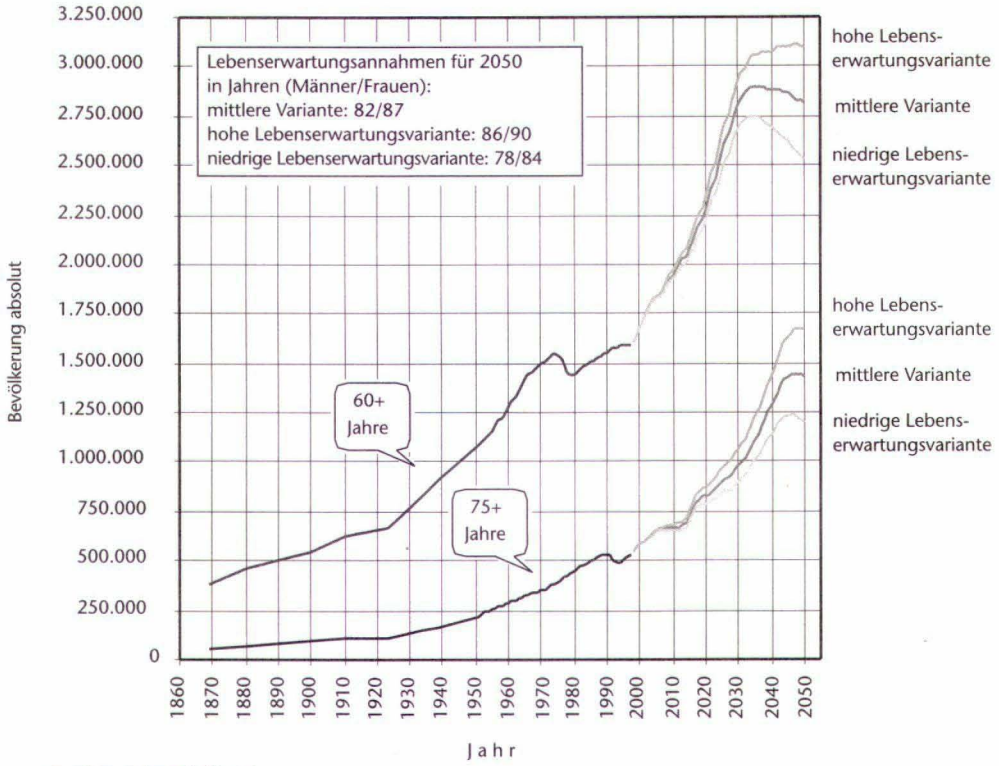
Tabelle 1.2:

Anteil breiter Altersgruppen in Prozent der österreichischen Bevölkerung: 1869 bis 1998, Vorausschätzungen bis 2050 (mittlere Variante)

Jahr	Kinder, Jugendliche		Erwerbsalter			ältere Menschen		
	0-14 J.	0-19 J.	15-59 J.	20-59 J.	20-64 J.	60+ J.	65+ J.	75+ J.
1869	28,2	37,5	63,2	54,0	57,3	8,6	5,2	1,2
1880	29,3	38,2	61,4	52,6	56,2	9,3	5,6	1,3
1890	29,8	39,0	60,9	51,8	55,1	9,2	5,9	1,5
1900	29,6	39,0	61,2	51,9	55,3	9,1	5,7	1,5
1910	29,8	39,1	60,7	51,5	54,9	9,4	6,0	1,6
1923	25,0	34,7	64,8	55,1	58,9	10,1	6,4	1,6
1934	23,7	29,5	64,1	58,2	62,6	12,3	7,9	2,2
1939	21,1	29,6	65,2	56,7	61,6	13,7	8,8	2,5
1951	22,9	29,3	61,5	55,1	60,2	15,6	10,6	3,2
1955	22,3	29,4	60,9	53,9	59,2	16,7	11,4	3,7
1960	22,0	29,9	59,8	51,9	57,9	18,2	12,2	4,1
1965	23,4	30,2	57,2	50,3	56,6	19,4	13,2	4,4
1970	24,4	31,1	55,5	48,8	54,8	20,1	14,1	4,7
1975	23,2	30,9	56,4	48,7	54,2	20,4	14,9	5,2
1980	20,4	29,1	60,4	51,7	55,5	19,1	15,4	6,0
1985	18,3	26,5	61,9	53,6	59,2	19,8	14,2	6,6
1990	17,4	24,1	62,5	55,7	60,9	20,1	14,9	6,9
1995	17,5	23,2	62,7	57,0	61,6	19,7	15,1	6,2
1996	17,4	23,2	62,9	57,1	61,6	19,7	15,3	6,4
1997	17,3	23,1	63,0	57,2	61,6	19,7	15,4	6,6
1998	17,1	23,0	63,1	57,2	61,6	19,8	15,4	6,8
1999	16,9	22,8	63,0	57,0	61,6	20,2	15,5	7,0
2000	16,7	22,6	62,6	56,6	61,8	20,8	15,6	7,2
2005	15,5	21,2	61,9	56,1	62,1	22,7	16,7	8,0
2010	14,0	19,9	61,8	55,9	61,6	24,2	18,5	8,3
2015	13,3	18,6	60,9	55,7	61,7	25,8	19,7	9,1
2020	13,3	18,0	58,5	53,8	60,9	28,2	21,1	10,3
2025	13,4	18,0	55,0	50,5	58,7	31,6	23,3	11,1
2030	13,3	17,9	52,0	47,3	55,5	34,7	26,5	12,1
2035	12,9	17,7	50,8	46,1	52,9	36,2	29,4	13,8
2040	12,5	17,3	51,0	46,2	52,0	36,5	30,7	16,3
2045	12,3	17,0	50,8	46,2	52,4	36,9	30,6	18,4
2050	12,4	17,0	50,6	46,1	52,5	37,0	30,6	18,7

Quellen: siehe Tabelle 1.1

Abbildung 1.2:
Zahl der 60- bzw. 75- und Mehrjährigen: Österreich 1869 bis 1998, Prognosen bis 2050 (drei Varianten)



Quellen: siehe Tabelle 1.1

Langfristig betrachtet, befindet sich Österreich – wie auch andere vergleichbare Industrieländer – zu Beginn des 21. Jahrhunderts im letzten Drittel eines insgesamt rund 120 Jahre lang andauernden demografischen Alterungsprozesses (Tab. 1.1 und 1.2):

- Demografisches Altern lässt sich in Österreich erst seit dem Ende des Ersten Weltkriegs beobachten. 1923 überschritt der Anteil der älteren Menschen (über 60 Jahre) erstmals die 10%-Marke, während die Bevölkerung in den Jahrzehnten davor stark gewachsen war und tendenziell eher jünger wurde. So war 1869 die Hälfte der Bevölkerung auf dem Gebiet des heutigen Österreich jünger als 27 Jahre. Dieser Wert sank bis zur Jahrhundertwende auf 26 Jahre, begann danach leicht anzusteigen und lag 1923 mit 28,5 Jahren wieder über diesem Wert. Hoch war daher der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren an der Gesamtbevölkerung. Er betrug vor dem Ersten Weltkrieg beinahe 40% und sank bis zum Jahr 1923 auf 35%.
- Zwischen 1923 und 1970 stieg die Zahl der über 60-jährigen von ca. 650.000 auf 1,5 Mio. Personen an. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0 bis unter 20 Jahre) blieb im selben Zeitraum praktisch unverändert (ca. 2,3 Mio.). Gleiches gilt für die Zahl der 20- bis 59-jährigen (ca. 3,6 Mio.). Das demografische Gewicht älterer Menschen stieg dementsprechend an. Am Beginn der 70er Jahre war jeder fünfte Einwohner Österreichs 60 Jahre oder älter.

www.parlament.gv.at

► Die drei Jahrzehnte ab 1970 stellten für Österreich eine „Zäsur" im langfristigen Prozess der demografischen Alterung dar.[1] Denn in den 70er, 80er und 90er Jahren veränderten sich Zahl und Anteil älterer Menschen kaum. Gegenwärtig (1998) leben in Österreich knapp 1,6 Mio. Menschen über 60 Jahre, also nur um 100.000 Personen mehr als vor 30 Jahren. Deutlich stärker gestiegen ist im Vergleich dazu die Zahl der 20- bis 59-jährigen, nämlich von 3,6 Mio. auf 4,6 Mio. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0 bis unter 20 J.) verringerte sich im selben Zeitraum um beinahe 500.000 (1970: 2,3 Mio.; 1998: 1,8 Mio.). Damit erhöhte sich das demografische Gewicht der 20- bis 59-jährigen Bevölkerung (1970: 55%; 1998: 63%) auf Kosten des Anteils von Kindern und Jugendlichen (1970: 31%; 1998: 23%). Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung blieb nahezu gleich (1970 und 1998: 20%).

► Österreichs Bevölkerung wird in den kommenden Jahrzehnten deutlich altern (Abb.1.2). Bei einer voraussichtlich gleichbleibenden Einwohnerzahl werden in Österreich den vorliegenden Bevölkerungsprognosen (mittlere Variante[2]) zufolge im Jahr 2015 rund 2 Mio., 10 Jahre später (2025) 2,5 Mio. und weitere zehn Jahre später (2035) 2,9 Mio. über 60-jährige leben. Erhöht sich die Lebenserwartung noch etwas stärker,[3] so würde die Zahl älterer Menschen bis 2035 sogar auf knapp über 3 Mio. ansteigen. Nimmt die Lebenserwartung dagegen keinen so günstigen Verlauf,[4] so fällt der Zuwachs etwas geringer aus (2,7 Mio.). Diesem Wachstum steht ein deutlicher Rückgang der Kinder und Jugendlichen (minus 450.000) sowie der 20- bis 60-jährigen (minus 930.000) gegenüber. Der Anteil der 60- und Mehrjährigen an der Gesamtbevölkerung wird daher in den kommenden Jahrzehnten – je nach Prognoseannahmen – auf 35% bis 38% steigen.

► Nach 2030, wenn die schwach besetzten Geburtsjahrgänge der 1970er Jahre das 60. Lebensjahr erreichen, wird der demografische Alterungsprozess allmählich zum Stillstand kommen. Für die Zeit danach zeichnet sich ein Rückgang der Einwohnerzahl ab, falls es nicht zu massiver Einwanderung kommt. Der historische Wandel von einer demografisch „jungen" zu einer demografisch „alten" Bevölkerung wird in Österreich dann abgeschlossen sein. In anschaulicher Form zeigt dies ein Vergleich der „Bevölkerungspyramiden" der Jahre 1910, 1998 und 2030 (Abb.1.3).

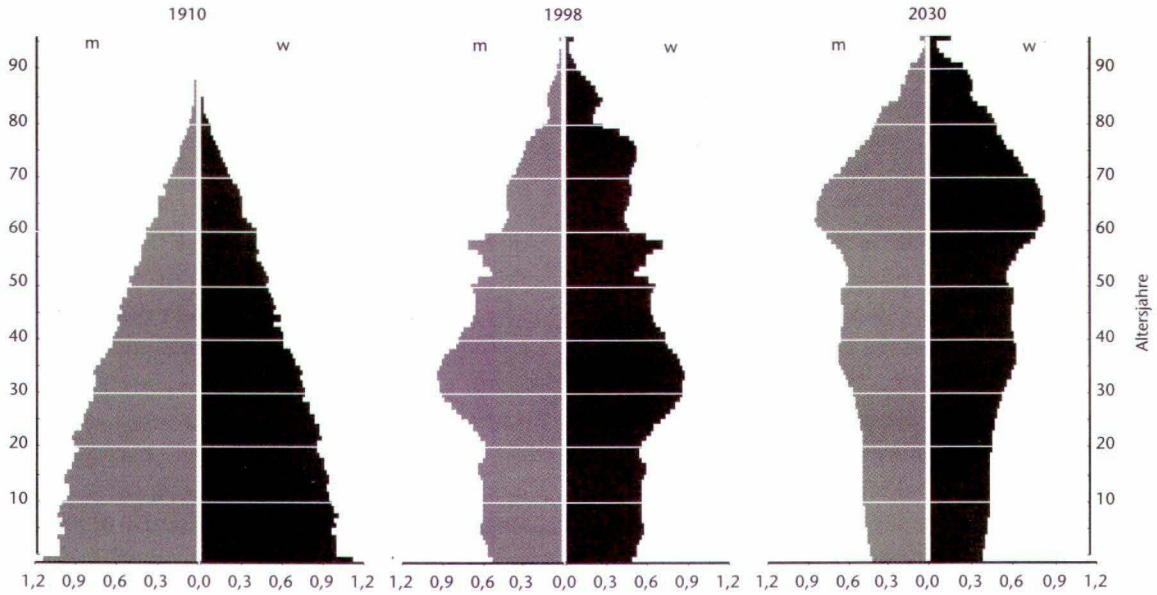
1 Die Ursachen für diese Zäsur folgen allerdings keiner demografischen Logik, sondern sie sind zum Teil in den demografischen Folgen der politischen Geschichte unseres Landes zu sehen. So kamen nach 1970 die durch hohe Fertilität und beträchtliche Zuwanderung in das Gebiet des späteren Österreich besonders stark besetzten Geburtsjahrgänge des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts ins „Hauptsterbealter". Durch den Geburtenrückgang und das abrupte Ausbleiben von Zuwanderern in den letzten Jahren der Monarchie bzw. unmittelbar nach dem Ende des Ersten Weltkriegs erreichten nach 1970 schwächer besetzte Geburtsjahrgänge das Pensionsalter, die bei den Männern überdies um die Kriegstoten des Zweiten Weltkriegs dezimiert waren. Aufgrund der Wirtschaftskrise waren dann in weiterer Folge die Geburtsjahrgänge der frühen 1930er Jahre besonders schwach besetzt. Umgekehrt erhöhten zwei Boom-Generationen, die 1939-43 bzw. 1960-64 Geborenen, das demografische Gewicht der jüngeren Menschen. Die Baby-Boom-Generation der frühen 60er Jahre wurde durch die Zuwanderungswelle 1989-93 noch zusätzlich verstärkt.

2 In der mittleren Variante steigt die Lebenserwartung zwischen 1997 und 2050 von 74,3 Jahren auf 82 Jahre (Männer) bzw. von 80,6 Jahren auf 87 Jahre (Frauen).

3 Anstieg bis zum Jahr 2050 auf 86 Jahre (Männer) bzw. 90 Jahre (Frauen).

4 Anstieg bis zum Jahr 2050 auf 78 Jahre (Männer) bzw. 84 Jahre (Frauen).

Abbildung 1.3:
Altersaufbau der Bevölkerung Österreichs im Vergleich der Jahre 1910, 1998 und 2030



1.1.2 Demografische Alterung als globales Phänomen

Demografische Alterung ist primär eine Folge niedriger Fertilität und damit bislang ein Phänomen der Industriestaaten. Die Weltbevölkerung ist daher insgesamt noch kaum gealtert (Tab. 1.3). Das wird sich in Zukunft ändern. Denn im 21. Jahrhundert werden als Folge gesunkener Kinderzahlen und verlangsamten Bevölkerungswachstums, aber auch durch eine steigende Lebenserwartung, die Anteile älterer und sehr alter Menschen in den wirtschaftlich weniger entwickelten Staaten erstmals deutlich steigen. Die Prognosen der UN gehen dabei für die Entwicklungsländer von einer Verdreifachung des Anteils älterer Menschen über 60 Jahre aus (1995: 7%; 2050: 21%). Selbst in den ökonomisch am wenigsten entwickelten Ländern der Erde wird sich der Anteil der über 60-jährigen Bevölkerung bis 2050 mehr als verdoppeln. Dabei lässt sich voraussehen, dass der demografische Alterungsprozess in diesen Ländern zeitlich gesehen noch viel rascher ablaufen wird als in den Industriestaaten.

Noch deutlicher wird die globale Bedeutung der demografischen Alterung, wenn man die zukünftige regionale Konzentration der wachsenden Zahl älterer Menschen analysiert (Abb. 1.4). So wird die Gruppe der über 60-jährigen Bevölkerung in den Industriestaaten zwischen 1995 und 2050 bloß um 88% anwachsen, in den wirtschaftlich weniger entwickelten Staaten im selben Zeitraum dagegen auf den fünffachen Wert steigen. Schon 1995 lebten mehr als die Hälfte aller älteren Menschen (57%) in Entwicklungsländern. Bis zum Jahr 2050 wird sich dieser Anteil auf beinahe 80% erhöhen. Dies ist schon deshalb folgenreich, weil es heute für die Mehrzahl der älteren Menschen in Entwicklungsländern noch keine Pensionsversicherungen oder andere Formen kollektiver Einkommenssicherung im Alter gibt.

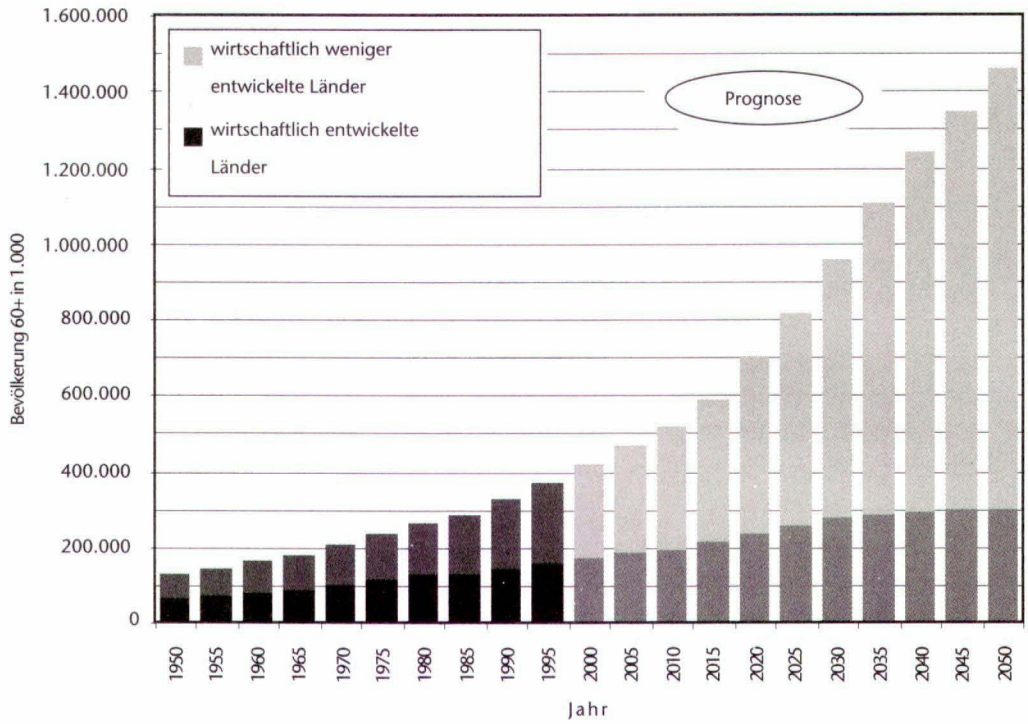
Tabelle 1.3:

Anteil der 60+-jährigen und der 80+-jährigen Bevölkerung in ausgewählten Ländern bzw. Regionen der Erde 1950 bis 1995, Prognosen bis 2050

Land/Region*	1950	1970	1995	2015	2030	2050
			Anteil der 60+-jährigen in %			
Österreich	15,4	20,1	19,3	23,7	32,9	37,2
Deutschland	14,6	19,9	20,9	26,8	34,4	35,3
Schweiz	14,0	16,4	19,1	24,9	34,0	36,5
EU15	13,9	17,6	20,8	26,1	32,8	35,1
Osteuropa	9,7	13,0	17,1	21,3	26,4	34,4
Südeuropa	11,3	14,7	20,6	26,1	33,6	38,9
Vereinigte Staaten von Amerika	12,5	14,1	16,4	20,8	26,4	27,8
Japan	7,7	10,6	20,5	31,2	34,2	37,6
China	7,5	6,8	9,3	14,7	23,2	29,7
wirtschaftlich entwickelte Länder	11,7	14,5	18,4	23,7	29,2	32,5
wirtschaftlich weniger entwickelteLänder	6,4	6,1	7,3	9,9	14,6	20,6
wirtschaftlich am wenigsten entwickelte Länder	5,4	5,1	4,8	5,3	7,0	12,1
Welt gesamt	8,1	8,4	9,6	12,3	16,8	22,1
			Anteil der 80+-jährigen in %			
Österreich	1,2	2,1	3,5	4,3	6,2	11,4
Deutschland	1,0	1,9	4,1	5,2	6,8	11,3
Schweiz	1,2	1,8	3,8	4,9	7,2	12,5
EU15	1,2	2,0	3,8	5,4	7,0	11,0
Osteuropa	0,9	1,2	2,3	3,3	4,1	6,9
Südeuropa	1,1	1,6	3,2	5,6	7,0	11,6
Vereinigte Staaten von Amerika	1,1	1,8	3,0	3,6	5,1	7,7
Japan	0,4	0,9	3,1	6,6	10,2	11,5
China	0,3	0,5	0,7	1,6	2,6	6,7
wirtschaftlich entwickelte Länder	1,0	1,6	3,0	4,4	6,0	8,9
wirtschaftlich weniger entwickelte Länder	0,3	0,4	0,6	1,0	1,6	3,5
wirtschaftlich am wenigsten entwickelte Länder	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6	1,2
Welt gesamt	0,5	0,7	1,1	1,6	2,2	4,2

*) Regionen entsprechend den UN-Definitionen
Quellen: United Nations Population Division: World Population Prospects (1998 Revision; medium variant); eigene Berechnungen

Abbildung 1.4:
Zahl älterer Menschen über 60 Jahre in den wirtschaftlich entwickelten und den wirtschaftlich weniger entwickelten Staaten der Erde 1950 bis 1995, Prognosen bis 2050



Quellen: United Nations Population Division: World Population Prospects (1998 Revision; medium variant)

1.1.3 Ausgewählte demografische Aspekte der alternden Gesellschaft des 21. Jahrhunderts

1.1.3.1 Die Zunahme der Hochaltrigkeit

Zwischen 1869 und 1995 stieg die Zahl der über 60-jährigen in Österreich auf das Vierfache, jene der über 65-jährigen auf das Fünffache des Ausgangsniveaus. Die Zahl der über 75-jährigen hatte sich im Vergleich dazu verzehnfacht. Und jene der über 80-jährigen ist heute schon rund 20 Mal so groß wie im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts. Das Phänomen der „doppelten demografischen Alterung" stellt auch eines der zentralen Merkmale der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung Österreichs dar (Tab. 1.4):

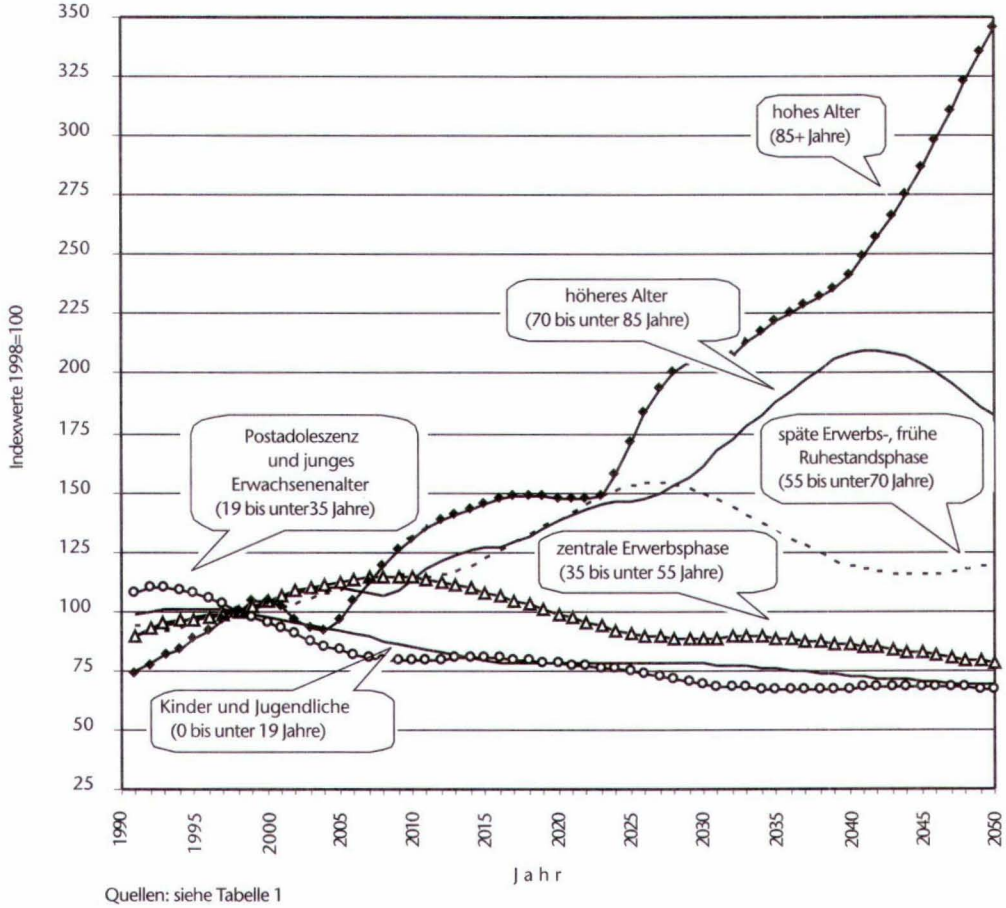
- Die Zahl der 60- bis 74-jährigen erhöht sich den Prognosen zufolge (mittlere Variante) von derzeit (1998) 1,05 Mio. bis zum Jahr 2030 auf 1,82 Mio. (+73%). Nach 2030 wird die Zahl der 60- bis 74-jährigen wieder geringer und sinkt bis 2050 auf unter 1,4 Mio.
- Die Altersgruppe der 75- bis 85-jährigen umfasst derzeit in Österreich rund 400.000 Personen. Diese Zahl wird in den kommenden Jahrzehnten auf rund eine Million ansteigen, also schon ab dem Jahr 2035 mehr als doppelt so groß sein wie heute.
- In Österreich leben heute rund 140.000 Personen im Alter von 85 oder mehr Jahren. Im Jahr 2050 wird diese Altersgruppe auf ca. 500.000 Personen (mittlere Variante) bzw. mehr als 600.000 Personen (hohe Lebenserwartungsvariante) ange-

www.parlament.gv.at

wachsen sein. Die Zahl der 85+jährigen wird sich damit mehr als verdreifachen.

Aus demografischer Sicht beruht dieses „doppelte Altern" unter den über 60-jährigen, also die überproportional starke Zunahme der Zahl Hochaltriger, zum Teil auf dem so zu erwartenden weiteren Rückgang der Sterblichkeit im hohen Alter. Doch in der Hauptsache ist dies ein Effekt des „Alterns" der beiden Boom-Generationen von 1939/43 bzw. 1960/64. In Summe führt beides dazu, dass sich die demografische Binnendifferenzierung der Gruppe der älteren Menschen in den kommenden Jahrzehnten deutlich verändern wird. So leben derzeit (1998) in Österreich 1,60 Mio. ältere Menschen über 60 Jahre. Zwei Drittel aller über 60-jährigen sind dabei im Alter zwischen 60 und 74 Jahren, ein Drittel ist 75 Jahre oder älter, knapp 9% sind 85 Jahre oder älter. Den Prognosen zufolge (mittlere Variante) wird der Anteil der 60- bis 74-jährigen bis zum Jahr 2050 auf weniger als 50% sinken, ein Drittel aller älteren Menschen über 60 Jahre wird zwischen 75 und 84 Jahre alt sein, und die Gruppe der über 85-jährigen wird rund 18% umfassen. Steigt die Lebenserwartung stärker (hohe

Abbildung 1.5:
Die unterschiedliche demografische Entwicklung ausgewählter Lebensphasen: Österreich 1991 bis 2050 (Indexwerte; 1998=100)



Quellen: siehe Tabelle 1

Tabelle 1.4:
Zahl älterer Menschen in Österreich 1991 bis 2050 (drei Prognosevarianten)

Jahr	60+		65+		75+		85+		60-74		74-84	
	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert
1991	1.565,9	98	1.168,7	94	523,9	95	108,5	75	1.042,1	99	415,4	103
1992	1.574,8	98	1.180,3	95	507,8	92	112,7	78	1.067,1	101	395,1	98
1993	1.582,8	99	1.193,6	96	493,9	90	116,9	81	1.088,9	103	377,0	93
1994	1.586,6	99	1.205,8	97	488,3	89	121,1	84	1.098,3	104	367,3	91
1995	1.589,0	99	1.218,3	98	497,0	91	126,4	88	1.092,0	104	370,6	91
1996	1.590,0	99	1.229,4	99	512,7	93	131,9	92	1.077,3	102	380,8	94
1997	1.593,3	99	1.239,5	99	531,2	97	138,0	96	1.062,1	101	393,2	97
1998	1.601,7	100	1.247,8	100	549,1	100	144,0	100	1.052,6	100	405,1	100
						mittlere Variante						
2000	1.677,7	105	1.259,0	101	582,6	106	150,6	105	1.095,1	104	432,0	107
2005	1.831,8	114	1.347,3	108	642,6	117	139,2	97	1.189,2	113	503,4	124
2010	1.947,8	122	1.487,5	119	670,0	122	188,0	131	1.277,8	121	482,0	119
2015	2.075,0	130	1.588,4	127	729,6	133	209,1	145	1.345,3	128	520,5	128
2020	2.274,0	142	1.701,6	136	830,3	151	212,1	147	1.443,6	137	618,3	153
2025	2.552,1	159	1.884,9	151	900,1	164	245,9	171	1.652,0	157	654,1	161
2030	2.800,7	175	2.138,8	171	977,2	178	295,8	205	1.823,5	173	681,4	168
2035	2.900,3	181	2.355,5	189	1.105,7	201	319,5	222	1.794,7	171	786,1	194
2040	2.881,1	180	2.422,8	194	1.286,0	234	347,3	241	1.595,0	152	938,7	232
2045	2.862,6	179	2.375,1	190	1.426,1	260	411,6	286	1.436,4	136	1.014,6	250
2050	2.812,3	176	2.325,2	186	1.424,4	259	497,9	346	1.387,9	132	926,6	229

Lebenserwartungsvariante), so wird sich der Anteil der 85+jährigen sogar auf 21% erhöhen.

Noch deutlicher wird der zukünftige demografische Bedeutungsgewinn des hohen Alters bzw. die demografische Binnendifferenzierung der Altersphase sichtbar, wenn man die zahlenmäßige Entwicklung anderer Lebensphasen zum Vergleich heranzieht (Abb. 1.5). So wird die Zahl der *Kinder und Jugendlichen* unter 19 Jahren in Österreich in den kommenden Jahrzehnten kontinuierlich sinken. Insgesamt beträgt der Rückgang bis zum Jahr 2050 ca. 25%. Gleiches gilt für die *Postadoleszenz und das junge Erwachsenenalter* (19 bis 34 Jahre).[5] Das höhere *Erwerbsalter* (35 bis 54 Jahre) gewinnt demografisch zunächst noch etwas an Bedeutung, Doch schon nach 2010 wird die Zahl der Personen in dieser Altersgruppe sukzessive kleiner werden. Die Zahl der Personen im *späten Erwerbs- und frühen Ruhestandsalter* (55 bis 69 Jahre) wird bis 2025 um 50% steigen, nach 2025 aber wieder sinken. Weiter stark zunehmen wird dagegen die Zahl der Menschen im *höheren Alter* (70 bis 84 Jahre), insbesondere aber im *hohen Alter* (85+ Jahre).

5 Die Ergebnisse von Bevölkerungsprognosen für diese Altersgruppen unterliegen aufgrund ihre Abhängigkeit von der zukünftigen Fertilitätsentwicklung einer weitaus größeren Unsicherheit als die Ergebnisse für das höhere Erwachsenenalter.

Jahr	60+		65+		75+		85+		60-74		74-84	
	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert	abs. in 1.000	Index-wert
hohe Lebenserwartungsvariante												
2000	1.678,5	105	1.259,7	101	583,1	106	150,7	105	1.095,4	104	432,3	107
2005	1.840,8	115	1.355,6	109	648,2	118	141,0	98	1.192,6	113	507,2	125
2010	1.971,9	123	1.509,8	121	685,3	125	194,0	135	1.286,5	122	491,3	121
2015	2.118,7	132	1.629,3	131	758,6	138	221,5	154	1.360,1	129	537,1	133
2020	2.340,6	146	1.763,8	141	876,8	160	231,1	161	1.463,8	139	645,7	159
2025	2.645,1	165	1.971,5	158	965,7	176	274,4	191	1.679,4	160	691,3	171
2030	2.922,6	182	2.253,5	181	1.063,8	194	338,0	235	1.858,8	177	725,8	179
2035	3.055,2	191	2.503,5	201	1.219,4	222	375,6	261	1.835,8	174	843,7	208
2040	3.075,5	192	2.610,8	209	1.438,1	262	420,6	292	1.637,4	156	1.017,5	251
2045	3.105,5	194	2.610,1	209	1.627,7	296	513,9	357	1.477,8	140	1.113,8	275
2050	3.106,3	194	2.610,1	209	1.675,0	305	643,3	447	1.431,3	136	1.031,7	255
niedrige Lebenserwartungsvariante												
2000	1.677,0	105	1.258,3	101	582,2	106	150,4	104	1.094,8	104	431,8	107
2005	1.823,6	114	1.339,9	107	637,7	116	137,8	96	1.185,9	113	499,9	123
2010	1.925,7	120	1.467,0	118	656,3	120	183,0	127	1.269,5	121	473,3	117
2015	2.034,1	127	1.550,3	124	703,4	128	198,7	138	1.330,7	126	504,8	125
2020	2.211,1	138	1.643,2	132	788,1	144	196,4	136	1.423,1	135	591,6	146
2025	2.463,3	154	1.802,7	144	840,0	153	222,6	155	1.623,4	154	617,4	152
2030	2.682,6	167	2.028,5	163	897,3	163	260,8	181	1.785,3	170	636,5	157
2035	2.747,8	172	2.210,4	177	999,6	182	273,3	190	1.748,2	166	726,3	179
2040	2.687,5	168	2.236,7	179	1.142,6	208	288,1	200	1.544,9	147	854,5	211
2045	2.621,6	164	2.143,4	172	1.236,0	225	329,3	229	1.385,6	132	906,6	224
2050	2.526,8	158	2.050,6	164	1.193,9	217	382,9	266	1.332,9	127	811,0	200

Lebenserwartungsannahmen für 2050 in Jahren (Männer/Frauen):
mittlere Variante: 82/87; hohe Lebenserwartungsvariante: 86/90; niedrige Lebenserwartungsvariante: 78/84
Quellen: siehe Tabelle 1.1

1.1.3.2 Regionale Unterschiede im Prozess der demografischen Alterung

Der demografische Alterungsprozess vollzieht sich innerhalb Österreichs nicht überall mit der gleichen Geschwindigkeit (siehe dazu Kytir 1992 sowie für die kleinräumige Entwicklung Faßmann / Kytir / Münz 1996). Bedingt durch seine spezifische demografische Geschichte nimmt insbesondere Wien eine Sonderstellung ein. Die Zahl der Geburten sank hier von jährlich rund 54.000 um die Jahrhundertwende auf knapp 13.000 in den 30er Jahren. Dazu kam, dass die Zuwanderung junger Menschen aus den übrigen Kronländern, von der Wien und Teile Niederösterreichs viel stärker profitierten als die anderen Länder, nach dem Zerfall der Monarchie plötzlich endete und die 1918 ausgerufene Republik insgesamt zu einem Auswanderungsland wurde. Als demografische Konsequenz stieg der Anteil der über 60-jährigen in Wien in einem auch im internationalen Maßstab einzigartigen Ausmaß und Tempo, nämlich von rund 7% im Jahr 1910 auf beinahe 28% im Jahr 1951. In den übrigen Bundesländern erhöhte sich der Altenanteil im selben Zeitraum von 9% lediglich auf 14%.

Die demografische Alterung Wiens erreichte schon in den frühen 60er Jahren ihren Höhepunkt. Seither wird Wien durch das Einrücken besonders stark besetzter Geburtsjahrgänge ins Hauptsterbealter, aber auch durch Zuwanderung demografisch gesehen wieder jünger. Heute entspricht der Anteil älterer Menschen über 60 Jahre in Wien mit 20% dem österreichischen Durchschnittswert (Tab. 1.5). Demografisch „älter" als in Wien ist die Bevölkerung im Südosten Österreichs (Burgenland: 23%; Steiermark 21%). Etwas „jünger" ist die Bevölkerung nach wie vor im Westen Österreichs (Salzburg, Tirol und Vorarlberg: 16-17%). Bei einem insgesamt steigenden Niveau des Anteils älterer Menschen wird sich an den relativen Unterschieden zwischen Ost und West in den kommenden Jahrzehnten wenig ändern.

Kleinräumige demografische Prognosen auf der Ebene der politischen Bezirke Österreichs (Fassmann / Kytir / Münz 1996) machen deutlich, dass wir in Zukunft mit zwei unterschiedlichen regionalen Entwicklungsmustern konfrontiert sein werden (Abb. 1.6):

- In den strukturschwachen Regionen Ost- und Südösterreichs wird die Zahl älterer Menschen nur wenig ansteigen. Gleichzeitig führen die geringe Fertilität und die laufende Abwanderung zu teilweise massiven Bevölkerungsverlusten bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Personen im Erwerbsalter. Als Folge davon wird das demografische Gewicht der älteren Generationen auch ohne absolute Zunahme stark ansteigen.
- In den suburbanen Gebieten mit starker Zuwanderung sowie in den westösterreichischen Regionen mit einer bis in die jüngere Vergangenheit vergleichsweise hohen Fertilität wird die Zahl alter Menschen stark zunehmen. Da aber auch die erwerbsfähige Bevölkerung wächst und die Zahl der Jugendlichen nur geringfügig kleiner wird, steigt der Altenanteil zwar an, bleibt hier aber unter dem österreichischen Durchschnitt.

1.1.3.3 Ethnische Heterogenisierung des Alters

Gegenwärtig bilden die Alten eine ethno-kulturell relativ homogene Gruppe. Nur rund 37.000 Einwohner über 60 Jahre besitzen nicht die österreichische Staatsbürgerschaft. Das entspricht einem Anteil von 2,3% dieser Altersgruppe. Es ist allerdings absehbar, dass sich Zahl und Anteil der ausländischen Staatsbürger in den kommenden Jahrzehnten erhöhen werden Bislang gibt es allerdings nur für Wien entsprechende Prognoserechnungen (Kytir et al. 1998). Demnach wird die Zahl der älteren Ausländer in Wien von 15.000 auf rund 60.000 im Jahr 2021 steigen. Während der Ausländeranteil in Wien diesen Prognosen zufolge durch Einbürgerungen und eine reduzierte Zuwanderung im gleichen Zeitraum insgesamt sinken dürfte, wird er sich bei den älteren Menschen von knapp 5% auf 14% vergrößern, falls es zu keinem deutlichen Anstieg der Einbürgerungsraten kommt (dazu auch: Kap. 10).

www.parlament.gv.at

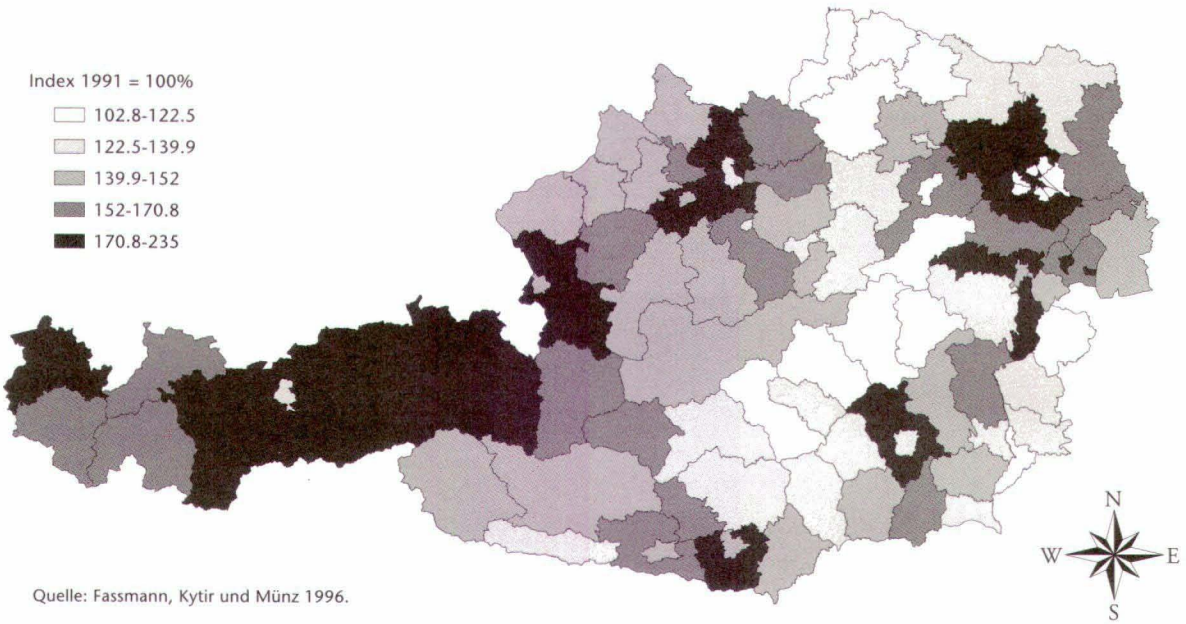
Tabelle 1.5:

Anteil älterer Menschen über 60 Jahre nach Bundesländern: 1961 bis 1998; Vorausschätzung bis 2050 (zwei Varianten)

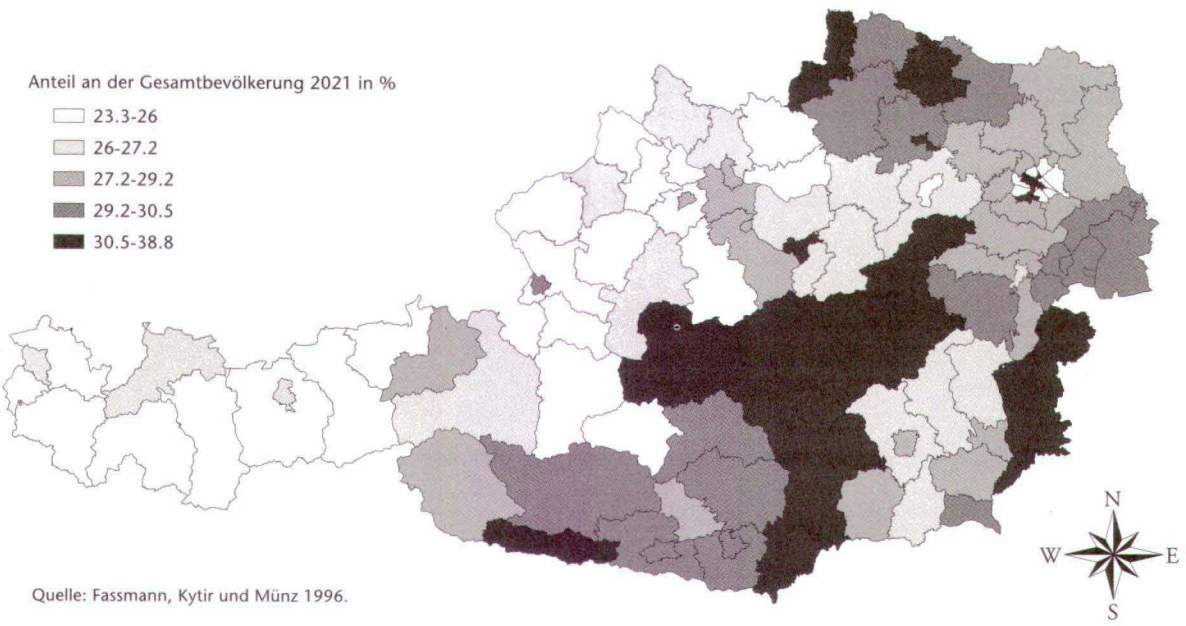
Jahr	Burgenland	Kärnten	Niederösterr.	Oberösterr.	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österr. ohne Wien
1961	16,5	14,4	19,4	15,8	14,6	16,6	14,6	13,1	25,2	16,5
1971	19,1	16,8	21,2	17,2	16,2	18,4	15,5	13,8	27,7	18,1
1981	18,9	17,5	20,0	17,0	16,1	18,4	15,5	13,4	25,2	17,7
1991	22,3	20,1	21,2	18,5	17,2	20,6	16,8	15,1	22,8	19,4
1997	23,1	20,3	21,1	19,0	17,3	20,7	17,2	16,1	20,1	19,6
1998	23,2	20,5	21,2	19,2	17,4	20,8	17,4	16,4	20,0	19,8
mittlere Variante										
2000	24,0	21,4	22,3	20,0	18,4	21,8	18,3	17,4	20,9	20,7
2010	25,8	24,6	25,5	22,8	22,7	24,7	22,2	21,6	25,4	23,9
2020	30,5	29,4	28,9	27,1	27,1	29,0	26,4	25,7	28,7	28,0
2030	36,9	36,4	34,4	33,9	33,3	36,5	33,9	31,7	35,1	34,6
2040	40,9	39,4	36,1	35,7	34,9	39,6	36,4	33,9	34,9	36,9
2050	42,6	40,9	37,4	36,8	35,2	40,6	37,3	34,7	33,4	37,9
hohe Lebenserwartungsvariante										
2000	24,0	21,4	22,3	20,0	18,4	21,8	18,3	17,4	20,9	20,7
2010	26,0	24,8	25,7	23,0	22,9	24,9	22,4	21,8	25,6	24,1
2020	31,1	30,0	29,5	27,6	27,6	29,6	27,0	26,2	29,2	28,6
2030	37,9	37,3	35,4	34,8	34,2	37,5	34,7	32,5	36,1	35,5
2040	42,5	40,9	37,6	37,1	36,3	41,1	37,8	35,3	36,4	38,3
2050	45,0	43,2	39,6	39,0	37,4	43,0	39,5	36,8	35,7	40,1

Quellen: siehe Tab. 1.1

Abbildung 1.6:
Die räumliche Dimension der demografischen Alterung: Entwicklung der Zahl (Indexwert; 1991=100) und des Anteils älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren bis zum Jahr 2021 nach politischen Bezirken



Quelle: Fassmann, Kytir und Münz 1996.



Quelle: Fassmann, Kytir und Münz 1996.

Tabelle 1.6:

Geschlechterproportionen (Frauen auf 100 Männer) im Alter: Österreich 1969 bis 1998, Vorausschätzung bis 2050 (mittlere Variante)

Jahr	auf 100 Frauen entfallen ... Männer							
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	60+	75+
1869	95	97	92	93	89	81	95	91
1880	92	91	88	87	91	75	91	87
1890	86	86	89	88	84	86	87	87
1900	89	85	81	79	80	71	84	79
1910	89	86	81	79	73	64	84	76
1923	89	86	81	77	71	65	84	74
1934	87	85	83	77	71	62	83	74
1939	83	83	82	77	71	60	81	74
1951	74	73	72	70	69	62	72	69
1955	72	69	69	66	64	59	69	65
1960	76	67	63	61	58	53	67	59
1965	80	70	59	55	53	48	67	54
1970	74	73	61	51	47	44	65	49
1975	71	68	64	52	43	38	62	47
1980	67	66	61	54	43	34	59	47
1985	66	62	59	52	45	33	57	46
1990	84	61	57	52	44	34	60	45
1991	87	63	57	51	44	34	61	45
1992	89	66	56	51	44	34	61	44
1993	90	70	56	50	44	34	62	44
1994	90	74	56	51	44	34	63	44
1995	90	79	56	51	44	34	63	44
1996	90	82	58	51	44	35	64	44
1997	91	84	60	51	44	35	65	44
1998	91	85	64	50	44	35	66	44
2000	93	85	73	51	44	35	68	45
2005	90	89	79	66	44	34	72	50
2010	101	86	83	72	58	35	77	55
2015	97	97	81	76	63	41	80	61
2020	99	94	92	75	67	45	83	64
2025	100	96	89	85	66	49	85	68
2030	100	98	92	83	75	49	86	69
2035	97	97	94	86	74	53	86	72
2040	101	95	94	88	77	54	86	75
2045	102	99	92	88	79	57	86	75
2050	103	100	96	87	80	59	86	74

Quellen: siehe Tab. 1.1

1.1.3.4 Die schwindende „Feminisierung" des Alters

Gegenwärtig ist die Gruppe der Alten in hohem Maße durch ein Übergewicht der Frauen geprägt (Tab. 1.6). Auf 100 Frauen über 60 Jahre kommen gegenwärtig nur 66 Männer gleichen Alters. Bei der über 75-jährigen Bevölkerung lautet das Geschlechterverhältnis 100 Frauen zu 44 Männern. Und im hohen Alter (85+ Jahre) gibt es rund dreimal so viele Frauen wie Männer. Eine Ursache dieses quantitativen Ungleichgewichts ist die kürzere Lebenserwartung der Männer. Die historische Perspektive macht aber auch klar, dass für das momentane Ungleichgewicht in hohem Maße die Folgen zweier Weltkriege verantwortlich sind. Die „Feminisierung" des Alters hat in Österreich ihren Höhepunkt daher bereits überschritten. In der Gruppe der heute alten Österreicherinnen und Österreicher gab es durch die hohe Zahl der Militärsterbefälle während des größten Teils des 20. Jahrhunderts deutlich mehr Frauen als Männer. Ein Teil der Kriegerwitwen ist bereits verstorben.

Zwar zeigen die demografischen Prognosen, dass das Alter und insbesondere das hohe Alter auch in Zukunft eine von Frauen dominierte Altersgruppe bleiben wird. Mit dem allmählichen Wegsterben der Kriegsgenerationen wird das zahlenmäßige Ungleichgewicht der Geschlechter aber wieder geringer. Und die Altersphase wird aus demografischer Sicht wieder etwas „männlicher". Denn die Zahl älterer Männer wird in den kommenden Jahrzehnten – unter der zusätzlichen Annahme etwas kleiner werdender Unterschiede der Lebenserwartung – deutlich stärker steigen als die Zahl älterer Frauen. Schon im Jahr 2015 werden daher in der Altersgruppe der über 60-jährigen auf 100 Frauen bereits 80 Männer kommen, ab dem Jahr 2025 sogar 85 Männer. Eine ähnliche Geschlechterproportion gab es im frühen 20. Jahrhundert.

1.1.4 Gesellschaftliche Folgen der demografischen Alterung – quantitative Aspekte

1.1.4.1 Gesellschaftliche und familiale Unterstützungsraten

Das Alter ist eine Lebensphase, in der die ältere Generation auf die Unterstützung der jüngeren Generation angewiesen ist. Die Verschiebung der demographischen Gewichte stellt daher die gesamte Gesellschaft vor vielfältige Herausforderungen (siehe dazu z.B. OECD 1999). Dies betrifft zum einen die ökonomische Absicherung im Alter, wenn diese durch ein umlagefinanziertes Pensionssystem erfolgt (für Österreich: Rürup 1997). Im Rahmen des sogenannten „Generationenvertrages" werden dann die Pensionsleistungen aus den laufenden Einkommen der jeweils Erwerbstätigen gedeckt. Gleiches gilt im Wesentlichen für die Gesundheitsausgaben (für Österreich: Kytir 1997) und für die Finanzierung der Kosten von Langzeitpflege im Rahmen der Pflegegeldsicherung (für Österreich: Badelt et al. 1995). Zum anderen geht es um die nicht-ökonomischen Unterstützungsleistungen, die ältere Menschen im Falle der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit von ihren Familienangehörigen erhalten. Das wachsende demografische Gewicht älterer Menschen in der Gesellschaft ist vor diesem Hintergrund Ausgangspunkt vielfältiger Befürchtungen und pessimistischer Zukunftserwartungen.

Aussagen darüber, wie sich das zahlenmäßige Verhältnis der Generationen im Verlauf des demografischen Alterungsprozesses verändert hat bzw. noch verändern wird, lassen sich durch die Berechnung der Relation bestimmter Altersgruppen zueinander treffen. Darin kommt das relative Verhältnis von breiten Altersgruppen in der Bevölkerung zum Ausdruck. Die in der Bevölkerungswissenschaft gebräuchlichsten Maßzahlen sind in diesem Zusammenhang die sog. „demografischen Lastquotienten" („dependency ratios"). Die Zahl der noch nicht erwerbsfähigen („Jugendlastquote") bzw. jene der nicht mehr erwerbstätigen Bevöl-

www.parlament.gv.at

Tabelle 1.7:
Gesellschaftliche und familiare demografische Unterstützungsraten: Österreich 1869 bis 1998; Vorausschätzung bis 2050 (mittlere Variante)

Jahr	Jugendquotienten		Altenquotienten		Gesamtquotienten		intergenerationelle Unterstützungsrate[1]	Eltern-Kinder-Quotient[2]
	0-14/ 15-59	0-19/ 20-64	60+/ 15-59	65+/ 20-64	0-14, 60+/ 15-59	0-19, 65+/ 20-64		
1869	44,6	65,4	13,5	9,1	58,1	74,5	3	0,3
1880	47,7	67,9	15,1	10,0	62,8	78,0	3	0,4
1890	48,9	70,7	15,2	10,7	64,1	81,5	4	0,4
1900	48,4	70,4	14,9	10,4	63,3	80,8	5	0,5
1910	49,1	71,2	15,5	11,0	64,6	82,2	5	0,6
1923	38,6	58,9	15,6	10,8	54,2	69,7	4	0,6
1934	37,0	47,2	19,1	12,7	56,1	59,8	5	0,9
1939	32,4	48,1	21,0	14,3	53,5	62,4	6	1,0
1951	37,2	48,6	25,4	17,6	62,7	66,2	7	1,3
1955	36,7	49,7	27,4	19,3	64,1	69,0	8	1,5
1960	36,9	51,7	30,4	21,1	67,3	72,8	9	2,2
1965	40,8	53,5	34,0	23,3	74,8	76,8	10	2,5
1970	43,9	56,7	36,2	25,7	80,0	82,3	13	2,9
1975	41,2	57,1	36,1	27,4	77,2	84,5	15	3,3
1980	33,8	52,5	31,7	27,8	65,4	80,3	17	3,3
1985	29,6	44,8	32,1	24,0	61,6	68,8	19	2,5
1990	27,9	39,6	32,2	24,5	60,1	64,2	22	2,8
1995	28,0	37,7	31,5	24,6	59,5	62,3	24	2,9
1996	27,7	37,6	31,4	24,8	59,1	62,4	23	2,9
1997	27,4	37,5	31,3	24,9	58,7	62,5	22	2,9
1998	27,1	37,4	31,4	25,1	58,5	62,5	21	3,0
1999	26,8	37,0	32,0	25,2	58,9	62,2	20	3,0
2000	26,6	36,6	33,2	25,2	59,8	61,8	20	2,9
2005	25,0	34,2	36,7	26,9	61,7	61,1	24	2,9
2010	22,7	32,3	39,2	30,0	61,8	62,3	26	3,3
2015	21,9	30,1	42,3	32,0	64,2	62,0	23	3,8
2020	22,8	29,6	48,1	34,6	70,9	64,2	24	4,8
2025	24,4	30,6	57,4	39,7	81,8	70,3	28	6,2
2030	25,6	32,3	66,8	47,7	92,4	80,1	35	8,4
2035	25,4	33,5	71,3	55,7	96,7	89,1	42	10,1
2040	24,6	33,3	71,5	58,9	96,1	92,2	50	10,5
2045	24,3	32,4	72,5	58,3	96,8	90,7	58	10,0
2050	24,6	32,3	73,1	58,3	97,7	90,6	65	9,9

1) Bevölkerung 80+ Jahre auf 100 Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren
2) Der „Eltern-Kinder-Quotient" wird hier in Anlehnung an die „Mother-Daughter-Ratio" (siehe Wolf 1994, S. 151) wie folgt berechnet :

$$\left(\frac{n_{65\text{-}69}}{n_{40\text{-}44}} \times \frac{n_{65\text{-}69}}{n_{65+}}\right) + \left(\frac{n_{70\text{-}74}}{n_{45\text{-}49}} \times \frac{n_{70\text{-}74}}{n_{65+}}\right) + \left(\frac{n_{75\text{-}79}}{n_{50\text{-}54}} \times \frac{n_{75\text{-}79}}{n_{65+}}\right) + \left(\frac{n_{80+}}{n_{55\text{-}59}} \times \frac{n_{80+}}{n_{65+}}\right)$$

wobei n für die Zahl der Personen in der entsprechenden Altersgruppe steht.
Quellen: Volkszählungen (1869 bis 1951); Bevölkerungsfortschreibung des ÖSTAT (1955 bis 1998); Bevölkerungsvorausschätzung 1998-2050 des ÖSTAT (mittlere Variante); eigene Berechnungen

kerung („Altenlastquote") wird hier getrennt oder gemeinsam („Gesamtlastquote") auf 100 Personen der dazwischen liegenden Altersgruppe bezogen. Problematisch ist hier u. a. die Festlegung chronologischer Altersgrenzen. Für die in Tab. 1.7 ausgewiesenen Zeitreihen wurden daher bewusst unterschiedliche Definitionen gewählt.

Generell gilt: Die „Altenlastquote" reagiert zeitlich verzögert auf Veränderungen des Fertilitätsniveaus, da die jüngsten Altersgruppen nicht in die Berechnung eingehen. So zeigt der historische Rückblick, dass sich dieser Wert bis 1923 kaum erhöhte. Umgekehrt stieg der Wert in den 60er Jahren trotz hoher Geburtenzahlen weiter an, begann jedoch ab Mitte der 70er Jahre, als die stark besetzten Geburtsjahrgänge das Erwerbsalter erreichten, wieder zu sinken. Der Blick auf die Prognoseergebnisse macht deutlich, dass das in den frühen 70er Jahren erstmals erreichte Niveau der „Altenlastquote" um das Jahr 2010 erneut überschritten werden wird. Insbesondere nach 2020, wenn die Baby-Boom-Jahrgänge der frühen 60er Jahre ins Pensionsalter kommen, wird sich das zahlenmäßige Verhältnis älterer Menschen zu den Personen im Erwerbsalter deutlich ändern. Auf drei EinwohnerInnen Österreichs im Erwerbsalter (hier: 15-59 Jahre) wird dann (nach 2035) nicht wie heute ein älterer Mensch kommen, sondern das Zahlenverhältnis wird drei zu zwei lauten. Und auf 10 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren werden nach 2040 fast sechs Personen über 65 Jahre entfallen.

Keinen einheitlichen Trend weist in der Vergangenheit die Entwicklung der „Gesamtlastquote" auf. Sie war aufgrund des hohen Anteils von Kindern und Jugendlichen im frühen 20. Jahrhundert vergleichsweise hoch, sank in der Zwischenkriegszeit ab und übertraf in den frühen 70er Jahren das Niveau der Jahrhundertwende. Seither befindet sich Österreich in einer Phase sinkender demografischer Lastquoten. Den Prognosen zufolge stehen wir unmittelbar vor einer „Trendumkehr". Die „Gesamtlastquote" wird paralell zur „Altenlastquote" in den kommenden Jahrzehnten ansteigen und nach 2035 einen historischen Höchststand erreichen. Ab 2040 entfällt dann auf jede Person im Erwerbsalter (hier: 15-59 Jahre) beinahe eine Person außerhalb des Erwerbsalters. Da keineswegs alle 15- bis 60-jährigen erwerbstätig sein werden, wird sich die Belastung für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten voraussichtlich noch stärker erhöhen, als die Analyse der Gesamtlastquote nahelegt.

Demografische Maßzahlen zur quantitativen Abschätzung der Entwicklung des familialen Unterstützungspotentials sind im deutschen Sprachraum insgesamt wenig gebräuchlich. Wie die Berechnung von Maßen wie der „intergenerationellen Unterstützungsrate" (80+jährige auf 100 Personen zwischen 50 und 64 Jahren) immerhin zeigen kann, werden die potentiellen familialen und intergenerationalen Netze in unmittelbarer Zukunft keineswegs schwächer (dazu im Detail: Kap. 3.3 - 3.6). Ein ähnliches Ergebnis liefert der „Eltern-Kinder-Quotient", eine fiktive Maßzahl, die die Altersgruppen über 65 Jahre in gewichteter Form auf die im Generationenabstand von 25 Jahren Jüngeren bezieht. Insgesamt wird sich durch das Hineinwachsen einer verhältnismäßig kinderreichen Generation – die Eltern des Baby-Booms der frühen 60er Jahre – ins Pensionsalter das zahlenmäßige Verhältnis zwischen potentiell hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen und ihrer potentiell pflegenden Kindergeneration in den kommenden Jahrzehnten jedenfalls nicht verschlechtern. Das ändert sich erst nach 2020. Unter rein quantitativen Aspekten werden die generationsübergreifenden Netze älterer Menschen dann deutlich schwächer sein als heute.

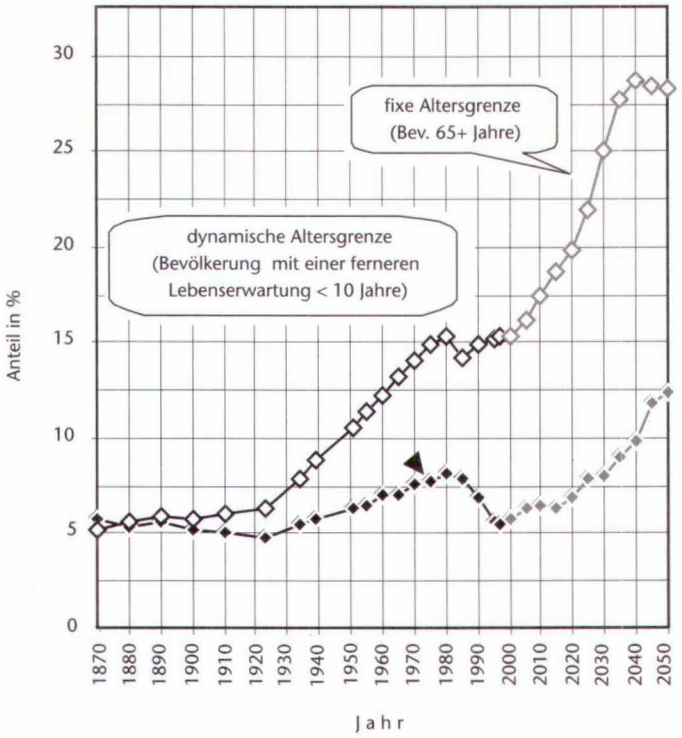
1.1.4.2 Greift die Demografie zu kurz? Quantitative versus qualitative Aspekte des Altersstrukturwandels

Die Demografie ist als empirisch ausgerichtete Disziplin gezwungen, die Altersphase chronologisch gegenüber anderen Lebensphasen abzugren-

zen. Sie kann dafür unterschiedliche Altersgrenzen wählen (Bevölkerung über 55, über 60, über 65 Jahre). Das ändert allerdings wenig an der grundsätzlichen Problematik der Festlegung einer starren Altersgrenze für eine Lebensphase, die sozial vielschichtig definiert und in ihren Übergängen zum mittleren Erwachsenenalter äußerst heterogen ist. Die Kritik an den starren Altersgrenzen der Demografie ist bereits bei Analysen der Gegenwartsgesellschaft berechtigt. Noch viel problematischer erscheint es unter diesem Gesichtspunkt, die quantitativen Ergebnisse historischer Langzeitvergleiche des Wandels der Bevölkerungsstruktur in qualitativer Hinsicht zu interpretieren. Lässt sich ein 65-jähriger Mann, eine 65-jährige Frau im späten 19. Jahrhundert mit einer Person gleichen chronologischen Alters heute bzw. im Jahr 2050 vergleichen? Die Verknüpfung von historischen Reihen und Prognosen über die Entwicklung von Zahl und Anteil einer über das Lebensalter immer gleich definierten Gruppe „älterer Menschen" suggeriert diese Vergleichbarkeit und fordert unreflektierte Interpretationen über gesellschaftliche Folgen geradezu heraus (zu Altersgrenzen siehe auch: Kap. 8.2, 13.3).

Die Demografie kann für dieses Dilemma keine befriedigenden Lösungen anbieten. Sie produziert zwar in erster Linie quantitative Ergebnisse, kann sich aber einer qualitativen Interpretation ihrer Ergebnisse nicht verschließen. Demografische

Abbildung 1.7:
Demografisches Altern im Vergleich zwischen „starrem" und „dynamischem" Indikator: Österreich 1869 bis 1998, Prognosen bis 2050 (mittlere Variante)



Quellen: eigene Berechnungen auf Basis der Sterbetafeln der österr. Bevölkerung, der Daten der Volkzählungen und der Bevölkerungsfortschreibung sowie der Bevölkerungsvorausschätzung 1998-2050 (mittlere Variante) des ÖSTAT

Maßzahlen stellen jedenfalls immer nur eine erste Annäherung an dahinter stehende bzw. vermutete Problemstellungen dar. Vor einer unkritischen Interpretation demografischer Indikatoren ist gerade im Bereich der Bevölkerungsalterung zu warnen (siehe dazu auch Höpflinger 1997: 189ff.).

Ein demografischer Versuch, das Konzept statischer Altersgrenzen zu durchbrechen, stammt von Ryder (1975; zitiert in: Höpflinger 1997: 186f.). Durch die Verknüpfung des Wandels der Altersstruktur mit dem Anstieg der Lebenserwartung lässt sich ein dynamischer Indikator demografischen Alterns gewinnen. Ausgangspunkt ist dabei die Überlegung, dass die mit dem Alter verknüpften gesellschaftlichen und individuellen Belastungen in erster Linie in der letzten Lebensphase auftreten. Die auf diese Weise definierte „problematische" Altersphase beginnt also jeweils bei jenem chronologischen Alter, bei dem die restliche Lebenserwartung einen bestimmten Wert unterschreitet. Nimmt man als diesen Schwellenwert für die restliche Lebenserwartung 10 Jahre, so sieht man, dass „Alter" in Österreich für einen Mann im späten 19. Jahrhundert im Durchschnitt bei 65, für eine Frau bei 66 Jahren begann. Heute liegen diese Schwellwerte bei 74 Jahren für Männer und bei 78 Jahren für Frauen. Bei dem in den Prognosen (mittlere Variante) unterstellten Sterblichkeitsrückgang steigen die entsprechenden Werte bis zum Jahr 2050 für beide Geschlechter um weitere vier Jahre (Männer: 78 Jahre; Frauen: 82 Jahre).

Die „Dynamisierung" der Altersgrenze hat erhebliche Konsequenzen für die demografische Analyse des Alterungsprozesses (Abb. 1.7). Denn auf diese Weise lässt sich zeigen: In Österreich ist der so definierte Anteil „älterer" Menschen aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung mit derzeit rund 6% keineswegs höher als vor 100 Jahren. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre von 5% auf 15%. Blickt man in die Zukunft, so wird Österreich allerdings in jedem Fall demografisch altern. Denn im Jahr 2050 werden mit über 12% doppelt so viele Menschen wie heute jenen Altersgruppen angehören, deren fernere Lebenserwartung weniger als 10 Jahre beträgt. Der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung wird bis dahin bereits auf 28% gestiegen sein. Allerdings entkommt man auch hier der grundsätzlichen Problematik historischer Langzeitvergleiche nicht völlig. Denn die durchschnittliche Zahl gesundheitlich belasteter Lebensjahre in der letzten Phase des Lebens wird sich in Zukunft möglicherweise ebenfalls verringern (siehe auch: Kapitel 6).

1.2 Das älter werdende Individuum

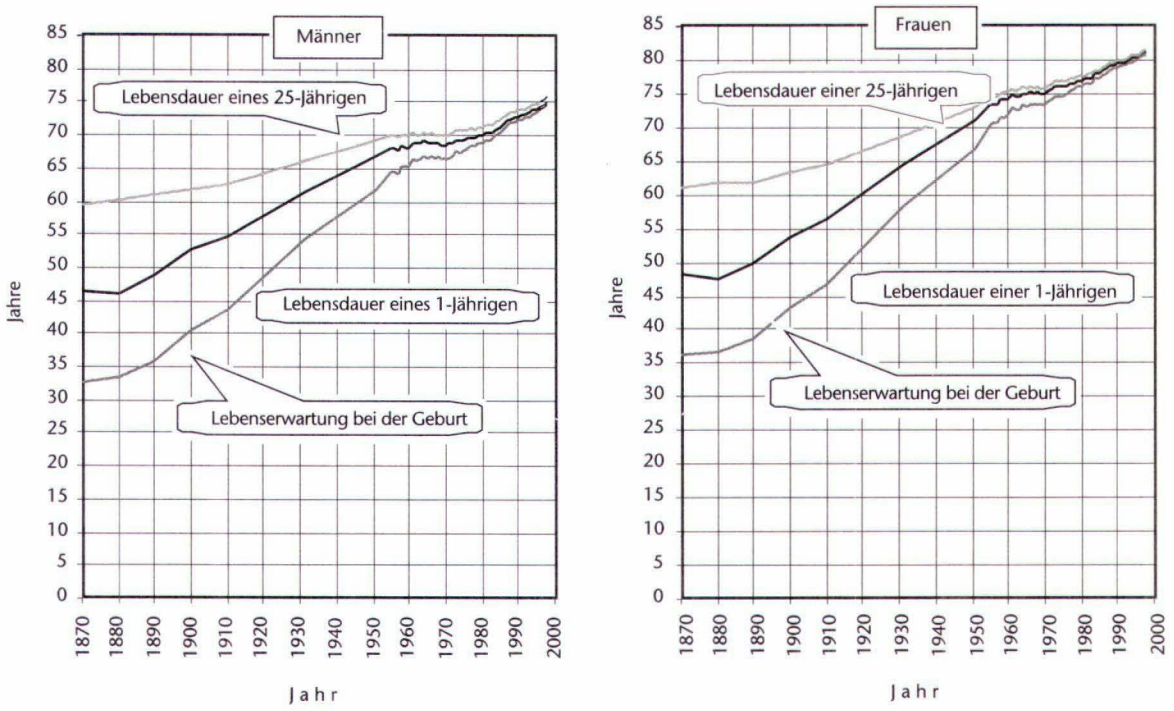
1.2.1 Der langfristige Trend zur „sicheren" Lebenszeit

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts setzte in Österreich jener fundamentale Wandel im Bereich der Sterblichkeit ein, der von der Demografie als „epidemiologischer Übergang" bezeichnet wird. Die Mortalitätsverhältnisse begannen sich dabei in dreierlei Hinsicht zu verändern: Das Sterbealter stieg an, parallel dazu kam es zu einem Wandel des Todesursachenspektrums und die Lebenserwartung erhöhte sich kontinuierlich.

1. Noch 1870 betraf der überwiegende Teil aller Todesfälle die jüngsten Altersgruppen, vor allem das Säuglings- und Kleinkindalter. 42% aller Sterbefälle entfielen auf die 0- bis 4-jährigen, bei mehr als der Hälfte der Todesfälle war der / die Betroffene unter 25 Jahre alt. Der Tod eines alten Menschen war demgegenüber ein seltenes Ereignis. Nur in 8% der Fälle war der / die Verstorbene 75 Jahre oder älter, lediglich bei knapp 1,5% sogar 85 Jahre oder älter. Heute sehen wir uns einer umgekehrten Verteilung des Sterbealters gegenüber. Auf die unter 25-jährigen entfallen weniger als 2% der Todesfälle, dagegen rund 60% auf die über 75-jährigen und beinahe 30% auf die Gruppe der über 85-jährigen. Das Sterben vor der Zeit, der Tod von

www.parlament.gv.at

Abbildung 1.8:
Lebenserwartung bei der Geburt und Gesamtlebensdauer für Einjährige und 25-jährige Männer und Frauen: Österreich 1870 bis 1998



Quellen: eigene Berechnungen auf der Basis der Sterbetafeln für die Alpenländer der Monarchie und der Demographischen Indikatoren des ÖSTAT

Neugeborenen, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde zu einem statistisch gesehen relativ seltenen Ereignis. Selbst innerhalb des im Vergleich zum Kindes- und Jugendalter immer noch „risikoreichen" ersten Lebensjahres versterben heute in Österreich bereits weniger als fünf von 1.000 Neugeborenen. Der Tod wird von uns heute ganz selbstverständlich mit dem hohen Alter assoziiert.

2. Hinter diesen Veränderungen im Sterbealter steht ein weitgehender Wandel des Todesursachenspektrums. Die Infektionskrankheiten, denen die Menschheit seit dem Beginn ihrer Geschichte nahezu schutzlos ausgeliefert waren, verloren allmählich an Bedeutung. Die Ernährungssituation der Bevölkerung verbesserte sich, und auf der Grundlage des neuen Wissen um die Krankheitserreger wurden Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen und privaten Hygiene gesetzt. Dazu kamen Schutzimpfungen und schließlich medizinische Therapiemöglichkeiten (Antibiotika). An die Stelle der tödlichen Infektionskrankheiten traten nach und nach die chronisch-degenerativen Krankheitsformen des höheren Erwachsenenalters, also in erster Linie Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs, die heute für beinahe 80% aller Todesfälle in Westeuropa verantwortlich sind.

3. Bis zum Beginn des 19.Jahrhunderts erreichte die Lebenserwartung der Menschen kaum 35 Jahre. Für Österreich lässt sich um 1870 eine durchschnittliche Lebensdauer von 33 Jahren für Männer bzw. 36 Jahren für Frauen errechnen. Ab diesem Zeitpunkt begann die Lebenserwartung kontinuier-

Tabelle 1.8

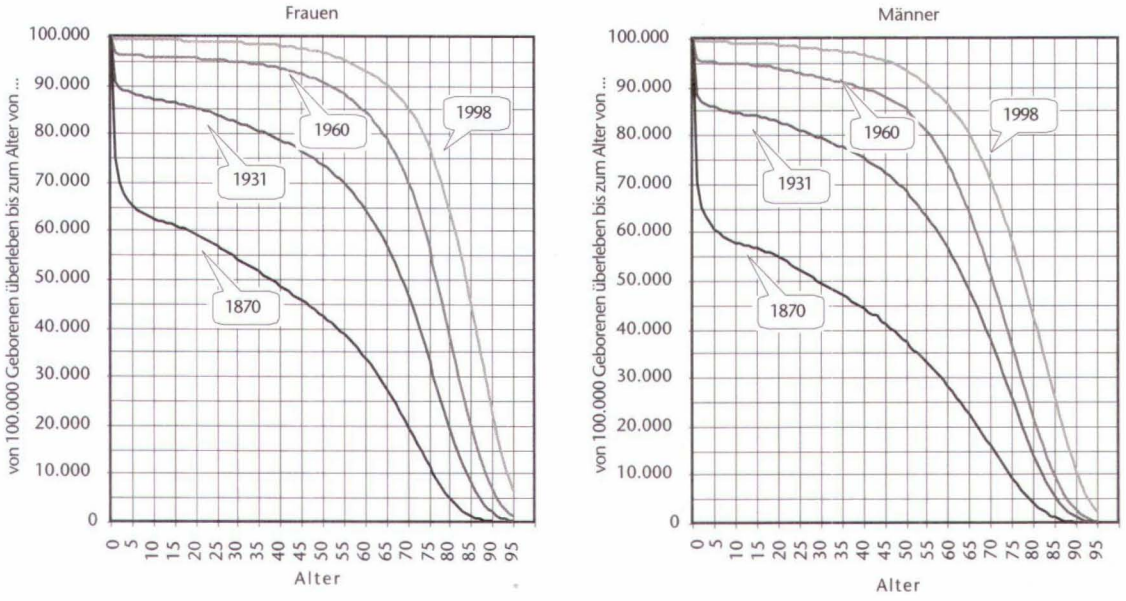
Lebenserwartung bei der Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 1, 60 und 75 Jahren: Österreich 1870 bis 1998

	Männer				Frauen			
Jahr	bei der Geburt	im Alter von 1 Jahr	Im Alter von 60 Jahren	im Alter von 75 Jahren	bei der Geburt	im Alter von 1 Jahr	Im Alter von 60 Jahren	im Alter von 75 Jahren
1868/71	32.7	45.4	11.9	5.2	36.2	47.2	12.1	5.2
1899/1902	40.6	51.7	12.8	5.8	43.4	52.7	13.5	6.0
1930/33	54.5	60.5	14.2	6.3	58.5	63.5	15.4	6.8
1949/51	61.9	65.9	15.1	6.9	67.0	70.1	17.3	7.7
1960	65.4	67.3	15.0	7.0	71.9	73.4	18.6	8.3
1970	66.5	67.5	14.9	7.0	73.4	74.1	18.8	8.5
1975	67.7	68.3	15.6	7.0	74.7	75.0	19.6	8.8
1980	69.0	69.2	16.3	7.4	76.1	76.0	20.3	9.2
1985	70.4	70.3	17.0	7.8	77.3	77.1	21.0	9.7
1990	72.4	72.0	17.9	8.5	78.9	78.5	22.2	10.5
1991	72.4	72.0	18.0	8.6	79.1	78.6	22.2	10.6
1992	72.7	72.3	18.1	8.7	79.2	78.7	22.4	10.7
1993	73.0	72.5	18.3	8.8	79.4	78.9	22.6	10.9
1994	73.3	72.9	18.6	9.1	79.7	79.2	22.8	11.0
1995	73.5	73.0	18.7	9.1	80.1	79.4	22.9	11.1
1996	73.9	73.3	18.9	9.2	80.2	79.6	23.0	11.2
1997	74.3	73.6	19.0	9.3	80.6	80.0	23.3	11.4
1998	74.7	74.1	19.4	9.5	80.9	80.3	23.6	11.5

Quellen: Sterbetafeln für die Alpenländer der Monarchie; Demographische Indikatoren des ÖSTAT

lich zu steigen (Tab.1.8 und Abb.1.8). Allein im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts erhöhte sich die Lebenserwartung bei der Geburt vor allem aufgrund des raschen Rückgangs der Säuglings- und Kindersterblichkeit um beinahe fünf Jahre und betrug zur Jahrhundertwende bereits 41 Jahre (Männer) bzw. 43 Jahre (Frauen). In einem ähnlichen Tempo setzten sich die Lebenserwartungsgewinne trotz der politischen und wirtschaftlichen Krisen sowie zweier Weltkriege in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts fort. Bis 1950 war die Lebenserwartung auf 62 Jahre (Männer) bzw. 67 Jahre (Frauen) gestiegen. Auch die 50er Jahre brachten einen neuerlichen Zugewinn an Lebenserwartung im Ausmaß von rund vier Jahren. Die 60er Jahre bilden – vor allem bei Männern – eine markante Zäsur. Für rund ein Jahrzehnt blieb die Lebenserwartung praktisch unverändert. Erst in den frühen 70er Jahren begann sie mit im Durchschnitt zwei bis drei Jahren pro Dekade erneut substanziell zu steigen. Gegenwärtig (1998) beträgt die Lebenserwartung für Männer 74,6 Jahre, für Frauen 80,9 Jahre. Österreich liegt damit erstmals knapp über dem Durchschnitt der 15 EU-Länder und zählt zur Gruppe der Staaten mit den weltweit höchsten Lebenserwartungswerten.

Abbildung 1.9:
Die „Rektangularisierung" der Überlebenskurven 1870 bis 1998



Quellen: Sterbetafeln 1868/71 u. 1930/33; Demographische Indikatoren ÖSTAT

Die gestiegene Lebenserwartung ist aber nur ein Aspekt des grundlegenden Wandels der Sterblichkeitsverhältnisse. Denn die Lebenszeit wurde nicht nur den Jahren nach länger, sie wurde zugleich – im statistischen Sinne – auch immer „sicherer". Gemeinsam mit der Einführung sozialer Sicherungssysteme bildet dieser Wandel von der „unsicheren" zur „sicheren" Lebenszeit (vgl. dazu insbesondere Imhof 1981) die entscheidende Voraussetzung für das Entstehen der Lebensphase „Alter" in den vergangenen 100 Jahren.

Die demografischen Veränderungen betrafen dabei weniger die mittlere maximale Lebensspanne der Menschen – sie blieb im Verlauf der vergangenen Jahrhunderte mit 85 bis 90 Jahren nahezu gleich – sondern die Tatsache, dass ein immer größer werdender Teil dieser Lebensspanne allen Menschen tatsächlich zur Verfügung steht. Deutlich zum Ausdruck bringen das die sog. „Überlebenskurven" (Abb. 1.9 und Tab. 1.9).[6] So erreichte vor dem Beginn des „epidemiologischen Übergangs" kaum ein Drittel der Neugeborenen das 60. Lebensjahr, und nur jede/er Zehnte konnte damit rechnen, zumindest 75 Jahre alt zu werden. Schon Mitte des 20. Jahrhunderts erlebten rund 70% der Männer und 78% der Frauen das 60. Lebensjahr. Ein hohes Alter von 75 oder gar 85 Jahren zu erreichen, blieb allerdings auch damals noch – insbesondere bei den Männern – einer Minderheit vorbehalten. Das hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verändert. Die Überlebenskurven nahmen noch stärker die Form eines Rechtecks an („Rektangularisierung"). Unter den aktuellen Sterblichkeitsbedingungen würden bereits 86% der Männer zumindest 60 Jahre, 57% zu-

6 Diese Werte der Sterbetafel geben Aufschluss darüber, wie groß der Anteil der Neugeborenen ist, der unter den jeweils herrschenden Sterblichkeitsverhältnissen ein bestimmtes Lebensalter erreicht.

Tabelle 1.9:
Von der „unsicheren" zur „sicheren" Lebenszeit: Überlebenswahrscheinlichkeiten für ausgewählte Altersjahre 1870 bis 1998

Jahr	von 100 Neugeborenen überleben bis zum Alter von ... Jahren							
	Männer				Frauen			
	1	60	75	85	1	60	75	85
1868/71	70	28	9	1	75	34	11	1
1899/1902	77	38	15	2	81	43	18	3
1949/51	92	69	34	9	94	78	47	14
1955	95	73	37	10	96	83	53	18
1960	96	74	37	10	97	85	57	20
1965	97	76	37	10	97	86	58	21
1970	97	76	37	9	98	87	58	22
1975	98	77	40	11	98	88	62	25
1980	98	78	44	13	99	89	66	28
1985	99	80	48	15	99	91	69	31
1990	99	84	52	19	99	92	73	37
1995	99	85	55	23	100	93	75	42
1996	99	85	56	24	100	93	75	43
1997	100	86	57	24	100	93	77	44
1998	99	86	58	26	100	93	77	45

Quellen: Sterbetafeln für die Alpenländer der Monarchie; Demographische Indikatoren des ÖSTAT

mindest 75 Jahre und immerhin ein Viertel 85 Jahre alt werden. Für Frauen liegen diese Werte noch deutlich höher. Von 100 neugeborenen Mädchen erreichen 93 Frauen das 60., 77 Frauen das 75. und 44 Frauen das 85. Lebensjahr.

Ab wann sind nun aufgrund der jeweils herrschenden Sterblichkeitsverhältnisse die demografischen Voraussetzungen für ein drittes Lebensalter gegeben? Es zeigt sich, dass der historische Zeitpunkt dafür bei Männern und Frauen bzw. in Abhängigkeit vom bereits erreichten Lebensalter höchst unterschiedlich ist (siehe Tab. 1.10). So hatten Männer und Frauen im mittleren Erwachsenenalter bereits vor 1870 (das 25. Lebensjahr erreichten damals allerdings nur etwas mehr als die Hälfte der Neugeborenen) eine mehr als 50%ige Chance, zumindest 60 Jahre alt zu werden. Schließt man die hohe Sterblichkeit in den ersten Lebensjahren in die Berechnungen ein, so dauert es für Frauen bis ungefähr 1915, für Männer bis etwa 1930, um auch bei einem Neugeborenen von guten Chancen für ein langes Leben sprechen zu können. Nicht bloß gute Chancen auf ein langes Leben, sondern ein hohes Maß an statistischer Sicherheit dafür ist aus Sicht 25-jähriger Frauen seit dem Beginn der 30er Jahre gegeben (Überlebenswahrscheinlichkeit zwischen dem 25. und dem 60. Lebensjahr größer 75%). Bei Männern lassen die Sterblichkeitsverhältnisse diesen Schluss erst rund 20 Jahre später, also um 1950, zu.

Die beinahe völlige biografische Sicherheit eines langen Lebens von sechs oder mehr Jahrzehnten (Wahrscheinlichkeit über 90%) ist für Frauen ein Phänomen der jüngeren Vergangenheit. Bei 25jährigen Frauen lässt sich davon seit Mitte der 70er Jahre sprechen, bei neugeborenen Mädchen seit Mitte der 80er Jahre. Unter der Annahme einer weiterhin

günstigen Mortalitätsentwicklung wird diese Situation für Männer in wenigen Jahren ebenfalls gegeben sein. Schon heute leben wir damit in einer Gesellschaft, in der Langlebigkeit und Hochaltrigkeit – vor allem für Frauen – zu einem fixen, planbaren Bestandteil der eigenen Biografie wurde. Die weitreichenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen dieser Entwicklung werden uns dabei erst nach und nach bewusst.

1.2.2 Die demografische und soziale „Expansion" der Altersphase in den letzten Jahrzehnten

Nach dem beeindruckenden „Rückzug" des Todes aus dem Säuglings- und Kleinkindalter in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts fielen die jährlichen Zugewinne an Lebenserwartung in vielen Industrieländern in den späten 50er Jahren, insbesondere aber in den 60er Jahren immer geringer aus (Tab. 1.8; Abb. 1.10). So stagnierte die Lebenserwartung der Männer zwischen den Jahren 1961 und 1971, bei Frauen erhöhte sie sich nur sehr geringfügig. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ging man damals allgemein davon aus, dass der „epidemiologische Übergang" in den wirtschaftlich entwickelten Ländern weitgehend abgeschlossen wäre. Die Sterberaten in den ersten Lebensjahren waren bereits sehr gering, und weitere substantielle Gewinne an Lebenserwartung wären damit – so die Meinung vieler Wissenschaftler in den frühen 70er Jahren – in Zukunft kaum mehr zu erwarten.

Heute wissen wir, dass diese Einschätzung zu pessimistisch war. Denn seit den frühen 70er Jahren steigt in den westlichen Industriestaaten und damit auch in Österreich die Lebenserwartung neuerlich an. Verantwortlich dafür ist in erster Linie der Rückgang der Sterblichkeit bei den beiden quantitativ wichtigsten Krankheitsgruppen, den Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und den Bösartigen Neubildungen (siehe dazu: Kapitel 6). So sank die standardisierte Sterbeziffer bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten zwischen 1970 und

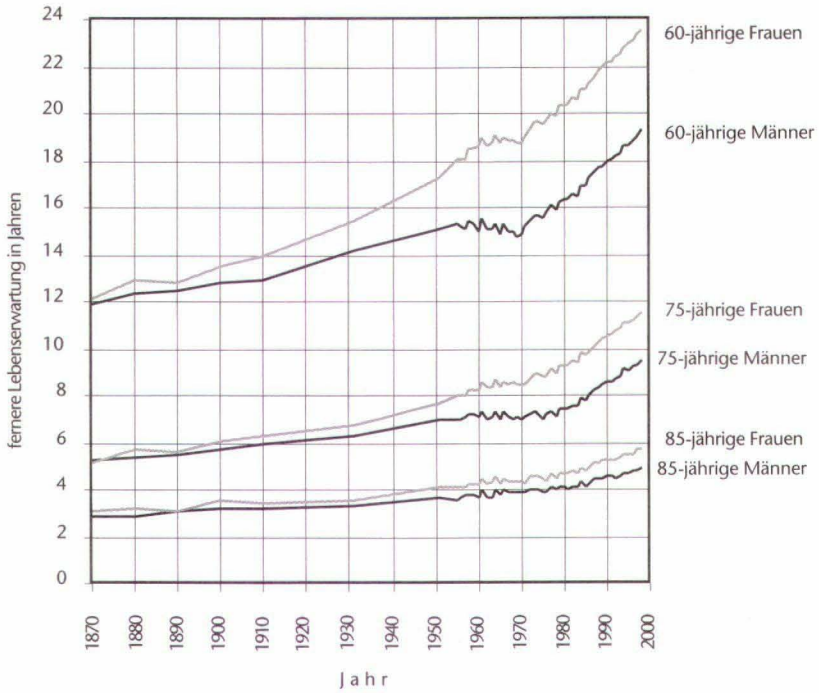
Tabelle 1.10:

Jahr, in dem die Wahrscheinlichkeit, das 60. bzw. 75. Lebensjahr zu erreichen, erstmals größer als 50%, größer als 75% bzw. größer als 90% ist

Wahrscheinlichkeit	Männer			Frauen		
	bei der Geburt	im Alter von einem Jahr	im Alter von 25 Jahren	bei der Geburt	im Alter von einem Jahr	im Alter von 25 Jahren
A) Wahrscheinlichkeit, das 60. Lebensjahr zu erreichen						
über 50%	~1930	1910	vor 1870	~1915	~1900	vor 1870
über 75%	1961	1955	1950	1950	~1935	~1930
über 90%	?	?	?	1985	1981	1975
B) Wahrscheinlichkeit, das 75. Lebensjahr zu erreichen						
über 50%	1988	1987	1987	1953	1951	~1948
über 75%	?	?	?	1995	1994	1993
über 90%	?	?	?	?	?	?

Quellen: eigene Berechnungen auf der Basis der Sterbetafeln für die Alpenländer der Monarchie und der Demographischen Indikatoren des ÖSTAT

Abbildung 1.10:
Fernere Lebenserwartung 60-jähriger, 75-jähriger und 85-jähriger Männer und Frauen: Österreich 1868/71 bis 1998



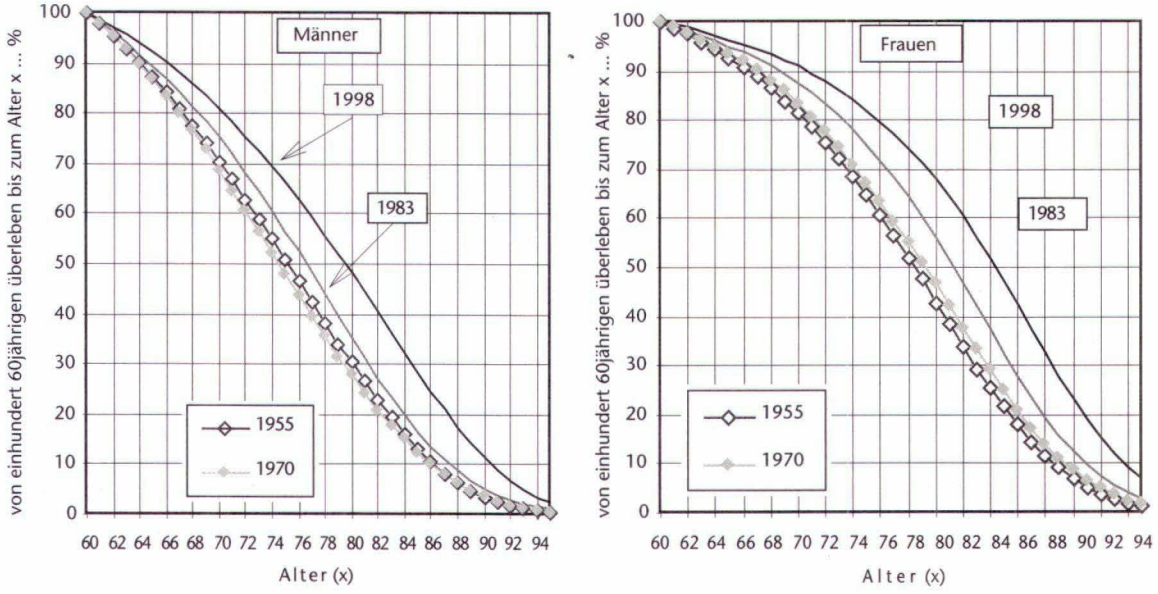
Quellen: Sterbetafeln 1868/71 bis 1949/51; Demographische Indikatoren des ÖSTAT

1997 um insgesamt 37%, beim Krebs um 19%. Zugleich sind das die typischen Todesursachen des höheren Erwachsenenalters, d. h., der Anstieg der Lebenserwartung der letzten Jahrzehnte beruht vor allem auf einem Rückgang der Sterblichkeit im höheren Alter. Die reichen Industrieländer scheinen damit in eine neue Phase des „epidemiologischen Übergangs" eingetreten zu sein (Olshansky / Ault 1986). Zivilisationskrankheiten bleiben zwar die hauptsächlichen Todesursachen, das Sterberisiko verlagert sich aber für viele dieser Krankheiten sukzessive ins höhere Lebensalter, da sie entweder erst später im Leben auftreten, sich langsamer entwickeln oder – aufgrund medizinischer Interventionen – erst nach längerer Zeit zum Tod führen. Ein Ende dieser Entwicklung zeichnet sich vorläufig nicht ab. Wissenschaftlich umstritten bleibt allerdings, wo die biologischen Grenzen dieses „Hinauszögerns" liegen und wie rasch diese Grenzen erreicht sein werden (Wilmoth 1997).

Aus demografischer Sicht bewirkte der Sterblichkeitsrückgang der letzten Jahrzehnte jedenfalls eine substantielle „Expansion" der Altersphase. Die zeitliche Dynamik dieser Entwicklung stellt dabei – insbesondere bei den Männern – im historischen Langzeitvergleich tatsächlich eine einzigartige Situation dar (Tab. 1.8; Abb. 1.10). So stieg die (fernere) Lebenserwartung 60-jähriger Männer zwischen 1970 und 1998 von 14,9 Jahren auf 19,0 Jahre. Die Lebenserwartung 60-jähriger Frauen erhöhte sich im selben Zeitraum von 18,8 Jahren auf 23,3 Jahre. D. h., unter den gegenwärtigen Sterb-

www.parlament.gv.at

Abbildung 1.11:
Überlebenskurven für 60-jährige Männer und Frauen unter den Sterblichkeitsbedingungen der Jahre 1955, 1970, 1983 und 1998



Quelle: Sterbetafeln 1955, 1970, 1983 und 1998 des ÖSTAT; eigene Berechnungen

lichkeitsverhältnissen kann ein 60-jähriger Mann damit rechnen, durchschnittlich 79 Jahre alt zu werden, eine 60-jährige Frau sogar etwas über 83 Jahre. Auch für 75-jährige Männer und Frauen vergrößerte sich die Zahl statistisch noch erwartbarer Lebensjahre deutlich: Männer, die dieses Lebensalter erreichen, werden heute im Durchschnitt 84,3 Jahre (+2,3 Jahre gegenüber 1970), Frauen 86,4 Jahre (+2,9 Jahre verglichen mit 1970) alt. Sogar die Restlebenserwartung 85-jähriger stieg in den vergangenen zehn Jahren um rund ein Jahr an.

Sinkende Sterblichkeit im höheren Erwachsenenalter bedeutet aber nicht nur eine steigende (fernere) Lebenserwartung, sondern führt auch dazu, dass – statistisch gesehen – die Chancen steigen, nicht vor dem Erreichen eines bestimmten Lebensalters zu versterben. Während sich in den späten 50er und 60er Jahren diese Chancen kaum verbesserten, lässt der Sterblichkeitsrückgang seit den 70er Jahren immer mehr Männer und Frauen ein sehr hohes Alter erreichen (Abb. 1.11). Für 60-jährige Männer bzw. Frauen stellt sich diese Entwicklung in Österreich seit 1970 folgendermaßen dar:

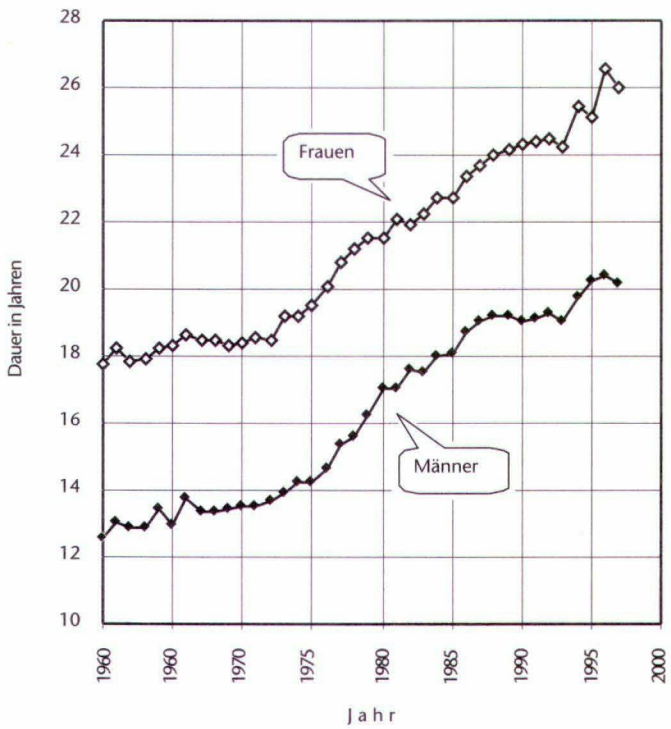
- Unter den Sterblichkeitsverhältnissen des Jahres 1970 erlebten 48% aller 60-jährigen Männer und 67% der gleichaltrigen Frauen zumindest den 75. Geburtstag. Bis zum Jahr 1997 erhöhten sich diese Anteilswerte bei den Männern auf 66%, bei den Frauen auf 82%.
- Während 1970 bloß 28% der 60-jährigen Männer zumindest das 80. Lebensjahr erreichten, trifft dies heute bereits auf 48% zu. Für Frauen ist dieser Wert im gleichen Zeitraum von 47% auf 68% gestiegen.
- Die Sterbewahrscheinlichkeiten im Alter von 60 und mehr Jahren führten 1970 dazu, dass bei den Männern nur 12% 85 Jahre (oder noch älter) wur-

den. Dieser Wert hat sich bis 1998 mehr als verdoppelt und liegt jetzt bei 28%. Eine Steigerung ähnlicher Größenordnung bewirkte der Sterblichkeitsrückgang bei den Frauen. Heute werden 47% aller 60-jährigen Frauen zumindest 85 Jahre alt, Anfang der 70er Jahre waren es dagegen erst 25%.

► Nur wenige Männer erreichen unter den gegenwärtigen Sterberisiken ein extrem hohes Lebensalter von 90 oder mehr Jahren; dies trifft auf 11% der 60-jährigen Männer zu. Im Vergleich zu 1970 (4%) ist aber auch dieser Wert stark gestiegen. Bei den Frauen lässt sich selbst extreme Hochaltrigkeit dagegen keineswegs länger als das Phänomen einer Minderheit bezeichnen. Nahezu ein Viertel (23%) aller 60-jährigen Frauen wird heute 90 Jahre oder noch älter, während das 1970 erst auf 9% der Frauen zutraf.

Die 70er, 80er und 90er Jahre waren aber nicht nur von einer demografisch bedingten Expansion der Altersphase gekennzeichnet. Denn gleichzeitig mit dem Rückgang der Sterblichkeit sank auch das durchschnittliche Pensionszugangsalter für Männer und Frauen (im Detail: Kap. 8.5). In Summe führte das zu einer beträchtlichen zeitlichen Ausdehnung

Abbildung 1.12:
Die wachsende Dauer der Lebensphase Alter: fernere Lebenserwartung beim durchschnittlichen Pensionszugangsalter 1960 bis 1998



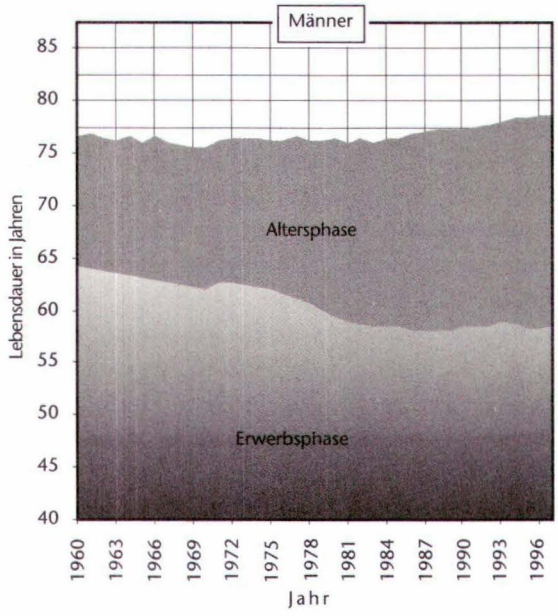
Anmerkungen: fernere Lebenserwartung beim durchschnittlichen Pensionszugangsalter (Direktpensionen) der gesamten Pensionsversicherung; Wert für 1960 nur ASVG-Pensionen; Werte für 1961 bis 1969 interpoliert.

Quellen: Holzmann 1988; BMAS 1998; Demographische Indikatoren des ÖSTAT; eigene Berechnungen

www.parlament.gv.at

der Lebensphase „Alter" seit den 60er Jahren (Abb. 1.12 und Abb. 1.13). Für Männer stieg die durchschnittliche Dauer des Ruhestands von 13 auf über 20 Jahre, für Frauen von 18 Jahre auf 26 Jahre. Der überwiegende Teil dieses Zugewinns fand dabei in den letzten 20 Jahren statt und führte dazu, dass die Altersphase zu einem immer bedeutenderen Bestandteil der Lebensbiografien avancierte. Für Männer umfasst sie mittlerweile mehr als ein Viertel der gesamten Lebensspanne, für Frauen beinahe ein Drittel. Die Entwicklung von Modellen für die individuelle und gesellschaftliche Ausgestaltung und Strukturierung dieser Lebensphase zählt zweifellos zu den zentralen Herausforderung einer alternden Gesellschaft.

Abbildung 1.13:
Lebensdauer beim Erreichen des durchschnittlichen Pensionszugangsalters: Österreich 1960 bis 1998



Quellen: Holzmann 1988; BMAS 1998; Demographische Indikatoren des ÖSTAT; eigene Berechnungen

2. Private Lebensformen und soziale Beziehungen älterer Menschen

Josef Hörl, Josef Kytir

2.1 Einleitung

Die Analyse der privaten Lebensformen und sozialen Beziehungen älterer Menschen steht in theoretischer Sicht im Spannungsfeld unterschiedlicher soziologischer Zugangsweisen zur Lebensphase „Alter". Früher wurde das Alter häufig mit Verlustprozessen gleichgesetzt. Daher wurden jene Aspekte betont, die zu einer mit zunehmendem Lebensalter sich verstärkenden sozialen Isolation führen. Ein Beispiel für diese Sichtweise ist Rosows (1973) Sozialisationsthese, wonach es wenig Motivation für Menschen im mittleren Erwachsenenalter gibt, sich auf Lebensphasen-Rollen des Alters vorzubereiten, weil diese zu diffus und wenig attraktiv erscheinen. Durch den Berufsaustritt und andere (z. B. familiale) Ereignisse kommt es zu einer Rollen-Diskontinuität und einer fortschreitenden Abschwächung der Integration des einzelnen alten Menschen in den sozialen Kontext („roleless role").

Schon früher hatten Cumming & Henry (1961) in der Disengagement-Theorie eine ähnliche Diagnose erstellt, allerdings auf makrotheoretisch-funktionalistischer Grundlage: Die Gesellschaft entbinde das alternde Individuum von der Rollenteilnahme, und zugleich ist das Individuum von sich aus motiviert, Rollen im Sinne einer Akkommodation an schwindende Gesundheit und Energie und als Vorbereitung auf das Sterben zu reduzieren. Zu den häufig als Beleg dafür herangezogenen Tatbeständen zählen etwa der Auszug der Kinder aus dem Elternhaus, der Wegfall berufsbezogener, kollegialer Beziehungen, der allmähliche Verlust von Verwandten, Freunden und Bekannten der eigenen Generation und schließlich der Tod des Partners. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die mit dem Lebensalter steigende Häufigkeit gesundheitsbedingter Einschränkungen die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Aktivitäten erschwert.

In gewisser Weise entstanden die oben angeführten Theorieansätze als Gegenmodelle zu den Aktivitätstheorien, die einen relativ starren Integrationsansatz vertraten (z. B. Burgess, 1957); Verluste an wichtigen Funktionen in der Altersphase im Zuge des gesellschaftlichen (insbesondere technologischen) Wandels müssen durch neue Rollen ersetzt werden, um das „adjustment" (im Sinne von sozialer Integration) im späteren Leben zu gewährleisten. Auch die Kontinuitätsthese von Atchley (1989) betrachtet den Einzelnen als motiviert, existierende interne und externe Strukturen aufrechtzuerhalten. Der alte Mensch wendet eine Reihe von Strategien an, um Kontinuität zu gewährleisten. Es gibt eine dialektische Beziehung zwischen Umwelt und Selbst, wobei das Selbst bestimmte Umwelten auswählt und schafft, um die Kontinuität zu stärken.

In jüngerer Vergangenheit gibt es zunehmend Versuche, differenziertere Modelle zum höheren Alter zu entwickeln. Beispielsweise wird als Folge des langen Lebens der meisten Menschen die Herausbildung einer „bunten", aus vielen gleichzeitig lebenden Generationen bestehenden Gesellschaft gesehen, die mit einer Vielfalt von Sozialformen ausgestattet ist (Rosenmayr, 1996); nach einem anderen Ansatz sind die „Jung-Alten" in der Lage, den Lebensstil der mittleren Jahre fortzuführen, hingegen bedarf es im höchsten Alter (ab etwa 80-85 Jahren) bestimmter Prozesse von Selektion, Optimierung und Kompensation (Mayer & Baltes, 1996), um „erfolgreich" altern zu können. Empirische Daten, die diese gerontologische Denkrichtung belegen, weisen die weitgehende Beibehaltung der (noch) bestehenden sozialen und familialen Beziehungen nach. Ein eventueller altersbedingter Verlust an sozialen Rollen kann durch die Übernahme neuer Rollen innerhalb (Großelternrolle) und außerhalb der Familie (Vereine, Ehrenamt) kompensiert werden. Außerdem besteht auch im Alter die Möglichkeit, neue soziale Beziehungen aufzubauen.

Der Versuch, private Lebensformen und soziale Beziehungen älterer Menschen in Österreich vor dem Hintergrund der genannten sozialgerontologischen Konzepte einer empirischen Prüfung zu unterziehen, stößt auf eine Reihe von Schwierigkeiten. So gibt es für Österreich kaum Netzwerkstudien, die die sozialen Beziehungen älterer Menschen umfassend analysieren. Ein noch gewichtigeres Defizit stellt das Fehlen sozialgerontologischer Längsschnittstudien dar. Nur solche Studien würden es ermöglichen, (a) die Lebenssituation älterer Menschen in systematischer Form unter einer lebenslaufbezogenen Perspektive zu analysieren und (b) die lebensalterbezogenen Veränderungen in den sozialen Beziehungen angemessen zu interpretieren. So lässt sich bei Querschnittsdaten nicht zwischen Alters- und Kohorteneffekten unterscheiden, also ob die beobachteten Veränderungen lebensphasenbedingt oder typisch für eine bestimmte Generation sind und daher nicht verallgemeinert werden dürfen.

Trotz dieser Defizite und Einschränkungen lassen sich auf der Basis vorhandener statistischer Massendaten (Volkszählungen) und Mikrozensuserhebungen wichtige Aspekte der Struktur und des Wandels privater Lebensformen und sozialer Beziehungen der älteren Menschen in Österreich darstellen. Zunächst geht es dabei um haushaltsbezogene Lebenssituationen, in weiterer Folge um das Vorhandensein naher Angehöriger (Familiennetzwerke) sowie um haushaltsübergreifende familiale Lebensformen und schließlich um das familiale und außerfamiliale Kontaktnetz.

2.2 Der altersbedingte Wandel der Wohn- und Lebensformen: ausgewählte Dimensionen

In allen Lebensabschnitten gibt es eine Vielfalt an Wohn- und Lebensformen. Das Alter bildet hier keine Ausnahme. Allerdings sind die Optionen für die Gestaltung der Wohn- und Lebensformen im Alter stärker eingeschränkt als in jungen Jahren. Denn neben individuellen Präferenzen bestimmen Entscheidungen hinsichtlich Partnerschaft und Elternschaft, die im jungen und mittleren Erwachsenenalter getroffen wurden, die prinzipiell möglichen Lebensformen im Alter entscheidend mit. Eine solche lebenslaufbezogene Perspektive macht auch deutlich, dass sich für die große Mehrzahl der älteren Menschen in den Industrieländern die äußeren Lebensumstände mit zunehmendem Lebensalter vor allem durch zwei Ereignisse verändern: zum einen durch den Auszug der erwachsenen Kinder aus dem Elternhaus und zum anderen durch den Tod des Partners bzw. der Partnerin. Während vom Wegzug der Kinder Männer und Frauen in ähnlicher Weise betroffen sind, ist das Risiko, den Lebenspartner durch Tod zu verlieren, für Frauen ungleich größer als für Männer. Denn Frauen leben im Durchschnitt um fünf bis sechs Jahre länger als Männer (siehe Kapitel 1.2), und sie sind darüber hinaus in der Regel um zwei bis drei Jahre jünger als ihre Partner. In den soziodemografischen Daten und in den haushaltsbezogenen Statistiken[1] der Volkszählungen oder des Mikrozensus spiegeln sich beide Prozesse in den Veränderungen der Wohn- und Lebensformen vor allem im höheren Alter deutlich wider.

1 Einen Privathaushalt bilden in der Definition der amtlichen Statistik alle Personen, die miteinander eine Wohnung bewohnen und zusammen eine gemeinsame Hauswirtschaft führen. In einer Wohnung kann es u. U. mehrere Haushalte geben. Ein Haushalt kann aber auch aus einer einzigen Person bestehen. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass die Entscheidung darüber, wer in welchem Haushalt gezählt wird, bei einer Volkszählung bzw. bei einer Mikrozensus-Erhebung in der Regel den gezählten Personen überlassen bleibt. Diese Definition von „Haushalt" hat für die Daten und die Interpretation der Ergebnisse der amtlichen Statistik gerade bei älteren Menschen eine Reihe von Konsequenzen. Deutlich wird dies bei der Analyse haushaltsübergreifender familialer Netzwerke (siehe Abschnitt 2.3).

Tabelle 2.1:

Haushaltstyp, Haushaltsgröße und Familienstand älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren im Vergleich der Jahre 1981, 1991 und 1997 (Prozentwerte)

Haushaltstyp/-größe	60-64			65-69			70-74		
Familienstand	**1981**	**1991**	**1997**	**1981**	**1991**	**1997**	**1981**	**1991**	**1997**
A) Männer									
Privathaushalt mit .. Personen									
1	8	9	9	10	10	13	13	12	12
2	47	48	49	56	57	59	58	61	64
3	22	21	22	16	17	14	13	14	13
4+	22	21	18	16	15	14	14	12	11
Anstaltshaushalt	1	1	1	1	1	1	2	1	1
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Familienstand									
ledig	5	6	6	6	5	5	6	5	4
verheiratet	86	84	84	82	83	83	76	80	83
verwitwet	5	5	5	8	8	8	14	11	10
geschieden	4	5	5	4	4	4	3	3	3
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
B) Frauen									
Privathaushalt mit .. Personen									
1	27	23	20	37	33	28	45	43	41
2	44	46	48	40	44	50	34	37	41
3	14	16	16	9	11	11	6	7	7
4+	14	14	16	12	10	11	13	10	10
Anstaltshaushalt	1	1	1	2	1	1	3	2	1
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Familienstand									
ledig	10	9	7	11	10	7	11	10	8
verheiratet	55	62	65	42	49	57	31	35	43
verwitwet	29	23	21	42	34	30	53	49	43
geschieden	6	7	7	5	6	6	4	6	5
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Quellen: Volkszählungen 1981 und 1991; Mikrozensus-Jahresergebnisse 1997; eigene Berechnungen

www.parlament.gv.at

75-79			80-84			85+			60+		
1981	1991	1997	1981	1991	1997	1981	1991	1997	1981	1991	1997
A) Männer											
Privathaushalt mit .. Personen											
17	16	13	22	22	25	26	28	26	13	13	13
56	59	65	48	53	55	37	41	44	53	54	57
10	11	10	8	9	7	9	8	7	15	16	14
15	11	11	17	12	9	19	14	14	17	16	14
3	2	2	5	4	4	9	8	8	2	2	2
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	5	3	7	6	5	6	7	6	6	6	5
68	72	79	56	62	64	40	45	50	76	78	79
22	19	15	35	30	30	52	46	41	15	13	12
3	3	3	2	3	1	2	2	2	3	4	4
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
B) Frauen											
Privathaushalt mit .. Personen											
50	51	51	51	54	55	43	48	50	41	39	38
25	27	31	18	20	17	15	14	14	33	35	37
6	6	6	6	6	6	9	8	7	8	10	9
14	11	9	15	12	13	15	13	13	13	12	12
5	5	3	10	9	9	18	17	17	4	4	4
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
12	10	8	13	11	11	14	12	11	11	10	8
20	22	28	11	13	14	4	6	8	33	37	41
64	64	60	73	73	73	80	80	78	51	47	46
4	5	5	3	4	3	2	3	3	5	5	5
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabelle 2.2:

Haushaltstyp, Generationenzahl im Haushalt und Familienstand älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren im Vergleich der Jahre 1981, 1991 und 1997 (Prozentwerte)

Haushaltstyp/-größe	60-64			65-69			70-74		
Familienstand	1981	1991	1997	1981	1991	1997	1981	1991	1997
A) Männer									
Privathaushalt	99	99	99	99	99	99	98	99	99
Einpersonenhaushalt	8	9	9	10	10	13	13	12	12
Mehrpersonenhaushalt	91	90	90	89	89	86	85	87	87
Eingenerationenhaushalt	52	51	49	60	60	59	62	64	66
verheiratet	48	47	46	55	56	57	56	59	63
nicht verheiratet	4	4	3	5	4	2	6	5	3
Mehrgenerationen-HH	40	39	40	29	28	27	23	23	21
verheiratet	37	35	36	25	25	24	19	19	19
nicht verheiratet	3	3	4	3	3	3	4	3	3
Anstaltshaushalt	1	1	1	1	1	1	2	1	1
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
B) Frauen									
Privathaushalt	99	99	99	98	99	99	97	98	99
Einpersonenhaushalt	27	23	20	37	33	28	45	43	41
Mehrpersonenhaushalt	72	76	80	61	65	71	53	54	58
Eingenerationenhaushalt	43	45	44	39	43	46	32	35	38
verheiratet	36	40	41	32	37	42	25	28	35
nicht verheiratet	7	5	4	8	6	4	8	7	3
Mehrgenerationen-HH	29	31	35	22	22	26	20	20	20
verheiratet	17	21	24	9	12	14	6	7	7
nicht verheiratet	12	10	12	13	11	12	15	13	13
Anstaltshaushalt	1	1	1	2	1	1	3	2	1
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Anmerkung: Als "Mehrgenerationenhaushalte" werden jene Haushalte klassifiziert, in denen geradlinig verwandte Personen zusammenleben.
Quellen: Volkszählungen 1981 und 1991; Mikrozensus-Jahresergebnisse 1997; eigene Berechnungen

www.parlament.gv.at

75-79			80-84			85+			60+		
1981	1991	1997	1981	1991	1997	1981	1991	1997	1981	1991	1997
A) Männer											
97	98	98	95	96	96	91	92	92	98	98	98
17	16	13	22	22	25	26	28	26	13	13	13
80	81	85	73	74	70	65	64	66	85	85	85
59	62	65	50	55	55	38	42	43	57	57	58
52	56	62	43	49	52	30	35	37	51	52	55
7	5	3	7	6	3	8	7	6	6	5	3
21	19	20	23	19	15	27	21	22	28	28	27
14	14	16	11	11	9	8	8	9	23	24	23
7	5	4	12	8	6	19	14	13	5	4	4
3	2	2	5	4	4	9	8	8	2	2	2
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
B) Frauen											
95	95	97	90	91	91	82	83	83	96	96	96
50	51	51	51	54	55	43	48	50	41	39	38
45	44	46	39	38	36	39	35	34	55	57	58
23	25	27	16	17	13	12	11	9	32	33	33
16	17	23	8	10	10	3	4	4	24	27	30
8	7	4	8	7	3	9	7	5	8	6	4
21	20	18	23	21	23	27	24	25	23	23	25
3	4	3	2	2	2	1	1	2	8	9	10
18	16	15	21	19	20	26	22	22	16	14	14
5	5	3	10	9	9	18	17	17	4	4	4
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

2.2.1 Familienstand

Sowohl bei Männern wie bei Frauen steigt mit dem Lebensalter der Anteil verwitweter Personen an (Tabelle 2.1). Das Verwitwungsrisiko ist allerdings für Frauen sehr viel höher als für Männer.[2] Das zeigt sich schon am chronologischen Beginn der Altersphase. Denn von den 60- bis 64-jährigen Männern sind nur 5% verwitwet und 84% verheiratet (geschieden: 5%; ledig: 6%), bei den gleichaltrigen Frauen beträgt der Anteil der Verwitweten dagegen bereits 21% (verheiratet: 65%; geschieden und ledig: jeweils 7%). Mit zunehmendem Alter werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede noch größer. So ist in der Altersgruppe der 70- bis 74-jährigen nur jeder zehnte Mann verwitwet, während bereits 43% der Frauen ihren Partner durch Tod verloren haben. Ab dem 75. Lebensjahr ist dann die überwiegende Mehrheit der Frauen verwitwet. Bei den 75- bis 79-jährigen Frauen sind 60% Witwen, bei den 80- bis 84-jährigen 73% und bei den Hochbetagten (über 85-Jährige) schließlich beinahe 80%. Bei den 75- bis 79-jährigen Männern sind dagegen nur 15% Witwer, und selbst bei den hochbetagten Männern trifft dies „nur" auf 41% zu.

In den vergangenen Jahrzehnten ist der Anteil der verwitweten älteren Menschen generell gesunken. Auch hier zeigen sich jedoch zwischen Männern und Frauen bzw. zwischen den einzelnen Altersgruppen deutliche Unterschiede:

- Bei den 60- bis 74-jährigen Frauen, also am Beginn der Altersphase, wurde das Verwitwungsrisiko in den 80er und 90er Jahren deutlich geringer. Dafür gibt es zwei Ursachen. Zum einen handelt es sich bei dieser Altersgruppe immer stärker um Frauengenerationen, die von den Folgen des Zweiten Weltkriegs (Kriegswitwen) kaum mehr betroffen sind. Zum anderen erhöhte der Sterblichkeitsrückgang der vergangenen 20 Jahre die Überlebenswahrscheinlichkeit der Männer zwischen dem 60. und dem 75. Lebensjahr deutlich (siehe Kapitel 1.2).
- Bei den sehr alten Frauen über 75 Jahre blieb der Witwenanteil in den vergangenen Jahrzehnten dagegen unverändert hoch. Hier wird aus den gleichen Gründen wie bei den unter 75-jährigen Frauen der Anteil der Witwen erst in den kommenden Jahrzehnten tendenziell zurückgehen.
- Eine umgekehrte Situation zeigen die Daten für Männer. Bei den unter 70-Jährigen blieb der (allerdings sehr geringe) Witweranteil seit den frühen 80er Jahren unverändert. Im höheren Lebensalter verringert sich das Verwitwungsrisiko der Männer dagegen seit einigen Jahrzehnten kontinuierlich. Es ist dies offensichtlich eine Folge der gestiegenen (ferneren) Lebenserwartung älterer Frauen.

Zusammen mit der Etablierung der Ehe als „soziale Norm" in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts führten die skizzierten Trends dazu, dass der Anteil verheirateter älterer Menschen noch nie so hoch war wie heute. So waren 1997 insgesamt 79% aller Männer im Alter von 60 und mehr Jahren verheiratet (1981: 76%), 12% waren verwitwet, 5% ledig und 4% geschieden. Bei den älteren Frauen betrug der Anteil der Verheirateten im Jahr 1997 insgesamt 41% (1981: 33%), 46% waren verwitwet, 5% geschieden und 8% ledig. Da sich die gestiegene Scheidungshäufigkeit der vergangenen Jahrzehnte in der Altersphase mittelfristig noch kaum auswirken wird, werden Zahl und Anteil alter bzw. hochbetagter Paare, die auf 50 oder noch mehr gemeinsam verbrachte Jahre zurückblicken können, in den nächsten Jahren weiter ansteigen.

2.2.2 Haushaltstyp und Haushaltsgröße

Rund 98% der Männer und 96% der Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren wohnen in privaten Haushalten (Tabelle 2.2). Nur eine kleine Minderheit älterer Menschen – absolut etwa 40.000 Frauen und 11.000 Männer – lebt nicht in den eigenen vier Wänden, sondern in institutionellen

2 Darüber hinaus heiraten Männer nach dem Tod der Partnerin häufiger ein zweites Mal als Frauen nach dem Verlust ihres Partners (siehe Kytir & Münz, 1999).

www.parlament.gv.at

Haushalten (hauptsächlich Alten- und Pflegeheime). An dieser Situation änderte sich in den vergangenen Jahrzehnten nur wenig. So war am Beginn der 60er Jahre der Anteil älterer Menschen in Anstaltshaushalten gleich hoch wie heute (Tabelle 2.3).

Die Häufigkeit, mit der Männer und Frauen in einem Alten- oder Pflegeheim untergebracht sind, ist bei den „jungen" Alten generell sehr gering. Sie steigt erst jenseits des 80. Lebensjahres – insbesondere bei Frauen – sprunghaft an. Von allen hochbetagten Frauen (85 Jahre und älter) lebten 1997 immerhin 17% in einer Institution. Bei Männern bilden jene, die nicht mehr in den eigenen vier Wänden wohnten, auch unter den Hochbetagten mit 8% (1997) eine Minderheit. Der Zeitvergleich zeigt, dass die „Anstaltsquote" hochaltriger Frauen und Männer in den vergangenen Jahrzehnten weitgehend unverändert blieb.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Familienstand machen sich auch in der Größe und Zusammensetzung der Privathaushalte bemerkbar, in denen ältere Menschen leben. So wohnten im Jahr 1997 Männer in der Altersphase hauptsächlich (57%) in Zweipersonenhaushalten, also in der Regel zusammen mit ihrer Partnerin und nur zu einem geringen Prozentsatz alleine (13%). Dagegen lebten 38% der älteren Frauen in Single-Haushalten, und nur 37% lebten in einem Haushalt mit zwei Personen. In größeren Haushalten, die drei oder mehr Personen umfassen, findet man vergleichsweise wenige ältere Menschen, nämlich 28% der 60- und mehrjährigen Männer und 21% der gleichaltrigen Frauen. Der Anteil älterer Menschen in größeren Haushalten nahm in den vergangenen Jahrzehnten vor allem zugunsten der Zweipersonenhaushalte etwas ab.

Aufgrund des Ausscheidens der Kinder aus dem Elternhaus und des mit dem Lebensalter zunehmenden Verwitwungsrisikos kommt diesen Zahlen vor dem Hintergrund einer altersspezifischen Betrachtung allerdings wenig Aussagekraft zu (Tabelle 2.2). Denn von den 60- bis 64-jährigen Männern leben weniger als 10% alleine, bei den über 80-jährigen tun dies aber immerhin mehr als ein Viertel. Für Frauen stellt der Single-Haushalt schon am chronologischen Beginn der Altersphase (60- bis 64jährige) mit einer Häufigkeit von 20% eine verbreitete Lebensform dar. Ab dem 75. Lebensjahr dominiert dann das (unfreiwillige) Alleinleben. Mehr als die Hälfte aller sehr alten und hochbetagten Frauen wohnen in einem Einpersonenhaushalt, wobei der Anteil unter den 80- bis 84-jährigen mit 55% am höchsten ist.

Im historischen Rückblick stiegen Zahl und Anteil der im Alter alleinlebenden Männer (1961: 8%; 1981: 13%) und Frauen (1961: 29%; 1981: 41%) in den 60er und 70er Jahren deutlich an. Seit Beginn der 80er Jahre kam es dagegen nur mehr zu geringen Veränderungen (Tabelle 2.3). In Summe entfielen zwischen 1961 und 1991 vom gesamten Zuwachs der Einpersonenhaushalte (+440.000) 44% auf die Altersgruppe der über 60-jährigen, allein 32% auf die Altersgruppe der über 75-jährigen. Bei einer altersspezifischen Differenzierung zeigen sich für den Zeitraum der beiden letzten Jahrzehnte ähnliche Trends wie im Bereich der Familienstandsgliederung: Die Häufigkeit des Alleinlebens verringerte sich bei Frauen im Alter zwischen 60 und 74 Jahren analog zum gesunkenen Verwitwungsrisiko dieser Altersgruppe. Im höheren Alter blieb der Anteil der in Einpersonenhaushalten lebenden Frauen dagegen unverändert hoch.

Im (west-)europäischen Vergleich nimmt Österreich hinsichtlich der Größe der Haushalte, in denen ältere Menschen leben, eine mittlere Position ein (Abb. 2.1). Weniger häufiger alleine leben ältere Menschen in Südeuropa, einen höheren Anteil an Single-Haushalten gibt es dagegen in den skandinavischen Ländern. Sieht man von Südeuropa ab, so zeigt der Vergleich darüber hinaus, dass ältere Menschen in Österreich etwas häufiger in größeren Haushalten leben als in anderen Ländern. Die unterschiedlichen Erhebungsmethoden und -konzepte erschweren allerdings den internationalen Vergleich von Haushaltsstrukturen. Die entspre-

Tabelle 2.3:
Ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in privaten Ein- und Mehrpersonenhaushalten sowie in Anstaltshaushalten 1961 bis 1997 (Prozentwerte)

Gechlecht/	60 bis 64 Jahre					65 bis 74 Jahre				
Haushaltstyp	1961	1971	1981	1991	1997	1961	1971	1981	1991	1997
A) Männer										
Privathaushalt	99	99	99	99	99	98	99	99	99	99
Einpersonenhaushalt	6	7	8	9	9	8	10	11	11	12
Mehrpersonenhaushalt	93	92	91	90	90	90	89	87	88	87
Anstaltshaushalt	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
B) Frauen										
Privathaushalt	98	99	99	99	99	97	98	98	98	99
Einpersonenhaushalt	22	25	27	23	20	31	36	41	37	35
Mehrpersonenhaushalt	76	73	72	76	80	67	61	57	61	64
Anstaltshaushalt	2	1	1	1	1	3	2	2	2	1
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Gechlecht/	**75+ Jahre**					**60+ Jahre**				
Haushaltstyp	**1961**	**1971**	**1981**	**1991**	**1997**	**1961**	**1971**	**1981**	**1991**	**1997**
A) Männer										
Privathaushalt	96	96	96	96	96	98	98	98	98	98
Einpersonenhaushalt	13	16	20	20	19	8	10	13	13	13
Mehrpersonenhaushalt	83	80	76	76	77	90	88	85	85	85
Anstaltshaushalt	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
B) Frauen										
Privathaushalt	93	92	91	91	91	97	96	96	96	96
Einpersonenhaushalt	34	42	49	51	52	29	35	41	39	38
Mehrpersonenhaushalt	59	50	42	40	39	68	62	55	57	58
Anstaltshaushalt	7	8	9	9	9	3	4	4	4	4
insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Quellen: Volkszählungen 1961, 1971, 1981 und 1991; Mikrozensus-Jahresergebnisse 1997; eigene Berechnungen

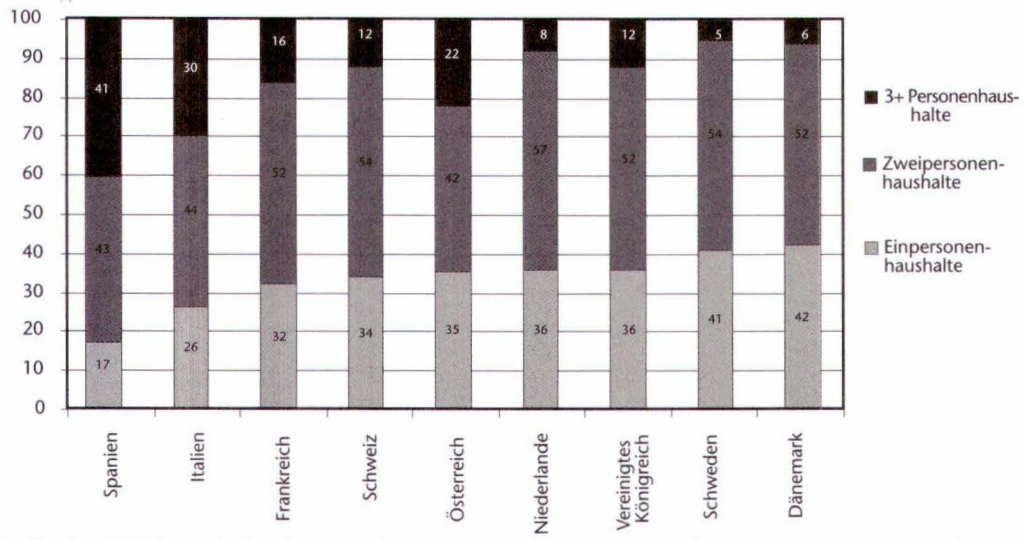
chenden Befunde sollten daher eher vorsichtig interpretiert werden.

Wie Haushaltsprognosen zeigen, wird aufgrund des schon heute absehbaren demographischen Alterungsprozesses der kommenden Jahrzehnte auch die Zahl der alleinlebenden älteren Menschen in Österreich weiter ansteigen (Abbildung 2.2). Derzeit wohnen rund 480.000 Personen über 60

www.parlament.gv.at

Abbildung 2.1:

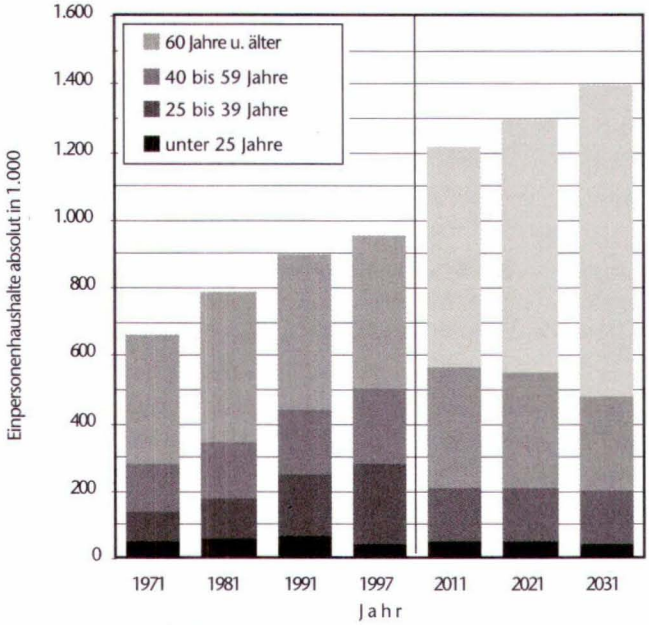
Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren in Privathaushalten nach der Haushaltsgröße (1991): Österreich im Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern



Quelle: EUROSTAT (o.J.): Bevölkerung, Haushalte und Wohnungen in Europa, Hauptergebnisse der Erhebungen 1990/91

Abbildung 2.2:

Einpersonenhaushalte nach dem Alter der/des Alleinlebenden: Österreich 1971 bis 1997; Prognose bis 2031



Quellen: Volkszählungen 1971, 1981 u. 1991; Haushaltsprognose 1998 des ÖSTAT

Tabelle 2.4:
Haushaltstyp und Generationenzahl im Haushalt 1991: ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren nach sozioökonomischem Gemeindetyp (Prozentwerte; Summenspalte=100)

Gemeindetyp	60 bis 74 Jahre			
	Privathaushalt mit ...			Anstalts-haushalt
	einer Person	2+ Personen		
		Eingene-rationen-haushalt	Mehrgene-rationen-haushalt	
A) Männer				
Agrarquote >=15%	7	45	48	0
Agrarquote 10-15%	7	48	44	1
Agrarquote<10%, <2 Tsd. Einw.	8	53	38	1
Agrarquote<10%, 2-5 Tsd. Einw.	8	56	35	1
Agrarquote<10%, 5-10 Tsd. Einw.	9	59	30	2
Agrarquote<10%, 10-50 Tsd. Einw.	10	61	27	2
50-500 Tsd. Einwohner	12	60	26	1
Wien	16	66	17	1
Österreich	*10*	*57*	*32*	*1*
A) Frauen				
Agrarquote >=15%	21	36	42	0
Agrarquote 10-15%	24	38	37	1
Agrarquote<10%, <2 Tsd. Einw.	26	41	31	1
Agrarquote<10%, 2-5 Tsd. Einw.	28	42	27	2
Agrarquote<10%, 5-10 Tsd. Einw.	31	44	23	2
Agrarquote<10%, 10-50 Tsd. Einw.	34	44	20	2
50-500 Tsd. Einwohner	37	42	19	2
Wien	43	43	13	1
Österreich	*32*	*42*	*25*	*1*

Anmerkung: Als "Mehrgenerationenhaushalte" werden jene Haushalte klassifiziert, in denen geradlinig verwandte Personen zusammenleben.
Quelle: eigene Berechnungen nach den Daten der Volkszählung 1991

Jahre in Einpersonenhaushalten. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl vermutlich verdoppeln, was für die Wohnungs-, Versorgungs- und Freizeitinfrastruktur mit erheblichen Konsequenzen verbunden sein dürfte.

2.2.3 Ein- und Mehrgenerationenhaushalte

Das Zusammenleben mehrerer Generationen (im Sinne geradlinig verwandter Personen) im gleichen Haushalt ist für ältere Menschen in Österreich

www.parlament.gv.at

75 und mehr Jahre				60 und mehr Jahre			
Privathaushalt mit ...			Anstalts-haushalt	Privathaushalt mit ...			Anstalts-haushalt
einer Person	2+ Personen			einer Person	2+ Personen		
	Eingene-rationen-haushalt	Mehrgene-rationen-haushalt			Eingene-rationen-haushalt	Mehrgene-rationen-haushalt	
A) Männer							
14	45	40	1	8	45	46	0
15	49	33	3	9	48	42	1
17	53	27	2	10	53	35	1
18	55	22	4	11	56	31	2
19	57	17	7	12	59	26	3
20	59	14	7	13	60	24	3
21	61	13	5	15	61	22	2
28	61	8	3	20	64	14	1
20	*56*	*19*	*4*	*13*	*57*	*28*	*2*
A) Frauen							
36	19	43	2	26	30	43	1
39	19	36	5	29	32	37	2
45	20	32	4	33	34	31	2
46	19	25	10	35	34	27	4
48	19	18	15	37	35	21	7
51	18	15	16	40	34	18	7
53	21	15	11	43	34	18	5
66	18	10	7	53	32	12	3
51	*19*	*21*	*9*	*39*	*33*	*23*	*4*

insgesamt keine besonders seltene Lebensform (Tabelle 2.2). So wohnten 1997 immerhin 27% der Männer und 25% der Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren in so definierten „Mehrgenerationenhaushalten". In privaten Mehrpersonenhaushalten, in denen es nur Angehörige der gleichen Generation gibt („Eingenerationenhaushalte"), lebten im Vergleich dazu 58% aller älteren Männer und ein Drittel der älteren Frauen. Alle übrigen älteren Menschen leben entweder allein

(Männer: 13%; Frauen: 38%) oder in einem Anstaltshaushalt (Männer: 2%; Frauen: 4%).

Den größten Prozentsatz älterer Menschen in Mehrgenerationenhaushalten findet man unter den 60- bis 64-jährigen: In dieser Altersgruppe lebt in vielen Haushalten zumindest noch eines der Kinder bei seinen Eltern. Nach dem 70. Lebensjahr verringert sich in der Querschnittsbetrachtung der Anteil generationsübergreifender Haushaltsformen mit steigendem Lebensalter nur mehr wenig. In den höchsten Altersgruppen wird ihre Häufigkeit sogar wieder etwas größer. Vergleichsweise gering sind hier auch die Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So lebten im Jahr 1997 insgesamt 22% der hochbetagten Männer (85+jährige) und 25% der gleichaltrigen Frauen im Haushalt ihrer (Schwieger-)Kinder.

In den 80er und 90er Jahren veränderte sich die quantitative Verbreitung generationsübergreifender Haushaltsformen generell nur wenig. Eine altersspezifische Differenzierung macht deutlich, dass dieser Zeitraum für Frauen am Beginn der Altersphase (60 bis unter 70 Jahre) eine zunehmende „Familialisierung" brachte. Denn der Anteil jener Frauen, die mit zumindest einem Kind zusammen wohnen, ist in dieser Altersgruppe deutlich gestiegen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in diesem Bereich sind damit heute wesentlich geringer als vor zwanzig Jahren. Eine genau entgegengesetzte Entwicklung zeigt sich für Männer im hohen Alter. Sie lebten am Beginn der 80er Jahre häufiger im Haushalt eines Kindes als heute. Erklären lässt sich das in erster Linie mit dem gesunkenen Verwitwungsrisiko der Männer, die gemeinsam mit ihrer Partnerin bis ins hohe Alter einen eigenen Haushalt bilden.

In gleicher Weise, wie sich die Wohn- und Lebensformen von Männern und Frauen stark unterscheiden, bestimmen soziale und regionale Milieus unabhängig von anderen Faktoren die Lebenssituation im Alter entscheidend mit. Exemplarisch lässt sich das an den Unterschieden zeigen, die es in der Häufigkeit des Alleinlebens bzw. des Zusammenlebens mit eigenen Kindern im gleichen Haushalt zwischen sozioökonomisch definierten Gemeindetypen gibt (Tabelle 2.4):

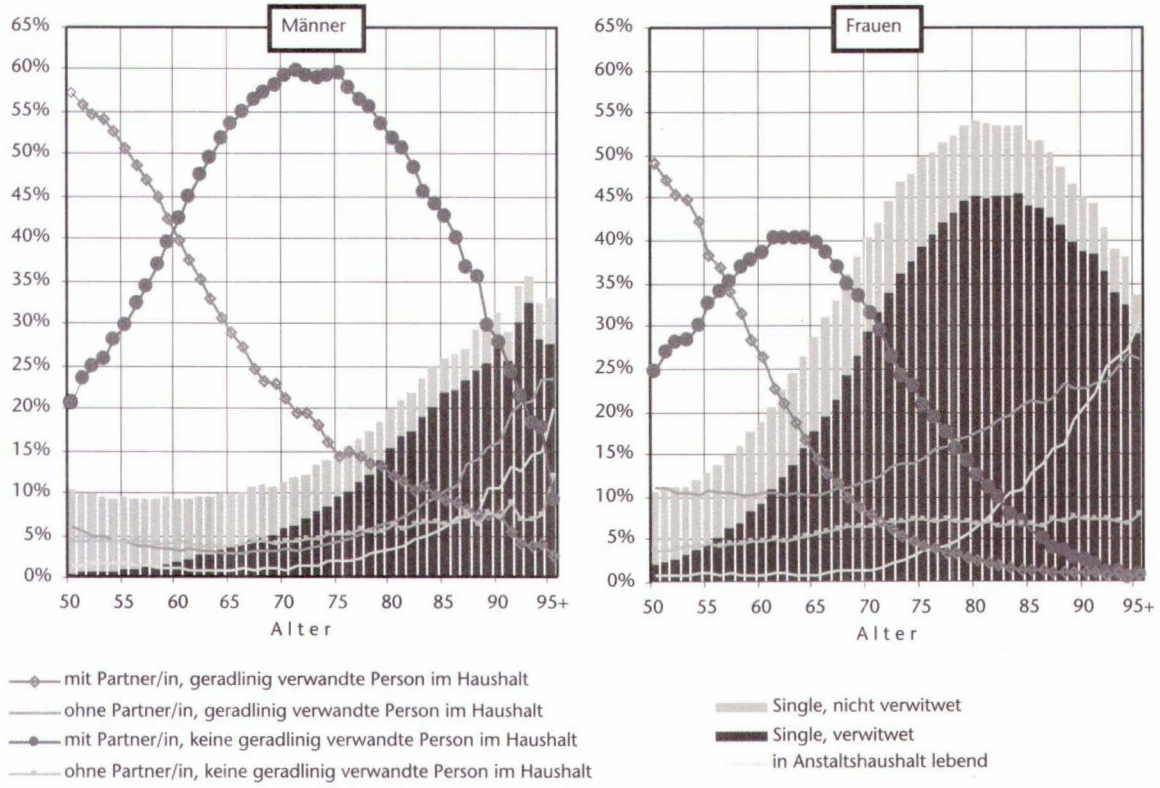
- Alleinlebende ältere Frauen sind hauptsächlich ein Phänomen städtischer Lebensräume, insbesondere Wiens. So lebten im Jahr 1991 53% der Wienerinnen im Alter von 60 und mehr Jahren und zwei Drittel aller 75- und mehrjährigen in einem Einpersonenhaushalt. Entsprechend selten wohnen ältere Wienerinnen und Wiener mit einem Kind im gemeinsamen Haushalt. Für die über 60-jährigen Frauen traf das 1991 lediglich auf 12%, für die über 75-jährigen Frauen auf 10% zu.
- In agrarisch dominierten Kleingemeinden war 1991 das generationenübergreifende Wohnen die häufigste Lebensform älterer Männer (46%) und Frauen (43%). Alleinlebende ältere Menschen findet man außerhalb der Städte dagegen deutlich seltener. Zu bedenken ist allerdings, dass es in kleinen Gemeinden kaum Alten- und Pflegeheime gibt und der Anteil der in Privathaushalten lebenden Personen bei einer Volkszählung daher nahezu 100% beträgt. In Klein- und Mittelstädten mit ihren überregional wirkenden Alten- und Pflegeheimen weist die Statistik dagegen eine entsprechend hohe Institutionalisierungsquote für ältere Menschen aus. Insgesamt modifiziert das aber die Ergebnisse nur geringfügig.

Insgesamt ergibt sich damit für das mittlere und hohe Erwachsenenalter ein in mehrfacher Hinsicht differenziertes Bild der haushaltsbezogenen Wohn- und Lebensformen (Abbildung 2.3). Folgende Aspekte erscheinen als zentral:

1. Hinsichtlich der Wohn- und Lebensform gibt es für die Altersphase keine erkennbaren chronologischen Abgrenzungen zum mittleren Erwachsenenalter hin. Dies belegt einmal mehr die Fragwürdigkeit der Verwendung starrer Altersgrenzen für diese Lebensphasen. Die wichtigste altersbedingte Veränderung der Lebenssituation zwischen dem 50. und dem 75. Lebensjahr ist für die Mehrzahl der Menschen das Ausscheiden des (letzten) Kindes aus dem Haushalt. Dieser Prozess ver-

www.parlament.gv.at

Abbildung 2.3:
Wohn- und Lebensformen im mittleren und hohen Erwachsenenalter: Österreich 1991



Quelle: eigene Berechnungen nach den Daten der Volkszählung 1991

läuft in der Querschnittsbetrachtung kontinuierlich, der Zeitpunkt des Wegzugs ist also innerhalb der genannten Altersspanne individuell sehr unterschiedlich.

2. Innerhalb der Gruppe der älteren Menschen sind die Lebens- und Wohnformen in struktureller Hinsicht äußerst heterogen. Für die Mehrzahl der Männer ist das Leben mit der (Ehe-)Partnerin und ohne Kind im Haushalt („empty-nest") die dominierende Lebensform im Alter. Erst jenseits des 80. Lebensjahres, das allerdings nur ein kleiner Teil der Männer erreicht, gewinnen andere Lebensformen quantitativ mehr Bedeutung. Für Frauen zeigt sich im Vergleich mit den Männern ein noch komplexeres Bild der Lebenssituationen im Alter. Erst nach dem 75. Lebensjahr wird für sie das (unfreiwillige) Alleinleben zur quantitativ dominierenden Lebensform.

3. Die Phase der Hoch- und Höchstaltrigkeit zeigt keine dominante Lebensform, sondern ein vergleichsweise hohes Maß an „Pluralität". Lediglich das Zusammenleben mit dem Partner bzw. der Partnerin fällt aufgrund des hohen Mortalitätsrisikos quantitativ kaum mehr ins Gewicht. Dagegen steigt jenseits des 80. Lebensjahres die Häufigkeit des Zusammenwohnens mit einem eigenen Kind zugunsten des Alleinlebens wieder an. Ebenfalls stark an Bedeutung gewinnt für Höchstaltrige das Leben in einem Alten- oder Pflegeheim.

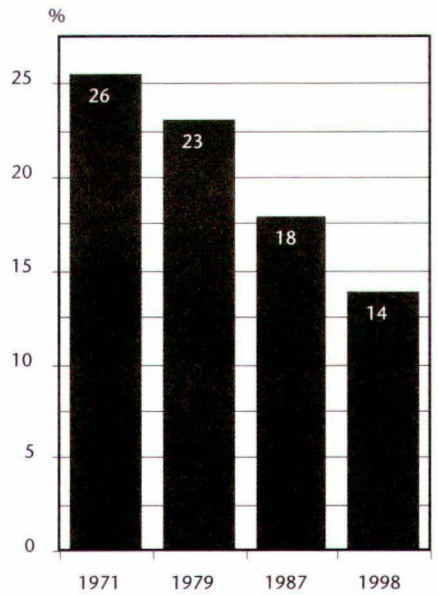
2.3 Das Familiennetzwerk älterer Menschen

2.3.1 Größe und Struktur des familialen Netzwerks

Definiert man das familiale Netzwerk als die Zahl näherer Familienmitglieder in direkter bzw. horizontaler Linie, also Ehepartner, (Schwieger-) Kinder, Enkel und Urenkel, eventuell noch lebende Eltern sowie Geschwister, so zeigt sich, dass nur eine kleine Minderheit der in Privathaushalten lebenden älteren Menschen in Österreich kein einziges nahes Familienmitglied hat (Tab. 2.5). Lediglich 2% der Männer und 4% der Frauen befinden sich in dieser Situation. Weitere 6% der Männer und 3% der Frauen haben außer der Partnerin bzw. dem Partner kein nahes Familienmitglied. Der etwas größere Prozentsatz „familienloser" Frauen ist dabei vor allem eine Folge des zahlenmäßigen Übergewichts der Frauen im hohen Alter. Bei den über 85-jährigen erreicht der Anteil an (in privaten Haushalten lebenden) Personen ohne nahe Familienangehörige immerhin 9%, und zwar sowohl bei Männern wie bei Frauen.

Sehr viel größer sind umgekehrt Zahl und Anteil älterer Menschen mit zumindest einem lebenden Kind. So gaben bei der 1998 durchgeführten Mikrozensus-Befragung 89% aller in Privathaushalten wohnenden Männer im Alter von 60 und mehr Jahren und 86% der gleichaltrigen Frauen an, zumindest ein lebendes (Schwieger-) Kind zu haben (insgesamt: 87%).[3] Der Anteil älterer Menschen ohne eigene Kinder wurde damit in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich geringer (Abb. 2.4). So hatte am Beginn der 70er Jahre noch ein Viertel der über 60-jährigen kein lebendes Kind, 1979 waren es 23% und 1987 18%. Diese Entwicklung ist plausibel, da von den um die Jahrhundertwende geborenen Frauen nahezu ein Drittel lebenslang kinderlos blieb, von den zwischen 1930 und 1959 geborenen Frauen dagegen

Abbildung 2.4:
Anteil älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in privaten Haushalten ohne lebendes eigenes Kind im Vergleich der Jahre 1971, 1979, 1987 und 1998 (Prozentwerte)



Quellen: Mikrozensus-Erhebungen 1971, 1979, 1987 und 1998 (Sonderprogramme "Ältere Menschen"); eigene Berechnungen

3 Durch die Einschränkung auf ältere Menschen, die noch in den eigenen vier Wänden leben, sind diese Werte sicherlich etwas höher als für die Gesamtbevölkerung. Denn man kann davon ausgehen, dass unter den in Alten- und Pflegeheimen untergebrachten älteren Menschen überdurchschnittlich viele kinderlose Personen sind.

4 Die sinkenden Werte kinderloser älterer Menschen sind wahrscheinlich zum Teil auch ein Effekt des Mortalitätsrückgangs der vergangenen Jahrzehnte. Viel mehr als früher wurde der Tod eines eigenen Kindes nicht nur im frühen Erwachsenenalter zu einem äußerst seltenen Ereignis (Rückgang der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit), sondern durch den Sterblichkeitsrückgang im sechsten und siebenten Lebensjahrzehnt (siehe Kapitel 1.2) trifft das heute immer mehr auch auf Hochaltrige zu.

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.5:

Vorhandensein lebender Familienangehöriger nach Verwandtschaftskategorie: ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten 1998 (Prozentwerte)

Verwandschaftskategorie	Alter in Jahren						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	60+
A) Männer							
(Ehe-)Partnerin	87	83	81	81	71	58	81
(Schwieger-)Kind	92	87	88	88	90	81	89
(Schwieger-)Tochter	84	81	84	83	84	78	83
(Schwieger-)Sohn	87	84	83	85	88	80	85
Enkel/in	72	74	78	78	81	76	75
Urenkel/in	11	12	17	21	32	35	16
Eltern(teil)	26	16	8	6	5	3	14
Geschwister	73	74	66	60	54	37	67
Kind, Enkel u. Urenkel	10	11	17	21	31	33	16
Kind und Enkel	72	73	78	78	80	73	75
nur Kind, keine (Ur-)Enkel	19	14	10	10	10	7	13
nur Partnerin[1)]	5	7	7	8	7	6	6
keine lebenden Angehörigen[2)]	1	1	2	2	0	9	2
B) Frauen							
(Ehe-)Partner	68	58	42	32	14	10	43
(Schwieger-)Kind	90	88	85	85	83	84	86
(Schwieger-)Tochter	85	82	81	82	83	82	82
(Schwieger-)Sohn	87	85	81	82	80	79	83
Enkel/in	74	77	75	77	75	77	76
Urenkel/in	10	16	21	30	40	40	23
Eltern(teil)	17	10	5	4	4	2	8
Geschwister	74	70	64	57	48	44	63
Kind, Enkel u. Urenkel	10	16	21	30	39	39	23
Kind und Enkel	73	77	74	76	74	75	75
nur Kind, keine (Ur-)Enkel	17	11	10	9	8	8	11
nur Partner[1)]	4	4	4	4	1	0	3
keine lebenden Angehörigen[2)]	1	2	4	5	8	9	4

[1)] keine lebenden, geradlinig verwandten Personen
[2)] kein(e) Partner/in, keine lebenden Geschwister oder geradlinig verwandten Personen
Quelle: eigene Berechnungen nach den Daten des Mikrozensus Juni 1998

nur jede achte (Kytir & Münz, 1999). Außerdem haben inzwischen jene Jahrgänge das Pensionsalter erreicht, die im 20. Jahrhundert in Österreich die durchschnittlich meisten Kinder zur Welt brachten, nämlich die zwischen 1932 und 1937 geborenen Frauen.[4] Aus demografischer Sicht wird der hohe Anteil älterer Menschen mit zumindest einem lebenden Kind auch in den nächsten Jahrzehnten

nicht kleiner werden, und die durchschnittliche Zahl lebender Kindern steigt wahrscheinlich sogar noch an, wenn die Eltern der Baby-Boom-Generation der frühen 60er Jahre das Pensionsalter quantitativ dominieren (siehe Kapitel 1.1.4). Wie Bevölkerungsprognosen zeigen, kommt es voraussichtlich erst nach 2020, wenn die nach 1960 geborenen Österreicherinnen und Österreicher die Altersphase erreichen, zu einem merkbaren Rückgang der durchschnittlichen Zahl lebender Kinder und zu einem Anstieg des Anteils kinderloser älterer Menschen.

Soweit sich das aus Querschnittsdaten analysieren lässt, erhöht sich mit steigendem Lebensalter das insgesamt geringe Ausmaß kinderloser älterer Menschen kaum. Erst unter den Hochbetagten (die über 85-jährigen) gibt es mit 19% (Männer) bzw. 16% (Frauen) mehr kinderlose Personen als in den übrigen Altersgruppen, was allerdings überwiegend als Kohorteneffekt anzusehen ist (siehe oben). Der etwas höhere Anteil von (in Privathaushalten lebenden) Männern, die im hohen Alter kinderlos sind, ist dabei eine Folge des unterschiedlichen Verwitwungsrisikos zwischen Männern und Frauen. Kinderlose Männer werden beim Auftreten gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Regel von ihrer Partnerin betreut. Ein Verbleib in den eigenen vier Wänden ist damit viel wahrscheinlicher als bei Frauen in der gleichen Lebenssituation, aber ohne Partner. Kinderlose Frauen sind damit häufiger als kinderlose Männer auf eine stationäre Betreuung in Alten- und Pflegeheimen angewiesen.

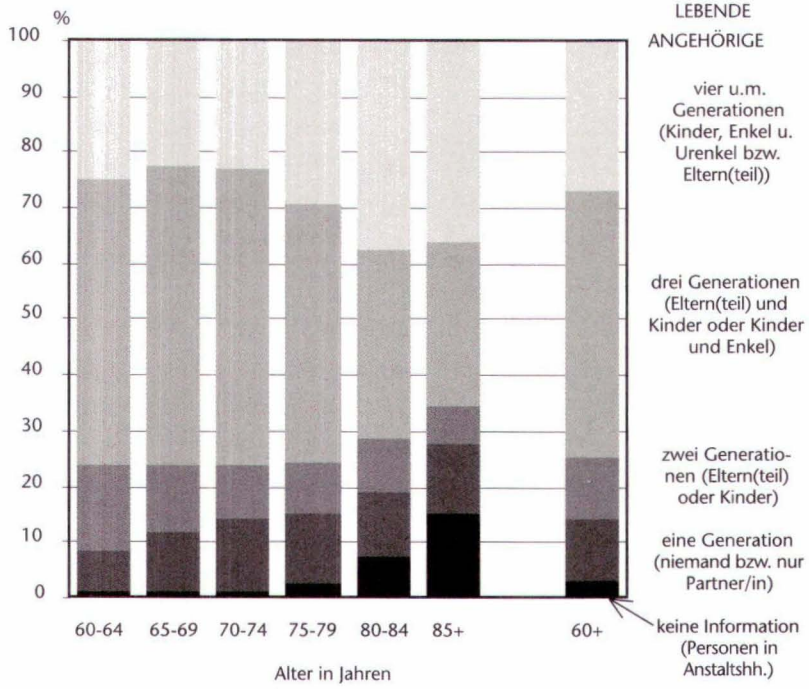
Eine nach Gemeindegrößenklassen differenzierte Analyse macht deutlich, welchen Einfluss die vergangenen Unterschiede in der Kinderzahl auf das familiale Netzwerk der heute älteren Menschen haben. Denn in Gemeinden unter 5.000 Einwohnern sind nur 7% bis 10% der 60- und mehrjährigen kinderlos, in den größeren Landeshauptstädten dagegen 15% und in Wien 22%. Durch die Nichtberücksichtigung der Anstaltsbevölkerung sind die regionalen Unterschiede allerdings etwas „überzeichnet".

Das dichte intergenerationale Netz führt in weiterer Folge dazu, dass auch sehr viele ältere Menschen in Österreich zumindest ein Enkelkind haben. So befinden sich drei Viertel aller Personen im Alter von 60 und mehr Jahren in der Rolle des Großvaters bzw. der Großmutter. Auch dieser Wert ist in den letzten Jahrzehnten gestiegen. So hatten 1987 nur knapp mehr als zwei Drittel der älteren Menschen ein Enkelkind. Lebensalter und Geschlecht spielen für die Häufigkeit, mit der ältere Menschen Enkelkinder haben, nur eine geringe Rolle. Lediglich bei den Männern findet man Großväter mit steigendem Lebensalter etwas häufiger, bei Frauen ist dagegen kein Alterstrend erkennbar. Schon am Beginn der Altersphase (60- bis 64-jährige) sind drei von vier Frauen Großmütter, was angesichts der seit 25 Jahren vorherrschenden demografischen Trends (niedrige (Perioden-) Fertilität, steigendes Erstgeburtsalter) erstaunt. Eine Interpretation dieses Befundes ist allerdings aufgrund der vielfältigen und komplexen Einflüsse, die hier zu berücksichtigen sind (kohortenbezogene Unterschiede im Timing und Umfang der Familienbildungsprozesse von Männern und Frauen mehrerer Generationen), kaum möglich.

Bei einem Teil der älteren Menschen umfasst das Familiennetzwerk nicht nur drei Generationen, also Kinder und Enkelkinder, sondern sogar mindestens vier Generationen. Immerhin 16% der Männer und 23% der Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren haben zumindest ein Urenkelkind. Die Häufigkeit der Urgroßmutter- bzw. Urgroßvaterrolle steigt mit dem Lebensalter klarerweise stark an. Immerhin besitzt aber auch schon jeder zehnte Mensch im Alter zwischen 60 und 64 Jahren ein Urenkelkind. Ab dem 80. Lebensjahr sind dann 40% der Frauen Urgroßmütter und rund ein Drittel der Männer Urgroßväter. Aufgrund des geringen Mortalitätsrisikos im frühen Lebensalter und im mittleren Erwachsenenalter gibt es darüber hinaus durch den Tod von Kindern oder Enkelkindern kaum „Lücken" in den Generationenfolgen. Bemerkenswert ist auch der stark ge-

www.parlament.gv.at

Abbildung 2.5:
In vertikaler Linie verwandte nahe Angehörige (Generationentiefe): ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren 1998 (Prozentwerte)



Quelle: Mikrozensus Juni 1998; eigene Berechnungen

stiegene Anteil „junger" Alter mit noch lebenden Eltern bzw. Elternteilen (60- bis 64-jährige: ca. 20%; 1987: 12%).

Im historischen Kontext handelt es sich dabei hinsichtlich der großen Zahl, aber auch hinsichtlich des hohen Anteils, mit dem ältere Menschen in durchgehende viergenerationale Familiennetzwerke eingebunden sind, um eine wahrscheinlich einzigartige Situation. Denn insgesamt 27% aller älteren Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren sind Angehörige einer vier Generationen umfassenden Familie, bei nahezu der Hälfte (49%) umfasst die Familie drei Generationen (Abb. 2.5). Nur bei jeweils 11% gibt es entweder bloß ein Kind bzw. kein Kind, dafür aber noch lebende Eltern bzw. Elternteile, oder aber keinen (lebenden) Angehörigen einer anderen Generation. Fünf gleichzeitig lebende Generationen einer Familie scheinen allerdings nach wie vor extrem selten vorzukommen (< 1%), wenngleich die Fragen des Mikrozensus 1998 die tatsächlichen Zahlen möglicherweise etwas unterschätzen. Analysen des Mikrozensus 1991, wo die Generationentiefe aus der Sicht der mittleren Generation dargestellt wurde (siehe Hörl & Kytir 1998), kommen aber zu einer ähnlich geringen empirischen Relevanz.

Für ältere Menschen in Privathaushalten lag der Durchschnittswert lebender naher Familienangehöriger im Jahr 1991 bei 7,4 Personen (Tab. 2.6). Insgesamt gesehen waren Männer (vor allem aufgrund des geringeren Verwitwungsrisikos; siehe Abschnitt 2.2.1) in ein etwas dichteres Familien-

Tabelle 2.6:
Anzahl naher Familienangehöriger: ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren (1991)

Geschlecht/ Alter	Anstalts-haushalt (%)	Privathaushalt: Anzahl lebender Familienangehöriger (%) 0	1-3	4-10	11+	Mittel-wert	insge-samt (%)
Männer							
60+	1,9	3,1	22,4	45,3	27,3	7,78	100,0
75+	4,1	6,2	25,8	40,8	23,1	6,99	100,0
85+	8,5	14,4	21,1	37,2	18,8	6,19	100,0
Frauen							
60+	4,1	6,7	24,6	40,8	23,8	7,13	100,0
75+	8,8	10,6	26,8	35,2	18,6	6,26	100,0
85+	17,4	16,6	27,9	25,4	12,7	5,05	100,0
insgesamt							
60+	3,3	5,3	23,7	42,5	25,2	7,38	100,0
75+	7,3	9,3	26,4	37,0	20,0	6,50	100,0
85+	15,1	16,0	26,1	28,5	14,3	5,36	100,0

Quelle: eigene Berechnungen nach den Daten des Mikrozensus Juni 1991

netzwerk eingebunden als Frauen. Die durchschnittliche Zahl naher Angehöriger betrug für Frauen 7,1, für Männer dagegen 7,8 Personen. Dazu kommt, dass weniger Männer als Frauen im Alter nicht in den eigenen vier Wänden leben. Mit zunehmendem Lebensalter reduzierte sich die durchschnittliche Größe des Familiennetzwerks im Jahr 1991 kontinuierlich, nämlich von 8,4 (60- bis 64-jährige) auf 5,4 Personen (85+jährige; siehe Kytir, 2000). Allerdings lässt eine Querschnittserhebung keinen Rückschluss darauf zu, ob es sich dabei um einen Alters- oder zumindest teilweise auch um einen Generationeneffekt handelt. Auch unter den Hochbetagten waren Männer – gemessen an der Zahl lebender naher Angehöriger – in einer etwas besseren Situation als Frauen.

2.3.2 Familiale Lebensformen im Alter

Aus soziologisch-demografischer Perspektive liefert die Analyse der Zahl lebender Kinder, Enkel- und Urenkelkinder zwar interessante Erkenntnisse, für die alltägliche Lebensführung und die Lebenssituation älterer Menschen erscheint es allerdings bedeutsamer, in welcher räumlichen Distanz diese nahen Familienangehörigen wohnen. Empirische Informationen zu diesem Aspekt lassen sich der Mikrozensus-Erhebung 1998 mit ihrem Sonderprogramm „Ältere Menschen" entnehmen. Denn für die in direkter bzw. horizontaler Linie verwandten Kategorien enger Familienmitglieder wurde erfragt, in welcher räumlichen Entfernung es lebende Angehörige gibt. Als Antwortmöglichkeiten standen dabei die folgenden Kategorien zur Auswahl: in derselben Wohnung bzw. im selben Haus, erreichbar in höchstens einer Viertelstunde, erreichbar in höchstens einer halben Stunde, erreichbar in höchstens einer Stunde, noch weiter entfernt. Von besonderem Interesse ist dabei die Antwortkategorie „in derselben Wohnung bzw. im selben Haus". Denn im Unterschied zu den haus-

www.parlament.gv.at

haltsbezogenen Darstellungen der Volkszählungen bzw. der Mikrozensus-Grundprogramme (siehe Kapitel 2.2.3) erlaubt es diese Information, empirische Aussagen über das Ausmaß des tatsächlichen Zusammenwohnens älterer Menschen mit ihren Kindern bzw. Enkelkindern und damit über familiale Lebensformen im Alter zu treffen.

Ausgangspunkt der hier präsentierten Typologie familialer Lebensformen älterer Menschen ist das Vorhandensein oder Fehlen eines Partners / einer Partnerin bzw. eines lebenden Kindes (bzw. Enkelkindes). Beim Vorhandensein zumindest eines lebenden Kindes wird in weiterer Folge unterschieden, ob das räumlich jeweils am nächsten lebende Kind im selben Haus, in unmittelbarer Wohnumgebung (erreichbar in höchstens einer Viertelstunde), in näherer Wohnumgebung (erreichbar in höchstens einer halben Stunde) oder weiter entfernt wohnt. Gibt es weder einen Partner bzw. eine Partnerin noch ein Kind oder Enkelkind, so wird nach der Haushaltsgröße unterschieden, nämlich zwischen alleinlebenden älteren Menschen und älteren Menschen, die mit sonstigen Personen zusammenleben. Eine eigene weitere Kategorie bilden Personen in Anstaltshaushalten, für die allerdings keine Informationen darüber vorliegen, ob und welche Familienangehörigen es jeweils gibt.

Es zeigt sich, dass die überwiegende Mehrzahl älterer Menschen nicht nur zumindest ein lebendes Kind hat, sondern dass sehr viele Österreicher und Österreicherinnen im Alter auch gemeinsam mit eigenen Kindern unter einem Dach wohnen (Tab. 2.7). Das intergenerationale Zusammenleben ist mit 42% (Männer) bzw. 40% (Frauen) sogar die mit Abstand häufigste Lebensform im Alter.[5] In Österreich ist damit die Häufigkeit, mit der Eltern mit ihren erwachsenen Kindern zusammenleben, ähnlich groß wie in Südeuropa und damit deutlich höher als in den meisten west- und nordeuropäischen Ländern (Kuijsten, 1999).

Berücksichtigt man in weiterer Folge die Gruppe jener älteren Menschen, bei denen zumindest ein Kind in unmittelbarer Wohnumgebung (Erreichbarkeit in höchstens einer Viertelstunde) lebt (Männer und Frauen jeweils 23%), so wird die große Dichte generationaler Beziehungen noch deutlicher sichtbar. Denn nahezu zwei Drittel aller älteren Menschen in Österreich (Männer: 65%; Frauen: 63%) wohnen entweder mit einem eigenen Kind unter einem Dach oder zumindest in unmittelbarer Nähe eines eigenen Kindes. Bei vergleichsweise wenigen älteren Menschen ist die räumliche Distanz zu ihren Kindern größer. So haben 13% der Männer und 12% der Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren zwar Kinder, keines davon wohnt aber in unmittelbarer Wohnumgebung, sondern zumindest eine halbe Stunde oder noch weiter entfernt. Weitere 6% der Männer und 3% der Frauen sind kinderlos, sie haben aber eine Partnerin bzw. einen Partner. Weder Kinder noch eine/n Partner/in haben insgesamt 5% der Männer und 9% der Frauen, wobei der überwiegende Teil dieser älteren Menschen in Einpersonenhaushalten lebt. Sie befinden sich damit hinsichtlich der Unterstützung durch nahe Familienangehörige in einer sehr prekären Situation.

Lebensformen verändern sich mit dem kalendarischen Alter. Dies gilt vor allem für das Vorhandensein eines Partners / einer Partnerin (Kapitel 2.2.1 und 2.3.1), in geringerem Maße aber auch für die Häufigkeit des Zusammenlebens mit Kindern. Grundsätzlich gilt: Je älter man ist, desto seltener lebt ein eigenes Kind im selben Haus. Dieser Zusammenhang trifft bei Männern allerdings nur zwischen dem 60. und dem 74. Lebensjahr zu. Im höheren Alter bleibt der Anteil jener, die mit Kindern zusammenleben, mit rund 33% weitgehend unverändert. Bei Frauen beträgt der Anteil generationsübergreifender Wohnformen bei den 60-

5 Verglichen mit den in Tabelle 2.2 ausgewiesenen Werten der Häufigkeit des Lebens in mehrgenerationalen Haushalten (Männer 1997: 27%; Frauen 1997: 25%) zeigt dieser Befund, wie schlecht sich mit haushaltsbezogenen Statistiken das tatsächliche Zusammenleben der Generationen erfassen lässt.

Tabelle 2.7:
Familiale Lebensformen älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren: Österreich 1998 (Prozentwerte)

Lebensform	60-64 J.	65-69 J.	70-74 J.	75-79 J.	80-84 J.	85+ J.	60+ J.
A) Männer							
in einem Privathaushalt lebend	**99**	**99**	**99**	**98**	**95**	**90**	**98**
zumindest ein lebendes Kind	91	87	87	87	86	74	87
zumindest ein Kind wohnt im selben Haus	*50*	*43*	*40*	*35*	*33*	*33*	*42*
(Ehe-)Partner vorhanden	46	38	33	28	24	21	36
kein (Ehe-)Partner	4	5	6	7	9	12	6
zumindest ein Kind wohnt in unmittelbarer Wohnumgebung	*20*	*24*	*24*	*24*	*23*	*23*	*23*
(Ehe-)Partnerin vorhanden	18	20	20	20	16	14	19
keine (Ehe-)Partnerin	2	4	4	4	6	8	4
zumindest ein Kind wohnt in näherer Wohnumgebung	*10*	*8*	*9*	*10*	*12*	*7*	*9*
(Ehe-)Partnerin vorhanden	8	7	8	9	9	5	8
keine (Ehe-)Partnerin	2	2	1	1	3	2	2
kein Kind wohnt in näherer Wohnumgebung	*11*	*12*	*15*	*18*	*19*	*12*	*13*
(Ehe-)Partnerin vorhanden	9	10	12	15	11	7	11
keine (Ehe-)Partnerin	2	1	3	3	7	5	3
kein lebendes Kind	8	12	12	11	9	17	11
(Ehe-)Partnerin vorhanden	5	7	7	8	7	6	6
keine (Ehe-)Partnerin	4	5	5	4	2	11	5
alleinlebend (Einpersonenhh.)	3	4	4	2	2	9	4
nicht alleinleb. (Mehrpersonenhh.)	1	1	1	1	0	2	1
in einer Anstalt lebend	**1**	**1**	**1**	**2**	**5**	**10**	**2**
insgesamt	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*
B) Frauen							
in einem Privathaushalt lebend	**99**	**99**	**99**	**97**	**92**	**83**	**96**
zumindest ein lebendes Kind	90	88	84	83	78	70	84
zumindest ein Kind wohnt im selben Haus	*51*	*43*	*36*	*36*	*33*	*38*	*40*
(Ehe-)Partner vorhanden	36	26	15	11	4	4	18
kein (Ehe-)Partner	15	17	22	25	29	34	22
zumindest ein Kind wohnt in unmittelbarer Wohnumgebung	*21*	*25*	*24*	*24*	*25*	*18*	*23*
(Ehe-)Partner vorhanden	15	16	12	7	4	1	10
kein (Ehe-)Partner	6	10	12	16	21	17	13
zumindest ein Kind wohnt in näherer Wohnumgebung	*7*	*8*	*10*	*9*	*7*	*6*	*8*
(Ehe-)Partner vorhanden	5	5	4	3	1	1	4
kein (Ehe-)Partner	2	3	6	6	6	5	4
kein Kind wohnt in näherer Wohnumgebung	*11*	*11*	*14*	*15*	*13*	*8*	*12*
(Ehe-)Partner vorhanden	7	6	7	5	3	1	5
kein (Ehe-)Partner	4	5	7	10	10	7	7
kein lebendes Kind	9	11	15	14	14	12	12
(Ehe-)Partner vorhanden	4	4	4	4	1	0	3
kein (Ehe-)Partner	6	7	10	10	13	12	9
alleinlebend (Einpersonenhh.)	4	6	9	9	11	10	8
nicht alleinleb. (Mehrpersonenhh.)	2	1	1	1	1	2	1
in einer Anstalt lebend	**1**	**1**	**1**	**3**	**8**	**17**	**4**
insgesamt	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*

Quelle: Mikrozensus Juni 1998; eigene Berechnungen

Tabelle 2.8:
Vorhandensein und räumlicher Entfernung eigener Kinder: ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in privaten Haushalten nach sozioökonomischem Gemeindetyp (Prozentwerte)

Gemeindetyp	zumindest ein eigenes Kind lebt ...			kein Kind in Wohnnähe[3]	kein lebendes Kind	insgesamt
	im Haus	in unmittelbarer Wohnumgebung[1]	in näherer Wohnumgebung[2]			
Agrarquote >=15%	59	18	5	9	9	100
Agrarquote 10-15%	62	16	4	10	8	100
Agrarquote<10%, <2 Tsd. Einw.	54	22	5	11	8	100
Agrarquote<10%, 2-5 Tsd. Einw.	47	24	7	11	11	100
Agrarquote<10%, 5-10 Tsd. Einw.	39	24	9	16	12	100
Agrarquote<10%, 10-50 Tsd. Einw.	35	26	10	15	13	100
50-500 Tsd. Einwohner	27	22	17	17	17	100
Wien	20	14	17	25	24	100
Österreich	*41*	*20*	*10*	*15*	*14*	*100*

[1] Entfernung < 15 Minuten
[2] Entfernung 15-30 Minuten
[3] Entfernung > 30 Minuten
Quelle: Mikrozensus Juni 1998; eigene Berechnungen

bis 64-jährigen mehr als 50%, bei den 80- bis 84-jährigen ein Drittel. Bei den hochbetagten 85- und mehrjährigen leben mit 38% aber wieder mehr Frauen mit einem eigenen Kind unter einem Dach, in vielen Fällen eine Folge von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Kytir & Münz, 1992). Dem altersbedingten Bedeutungsverlust generationsübergreifender Wohnformen steht ein relativer Bedeutungsgewinn von Lebensformen ohne Partner und Kinder gegenüber. Letzteres gilt auch für Lebensformen, bei denen keines der eigenen Kinder in näherer Wohnumgebung lebt, sowie für das Leben in einem Alten- oder Pflegeheim.

Der Zusammenhang zwischen Lebensform und Alter wird allerdings durch den Einfluss sozialer und regionaler Milieus erheblich modifiziert. Denn in den kleinen Dörfern leben nur wenige ältere Menschen isoliert von ihren Kindern bzw. sind überhaupt kinderlos (Tab. 2.8). Bei sechs von zehn älteren Menschen wohnt ein eigenes Kind im selben Haus, bei weiteren 20% wohnt ein Kind in unmittelbarer räumlicher Nähe. In den größeren Städten, insbesondere aber in Wien, ist das Zusammenleben mehrerer Generationen dagegen viel seltener, und sehr viel mehr ältere Menschen haben entweder kein Kind oder leben in einer größeren Distanz zu ihren Kindern. Die „Intimität auf Distanz" (Rosenmayr & Köckeis, 1965) als Metapher für das Verhältnis der Generationen in modernen Gesellschaften charakterisiert aus dieser Perspektive eher die Situation in großstädtischen Lebensräumen. In ländlichen Gebieten bewirken demografisches Verhalten (höhere Kinderzahlen in vergangenen Jahrzehnten) und strukturelle Rahmenbedingungen (z. B. hinsichtlich der Siedlungsstruktur) zumindest in räumlicher Hinsicht „distanzlosere" generationale Lebensformen bis ins hohe Alter. Der vermuteten oder tatsächlichen Isolationsproblematik älte-

rer Menschen, insbesondere älterer Frauen in den großen Städten stehen damit am Land möglicherweise Wünsche nach eigenständiger Lebensführung und mehr privater Unabhängigkeit im Alter gegenüber. Denn das Zusammenleben der Eltern mit ihren erwachsenen Kinder ist hier strukturell vorgegeben und nicht nur das Resultat bewusst gewählter Entscheidungen.

2.4 Kontakte und Aktivitäten älterer Menschen

2.4.1 Das Kontaktniveau der älteren Menschen – Besuche durch Kinder

Wie schon im vorangehenden Abschnitt ausgeführt wurde, ist der Großteil der älteren Menschen in Österreich in familiale bzw. intergenerationelle Netzwerke eingebunden.[6] In Bezug auf die soziale Integration der älteren Menschen ist die entscheidende Frage freilich nicht, wieviele Kinder ältere Menschen haben, sondern vielmehr, in welchem Ausmaß mit diesem Kind (bzw. mit zumindest einem von mehreren Kindern) persönliche (Besuchs-)Kontakte tatsächlich stattfinden.

Ausgangspunkt der folgenden Analyse ist der *Besuch von (erwachsenen) Kindern bei ihren (über 60-jährigen) Eltern*; aus inhaltlichen Überlegungen teilweise in die Betrachtung eingeschlossen werden auch jene Kinder, die mit ihren Eltern bzw. einem Elternteil im selben Haus[7] wohnen. Von einem „Besuch" der Kinder bei den Eltern im üblichen Wortsinn kann bei einer solchen räumlich nahen Wohnkonstellation natürlich nicht gesprochen werden.

Zunächst zeigen die Daten (Tabelle 2.9), dass die überwältigende Mehrheit der älteren Menschen in den Privathaushalten ein dichtes – und ein beträchtlicher Anteil von ihnen augenscheinlich sogar ein sehr dichtes – Beziehungsgeflecht mit ihren Kindern (bzw. mit mindestens einem von mehreren Kindern) aufweist.

Im Einzelnen sind folgende Grundtatsachen festzuhalten:

- Die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen hat enge intergenerationelle Besuchskontakte. Nur eine verschwindende Minderheit von kaum 2% hat nach eigenen Angaben überhaupt keinen persönlichen Besuchskontakt zu den eigenen Kindern. Wenn man – in strenger Auslegung – Besuche der Kinder bei den Eltern, die weniger oft als einmal wöchentlich stattfinden, bereits als „selten" bezeichnet, so bleibt dennoch als Tatsache bestehen, dass nur eine schwache Minderheit, nämlich weniger als ein Fünftel aller älteren Menschen, mit ihren Kindern (einem ihrer Kinder) relativ selten Kontakt hat.
- Auf der anderen Seite haben insgesamt mehr als die Hälfte (55%) aller älteren Menschen, die Kinder haben, in irgendeiner Form täglichen Kontakt mit einem Kind. Das kann sein, weil sie im selben Haus wohnen oder aus einem anderen Grund.
- Es gibt keine gravierenden Unterschiede zwischen den Geschlechtern, d. h., ältere Väter haben nur unwesentlich weniger Kontakt mit ihren erwachsenen Kindern als Mütter.
- Es gibt einen hohen Anteil älterer Menschen, die mit einem Kind im selben Haus wohnen. Eine Detailanalyse nach dem *Geschlecht* des Kindes (hier nicht tabellarisch dargestellt) zeigt, dass von allen 60- und Mehrjährigen mit einer Tochter 26% mit

6 An dieser Stelle ist im Zusammenhang mit den Voraussetzungen für verwandtschaftliche Kontakte wiederho-lend hervorzuheben, dass nur 14% der 60- und mehrjährigen Österreicherinnen und Österreicher in Privathaus-halten kinderlos sind, d. h., 86% aller älteren Menschen haben wenigstens ein Kind oder Schwiegerkind.

7 Im selben Haus, d. h., „unter einem Dach" zu wohnen, muss nicht notwendigerweise die Führung eines gemeinsamen Haushalts bedeuten; anzunehmen ist jedoch, dass diese Wohnform eine sehr enge Beziehung zwischen den Generationen impliziert. Über die Qualität dieser Beziehung ist damit natürlich noch nichts ausgesagt.

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.9:
Häufigster Besuch (Kontakt) eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten mit zumindest einem Kind (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

a) alle älteren Menschen mit Kind	Männer	Frauen	Zusammen
Kontakt sehr häufig	*54*	*56*	*5*
Kind im Haus	47	48	48
Besuch täglich	7	9	8
Kontakt häufig	*26*	*26*	*26*
Besuch mehrmals / Woche	12	13	12
Besuch einmal / Woche	14	14	14
Kontakt selten	*20*	*17*	*18*
Besuch seltener	18	16	17
Besuch nie	2	1	2
Insgesamt	**100**	**100**	**100**

b) nur ältere Menschen mit Kind außer Haus	Männer	Frauen	Zusammen
Kontakt sehr häufig oder häufig	*62*	*67*	*65*
Besuch täglich	13	16	15
Besuch mehrmals / Woche	23	24	24
Besuch einmal / Woche	26	27	26
Kontakt selten	*38*	*33*	*35*
Besuch seltener	33	30	32
Besuch nie	5	3	4
Insgesamt	**100**	**100**	**100**

dieser „unter einem Dach" wohnen (oder mit einer von mehreren Töchtern) und von jenen, die einen Sohn haben, 43% mit diesem (oder mit einem von mehreren Söhnen) im selben Haus wohnen. Die kumulierte Betrachtung (Söhne und Töchter zusammen) ergibt schließlich das Bild von Tabelle 2.9a: demnach wohnt fast die Hälfte aller älteren Menschen (48%) mit einem ihrer Kinder im selben Haus. Eine Analyse nach der *Gemeindegröße* (hier nicht tabellarisch dargestellt) erweist erwartungsgemäß, dass in den kleinen (z. T. noch agrarisch geprägten) Gemeinden Österreichs mit ihrem hohen Anteil an Einfamilienhäusern das intergenerationelle Zusammenwohnen erheblich verbreiteter ist als in den Großstädten und insbesondere in Wien.

Wenn man die Zusammenwohnenden aus den Berechnungen ausklammert (Tabelle 2.9b), so ergeben sich selbstverständlich niedrigere Kontakt- bzw. Besuchsfrequenzen. Dennoch bleibt auch für diesen Fall festzuhalten, dass die überwiegende Mehrheit – nämlich rund zwei Drittel der älteren Menschen – häufigen, d. h., mindestens wöchentlichen Besuchskontakt mit ihren Kindern pflegen; allerdings zeigt sich hier etwas deutlicher eine Benachteiligung der Väter in dem Sinne, dass sie weniger Besuche von ihren Kindern erhalten als die Mütter.

Zur Gewinnung von näheren Einsichten über das Zustandekommen und die Bedingungen der Aufrechterhaltung dieses zweifellos eindrucksvoll dichten Kontaktnetzes zwischen den Familiengenerationen soll nun in einem nächsten Schritt die Kontaktfrequenz nach einigen weiteren wichtigen Gesichtspunkten betrachtet werden: nach dem Alter des älteren Menschen, nach dem Vorhandensein von Enkelkindern sowie nach dem Familienstand und nach dem Bildungsgrad der älteren Menschen.

Zunächst liegt es nahe, die Kontakthäufigkeit nach dem *Alter der älteren Menschen* zu analysieren, wobei (siehe Tabelle 2.10) ein kurvilinearer Verlauf[8] sichtbar wird: der sehr enge, d. h. tägliche Kontakt mit den Kindern nimmt im frühen Alter zunächst ab und erreicht zwischen 75 und 80 Jahren ein Minimum (aber immerhin 48% täglicher Kontakt), steigt ab einem Alter von etwa 80 Jahren wieder an und erreicht bei den hochbetagten Menschen über 85 Jahren den absoluten Spitzenwert: 64% der Menschen dieses Alters haben täglichen Kontakt mit einem Kind.[9]

Erklärt werden kann dieses Muster wohl nur dadurch, dass es bei den jüngeren Befragten offensichtlich einen großen Anteil von Menschen gibt, die die „Leeres-Nest-Phase" im Familienlebenszyklus noch nicht erreicht haben, d. h., mit einem Kind „immer schon" im gemeinsamen Haushalt leben (Beispiel: ein 60-jähriger Befragter mit einer 25-jährigen studierenden Tochter, die noch zu Hause wohnt). Diese Art von Familien- bzw. Haushaltskonstellation geht aus soziodemografischen Gründen (die Kinder gründen schließlich in den meisten Fällen eigene Familien bzw. neolokale Haushalte) mit fortschreitendem Alter ziemlich rapid zurück, und der „Zwangskontakt" durch das Wohnen im selben Haus(halt) nimmt daher ab. Zu beachten ist aber, dass es immer einen Sockel von rund zwei Fünftel aller älteren Menschen gibt, die mit einem Kind „unter einem Dach" wohnen. Vielfach gibt es eben speziell in den ländlichen Gegenden auch *nach* der Heirat (bzw. dem Eingehen einer Partnerschaft) des Kindes und z. T. (zu 28%) auch nach der Geburt von Enkeln ein enges Zusammenwohnen der Generationen.

Im höheren Alter steigen das Im-selben-Haus-Wohnen und der sonstige tägliche Besuchskontakt wieder an, wobei dieser Anstieg bei letzterem schon etwas früher der Fall ist. Diese Kontaktverstärkung erfolgt vermutlich deswegen, weil der nachlassende Gesundheitszustand und / oder einschneidende psychosoziale Ereignisse (z. B. eine Verwitwung) die Kinder zu einem verstärkten Kümmern, Helfen und Sorgeverhalten und damit zu häufigeren Besuchen bei den Eltern / dem Elternteil oder zu einer Aufnahme in das eigene Haus (in den eigenen Haushalt) veranlassen.

Nicht ganz auszuschließen, aber mangels Daten an dieser Stelle nicht zu überprüfen, ist die zusätzliche Wirkung eines Kohorteneffekts, d. h., die ältesten Befragten (ab 80 Jahren) könnten ihre lebenslange Lebensweise, nämlich „dichtere" intergenerationelle Haushalts- und Wohnformen, ins hohe Alter gleichsam mitgebracht haben, während dies bei den in späteren Epochen sozialisierten jüngeren Altengenerationen nicht mehr so ausgeprägt der Fall ist.

Ferner dürfte in der Stichprobe ein beachtlicher Selektionseffekt auftreten: Jene Hochbetagten, die *nicht* im selben Haus mit ihren Kindern wohnen, sind erfahrungsgemäß besonders „gefährdet", in Heime einzutreten; in der Folge sind sie aber (als

8 Es muss allerdings stets im Auge behalten werden, dass solche Verlaufsaussagen nicht im strengen Sinne eines echten Panels verstanden werden dürfen. Da im Mikrozensus – und damit in dieser Analyse – nicht Kohorten im Längsschnitt in ihrer sozialen Entwicklung untersucht werden, können lediglich Querschnittsergebnisse, nach Altersgruppen gegliedert, dargestellt und interpretiert werden.

9 In den höchsten Alterskategorien sind die Bewohner von Heimen zahlenmäßig nicht zu vernachlässigen. Diese verfügen nachgewiesen über ein weniger dichtes Kontaktnetz mit Kindern, sodass durch die Beschränkung auf die alten Menschen in Privathaushalten das Kontaktniveau der Hochbetagten insgesamt sicherlich überschätzt wird.

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.10:

Häufigster Besuch (Kontakt) eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten mit zumindest einem Kind (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Zusammen
Kontakt sehr häufig	*63*	*56*	*51*	*48*	*50*	*64*	*55*
Kind im Haus	56	49	43	40	41	53	48
Besuch täglich	6	7	8	8	9	11	8
Kontakt häufig	*22*	*26*	*28*	*28*	*31*	*21*	*26*
Besuch mehrmals / Woche	11	12	12	13	17	11	12
Besuch einmal / Woche	11	14	16	15	14	10	14
Kontakt selten	*15*	*17*	*21*	*24*	*18*	*15*	*18*
Besuch seltener	14	16	19	21	16	13	17
Besuch nie	1	2	2	2	3	2	2
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Mitglieder der „Anstaltsbevölkerung") in der Mikrozensus-Population nicht mehr vertreten.

In einem nächsten Schritt ist die familiensoziologisch begründbare Vermutung zu überprüfen, dass das *Vorhandensein von Enkeln* ein starkes Motiv für einen Besuch der Kinder bei den befragten älteren Menschen (also den Großeltern) abgibt, insbesondere, wenn sich die Enkel noch im Vor-Jugendlichenalter befinden. Für diese Annahme sprechen sowohl instrumentelle als auch emotionelle Gründe auf beiden Seiten: Einerseits können die Enkel zwecks weiterer Beaufsichtigung bei den älteren Menschen „abgeliefert" werden oder es können im Wege des Enkelbesuchs finanzielle Zuwendungen lukriert werden, andererseits sind die meisten Großeltern aufgrund der normalerweise sehr mächtigen gefühlsmäßigen Bindungen an solchen Besuchen ihrer Nachkommenschaftsfamilie sehr interessiert. Es ist auch nicht auszuschließen, dass jene Nachkommen der älteren Menschen, die bereits selbst wieder Kinder haben (also Enkel aus der Sicht der älteren Menschen) und daher im Durchschnitt älter sind, generell zu einem stärker familienzentrierten Lebensstil neigen als die (noch) Kinderlosen.

Für die Analyse dieses Fragenkomplexes ist das Wohnen im selben Haus irrelevant, sodass in Tabelle 2.11 nur auf die von ihren Kindern getrennt wohnenden älteren Menschen Bezug genommen wird.

Tatsächlich lässt sich aus Tabelle 2.11c ersehen, dass das Vorhandensein eines Enkels die Besuche der Kinder (die wohl häufig in Begleitung eben dieses Enkelkindes erfolgen werden) in markanter Weise erhöht: *Enkellose* ältere Menschen werden insgesamt zu 57%, ältere Menschen *mit Enkeln* hingegen zu 66% mindestens einmal pro Woche von einem Kind besucht, wobei der Unterschied im Bereich des intensiven, d. h., täglichen oder fast täglichen Kontakts besonders auffällig ist.

Bemerkenswert ist weiters, dass dieser „Enkeleffekt" bei Kindern von Töchtern weitaus deutlicher zu Buche schlägt als bei Kindern von Söhnen. Dieses vielleicht auf den ersten Blick überraschende Ergebnis wird durch die allgemeine familiensoziologische Erkenntnis erklärlich, wonach Familienkontakte über-

Tabelle 2.11:
Häufigster Besuch eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten, nur Personen ohne Kind im Haus (nach dem Vorhandensein von Enkeln, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

a) Besuch von Tochter	kein Enkel	Enkel	Zusammen
Kontakt sehr häufig oder häufig	*49*	*58*	*57*
Besuch täglich	10	13	13
Besuch mehrmals / Woche	18	21	20
Besuch einmal / Woche	21	25	24
Kontakt selten	*51*	*42*	*43*
Besuch seltener	42	39	39
Besuch nie	9	4	4
Insgesamt	**100**	**100**	**100**

b) Besuch von Sohn	kein Enkel	Enkel	Zusammen
Kontakt sehr häufig oder häufig	*52*	*55*	*55*
Besuch täglich	9	10	10
Besuch mehrmals / Woche	18	20	20
Besuch einmal / Woche	*25*	*25*	*25*
Kontakt selten	48	45	45
Besuch seltener	40	40	40
Besuch nie	8	5	5
Insgesamt	**100**	**100**	**100**

c) Besuch von Kind (Sohn oder Tochter)	kein Enkel	Enkel	Zusammen
Kontakt sehr häufig oder häufig	*57*	*66*	*65*
Besuch täglich	11	16	15
Besuch mehrmals / Woche	19	24	24
Besuch einmal / Woche	27	26	26
Kontakt selten	*43*	*34*	*35*
Besuch seltener	37	31	32
Besuch nie	6	3	4
Insgesamt	**100**	**100**	**100**

wiegend auf der „weiblichen Achse" ablaufen, d. h., eine Tochter mit ihrem Kind (z. B. im Besuchsverhalten) zu ihrer Mutter tendiert, während für das Kind eines Sohnes eben dessen Schwiegermutter die wichtigere Anlaufstelle für Besuche ist.

Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass, wie aus Tabelle 2.11a/b abzulesen ist, die älteren Menschen *insgesamt* (d. h., solche mit und ohne Enkel zusammengefasst) ungefähr gleich häufig von den außer Haus wohnenden Söhnen wie

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.12:

Häufigster Besuch (Kontakt) eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Familienstand der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Ledige	Verheiratete	Verwitwete	Geschiedene	Zusammen
Kontakt sehr häufig	*56*	*56*	*57*	*37*	*55*
Kind im Haus	48	49	48	29	48
Besuch täglich	8	7	9	7	8
Kontakt häufig	*20*	*26*	*27*	*27*	*26*
Besuch mehrmals / Woche	9	12	13	10	12
Besuch einmal / Woche	11	14	13	17	14
Kontakt selten	*24*	*18*	*16*	*37*	*18*
Besuch seltener	19	17	14	29	17
Besuch nie	5	1	2	8	2
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Töchtern besucht werden. Das kann nur bedeuten, dass Söhne ohne weiteres auch ohne ihre Kinder häufig zum Besuch bei ihren Eltern erscheinen, während dies bei Töchtern seltener der Fall ist.

Wie schon mehrmals ausgeführt, hängt die Häufigkeit des intergenerationellen Kontakts bzw. der Besuche der erwachsenen Kinder bei ihren Eltern nicht zuletzt von den Lebensumständen ab, sowohl denen der Kinder als auch jenen der älteren Menschen. Die nächste Detailanalyse erfolgt daher in Tabelle 2.12 nach dem *Familienstand*, welcher ein einfach zu messender, wenngleich recht grober Indikator für die soziale Situation ist, in der sich die älteren Menschen befinden.

Aus Tabelle 2.12 geht eindeutig hervor, dass sich die *geschiedenen* älteren Menschen – diesen Status haben allerdings nur 5% aller über 60-jährigen – in der Beziehung zu ihren Kindern in einer relativ stark isolierten Position befinden; sie wohnen kaum zu einem Drittel im selben Haus (bei allen anderen Gruppen ist es fast die Hälfte) und werden auch sonst weitaus seltener besucht. Immerhin 8% der geschiedenen älteren Menschen haben mit ihren Kindern den Kontakt völlig verloren, werden niemals besucht. Man geht wohl nicht fehl in der Behauptung, dass sich die (vielleicht schon vor Jahrzehnten) gescheiterte Familienkarriere von Geschiedenen auch noch im höheren Alter negativ auswirkt.

Die ebenfalls sehr kleine Gruppe der stets unverheiratet gebliebenen älteren Menschen, die Kinder haben, nimmt im Kontaktgefüge eine polarisierte Stellung ein: Im sehr engen Kontaktbereich (Zusammenwohnen und täglicher Besuch) unterscheiden sich die Ledigen überhaupt nicht von den beiden großen dominierenden Familienstandsgruppen, den verheirateten und den verwitweten älteren Menschen, d. h., in der Mehrzahl sind die Ledigen intergenerationell sehr gut integriert. Andererseits gibt es aber auch relativ viele von ihren erwachsenen Kindern isolierte Personen unter den ledigen älteren Menschen, während die mittleren Häufigkeiten verhältnismäßig gering besetzt sind. Hinter dieser Polarisierung steht offenbar eine große Bandbreite von Lebensabläufen der unverheiratet gebliebenen älteren Menschen, die einer Generation angehören, für die die Geburt eines Kindes ohne Trauschein bzw. ohne Legitimierung durch spätere Verehelichung zweifellos noch häufig einen Makel dargestellt hat.

Nun soll noch das Ausmaß des intergenerationellen Kontakts unter Berücksichtigung der

Tabelle 2.13:
Häufigster Besuch (Kontakt) eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Pflichtschule	Lehre	Mittlere Schule	Höhere Schule	Zusammen
Kontakt sehr häufig	*63*	*47*	*43*	*44*	*55*
Kind im Haus	55	38	36	38	48
Besuch täglich	8	8	7	6	8
Kontakt häufig	*22*	*32*	*31*	*30*	*26*
Besuch mehrmals / Woche	11	15	15	14	12
Besuch einmal / Woche	12	17	16	15	14
Kontakt selten	*14*	*22*	*26*	*26*	*18*
Besuch seltener	13	19	24	24	17
Besuch nie	1	3	2	2	2
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Schulbildung der älteren Menschen untersucht werden (Tabelle 2.13). Das Vorhandensein von höherer Bildung ist nicht nur ein Wert für sich und gibt einen Hinweis auf einen bestimmten Lebensstil, sondern mittels des Bildungsgrads kann auch die Schichtzugehörigkeit der älteren Menschen approximativ indiziert und in die Analyse eingebracht werden. Folgende Hypothese steht dabei zur Überprüfung: Nach dem soziologischen Wissensstand kann man davon ausgehen, dass höher gebildete Personen weiter gesteckte soziale Interessen- und Freundeskreise haben als weniger hoch gebildete Personen. Diese sind nach den bisherigen Erkenntnissen stärker lokal und verwandtschaftlich orientiert und müssten dementsprechend mit ihren Kindern mehr und intensivere Kontakte haben.

Diese soeben angesprochene Hypothese erfährt durch das Ergebnis in Tabelle 2.13 eine klare Bestätigung. Diejenigen älteren Menschen, die nur über eine Pflichtschulbildung verfügen, sind in ein wesentlich dichteres verwandtschaftliches Kontaktnetz eingebunden als die höher gebildeten älteren Menschen. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass mehr als die Hälfte der Pflichtschulabsolventen mit einem Kind unter einem Dach wohnt. Insgesamt ergibt sich bei den niedriger gebildeten älteren Menschen der extrem hohe Anteil von fast drei Viertel, die mit den Kindern in einer räumlich-zeitlich sehr engen Beziehung stehen; nur jede/r Siebente der Pflichtschulabsolvent/inn/en sieht ihre/seine Kinder seltener als wöchentlich.

Die Angehörigen aller anderen Bildungsschichten haben überraschenderweise ein ziemlich ähnliches Kontaktverhalten, d. h., es bildet nicht etwa erst die Matura oder ein Hochschulstudium, sondern bereits der Umstand eines Lehrabschlusses bei den älteren Menschen die entscheidende Zäsur für eine Reduktion der Kontaktnähe und -häufigkeit zu und mit den Kindern. Bei der Interpretation dieser Tatsache ist selbstverständlich zu berücksichtigen, dass beim Kontakt / Besuch mit / bei den Eltern auch die Bildungsqualifikation der *Kinder* (welche im Mikrozensus nicht erhoben wird!) eine wichtige Rolle spielt. Es ist wohl unbestreitbar, dass höher qualifizierte erwachsene Kinder mobiler, vielseitiger engagiert, beruflich stärker gebunden sein werden und daher tendenziell weniger Zeit für Kontakte mit ihren älteren Eltern aufbringen werden können als niedriger qualifizierte Kinder. Da es empirische Belege gibt, dass Kinder von älteren

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.14:
Besuch durch sonstige Verwandte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Männer	Frauen	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	***18***	***21***	***20***
Besuch täglich	4	4	4
Besuch mehrmals / Woche	4	6	5
Besuch einmal / Woche	10	10	10
Besuch selten	***82***	***79***	***80***
Besuch seltener	61	57	59
Besuch nie	21	22	22
Insgesamt	**100**	**100**	**100**

Menschen mit höherer Schulbildung ihrerseits ebenfalls überdurchschnittlich hoch gebildet sind, liegt es auf der Hand, dass die Bildungseffekte beider Generationen einander verstärken werden.

Diese Zusammenhänge sind von weitreichender Bedeutung, gerade für die Zukunft. Das Bild der älteren Menschen wird heute – am Ende des 20. Jahrhunderts – nach wie vor von einer eher sehr niedrigen Bildungsausstattung geprägt: 57% der über 60-jährigen ÖsterreicherInnen haben bloß die Pflichtschule besucht und besitzen keinen Lehrabschluss. Die Bildungsexpansion der 50er und 60er Jahre wird in den kommenden Jahrzehnten jedoch immer besser gebildete Altengenerationen hervorbringen. Im Lichte der soeben dargestellten Ergebnisse ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklung auch auf das intergenerationelle Kontakt- und Besuchsverhalten in gravierender Weise auswirken wird. Es dürfte aus diesen rein strukturellen Gründen zu erheblichen Kontaktreduktionen kommen.

Um unangebrachte pauschale Wertungen und Missverständnisse zu vermeiden, muss ausdrücklich hinzugefügt werden, dass natürlich auch die höher gebildeten älteren Menschen zumeist regelmäßigen Kontakt mit ihren Kindern pflegen; weniger intensiv ist ihr intergenerationeller Kontakt nur im Vergleich mit den ganz besonders engen Kontakten der niedrigsten Bildungsschicht.

2.4.2 Das Kontaktniveau der älteren Menschen – Besuche durch sonstige Verwandte

Außer von den Kindern (einschließlich Schwiegerkindern bzw. Enkeln) empfangen ältere Menschen Besuche auch von anderen Verwandten (z. B. Geschwistern, Neffen, Cousinen etc.). Im Folgenden soll untersucht werden, welche Bedeutung diese Kontakte haben.

Es erweist sich aus Tabelle 2.14 sogleich, dass die persönlichen Kontakte mit sonstigen Verwandten im Vergleich zu den Kindeskontakten weitaus lockerer sind: Nur 20% der älteren Menschen pflegen häufige Kontakte mit sonstigen Verwandten, während 65% (siehe Tabelle 2.9) häufige Kontakte mit ihren (außer Haus wohnenden) Kindern haben.[10] Eine Gemeinsamkeit in den beiden verwandtschaftlichen Kontaktformen ist hingegen, dass ältere Frauen etwas häufiger von ihren Angehörigen besucht werden als ältere Männer.

Die Betrachtung nach dem Alter der Befragten (Tabelle 2.15) ergibt, dass die Frequenz des Besuchs

10 Ergänzend ist hinzuzufügen, dass ältere Menschen ohne Kinder diese fehlende Kontaktmöglichkeit keineswegs durch vermehrten Besuchsempfang von anderen Verwandten ausgleichen (dieses Ergebnis ist hier nicht tabellarisch dargestellt).

Tabelle 2.15:
Besuch durch sonstige Verwandte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Zusammen
Besuch sehr häufig							
oder häufig	***19***	***20***	***19***	***19***	***18***	***22***	***20***
Besuch täglich	4	4	4	4	4	5	4
Besuch mehrmals / Woche	6	5	6	5	7	6	5
Besuch einmal / Woche	10	12	9	10	7	11	10
Besuch selten	***81***	***80***	***81***	***81***	***82***	***78***	***80***
Besuch seltener	65	59	58	57	5	51	59
Besuch nie	16	21	23	24	27	27	22
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

durch sonstige Verwandte mit fortschreitendem Alter bei den „häufigen" Besuchen stabil bleibt. Da den Mikrozensus-Daten die genauen Verwandtschaftsverhältnisse und die Anzahl der Besucher nicht zu entnehmen sind, kann zwar vermutet, aber nicht belegt werden, dass im Zeitablauf interne Umschichtungen stattfinden, d. h., weder die Besucherzahl konstant noch die Besucherstruktur identisch bleiben werden.

Fest steht allerdings die Tatsache, dass der Anteil der nie besuchten älteren Menschen kontinuierlich steigt; zweifellos ist dafür die Ausdünnung des sozialen Netzwerks durch Todesfälle etwa gleichaltriger Verwandter verantwortlich. Ab einem gewissen Alter können und wollen viele ältere Menschen diese Verluste nicht mehr kompensieren.

Es kommt mithin im hohen Alter zu einer Polarisierung in Bezug auf die Verwandtenbesuche: Einerseits gibt es konstant ein gutes Fünftel *häufig* besuchter älterer Menschen, andererseits steigt der Anteil *nie* besuchter älterer Menschen auf ein gutes Viertel. Dramatisch rückgängig sind die Verwandtenkontakte mittlerer Häufigkeit (weniger als einmal pro Woche), welche für das Besuchsverhalten von Verwandten der gleichen Generation (z. B. durch Geschwister, Cousinen) typisch ist.

Wie beim Besuch durch Kinder ist auch beim Besuch durch sonstige Verwandte die Auswertung nach dem Bildungsgrad der älteren Menschen erhellend (Tabelle 2.16). Es zeigt sich wieder, dass die älteren Pflichtschulabsolventen die engsten verwandtschaftlichen Beziehungen haben, doch sind die Unterschiede in den Häufigkeiten diesmal relativ gering. Eine deutliche Tendenz zeigt sich nur bei den von Verwandten nie besuchten älteren Menschen: Deren Anteil steigt mit dem Bildungsgrad ganz klar an.

2.4.3 Das Kontaktniveau der älteren Menschen – Besuche durch Freunde und Bekannte

Der Analysebereich des Besuchsempfangs wird abgeschlossen, indem untersucht wird, welche Bedeutung die nicht-verwandtschaftlichen privaten Kontakte von älteren Menschen haben, d. h., jene mit Freunden und Bekannten. Aus Tabelle 2.17 geht hervor, dass deren Besuche erwartungsgemäß seltener als jene von den Kindern, jedoch häufiger als jene von

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.16:

Besuch durch sonstige Verwandte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Pflichtschule	Lehre	Mittlere Schule	Höhere Schule	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	*20*	*19*	*20*	*17*	*20*
Besuch täglich	4	4	3	3	4
Besuch mehrmals / Woche	6	5	6	5	5
Besuch einmal / Woche	10	10	10	10	10
Besuch selten	*80*	*81*	*80*	*83*	*80*
Besuch seltener	60	59	56	55	59
Besuch nie	20	22	24	28	22
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

sonstigen Verwandten stattfinden. Weiterhin wird deutlich, dass Frauen häufiger als Männer Besuche durch befreundete Personen bekommen.

Die größere Kommunikationsfreudigkeit der weiblichen Befragten ist somit als ein durchgehender Trend bei allen Varianten des Besuchserhalts zu konstatieren, d. h., bei Besuchen durch Kinder, sonstige Verwandte und Freunde / Bekannte.

Die Häufigkeit der Besuche von Freunden und Bekannten verändert sich im Altersablauf (Tabelle 2.18) gravierend. In ähnlicher Weise, wie es schon bei den Besuchen von den sonstigen Verwandten festzustellen war, kommt es zu einem sehr starken Anstieg, nämlich zu einer Verdoppelung des Anteils der nie von Freunden besuchten älteren Menschen. Fraglos ist auch hier die Ursache in den Netzwerkverlusten (Wegsterben der Freunde und guten Bekannten) zu suchen, die schon im Alter von etwa 80 Jahren massiv einsetzen.

Tabelle 2.17:

Besuch durch Freunde und Bekannte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Männer	Frauen	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	*25*	*29*	*28*
Besuch täglich	1	2	2
Besuch mehrmals / Woche	9	11	10
Besuch einmal / Woche	15	16	16
Besuch selten	*75*	*71*	*72*
Besuch seltener	59	55	56
Besuch nie	15	16	16
Insgesamt	**100**	**100**	**100**

Tabelle 2.18:
Besuch durch Freunde und Bekannte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	*30*	*29*	*27*	*27*	*25*	*24*	*28*
Besuch täglich	2	2	2	2	2	3	2
Besuch mehrmals / Woche	11	10	10	9	11	9	10
Besuch einmal / Woche	17	18	15	15	12	12	16
Besuch selten	*70*	*71*	*73*	*73*	*75*	*76*	*72*
Besuch seltener	60	56	56	56	53	53	56
Besuch nie	11	15	17	16	22	23	16
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Im Gegensatz zur Situation bei den Besuchen von sonstigen Verwandten nehmen nicht nur die seltenen, sondern auch die häufigen Besuche durch Freunde recht deutlich ab. Das kann wiederum nur bedeuten, dass kaum Substitutionen stattfinden: Gerade die engen und intensiv gelebten Freundschaften – und dieser Status besteht ja normalerweise über viele Jahre oder Jahrzehnte – werden nach dem Tod eines der beiden Partner offensichtlich kaum mehr durch neue Freundschaften ersetzt.

Der Besuch von Freunden hängt vom Familienstand (Tabelle 2.19) insofern ab, als unverheiratete ältere Menschen erwartungsgemäß häufiger nicht-verwandtschaftliche Besuchskontakte haben. Das gilt insbesondere für den mehrmaligen Kontakt pro Woche. Andererseits ist der Anteil der älteren Menschen *ohne* Besuch von Freunden und Bekannten bei den Verheirateten am *geringsten*. Das bedeutet, dass Ehepaare zwar durchaus Freunde haben, aber üblicherweise relativ selten treffen. *Nach* der Verwitwung dürfte eine Erhöhung der Frequenz der Freundeskontakte eintreten, weil nach dem Tod des Ehepartners die bisher eher „latent" vorhandenen Freundschaften intensiviert werden.

Im übrigen ist festzuhalten, dass sich die *geschiedenen* älteren Menschen im Freundeskontakt kaum von den anderen unverheirateten Gruppen unterscheiden, während sie bekanntlich bei den Familienkontakten klare Defizite aufweisen.

Schließlich soll auch beim Freundeskontakt eine Betrachtung nach der Schulbildung der Befragten erfolgen (Tabelle 2.20). Dies ergibt ein Resultat, das zu jenen in Bezug auf die Kindeskontakte und z. T. zu den Kontakten mit sonstigen Verwandten spiegelverkehrt ist: Die Häufigkeit des Besuchs von Freunden und Bekannten steigt mit dem Bildungsgrad an, besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei den Absolventen einer höheren Schule. Umgekehrt sinkt mit dem Bildungsgrad der Anteil derer, die nie Freundesbesuche erhalten.

Damit wird die eingangs aufgestellt These wiederum bestätigt, wonach diejenigen älteren Menschen, die nur über eine Pflichtschulbildung verfügen, am stärksten familien- und insbesondere kindesorientiert sind, während diejenigen älteren

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.19:
Besuch durch Freunde und Bekannte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Familienstand der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Ledige	Verheiratete	Verwitwete	Geschiedene	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	*32*	*25*	*31*	*32*	*28*
Besuch täglich	4	1	3	3	2
Besuch mehrmals / Woche	13	8	12	16	10
Besuch einmal / Woche	15	16	16	14	16
Besuch selten	*68*	*75*	*69*	*68*	*72*
Besuch seltener	51	61	50	51	56
Besuch nie	18	14	19	16	16
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Menschen, die über eine höhere Bildung (Matura oder akademischer Grad) verfügen, am stärksten außerverwandtschaftlich, d. h., freundesorientiert sind. Die Angehörigen der beiden mittleren Bildungsstufen, Absolventen einer Lehrausbildung bzw. einer mittleren Schule (Fachschule), sind einander im Besuchsverhalten recht ähnlich und nehmen in der Häufigkeit des Besuchsempfangs insgesamt eine Zwischenposition ein. Allerdings nähern sie sich bei den Kindeskontakten dem Verhalten der

Tabelle 2.20:
Besuch durch Freunde und Bekannte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Pflichtschule	Lehre	Mittlere Schule	Höhere Schule	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	*26*	*28*	*28*	*34*	*28*
Besuch täglich	2	2	2	1	2
Besuch mehrmals / Woche	9	10	9	14	10
Besuch einmal / Woche	15	16	16	19	16
Besuch selten	*74*	*72*	*72*	*66*	*72*
Besuch seltener	57	57	58	55	56
Besuch nie	17	15	15	11	16
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Höhergebildeten, bei den Kontakten mit sonstigen Verwandten und Freunden dem Verhalten der Pflichtschulabsolventen an.

In einer zusammenfassenden Betrachtung kann man bei der Häufigkeit von Besuchen bei älteren Menschen eine Art Hierarchie der Besucher erkennen:

1. Kinder mit den Enkeln
2. Kinder ohne Enkel
3. Freunde, Bekannte
4. Sonstige Verwandte

Die Ursache für diese Präferenzordnung kann zweifellos mit der jeweils spezifischen Mischung von Zwangselementen (Besuche aus Pflichtbewusstsein und Tradition) und Freiwilligkeitselementen (gefühls- und sympathieorientierte Wahl eines Interaktionspartners) erklärt werden:

- Der Besuch eines Kindes enthält beide Elemente in einem besonders hohen Maße.
- Im Falle des Vorhandenseins von Enkeln gibt es noch einen besonderen Emotionsschub.
- Die Kontakte mit Freunden und Bekannten wählt man weitgehend frei, nach selbstbestimmten Kriterien von Sympathie und Interessenübereinstimmung.
- Die Kontakte mit sonstigen Verwandten (z. B. den Geschwistern) sind sozusagen seit je automatisch vorgegeben und haben damit einerseits ein gewisses Zwangselement, andererseits wird ein Kontaktmangel mit ihnen emotional nicht so negativ empfunden wie bei Kindern.

2.4.4 Wie häufig besuchen ältere Menschen selbst ihre Verwandten sowie Freunde und Bekannte?

Bisher stand der Besuchs*empfang* von älteren Menschen zur Diskussion. Diese sind aber selbstverständlich in vielen Fällen nicht darauf angewiesen, passiv verharrend auf Besuche zu warten oder jemanden zu einem Besuch einzuladen, sondern sind in der Lage, selbst aktiv Besuche machen.

Im Mikrozensus wird beim Besuchs*empfang* nach dem verwandtschaftlichen Status des Besuchers unterschieden (Kinder bzw. sonstige Verwandte), wogegen beim aktiven Besuch der älteren Menschen nur allgemein von Verwandten (als Ziel der Besuche) gesprochen wird. Insofern sind die Resultate von Besuchsempfang und aktiver Besuchstätigkeit nicht streng vergleichbar.

Wenn man trotzdem versucht, die Häufigkeit des aktiven Selbst-Besuchens von Verwandten (Tabelle 2.21a) und des passiven Besucht-Werdens durch Kinder und sonstige Verwandte vergleichend gegenüberzustellen, so ergibt sich folgendes Bild: In allen Altersstufen scheinen die Besuche, welche ältere Menschen durch ihre Kinder erhalten (Tabelle 2.9) deutlich zu überwiegen gegenüber jenen Besuchen, die ältere Menschen selbst bei ihren Kindern absolvieren.

Ebenso scheint es eine ziemlich gesicherte Aussage zu sein, dass das Besucht-Werden (insbesondere durch die Kinder) eine u-förmige Verlaufskurve zeigt – nämlich im frühen Alter zunächst sinkend, im späten Alter dann wieder steigend – wogegen das Selbst-Besuchen kontinuierlich mit dem Alter der Respondenten zurückgeht. So steigt der Anteil derer, die „nie" selbst Besuche bei Verwandten machen, um das Vierfache, von 12% bei den 60- bis 64-jährigen auf 47% bei den 85- und Mehrjährigen.

Dieses Ergebnis entspricht dem bekannten allgemeinen Trend, dass mit dem zunehmenden Alter eine starke Verlagerung der Aktivitäten von außer Haus („outdoor") in die unmittelbare Wohnumgebung („indoor") erfolgt. Ungeachtet des dramatischen Rückgangs bei den außerhäuslichen Besuchsaktivitäten ist gleichwohl festzuhalten, dass bis zum Alter von unter 85 Jahren immerhin zwei Drittel der alten Menschen zumindest gelegentliche Besuche bei ihren Verwandten unternehmen.

Im Gegensatz zu den Angehörigenbesuchen lässt sich der Besuch von und bei Freunden und Bekannten (Tabellen 2.18 und 2.21b) aufgrund der Fragestellungen des Mikrozensus direkt miteinan-

Tabelle 2.21:
Aktives Besuchen durch ältere Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

a) von Verwandten	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	*24*	*23*	*22*	*20*	*16*	*10*	*21*
Besuch täglich	3	3	3	2	2	1	2
Besuch mehrmals / Woche	8	7	7	6	5	3	7
Besuch einmal / Woche	13	13	13	12	9	7	12
Besuch selten	*76*	*77*	*78*	*80*	*84*	*90*	*79*
Besuch seltener	64	62	60	57	49	43	59
Besuch nie	12	15	18	24	35	47	20
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

b) von Freunden und Bekannten	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	*26*	*25*	*26*	*24*	*20*	*12*	*24*
Besuch täglich	1	1	2	1	1	1	1
Besuch mehrmals / Woche	10	9	9	8	7	4	9
Besuch einmal / Woche	16	15	15	14	12	7	14
Besuch selten	*74*	*75*	*74*	*76*	*80*	*88*	*76*
Besuch seltener	62	56	54	52	43	39	54
Besuch nie	12	18	20	25	37	49	22
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

der vergleichen. Es zeigt sich, dass bis zum 85. Lebensjahr eine ziemlich ausgeglichene Selbst-Besuchs- und Besuchsempfangsaktivität im Freundes- und Bekanntenkreis vorherrscht: Ein Fünftel bis ein Viertel wird besucht und besucht selbst. Diese Symmetrie ist wenig überraschend, entspricht sie doch der eher nicht-hierarchischen Natur von Freundesbeziehungen. Ab 85 Jahren überwiegen dann allerdings eindeutig die von Freunden erhaltenen Besuche gegenüber den selbst gemachten Besuchen, zweifellos in Folge eines verschlechterten Gesundheitszustands.

Der aktive Besuch bei Freunden und Bekannten weist einen im Vergleich zu den Verwandtenbesuchen noch dramatischeren Rückgang mit dem Alter auf. So steigt der Anteil derer, die „nie" Freunde und Bekannte besuchen, von 12% auf 49%. Dieser Rückgang wird wahrscheinlich durch

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.22:
Aktives Besuchen durch ältere Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Gesundheitszustand, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

a) von Verwandten	Sehr gut	Gut	Mittel-mäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	*28*	*25*	*19*	*8*	*5*	*21*
Besuch täglich	3	3	2	1	1	2
Besuch mehrmals / Woche	10	8	6	2	2	7
Besuch einmal / Woche	16	14	11	5	2	12
Besuch selten	*72*	*75*	*81*	*92*	*95*	*79*
Besuch seltener	56	64	59	49	22	59
Besuch nie	16	11	22	43	72	20
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

b) von Freunden und Bekannten	Sehr gut	Gut	Mittel-mäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	*37*	*26*	*21*	*15*	*5*	*24*
Besuch täglich	2	1	1	1	1	1
Besuch mehrmals / Woche	13	9	7	9	2	9
Besuch einmal / Woche	21	16	13	6	2	14
Besuch selten	*63*	*74*	*79*	*85*	*95*	*76*
Besuch seltener	50	61	54	39	21	54
Besuch nie	13	13	25	46	75	22
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

zwei einander verstärkende Prozesse verursacht: Einerseits sind die Netzwerkverluste bei den Freunden in der Regel gravierender als bei den Verwandten – Freunde gehören normalerweise derselben Generation an, während Verwandte ein breiteres Altersspektrum umfassen – andererseits spielt der sich verschlechternde Gesundheitszustand eine entscheidende Rolle.

Letzteres wird durch Tabelle 2.22 sowohl für die Verwandten- als auch für die Freundesbesuche eindeutig belegt. Die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands korreliert in einem hohen Maße positiv mit der Häufigkeit von aktiver Besuchstätigkeit. Die sich gesundheitlich „sehr gut" oder „gut" befindlichen älteren Menschen besuchen zu einem Viertel selbst häufig Verwandte, bei den

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.23:
Aktives Besuchen durch ältere Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

a) von Verwandten

	Pflichtschule	Lehre	Mittlere Schule	Höhere Schule	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	***21***	***26***	***25***	***35***	***24***
Besuch täglich	1	1	1	1	1
Besuch mehrmals / Woche	7	10	8	12	9
Besuch einmal / Woche	12	15	15	22	14
Besuch selten	***79***	***74***	***75***	***65***	***76***
Besuch seltener	53	55	57	54	54
Besuch nie	27	18	18	11	22
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

b) von Freunden und Bekannten

	Pflichtschule	Lehre	Mittlere Schule	Höhere Schule	Zusammen
Besuch sehr häufig oder häufig	***19***	***23***	***22***	***24***	***21***
Besuch täglich	3	2	3	2	2
Besuch mehrmals / Woche	6	7	8	8	7
Besuch einmal / Woche	11	13	12	14	12
Besuch selten	***81***	***77***	***78***	***76***	***79***
Besuch seltener	58	60	59	58	59
Besuch nie	23	17	18	18	20
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

„schlecht" oder „sehr schlecht" befindlichen älteren Menschen reduziert sich dieser Anteil um bis zu 80%.

Bei Freunden und Bekannten ist die Abweichung noch krasser: die sich gesundheitlich „sehr gut" fühlenden älteren Menschen besuchen viel eher Freunde selbst als Verwandte, der Rückgang bei sich verschlechterndem Gesundheitszustand fällt entsprechend dramatischer aus.

Es kann in diesem Zusammenhang nicht ausgeschlossen werden, dass eine Wechselwirkung zwischen Besuchsaktivität und Gesundheitsempfindung besteht: Der Gesundheitszustand beeinflusst natürlich die Häufigkeit des aktiven Besuchens, doch umgekehrt könnte der eigeninitiierte Besuch bei Freunden und Bekannten (als eine selbstbestimmte autonome Handlung) eine positiv stimu-

www.parlament.gv.at

lierende Wirkung auf die psychische und somatische Befindlichkeit bzw. die Einschätzung derselben ausüben.

In der Betrachtung nach dem Bildungsgrad (Tabelle 2.23) findet sich ein bereits aus anderen Auswertungsschritten bekanntes Zusammenhangsmuster in ähnlicher Weise wieder: Beim Verwandtenbesuch lassen sich keine signifikanten Unterschiede nach der Schulbildung nachweisen, hingegen sind die höher Gebildeten (die Maturanten und Akademiker) beim Besuch von Freunden und Bekannten weitaus aktiver (fast doppelt so hoher Anteil an häufigen Besuchen) als insbesondere diejenigen älteren Menschen, die nur die Pflichtschule besucht haben. Die beiden mittleren Bildungsschichten sind einander wieder recht ähnlich und liegen in ihrem Verhalten zwischen der oberen und unteren Bildungsschicht.

Es kann somit zusammenfassend festgestellt werden: Das selbstinitiierte Aktivitätsniveau der Höhergebildeten ist im kommunikativen Bereich generell höher und hat einen Schwerpunkt bei den Beziehungen zu den Freunden und Bekannten. Die niedriger gebildeten älteren Menschen sind dagegen mehr darauf angewiesen, dass sie besucht werden, wobei diese Besuche in einem besonders hohen Ausmaß Kinder- und Verwandtenbesuche sind.

2.4.5 Die Telefonkontakte der älteren Menschen

Im Prozess der Modernisierung der industriellen und postindustriellen Gesellschaften spielt das Telefon als Kommunikationsmittel eine überaus wichtige Rolle. Der Ausstattungsgrad der Haushalte mit Telefonen ist sehr weit fortgeschritten und nähert sich der Vollversorgung; darüber hinaus gewinnen bekanntlich die nicht orts- und wohnungsgebundenen mobilen Telefonnetze immer mehr an Bedeutung.

Es ist zu erwarten, dass auch für die private Lebensführung älterer Menschen das Telefonieren von großer Wichtigkeit sein wird. Gerade für Menschen, die mehr als andere an ihren unmittelbaren Wohnbereich gebunden sind, kann das Telefon neben seinem praktischen Alltagsnutzen zweifellos das objektive und subjektive Sicherheitsgefühl erhöhen und zudem aufgrund seiner leichten Verfügbarkeit zur Abwehr von Isolation und Einsamkeitsgefühlen beitragen.

Es ist daher von hohem Interesse, zu untersuchen, inwieweit die älteren Menschen das Telefon nutzen und welche Zusammenhänge zwischen Gesprächsverhalten und wichtigen Variablen bestehen.

Im Mikrozensus wird das Telefonieren insofern pauschal behandelt, als keine weiteren Aufgliederungen nach den Gesprächspartnern vorgenommen werden, sondern Verwandte, Freunde und Bekannte zusammengefasst werden. Man wird davon ausgehen können, dass mit diesem Personenkreis die große Mehrzahl der privaten Telefonate älterer Menschen geführt wird.

Aus Tabelle 2.24 erweist sich zunächst, dass die Frequenz des Telefonierens überraschend niedrig erscheint: 86% der älteren Menschen benutzen das Telefon *nicht* täglich für Privatgespräche, fast ein Drittel seltener als einmal in der Woche und immerhin 10% nach eigenen Angaben überhaupt niemals. Obschon keine aktuellen Vergleichszahlen für jüngere Kohorten zur Verfügung stehen, darf angenommen werden, dass bei Personen unter 60 Jahren die Telefonierfrequenz weitaus höher liegt.

Es zeigt sich an diesem Beispiel, dass ältere Menschen beim Gebrauch moderner Technologien einen Rückstand aufweisen, und zwar auch dann, wenn es sich um ein nützliches und relativ einfach zu bedienendes technisches Gerät handelt. An dieser Stelle lässt sich nicht entscheiden, ob und inwieweit dieses Defizit auf medizinische Gründe, etwa akustische Verständnisprobleme (Schwerhörigkeit; dazu später mehr bei der Auswertung nach Gesundheit), auf objektive ökonomische Gründe, auf Sparsamkeitserwägungen oder auf die mangelnde Vertrautheit mit einem noch immer als neu empfundenen Medium zurückzuführen ist. Ein wichtiger Grund könnte natürlich auch darin liegen, dass einfach weniger private Gesprächspartner zur

Tabelle 2.24:
Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Männer	Frauen	Zusammen
Telefonate häufig	*53*	*63*	*59*
Telefonat täglich	10	16	14
Telefonat mehrmals / Woche	23	28	26
Telefonat einmal / Woche	20	20	20
Telefonate selten	*47*	*37*	*41*
Telefonat seltener	35	28	31
Telefonat nie	11	9	10
Insgesamt	**100**	**100**	**100**

Verfügung stehen, als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist.

Eine Differenzierung des Verhaltens ergibt sich gemäß Tabelle 2.24 nach dem Geschlecht: Ältere Frauen telefonieren erheblich häufiger als ältere Männer. Wie schon bei den persönlichen Kontakten spiegelt sich hier erneut das allgemeine Muster, dass Frauen kommunikationsfreudiger sind.

Die Betrachtung nach dem Alter in Tabelle 2.25 erlaubt eine Reihe von weiteren aufschlussreichen Einsichten.

Zunächst wird die Erwartung, dass die jüngeren Altenkohorten häufiger telefonieren als die älteren, nur teilweise bestätigt. Beim täglichen Gespräch lässt sich überhaupt kein klarer Trend feststellen; bei Telefonaten, die mehrmals oder einmal wöchentlich geführt werden, gibt es eine nur eher schwache Tendenz in Richtung der jüngeren Alten. Ein einigermaßen deutlicher Abfall der Frequenz von Telefongesprächen lässt sich erst bei den hochbetagten Menschen über 85 Jahren konstatieren. Eine ganz klare Aussage ist hingegen in Bezug auf

Tabelle 2.25:
Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Zusammen
Telefonate häufig	*60*	*60*	*62*	*61*	*56*	*45*	*59*
Telefonat täglich	14	12	14	16	17	12	14
Telefonat mehrmals / Woche	25	26	27	27	24	20	26
Telefonat einmal / Woche	21	22	21	19	15	12	20
Telefonate selten	*40*	*40*	*38*	*39*	*44*	*55*	*41*
Telefonat seltener	*34*	*32*	*29*	*29*	*30*	*29*	*31*
Telefonat nie	6	8	8	10	14	26	10
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

das Nicht-Telefonieren zu treffen: Je älter die Befragten, desto häufiger verzichten sie völlig auf die Nutzung dieser Kommunikationsart; der Anteil der Nichtsprecher steigt im Altersablauf immerhin um das Vierfache.

Gerade das letztere Ergebnis lässt die Vermutung plausibel erscheinen, dass es sich beim Telefonieren um eine Entweder-Oder-Entscheidung handelt: Diejenigen älteren Menschen, die überhaupt telefonieren, tun dies (abgesehen von den Höchstaltrigen) unabhängig vom Alter relativ gleich häufig; auf der anderen Seite steigt mit fortschreitendem Alter der Anteil derjenigen steil an, die gar nicht telefonieren.

Es bleibt abzuwarten, ob sich dieses Verhaltensmuster in Zukunft ändern wird, wenn jüngere Altenkohorten nachrücken werden, die mit den modernen Technologien bereits ein Leben lang sozialisiert worden sind.

Der Familienstand (Tabelle 2.26) kann als Indikator herangezogen werden, um nach Lebenssituationen zu differenzieren, die mehr oder weniger von Isolation (betreffend die Haushaltszusammensetzung, die Besuche von Kindern etc.) bestimmt werden. Es ist zu vermuten, dass das Telefon zumindest teilweise als Kompensation für verloren gegangene oder – z. B. aus Gründen der geografischen Entfernung – schwierig zu realisierende persönliche Kontaktmöglichkeiten dienen kann.

Die Vermutung einer kompensierenden Funktion des Telefons trifft nur teilweise zu, insbesondere für die geschiedenen älteren Menschen. Beim Telefonieren sind sie die aktivste Gruppe (wogegen sie bei den Kontakten mit Kindern oder Verwandten bekanntlich unterdurchschnittlich aktiv sind); verheiratete und verwitwete ältere Menschen sind einander im Telefonierverhalten insgesamt relativ ähnlich, Witwen und Witwer scheinen jedoch den / die fehlende/n Partner/in durch eine erhöhte Rate an täglichen und fast täglichen Telefonaten (z. B. mit den Kindern) zu kompensieren. Die schwächsten Sprecher sind die ledigen älteren Menschen, von denen ein Fünftel überhaupt nie telefoniert. Für diese Gruppe dürfte die Annahme berechtigt sein, dass sich unter ihnen relativ viele Menschen befinden, die bereits lebenslang vom Muster eines eher zurückgezogenen, wenig kommunikativen Lebensstils geprägt sind und daher auch im Alter selten zum Telefon greifen.

Der Gesundheitszustand wird beim Telefonieren in zwei Hinsichten bedeutsam: Einerseits kann ein schlechter Zustand das Sprechen entschei-

Tabelle 2.26:

Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Familienstand, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Ledige	Verheiratete	Verwitwete	Geschiedene	Zusammen
Telefonate häufig	*53*	*59*	*60*	*65*	*59*
Telefonat täglich	16	12	17	18	14
Telefonat mehrmals / Woche	22	25	26	31	26
Telefonat einmal / Woche	14	22	17	17	20
Telefonate selten	*47*	*41*	*40*	*35*	*41*
Telefonat seltener	26	33	28	26	31
Telefonat nie	21	8	12	9	10
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.27:

Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Gesundheitszustand, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Sehr gut	Gut	Mittel-mäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Zusammen
Telefonate häufig	*65*	*62*	*57*	*55*	*32*	*59*
Telefonat täglich	16	13	12	20	12	14
Telefonat mehrmals / Woche	30	26	25	19	16	26
Telefonat einmal / Woche	18	23	20	15	4	20
Telefonate selten	*35*	*38*	*43*	*45*	*68*	*41*
Telefonat seltener	26	31	33	27	25	31
Telefonat nie	9	7	9	18	44	10
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

dend behindern (etwa bei Schwerhörigkeit, Artikulationsproblemen, mühsame Handhabung des Apparats für Bettlägerige), andererseits ist das Telefon gerade bei schlechter Gesundheit und Immobilität eine der wenigen verbleibenden Kommunikationsmöglichkeiten mit der Außenwelt und im Notfall besonders wichtig.

Tabelle 2.27 zeigt nun, dass die Konsequenzen eines als schlecht eingestuften Gesundheitszustands eher in Form von *niedrigeren* Gesprächshäufigkeiten zum Ausdruck kommen, wobei allerdings eine differenzierte Betrachtungsweise notwendig ist: Beim täglichen Telefonat gibt es, trotz unterschiedlicher Gesundheitsbeurteilungen, keine deutlich abweichenden Muster. Der Anteil der Vieltelefonierer liegt immer rund um etwa ein Siebentel, wobei die Vermutung einleuchtend erscheint, dass von und mit den gesünderen älteren Menschen eher aus rein kommunikativen Gründen und von und mit den weniger gesunden älteren Menschen eher auch aus Sicherheitsgründen[11] telefoniert wird.

Bei den nichttäglichen Gesprächshäufigkeiten sind jedoch diejenigen, die einen „schlechten" und insbesondere jene, die einen „sehr schlechten" Gesundheitszustand angeben, klar im Hintertreffen. Ein bedenkliches Faktum ist, dass die älteren Menschen mit dem schlechtesten Gesundheitszustand zu nicht weniger als 44% angeben, „nie" zu telefonieren.

Was immer hierfür die Ursachen sind, es darf wohl behauptet werden, dass es sich um einen sozial- und gesundheitspolitischen Missstand ersten Ranges handelt, wenn fast die Hälfte der älteren Menschen mit sehr schlechtem Gesundheitszustand niemals Telefongespräche führt.

Schließlich soll noch gezeigt werden (in Tabelle 2.28), dass das Telefon, obwohl es scheinbar ein „klassenloser" Alltagsgegenstand geworden ist, auch heute noch ein Kommunikationsinstrument ist, das vornehmlich von den besser gebildeten, d. h., höheren Schichten benützt wird.

11 Es gibt z. B. die Einrichtung von „Telefonringen", wo in systematischer Weise ältere Menschen im Rundruf kontaktiert werden oder einander wechselseitig kontaktieren, um sich über die Befindlichkeit zu vergewissern.

Tabelle 2.28:

Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Pflichtschule	Lehre	Mittlere Schule	Höhere Schule	Zusammen
Telefonate häufig	*53*	*61*	*69*	*76*	*59*
Telefonat täglich	11	15	18	24	14
Telefonat mehrmals / Woche	23	25	32	33	26
Telefonat einmal / Woche	20	21	20	19	20
Telefonate selten	*47*	*39*	*31*	*24*	*41*
Telefonat seltener	34	31	25	19	31
Telefonat nie	13	8	6	5	10
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Die Verwendung des Telefons (insbesondere seine tägliche Verwendung) steigt annähernd linear mit der Bildungsschicht an; häufig telefonieren etwa die Hälfte der Pflichtschulabsolventen, aber mehr als drei Viertel der älteren Menschen mit Matura oder noch höherem Abschluss. Es muss offen bleiben, inwieweit bei den weniger Gebildeten ökonomische Ursachen oder Sozialisationsdefizite für das geringere Ausmaß an Telefonaten verantwortlich sind. Eine hemmende Rolle wird sicherlich die Tatsache spielen, dass die unteren Schichten in geografisch näherer Entfernung zu ihren Angehörigen (insbesondere zu den Kindern) wohnen, wodurch sich das fernmündliche Gespräch als Notwendigkeit weniger aufdrängt.

Als Erklärung kann letztlich natürlich auch nicht ausgeschlossen werden, dass das generelle Kommunikationsbedürfnis bildungsabhängig ist bzw. die niedrigeren Bildungsschichten in Gesprächen, die nicht von Angesicht zu Angesicht stattfinden, weniger Befriedigung finden.

2.4.6 Verknüpfung von persönlichen und telefonischen bzw. von Verwandten- und Freundeskontakten

In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, ob es ein generalisiertes oder vielmehr ein spezialisiertes Kommunikationsverhalten unter den älteren Menschen gibt. Mit anderen Worten: Sind die älteren Menschen, die häufig Verwandte bzw. Freunde und Bekannte selbst besuchen, gleichzeitig auch diejenigen, die häufig mit ihrem Verwandten- und Freundeskreis telefonieren? Oder konzentrieren sich die Menschen auf *eine* Kommunikationsform, sei sie persönlich oder telefonisch?

Aus Tabelle 2.29 geht hervor, dass die erste Annahme mehr Bestätigung erfährt. Tendenziell geben die häufigen aktiven Verwandtenbesucher auch häufiger Telefongespräche an. So telefoniert fast ein Drittel derjenigen älteren Menschen, die täglich Verwandte besuchen, auch täglich (das müssen selbstverständlich nicht notwendigerweise dieselben Personen sein, die sie täglich persönlich treffen). Umgekehrt telefonieren 30% derjenigen, die nie Verwandte besuchen, auch nie mit irgend je-

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.29:
Verknüpfung von aktiven Verwandtenbesuchen und Telefonaten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Besucht selbst Verwandte...					
	Täglich	Mehrmals / Woche	Einmal / Woche	Seltener	Nie	Zusammen
Telefoniert mit Verwandten, Freunden, Bekannten...						
Häufig	*68*	*82*	*9*	*58*	*43*	*59*
Täglich	32	29	20	12	10	14
Mehrmals / Woche	22	41	36	24	21	26
Einmal / Woche	14	12	23	23	12	20
Selten	*32*	*18*	*21*	*42*	*58*	*41*
Seltener	25	14	17	37	28	31
Nie	8	4	4	5	30	10
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

mandem aus dem privaten Bereich. Hier kann man von isolierten älteren Menschen sprechen.

Bei der Einbeziehung der mittleren Häufigkeiten wird das Bild insofern differenzierter, als in der Gesamtbetrachtung eine umgekehrte u-förmige Verteilung zutage tritt. Diejenigen älteren Menschen, die sehr viel, insbesondere aber diejenigen, die sehr wenig persönlichen Kontakt pflegen, sind relativ weniger in telefonischem Kontakt als diejenigen älteren Menschen, die in einer höheren bis mittleren Intensität aktiv Besuche bei Verwandten machen.

Einerseits scheint dieses Ergebnis durchaus plausibel: Ältere Menschen, die ohnedies täglich aktiv persönliche Kontakte pflegen, brauchen nicht auch noch sehr häufig zu telefonieren; andererseits zeigt dieses Ergebnis, dass die Isolation älterer Menschen in vielen Fällen umfassend ist: Personen ohne persönlichen Kontakt kompensieren dieses Manko nur selten durch telefonischen Kontakt.

Eine Auswertung nach der Verknüpfung von aktiven Freundes- und Bekanntenbesuchen und dem Telefonieren (Tabelle 2.30) bestätigt das bereits gewonnene Bild einer umgekehrt u-förmigen Verteilung. Es wird nunmehr noch deutlicher, dass diejenigen älteren Menschen mit einer hohen Besuchstätigkeit (bei Freunden und Bekannten) auch bei den telefonischen Gesprächen sehr aktiv sind.

Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass es unter den älteren Menschen nur wenige „Kommunikationsspezialisten" gibt, die entweder persönliche oder telefonische Gespräche bevorzugen. Der Normalfall besteht vielmehr in einer Kumulation: Jene ältere Menschen, die relativ häufig persönliche Besuchsaktivitäten setzen, sind auch diejenigen, die relativ häufig telefonieren.

Letztlich soll anhand von Tabelle 2.31 die Frage der Kommunikationsfreudigkeit hinsichtlich des Ziels von Besuchen untersucht werden, ob nämlich ältere Menschen Besuche bevorzugt *entweder* bei Verwandten *oder* bei Freunden und Bekannten machen, oder ob vielmehr bei den Besuchen ein Kumulationseffekt auftritt.

Wie schon bei den Kommunikationsarten (persönlich und fernmündlich) lässt sich auch hier eine

Tabelle 2.30:
Verknüpfung von aktiven Freundes- und Bekanntenbesuchen und Telefonaten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Besucht selbst Freunde, Bekannte...					
	Täglich	Mehrmals / Woche	Einmal / Woche	Seltener	Nie	Zusammen
Telefoniert mit Verwandten, Freunden, Bekannten...						
Häufig	***73***	***88***	***78***	***57***	***41***	***59***
Täglich	38	31	17	11	12	14
Mehrmals / Woche	19	49	34	23	17	26
Einmal / Woche	15	7	27	23	12	20
Selten	***27***	***12***	***22***	***43***	***59***	***41***
Seltener	18	10	19	38	30	31
Nie	10	2	3	6	28	10
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

eindeutige Kumulationstendenz erkennen: Jene ältere Menschen, die häufig (d.h. mindestens einmal pro Woche) Verwandtenbesuche absolvieren, sind in einem überdurchschnittlich hohen Ausmaß auch beim Besuchen von Freunden und Bekannten aktiv. Eine gewisse Ausnahme bilden die extrem familienzentrierten älteren Menschen, d. h., die täglichen Verwandtenbesucher: Diese machen etwas seltener Besuche bei Freunden (möglicherweise aus Gründen ihres angespannten Zeitbudgets), sind dabei

Tabelle 2.31:
Verknüpfung von aktiven Besuchen bei Verwandten und aktiven Besuchen bei Freunden, Bekannten durch ältere Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Besucht selbst Verwandte...					
	Täglich	Mehrmals / Woche	Einmal / Woche	Seltener	Nie	Zusammen
Besucht selbst Freunde, Bekannte...						
Häufig	***33***	***62***	***58***	***16***	***13***	***24***
Täglich	5	2	1	1	1	1
Mehrmals / Woche	13	44	8	5	7	9
Einmal / Woche	14	16	49	10	6	14
Selten	***67***	***38***	***42***	***84***	***87***	***76***
Seltener	49	29	31	73	20	54
Nie	19	9	10	11	67	22
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.32:
Lokalbesuche der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Männer	Frauen	Zusammen
Ja	*55*	*36*	*43*
Häufig	12	5	8
Gelegentlich	43	30	35
Fast nie	*45*	*64*	*57*
Insgesamt	**100**	**100**	**100**

aber immer noch wesentlich aktiver als die seltenen Verwandtenbesucher.

Das aktive Selbst-Besuchen kommt natürlich viel stärker als das Besucht-Werden durch das Setzen einer eigenen Initiative zustande und spiegelt damit die Kontakt*wünsche* der älteren Menschen klarer wider. Es kann aufgrund der erhobenen Daten behauptet werden, dass es keine Polarisierung der Kontaktwünsche in der Form gibt, dass ältere Menschen entweder verwandtschaftliche oder freundschaftliche Kontakte begehren. Vielmehr machen diejenigen, die häufig Verwandte besuchen, überdurchschnittlich häufig auch Besuche bei Freunden und Bekannten.

Es kann daher das Fazit gezogen werden: „Kontakt schafft Kontakt" – entweder sind ältere Menschen generell kommunikationsfreudig bzw. kommunikationsfähig oder gar nicht. Isolation im Sinne fehlenden Kontakts ist demzufolge üblicherweise nicht ein Phänomen, das sich auf bestimmte Kommunikationsbereiche beschränkt, sondern soziale Isolation durchzieht gleichsam die ganze Existenz.

2.4.7 Die Außenkontakte älterer Menschen

Im Mikrozensus wird die Häufigkeit einer Reihe von Aktivitäten erfragt, die zwei Aspekte gemeinsam haben: Sie können erstens nur außerhalb der eigenen Wohnung wahrgenommen werden und weisen zweitens in ihrer Ausübung über den unmittelbaren Angehörigen- und Freundeskreis hinaus.

Zu diesen Außenkontakten gehören *Lokalbesuche* (Tabelle 2.32). Sie sind die einzigen der abgefragten Aktivitäten, bei denen sich ein deutlicher Einfluss der Geschlechterrollen zeigt: Männer besuchen zu mehr als der Hälfte, Frauen nur zu etwas mehr als einem Drittel wenigstens gelegentlich Lokale. Darüber hinaus werden Lokale von Frauen weitaus häufiger nur in Begleitung besucht (hier nicht tabellarisch dargestellt).

Es ist erstaunlich, dass insgesamt mehr als die Hälfte der älteren Menschen angeben, nie oder fast nie ein Lokal zu besuchen, wobei offen bleiben muss, ob diese eigenen Angaben aufgrund eines Effekts der „sozialen Erwünschtheit" die tatsächlichen Häufigkeiten unterschätzen.

Freilich zeigen sich solche als sehr niedrig zu bewertenden Frequenzen von Außenkontakten durchwegs auch bei als „unproblematisch" einzuschätzenden Aktivitäten. Aus Tabelle 2.33 ist zu entnehmen, dass von den zur Beurteilung angebotenen Tätigkeiten die Ausflugsfahrten noch relativ am häufigsten durchgeführt werden. Aber „häufige" Aktivitäten setzt nicht einmal jeder zehnte ältere Mensch in irgendeinem der aufgezählten Bereiche.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Häufigkeiten von außerhäuslichen Aktivitäten aller Art mit dem Alter der befragten älteren Menschen variieren werden. Aus Tabelle 2.33 wird ersichtlich, dass sich in der Tat die Vermutung eines Alterseffekts fast überall bestätigt. Allerdings ist das Ausmaß des Rückgangs unterschiedlich. Am

Tabelle 2.33:
Außenkontakte der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Zusammen
Lokalbesuche							
Ja	*55*	*49*	*44*	*36*	*30*	*19*	*43*
Häufig	10	8	10	6	6	3	8
Gelegentlich	45	41	34	30	24	16	35
Fast nie	*45*	*51*	*56*	*64*	*70*	*81*	*57*
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Ausflugsfahrten							
Ja	*58*	*53*	*49*	*44*	*32*	*23*	*48*
Häufig	10	9	9	7	2	2	8
Gelegentlich	49	44	41	37	30	20	40
Fast nie	*42*	*47*	*51*	*56*	*68*	*77*	*52*
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Bildung und Kultur							
Ja	*41*	*34*	*33*	*28*	*21*	*11*	*32*
Häufig	8	8	8	5	3	1	7
Gelegentlich	33	26	25	22	19	10	25
Fast nie	*59*	*66*	*67*	*72*	*79*	*89*	*68*
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Seniorenveranstaltungen							
Ja	*32*	*33*	*37*	*35*	*29*	*18*	*32*
Häufig	5	6	8	8	4	3	6
Gelegentlich	27	27	29	27	25	15	26
Fast nie	*68*	*67*	*63*	*65*	*71*	*82*	*68*
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

raschesten geht der Abfall bemerkenswerterweise bei den Bildungs- und Kulturveranstaltungen vor sich; hier erlahmt das Interesse schon ab dem 65. Lebensjahr. Selbstverständlich mag beim Konsum von Bildung und Kultur der Kohorteneffekt eine besonders wichtige Rolle spielen, die höchsten Altersgruppen sind ja gleichzeitig auch die am niedrigsten gebildeten.

Typische Seniorenveranstaltungen erreichen nicht mehr als ein Drittel der älteren Menschen. Die Altersstruktur dieser „sonstigen Seniorenveranstaltungen" läuft insofern der allgemeinen Tendenz zuwider, weil hier zunächst – etwa bis zum 75. Lebensjahr – eine leichte Zunahme der Teilnahmehäufigkeit festzustellen ist und erst später wieder eine Abnahme. Der Grund für diese Abweichung liegt in der Natur dieser Veranstaltungen (z. B. Seniorenklubs), deren Programm auf höheraltrige Menschen zugeschnitten ist. Man kann daher von einem Erreichen der erwünschten Zielgruppe dieser

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.34:
Außenkontakte der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

	Pflichtschule	Lehre	Mittlere Schule	Höhere Schule	Zusammen
Lokalbesuche					
Ja	*35*	*51*	*52*	*59*	*43*
Häufig	5	11	10	13	8
Gelegentlich	30	40	43	46	35
Fast nie	*65*	*49*	*48*	*41*	*57*
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Ausflugsfahrten					
Ja	*44*	*51*	*54*	*58*	*48*
Häufig	5	9	10	14	8
Gelegentlich	38	41	45	44	40
Fast nie	*57*	*49*	*46*	*42*	*52*
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Bildung und Kultur					
Ja	*21*	*35*	*47*	*65*	*32*
Häufig	3	7	11	21	7
Gelegentlich	18	28	36	43	25
Fast nie	*79*	*65*	*53*	*35*	*68*
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Seniorenveranstaltungen					
Ja	*35*	*30*	*31*	*26*	*32*
Häufig	6	6	5	7	6
Gelegentlich	29	24	26	19	26
Fast nie	*65*	*70*	*69*	*74*	*68*
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Programme sprechen. Im Alter von etwa 85 Jahren geht allerdings auch die Teilnahme an den expliziten Seniorenveranstaltungen rapid zurück.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass sowohl organisierte als auch private Außenaktivitäten nur von einer Minderheit der älteren Menschen regelmäßig wahrgenommen werden. Selbst von den „jungen Alten", also den 60-64-jährigen, sind rund zwei Fünftel in diesen Bereichen praktisch inaktiv. Es kann daher mit einiger Sicherheit behauptet werden, dass sich das soziale und kulturelle Leben der älteren Menschen in erster Linie und ganz überwiegend zu Hause (z. B. beim Fernsehen) und zum Teil in Form von Kontakten im engeren Familien-, Verwandten- und Freundeskreis abspielt.

Der Frage, ob sich dieses Muster bei der Betrachtung nach dem Bildungsgrad verändert, wird in Tabelle 2.34 nachgegangen.

Tatsächlich lässt sich eine massive Abhängigkeit der Ausführung der meisten Außenaktivitäten vom Bildungsgrad erkennen.[12] Jeweils drei Fünftel unter den Höhergebildeten besuchen Lokale und nehmen an Ausflugsfahrten teil, immerhin ein Siebentel tut dies sogar häufig. Besonders krass ist der Bildungseffekt erwartungsgemäß bei der Teilnahme an Bildungs- und Kulturveranstaltungen: Solche Aktivitäten setzen dreimal so viele Höhergebildete als Pflichtschulabsolventen. Mehr als ein Fünftel der Maturanten nimmt sogar „häufig" an Bildungs- und Kulturveranstaltungen teil. Bei den Teilnehmern an den „sonstigen Seniorenveranstaltungen" ist dagegen der Zusammenhang genau umgekehrt: Je niedriger der Bildungsgrad des älteren Menschen ist, desto wahrscheinlicher wird seine Teilnahme. Dies ist nicht verwunderlich, weil Seniorenklubs und ähnliche Einrichtungen ja üblicherweise als Sozialdienste für ärmere Menschen konzipiert sind (einfache Unterhaltungsprogramme, Abgabe einer Gratisjause u. dgl.).

Abgesehen von dieser Ausnahme ist als genereller Tatbestand festzuhalten, dass nicht-verwandtschaftliche Kontakte und Aktivitäten überdurchschnittlich häufig von den älteren Menschen mit höherer Schulbildung bzw. den „jungen Alten" gepflegt werden. Dieses Faktum wird einerseits auf die damit verbundenen Geldausgaben zurückzuführen sein, die von den Höhergebildeten eher geleistet werden können; andererseits ist es eine Frage des auch schon in früheren Jahrzehnten gelernten Lebensstils: Die vorwiegend häusliche bzw. familiale Orientierung vieler Angehöriger der niedrigen Bildungsschichten wird bei den oberen Bildungsschichten durch ein gesteigertes Interesse an Bildung, Kultur und anderen vielfältigeren Formen der Freizeitgestaltung erweitert.

12 Dieser Zusammenhang bleibt auch bei Kontrolle der Altersvariablen erhalten.

2.4.8 Der isolierte ältere Mensch – Ausnahme oder Regelfall?

Die Kontaktfrage abschließend soll in einer zusammenfassenden Betrachtung der vieldiskutierten Frage nachgegangen werden, inwieweit das Leben älterer Menschen von heute durch Isolation bzw. Einsamkeit gekennzeichnet ist. Das Vorliegen von Einsamkeitsgefühlen im Sinne von psychologischen Defiziterlebnissen aufgrund fehlender oder unzureichender sozialer Einbindung kann mit der Mikrozensus-Methodik nicht erschlossen werden, wohl aber lassen sich das Vorhandensein bzw. die Dichte von Kontakten in bestimmten Bereichen mit Hilfe von Indikatoren feststellen.

Im Folgenden wird ein einfacher additiver Index verwendet. In seine Konstruktion einbezogen wurden folgende zehn Fragenbereiche: ob und wie häufig (täglich, mehrmals pro Woche, einmal pro Woche, seltener, nie) von (Schwieger-)Kindern, von sonstigen Verwandten oder von Freunden und Bekannten Besuch empfangen wird; ob und wie häufig selbst Besuche gemacht werden bei Verwandten, bei Freunden, Bekannten; ob und wie häufig mit Verwandten, Freunden, Bekannten telefoniert wird; ob und wie oft (häufig, gelegentlich, nie) Lokale besucht und an Ausflugsfahrten, an Bildungs-, Kultur- und Seniorenveranstaltungen teilgenommen wird. Eine Gewichtung erfolgte nicht; bei den vier Außenkontakten (Ausflugsfahrten etc.) können aufgrund der vorgegebenen Antwortkategorien jeweils maximal zwei Punkte erreicht werden, bei den sechs anderen Aktivitäten (Besuche etc.) jeweils maximal vier Punkte.

Theoretisch maximal erreichbar sind somit 32 Punkte, was dann der Fall ist, wenn jemand täglich von Vertretern aller genannten Gruppen Besuche empfängt und außerdem täglich selbst Besuche absolviert, täglich telefoniert sowie „häufig" an den genannten Außenkontakten partizipiert. Die minimale Punktezahl ist 0, falls eine Person weder jemals Besuch bekommt noch irgendwelche eigenen Aktivitäten setzt.

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.35:

Isolationsindex[1]) nach Alter (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998; Mikrozensus Juni 1998)

Punkte	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Zusammen
0-6	7	10	13	16	21	30	14
7-9	19	24	21	26	28	32	24
10-11	20	19	20	17	21	16	19
12-14	27	25	24	22	16	14	23
15-29	27	22	22	19	14	8	21
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

[1]) 10 Items: Besuch empfangen von (Schwieger-)Kindern, sonstigen Verwandten, Freunden, Bekannten; selbst Besuche machen bei Verwandten, bei Freunden, Bekannten; Telefonieren mit Verwandten, Freunden, Bekannten (Kategorien jeweils: täglich=4, mehrmals / Woche=3, einmal / Woche=2, seltener=1, nie=0 Punkte); Lokalbesuch, Teilnahme an Ausflugsfahrten, an Bildungs-, Kulturveranstaltungen und an Seniorenveranstaltungen (Kategorien jeweils: häufig=2, gelegentlich=1, nie=0 Punkte)

Der empirisch ermittelte Höchstwert liegt bei 29 Punkten (allerdings von weniger als 0,0% der Befragten erzielt), der Tiefstwert von null Punkten ergibt sich für 0,6% der befragten älteren Menschen. Diese wenigen Personen (hochgerechnet auf ganz Österreich etwa 8.000 ältere Personen in Privathaushalten) sind als total isoliert zu bezeichnen – sie verfügen über keinerlei sozialen Kontakt in den genannten Bereichen.

Insgesamt kann man davon sprechen, dass die älteren Menschen überwiegend sozial eher schwach integriert sind, denn 89% aller Befragten erzielen 16 oder weniger Punkte und befinden sich damit in der unteren Hälfte des theoretisch möglichen Wertebereichs (0-32). Der Median beträgt 11 Punkte. Rund die Hälfte (52%) aller älteren Menschen erreicht einen Score von 9 bis 14 Punkten.

Bei einer Betrachtung nach wichtigen Sozialvariablen wird das Bild allerdings zum Teil erheblich differenziert. Zunächst soll in Tabelle 2.35 die soziale Isolation nach dem Alter analysiert werden.

Es zeigt sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Lebensalter und Isolation dergestalt, dass die Isolation mit dem Alter kontinuierlich ansteigt. Von den jüngsten Befragten (60-64-jährige) zählen nur 7% zu den sehr stark sozial isolierten Personen (0-6 Punkte), von den ältesten Befragten (85+jährige) hingegen 30%. Spiegelbildlich verhält es sich bei der hohen sozialen Integration: 27% der 60-64-jährigen sind sozial hoch integriert (15-29 Punkte), jedoch nur 8% der 85+jährigen. Die Zäsur wird ungefähr durch das 75. Lebensjahr gebildet: ab dann beginnen die relativ stark Isolierten gegenüber den relativ gut Integrierten zu überwiegen.

Bemerkenswert ist im übrigen, dass zwischen Männern und Frauen keinerlei Unterschiede in Bezug auf das Ausmaß an Isolation festgestellt werden können.

Für die Schulbildung erweist sich der erwartete Zusammenhang als zutreffend, wie aus Tabelle 2.36 zu ersehen ist: Die höhergebildeten älteren Menschen sind in einem höheren Ausmaß sozial integriert als die älteren Menschen mit niedriger Schulbildung.

Die Pflichtschulabsolventen sind zu 15% stark isoliert, die Maturanten und Akademiker dagegen nur zu 8%, während auf der anderen Seite nur 18% der Angehörigen der niedrigsten Bildungsgruppe, aber 29% der höchsten Bildungsgruppe als sozial hoch integriert bezeichnet werden können. Die Absolventen der beiden mittleren Bildungswege sind einander isolationsmäßig sehr ähnlich und er-

Tabelle 2.36:
Isolationsindex[1]) nach Schulbildung (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

Punkte	Pflichtschule	Lehre	Mittlere Schule	Höhere Schule	Zusammen
0-6	15	13	12	8	14
7-9	26	23	21	17	24
10-11	20	18	20	19	19
12-14	22	24	25	28	23
15-29	18	22	23	29	21
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

[1]) zur Konstruktion siehe Tabelle 2.35.

reichen mittlere Werte. Die doch sehr deutlichen Unterschiede zwischen den oberen und unteren Gruppen kommen zustande, weil die höheren Bildungsschichten zwar weniger durch Verwandte besucht werden als die unteren Bildungsschichten, dieses Manko aber durch ihre weitaus höheren Aktivitäten im Bereich des selbstinitiierten Verwandten- und Freundeskontakts, des Telefonierens sowie der kulturellen und sonstigen Außenkontakte mehr als wettmachen.

Im übrigen kann der starke Zusammenhang zwischen Isolation und Schulbildung nicht mit dem Faktum erklärt werden, dass das Ausmaß an Schulbildung negativ mit dem Alter korreliert. Beispielsweise sind in den höchsten Altersgruppen (über 80 Jahre) fast doppelt so viele Pflichtschulabsolventen wie Maturanten / Akademiker hoch isoliert (0-6 Punkte); bei den jüngeren Altersgruppen sind die Unterschiede zwischen den Bildungsschichten allerdings noch stärker ausgeprägt.

Bei der Frage der Isolation bestehen in der Allgemeinheit zweifellos Vorurteile in der Richtung, dass die Annahme vorherrscht, in der sprichwörtlich anonymen Großstadt (insbesondere in Wien) seien die älteren Menschen in einem höheren Ausmaß als im ländlichen Raum isoliert bzw. vereinsamt. Dieses Vorurteil kann durch die Daten (hier nicht tabellarisch dargestellt) weder bestätigt noch widerlegt werden. Die Ergebnisse zeigen vielmehr ein sehr uneinheitliches und schwer interpretierbares Bild. So weisen die höchsten Anteile – mit jeweils 16% – an hoch isolierten älteren Menschen (0-6 Punkte) einerseits die agrarischen Kleingemeinden (unter 2.000 Einwohner) auf, andererseits die Gemeinden mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern und schließlich Wien. Auf der anderen Seite ergeben sich bei den Anteilen an hoch integrierten älteren Menschen (15+ Punkte) zwischen den Gemeindetypen kaum Unterschiede. Eine Klärung dieser insgesamt unklaren Sachverhalte könnte nur durch – hier aus Platzmangel nicht durchführbare – mehrdimensionale Tabellierungen bzw. multivariate Analysen erfolgen.

Vollkommen eindeutig sind hingegen die Ergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Isolation und Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands bzw. der funktionalen Fähigkeiten (gemessen mit dem Indikator *Stiegensteigen*). Aus Tabelle 2.37 lässt sich entnehmen, dass jene älteren Personen mit subjektiv schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand auch die sozial am höchsten isolierten älteren Menschen sind und dass ein im wesentlichen linearer Anstieg der Isolationswerte bei Verschlechterung des Gesundheitszustands zu verzeichnen ist.

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.37:
Isolationsindex[1]) nach Gesundheitszustand (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

Punkte	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Zusammen
0-6	10	9	15	26	44	14
7-9	16	22	26	30	31	24
10-11	15	20	20	19	13	19
12-14	26	26	22	13	8	23
15-29	32	23	17	13	3	21
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

[1]) zur Konstruktion siehe Tabelle 2.35.

Drei Viertel aller älteren Menschen mit sehr schlechtem Gesundheitszustand befinden sich in den beiden untersten Isolationskategorien; dagegen trifft dies nur auf ein Viertel derer mit sehr gutem Gesundheitszustand zu. Auf der anderen Seite sind nur 3% der älteren Menschen mit sehr schlechtem, aber ein Drittel der älteren Menschen mit sehr gutem Gesundheitszustand sozial hoch integriert.

Man kann davon ausgehen, dass diesen Zusammenhängen eine Negativspirale zugrundeliegt: Ein verschlechterter Gesundheitszustand erschwert oder macht Aktivitäten unmöglich, was wieder die Einschätzung des Gesundheitszustands ungünstig beeinflusst. Es ist auch nicht unwahrscheinlich, dass durch einen solchen Prozess die psychisch-seelische Antriebskraft leidet und dann von vornherein auf bestimmte Aktivitäten wie Besuchemachen etc. verzichtet wird.

Ähnliches gilt für den Zusammenhang zwischen Isolation und der funktionalen Fähigkeit des Stiegensteigens, welcher in Tabelle 2.38 untersucht wird.

Ist die Kompetenz des Stiegensteigens nicht mehr voll gegeben, so wird eine Reihe von Aktivitäten außer Haus erschwert, was wiederum mangels Übung das Stiegensteigen mühevoller macht und die Isolation erhöht. Aus Tabelle 2.38 ist zu entnehmen, dass ältere Menschen, die nur mit fremder Hilfe oder gar nicht Stiegenstiegen können, zu mehr als einem Drittel in die höchste Isolationsstufe fallen und fast ein weiteres Drittel in die zweithöchste Isolationsstufe. Ältere Menschen,

Tabelle 2.38:
Isolationsindex[1]) nach funktionaler Fähigkeit (Stiegensteigen) (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998)

Punkte	Ja, ohne Hilfe	Ja, nur mit Hilfe	Nicht möglich	Zusammen
0-6	12	25	37	14
7-9	23	29	31	24
10-11	19	17	25	19
12-14	24	14	5	23
15-29	22	15	2	21
Insgesamt	**100**	**100**	**100**	**100**

[1]) zur Konstruktion siehe Tabelle 2.35.

die nicht mehr in der Lage sind, Stiegen zu steigen, sind nur mehr zu 2% in der Gruppe der am besten sozial integrierten älteren Menschen vertreten. Dies kann als ein eindrucksvoller Beweis dafür dienen, wie sehr Behinderungen im Alter zu hoher Isolation führen und damit nicht bloß als eine somatische, sondern als eine gravierende soziale Benachteiligung bewertet werden müssen.

3. Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse

Gerhard Majce

3.1 Einige Begriffsklärungen

Es ist üblich, zwischen Generationen*beziehung* und Generationen*verhältnis* zu unterscheiden (Leisering 1992: 44 ff.). „Generationenbeziehung" ist im Wesentlichen auf die familialen Generationen, den Umgang der Angehörigen – ihre Interaktion – miteinander beschränkt. Im gesamten ersten Abschnitt (Familie) wird daher von Generationen*beziehungen* berichtet werden. Wichtig daran ist die konkrete, gegenseitige persönliche Erfahrung miteinander. Das Generationen*verhältnis* dagegen ist wesentlich unpersönlich: „Der Begriff *Generationenverhältnis* soll [...] die für die Beteiligten nicht unmittelbar erfahrbaren, im wesentlichen durch Institutionen des Sozialstaats vermittelten Zusammenhänge zwischen den Lebenslagen und kollektiven Schicksalen unterschiedlicher Altersklassen oder Kohorten bezeichnen" (Kaufmann 1997: 19). Um dieses Generationenverhältnis wird es im zweiten Teil des Kapitels gehen.

Auch der Begriff der „Generationen" selbst ist mehrdeutig. Unproblematisch ist seine Verwendung im familialen bzw. verwandtschaftlichen Kontext: „Generation" im Sinne der verwandtschaftlichen Abstammungslinie (genealogische Generationen, „lineage"-Konzept) ist die unumstrittenste Konzeption von „Generation". Sie meint im einfachsten Fall die verwandtschaftlichen Abstammungsrelationen in auf- und absteigenden Linien (Großeltern, Eltern, Kinder, Enkel etc.). Die Zugehörigkeit zu einer Generation in diesem Sinne ist immer eindeutig, sofern die Referenzgeneration bekannt ist. Letzteres ist notwendig, denn man kann natürlich zugleich Mutter, Großmutter und Tochter sein, je nachdem, aus der Sicht welcher – komplementären – Generation man gesehen wird.

Spricht man hingegen im gesamtgesellschaftlichen bzw. gesellschaftspolitischen Zusammenhang von „Generationen", so ist zwangsläufig etwas anderes gemeint. Mindestens drei voneinander zu unterscheidende Bedeutungen sind auszumachen (Majce 1989, Kaiser 1991):

- „Kohorte": Am ehesten unter Demografen und quantitativ-makrosoziologisch orientierten Wandlungs- und Strukturtheoretikern hat sich der formal-methodische Generationenbegriff im Sinne der „Kohorte" durchgesetzt. Eine für diesen Ansatz exemplarische Definition versteht unter „Kohorte" „jene Personen innerhalb einer geographisch oder sonstwie abgegrenzten Population, die während einer gegebenen Zeitspanne dasselbe signifikante Lebensereignis erfuhren" (Glenn 1977: 8). Gleichbedeutend mit „Generation" wird der Kohortenbegriff insbesondere dann verwendet, wenn dieses signifikante Ereignis die Geburt, die Kohorte also eine Geburtskohorte ist (z. B. alle im Jahr 1960 Geborenen). Wesentlich am Kohortenbegriff ist die längsschnittliche Perspektive des kollektiven Alterns der Kohorte, während im verwandten Begriff der „Altersgruppe" der querschnittliche Vergleich bzw. Kontrast Verschiedenaltriger zu einem gegebenen Zeitpunkt die zentrale Bedeutung ausmacht.
- In der Tradition Wilhelm Diltheys und vor allem Karl Mannheims steht jener Generationenbegriff, der sich zwar auch auf die annähernd Gleichaltrigen bezieht, aber unter dem Gesichtspunkt ihrer ähnlichen sozio-historischen „Lagerung" (analog zur „Klassenlage"), somit auch gewisse soziale Standardisierungen des Denkens, Handelns und Fühlens verbunden sind. Die eigentlichen kollektiven, sozio-historischen Akteure sind hier die „Generationseinheiten", konkrete, zum Teil auch durchaus gegnerische Gruppenbildungen, die sich auf der Grundlage gemeinsamer, wiewohl nicht notwendigerweise gleichförmiger Teilhabe an den aktuellen geistigen und sozialen Strömungen ergeben (beispielsweise die „68er-Generation").
- Bei den „Altersgruppen" – und Varianten wie: „Altersstufen", „Lebensphasen" – spielen Unterschiede nicht so sehr auf der Basis differentieller historischer Prägung, sondern aufgrund unterschiedlicher Positionen im Lebenszyklus bzw. unter-

www.parlament.gv.at

schiedlicher „Reifungs"-Zustände die entscheidende Rolle. Es geht hier also um Vergleiche wie den der bis 40-jährigen mit den über 60-jährigen im Jahr 1999, um Konflikte zwischen „Alt" und „Jung" u. dgl. m.

In der gegenwärtigen gesellschaftspolitischen Diskussion erfuhr der zuletzt genannte Begriff gewissermaßen eine „Politisierung", indem mit den Lebensphasen bzw. Altersgruppen verbundene, typische gemeinsame, oft gegenüber anderen Altersgruppen polarisierende Interessenlagen mitgedacht werden. „Generationen" wären dann politisch interessensorientierte Altersgruppierungen, deren Verhältnis durch einen potentiellen oder aktuellen Konkurrenz-Konflikt um knappe Ressourcen, insbesonders sozial- bzw. wohlfahrtsstaatliche, geprägt ist. Von Generationen in diesem Sinne wird im zweiten Teil des Kapitels, in dem es um das Generationenverhältnis geht, die Rede sein.

3.2 Die Studie

3.2.1 Problemstellung

Die Zukunft des gesellschaftlichen Klimas und der Familie, aber auch die Zukunft des Alters werden wesentlich von der Zukunft der Generationenbeziehungen bestimmt werden, und diesen wiederum steht eine Reihe von Belastungen bevor, die sich bereits abzeichnen. Das sind einerseits die demografischen Umwälzungen der nächsten drei bis vier Jahrzehnte, aber auch der Strukturwandel der Familie, Mentalitätsänderungen der Generationen und der generelle Wertwandel in unserer Gesellschaft, insbesondere die sich verändernden Gerechtigkeitsvorstellungen im Austausch zwischen den Generationen.

Da jede Altersgruppe ihre lebensphasenspezifisch eigenen Bedürfnisse und Interessen hat, die nicht selten mit jenen der anderen Altersgruppen konkurrieren, wird der Wandel in der Bevölkerungsstruktur nicht ohne Folgen für die Begegnungsformen der Generationen, für ihre Selbst- und Fremdbilder, für die Solidaritäts- und Konfliktfelder bleiben. Konfliktpotential steckt vor allem im notwendigerweise steigenden Anspruch der älteren Generation auf ihren Anteil am Sozialprodukt: Das heutige Pensionsversicherungssystem beruht auf dem Umlageverfahren, in dem die jüngere erwerbstätige Bevölkerung durch ihre Beiträge die Einkommen der Älteren finanziert. Man kann mit gutem Grund befürchten, dass durch das enorme relative und absolute Wachstum der Altenpopulation gerade um die Finanzierungsproblematik der Pensionen eine Konkurrenz zwischen Alt und Jung aufflammen wird, die einen bisher nicht gekannten Generationenkonflikt zur Folge haben könnte. Es gibt beispielsweise Berechnungen, wonach um das Jahr 2030 mehr als die Hälfte des Erwerbseinkommens in Form von Beiträgen allein zur Pensionsversicherung einbehalten werden müsste, wollte man die Pensionszahlungen auch nur auf dem Kaufkraftniveau von heute halten.

Als konfliktträchtig wird man auch Phänomene des soziologischen Strukturwandels einschätzen müssen, die sich als Mentalitätsänderungen sowohl der jüngeren als auch der älteren Generationen bemerkbar machen werden. Stichworte dafür sind die „neuen Alten" und die „neuen Narzissten". Es ist kaum zu bezweifeln, dass die nachrückenden Altenkohorten – noch sind sie die Personen mittleren Alters – in zwei, drei Jahrzehnten eine veränderte Altengeneration, eben die „neuen Alten", bilden werden (vgl. Kap. 13.3). Eine Gegenüberstellung der „gegenwärtigen" Alten mit diesen künftigen, neuen Alten verdeutlicht den sich abzeichnenden Wandel:

Bisher gab es kaum Anlass, die alten Menschen als zentral Beteiligte an einem relevanten Generationenkonflikt bzw. an einem Konflikt mit der Gesellschaft zu thematisieren. In den 30er Jahren, während des Weltkriegs und in der Notzeit danach forderten ihnen die Verhältnisse geradezu zwangsläufig die Ausbildung asketischer Tugenden

wie Anspruchslosigkeit, Bescheidenheit, Disziplin und Sparsamkeit ab, die sie als Selbstbild verinnerlichten. Was sie von den anderen Gesellschaftsmitgliedern zu ihrem Nachteil besonders deutlich unterscheidet, ist das – historisch erklärbare – vergleichsweise niedrige Schulbildungsniveau. Während beispielsweise die heute 71-und-mehr-Jährigen zu 56% nicht mehr als Pflichtschulbildungsniveau aufweisen, sind es unter den 21-40-jährigen nur mehr 17%, bei den 41-60-jährigen 31%. Vor allem bei den Frauen, die ja den Großteil der jeweiligen Altengeneration stellen (zwei Drittel der über 70-jährigen sind Frauen), ist diesbezüglich ein rapider Aufholprozess zu beobachten: Haben noch zwei Drittel der über 70-jährigen Frauen keine höhere als Pflichtschulbildung, so sind es unter den 41-60-jährigen nur noch 40% und unter den 21-40-jährigen übehaupt nur mehr 22% – die Differenz zu den Männern wird immer geringer. Bildung ist aber, so zeigen zahlreiche soziologische und psychologische Untersuchungen, ist bestimmend für eine Reihe anderer Verhaltensweisen und Einstellungen. Insbesondere ist höhere Bildung mit einem differenzierteren Erlebnisvermögen, vielfältigeren Interessen, umfangreicheren Sozialkontakten auch außerhalb der Familie, einem höheren Aktivitätsniveau und – besonders wichtig – besserer Gesundheit, insbesondere psychosomatischer, verbunden. Ältere mit höherer Schulbildung sind, so der deutsche Gerontologe Hans Thomae, aktiver, anregbarer, selbstsicherer; sie sind in viel höherem Maße bestrebt, ihren bisherigen Interessenkreis aufrecht zu erhalten und planen stärker für die Zukunft, in die sie sich auch nicht fatalistisch fügen, sondern die sie selbst gestalten wollen. Vor allem die nicht-familialen Aktivitäten sind bei ihnen stärker ausgeprägt (Thomae 1983: 25ff.). Daraus folgt auch eine höhere Durchsetzungsfähigkeit, Konfliktfähigkeit und -bereitschaft im Falle einer Kollision von Interessen. Aber auch durch ihr Aufwachsen in einer historischen Epoche, in der Karriere, Konsum, das Stellen von Ansprüchen Leitwerte waren – im Gegensatz zu den asketischen Tugenden der „herkömmlichen Alten" – wird die Mentalität dieser neuen Alten geprägt werden. Es ist nicht unplausibel, zu vermuten, dass es fordernde, selbstbewusste Alte sein werden, die in ihrem erwerbsfähigen Alter für ihre Alten widerspruchslos gesorgt haben und dies als eine Selbstverständlichkeit von ihrer Kindergeneration ebenso einfordern werden.

Diesen neuen Alten wird – als Kontrahentengenerationen – eine Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter gegenüberstehen, von der Sozialpsychologen sagen, sie stelle einen narzisstisch geprägten „neuen Sozialisationstypus„ dar. Was das bedeuten könnte, möge ein – wenn auch plakativ überzeichnendes – Zitat von Christopher Lasch andeuten. Einleitend beschreibt Lasch den „neuen Narziss" so: „Einerseits in seinem Verlangen nach Anerkennung und Bewunderung von ungestümem Konkurrenzdenken geprägt, misstraut er dem Wettbewerb doch, weil er ihn unbewusst mit ungezügeltem Zerstörungsdrang assoziiert. Dementsprechend lehnt er auch Wettbewerbsideologien ab. [...] Er preist Kooperation und Teamwork an, während er in sich tiefsitzende antisoziale Impulse birgt. Er predigt Achtung vor Regeln und Ordnungsprinzipien in der heimlichen Überzeugung, dass sie für ihn nicht gelten. Habsüchtig in dem Sinne, dass seine Erwartungen und Ansprüche unermesslich sind, sammelt er keine Güter und Rücklagen für die Zukunft an, wie es der erwerbssüchtige Individualist der politischen Ökonomie des 19. Jahrhunderts getan hat, sondern verlangt nach unverzüglicher Befriedigung seiner Wünsche und lebt in einem Zustand ruhelosen, ewig unbefriedigten Begehrens" (Lasch 1982: 15).

Wahrscheinlich werden diese beiden sozialen Figuren der nahen Zukunft: die „Neuen Alten" und die „Neuen Narzissten", sich nicht in der geschilderten Schärfe ausprägen. Aber auch in moderateren Versionen werden sie in ein Verhältnis zueinander treten, das aus heutiger Sicht durchaus als brisant eingestuft werden kann. Ob und in welchem Ausmaß schon Anzeichen dafür in unserer Gesell-

www.parlament.gv.at

schaft aufzufinden sind, war eines der Untersuchungsziele der Generationenstudie '98.

Der zweite Untersuchungsschwerpunkt waren die intergenerationellen Familien- (und Verwandtschafts-)Beziehungen. Aus der Perspektive der Generationenbeziehung haben sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte wesentliche Veränderungen der Familie ergeben. Durch den Zuwachs an Lebenserwartung – immer mehr Menschen werden immer älter – wird die Gleichzeitigkeit mehrerer Generationen immer wahrscheinlicher. Zusammen mit dem Trend rückläufiger Geburtenzahlen bietet damit die Familie das Bild einer *inter*generationellen „Verlängerung" einerseits und einer *intra*generationellen Ausdünnung andererseits. Aufgrund dieser Formveränderung spricht die Alternsforschung von einer Tendenz zur „Bohnenstangenfamilie" oder zur „Vertikalisierung" (Knipscheer 1987: 429). Daraus wäre auf den ersten Blick auf eine erhöhte „Intergenerationalität" zu schließen – durch die längeren Überschneidungszeiträume gleichzeitigen Lebens ergäben sich quasi automatisch vermehrte Chancen des Mit- und Füreinanders der verschiedenen Generationen. In einer Untersuchung in Holland wurde festgestellt, dass diese Intergenerationalität „verstärkt wird durch die abnehmende Interaktion zwischen Geschwistern im mittleren und höheren Erwachsenenalter, so dass auch eine symbolische Vertikalisierung der Familienbindungen stattfindet" (Knipscheer 1987: 430 f.).

Allerdings beruht die Konzeption der „Bohnenstangenfamilie" primär auf einer konstruierenden Zusammenschau demografischer Kennziffern und nicht so sehr auf der Untersuchung konkreter Familien. Die soziologische und sozialpsychologische Kritik wendet ein, dass „zeitliche Koexistenz ja nur wenig über Interaktion, Empathie, wechselseitige Hilfen usw. aussagt" (Rosenmayr 1999: 29). Nach Leopold Rosenmayr ist sogar – mit Ausnahme der familiären Pflege der alten Eltern und Großeltern im Notfall und der familiären Langzeitpflege der schweren Fälle – „eine gewisse Rückläufigkeit sozialer Zuwendung trotz der durch die Gleichzeitigkeit der Individuen (und Kohorten) erweiterten Chancen zu beobachten" (Rosenmayr 1999: 29). Darüber hinaus sind selbst die demografischen Daten differenzierter zu analysieren, sowohl was die Verbreitungshäufigkeit der „neuen Multigenerationenfamilie" angeht, als auch die Berücksichtiung weiterer demografischer Kennziffern, denn neben der Lebenserwartung spielt beispielsweise auch das seit den 70er Jahren stark steigende Familiengründungsalter eine entscheidende, die „Bohnenstangentendenz" schwächende, Rolle für die Generationenstruktur der Familie (Lauterbach / Klein 1997: 119).

So erfreulich die Tendenz eines ständig wachsenden Lebensalters ist, wirft sie doch auch die Frage der Pflegeproblematik auf, denn gerade in den höchsten Altersstufen steigt die Pflegebedürftigkeit massiv an. Nicht nur eine geringer werdende Zahl von Kindern, deren Belastbarkeitsgrenze als Helferpotential dadurch doppelt überschritten zu werden droht, verschärft dieses Problem, sondern auch säkulare Trends wie jene zur Pluralisierung und Individualisierung der Lebensformen, d. h. zur Verbreitung von Lebensformen neben der traditionellen Familie, von den Singles über die Alleinerziehenden zu den nichtehelichen Lebengemeinschaften, den Anstieg der Scheidungen und die „Lebensabschnittsgefährtenschaften" (Beck-Gernsheim 1993: 165) bis hin zur „Familie à la carte" (Rosenmayr 1990: 168ff.). Die komplexer werdenden Familienstrukturen werfen aber auch über die Pflegeproblematik hinausgehende Fragen des intergenerationellen Zusammenhangs auf – etwa im Hinblick auf „die Loyalitätskonflikte in Mehrgenerationenfamilien oder die Bedeutung der Urgroßeltern in der Bewahrung von Familienmythen oder die speziellen ‚countertransitions', wenn durch Scheidungen beispielsweise Stiefenkel oder Ex-Schwiegerkinder ‚hervorgebracht' werden" (Hörl / Kytir 1998: 731).

Die wachsende Erwerbstätigkeit der Frauen und damit deren zunehmende außerfamiliale Orientierung wird zweifellos erhebliche Auswir-

kungen auf das intergenerationelle Austauschgeschehen in der Familie haben, waren es doch bisher so gut wie ausschließlich sie, die die Last der Betreuung von Kindern, Kranken und Alten trugen, von den übrigen Dienstleistungen im familiären Umfeld gar nicht zu reden. Mit dem Brüchigwerden der traditionellen Aufgabenteilung zwischen Mann und Frau gerät aber zugleich die bisherige Funktionalität der Generationenbeziehung ins Wanken. Wenn auch die Frauen erstens mit der gleichen Nachdrücklichkeit wie die Männer ihren Anspruch auf Berufstätigkeit einfordern und zweitens dann diese Berufstätigkeit ebenso ernst nehmen, wenn sie also „nicht mehr als heimliche Reservearmee auch der Familie verfügbar sind – wer wird dann diese Aufgabe [des ‚Daseins für Alte' – G.M.] übernehmen?" (Beck-Gernsheim 1993: 167). Für die Soziologin Elisabeth Beck-Gernsheim wird sich die Solidarität zwischen den Generationen „nicht zuletzt daran entscheiden, ob zukünftig auch die Männer bereit sind, einen Teil des ‚Daseins für Alte' mitzutragen" (Beck-Gernsheim 1993: 167).

Nach Josef Hörl haben die Haltungen der gegenseitigen intergenerationellen Hilfe, insbesondere der aufwendigen Hilfe für alte Angehörige, bereits den Charakter des fraglos Selbstverständlichen verloren: „Die konventionelle Absicherung der hergebrachten familialen Binnenmoral scheint nicht mehr stark genug, um Solidaritätsleistungen immer und überall zu gewährleisten" (Hörl 1992: 67). Die „vollberufstätige Bildungsfamilie" wäre schon strukturell nicht imstande – also nur um den Preis ihrer Selbstaufgabe – sich langfristig praktisch-solidarisch ihren alten Angehörigen gegenüber zu verhalten. Ihre Solidaritätsleistung könne nicht mehr im „Dasein für Alte" (Beck-Gernsheim 1993: 165f.) bestehen, sondern im Fungieren als Vermittlerin zu den passenden Sozial- und Gesundheitsdiensten, als Arrangeurin und Verhandlerin mit der Sozialbürokratie (Hörl 1992: 67).

Nichtdestoweniger belegen die einschlägigen internationalen Studien, dass die gegenwärtige Familie noch ein hohes Maß an intergenerationeller Solidarität bietet. So gut wie alle Untersuchungen der intergenerationellen Familienbeziehungen, die bisher durchgeführt worden, weisen die Familie als *den* sozialen Ort der Solidarität, der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung aus. Von vielen Umfragen wird zwar ein Gegensatz, wenn nicht Konflikt, zwischen den Generationen in der Gesellschaft – z. B. zwischen Jugendlichen oder Erwerbstätigen und nicht mehr Erwerbstätigen – gesehen, die Familie schneidet dagegen regelmäßig gut ab. „Ein Generationenkonflikt im Sinne von nachlassender oder verschwindender Solidarität innerhalb der eigenen Familie wird jedoch von denselben Befragten mehrheitlich verneint und konnte auch durch Forschungsergebnisse bisher nicht belegt werden" (Nakielski 1996: 135).

Ob und wie sehr das auch in Österreich der Fall ist und welche Tendenzen für die Zukunft sich abzeichnen, wurde in der Generationenstudie '99 untersucht.

3.2.2 Methodische Anmerkungen zur Studie

Die Stichprobe für diesen Survey wurde aus der österreichischen Wohnbevölkerung im Alter von über 18 Jahren gezogen. Aus methodischen Gründen wurden Ausländer nicht in die Auswahl einbezogen, da deren Familiensituation zu stark vom „Normalfall" abweicht (z. B. alte Eltern wohnen in der Türkei, zumindest Teile der restlichen Familie und jedenfalls der weiteren Verwandtschaft ebenfalls), sodass die Untersuchung des Funktionierens des Verwandtschaftsnetzwerkes mit einer zu starken Verzerrung behaftet gewesen wäre. Ebenfalls nicht in die Stichprobe aufgenommen wurden Personen, die nicht in Privathaushalten leben. Das bedeutet insbesondere, dass die in vielen Hinsichten „extremen" Bewohner von Alters- und Pflegeheimen nicht in der Auswahl aufscheinen. Sie machen etwa 3-4% der über 60-jährigen aus. Ihre

www.parlament.gv.at

Tabelle 3.1:

Struktur der Stichprobe im Vergleich mit der entsprechenden österreichischen Bevölkerung, hochgerechnet auf der Basis der Mikrozensus 1998/2*

Merkmal	Stichprobe ungewichtet (n=1.025)	Stichprobe gewichtet (auf n=1.000)	Österr. Bevölkerung, 18+ Jahre, 1998
Geschlecht			
weiblich	54,6%	53,3%	52,5%
männlich	45,4%	47,7%	47,5%
Alter			
bis 30	21,7%	24,0%	22,2%
31-45	30,9%	30,9%	29,2%
46-60	29,8%	23,3%	23,8%
61 und älter	17,7%	21,9%	24,9%
Familienstand			
ledig	27,2%	28,9%	26,7%
verheiratet	58,2%	55,3%	57,7%
geschieden	6,7%	6,0%	9,5%
verwitwet	7,8%	9,8%	6,1%
Höchste abgeschlossene Schulbildung			
Volks- / Hauptschule	23,2%	24,4%	31,2%
Berufsbildende Pflichtschule	34,4%	37,6%	38,1%
Berufsbildende mittlere Schule	15,3%	13,4%	10,4%
AHS / BHS	17,0%	15,7%	12,2%
Fachhochschule o. ä., UNI	10,0%	8,8%	9,1%
Bundesland			
Vorarlberg	3,9%	4,1%	3,9%
Tirol	7,7%	7,6%	7,9%
Salzburg	7,0%	6,4%	6,1%
Oberösterreich	16,6%	16,9%	16,9%
Kärnten	7,9%	7,6%	7,3%
Steiermark	14,6%	15,5%	15,7%
Burgenland	3,9%	3,5%	3,7%
Niederösterreich	19,0%	19,0%	19,6%
Wien	19,3%	19,4%	18,9%
Ortsgröße			
- 1.000 Einwohner	4,7%	4,7%	4,8%
- 2.000 Einwohner	16,0%	16,9%	17,4%
- 3.000 Einwohner	10,9%	12,0%	12,2%
- 5.000 Einwohner	10,8%	11,6%	11,9%
- 10.000 Einwohner	10,8%	9,9%	11,3%
- 20.000 Einwohner	9,5%	8,1%	7,4%
- 50.000 Einwohner	5,3%	5,5%	5,3%
- 1 Mio Einwohner	12,7%	11,9%	10,9%
- Wien	19,3%	19,4%	18,9%

* Stichprobengröße des Mikrozensus: n=61.302, Hochrechnung auf 5.772.790 18+jährige Österreicher/Innen

Situation weicht in den meisten der in der Studie gestellten Fragen negativ vom Durchschnitt ab und müsste eigens untersucht werden.

Es wurden mittels standardisierter Fragebogen insgesamt 1.025 Personen persönlich interviewt, die auf eine Stichprobe von n=1.000 gewichtet wurden. In den wichtigsten demografischen bzw. sozialstatistischen Variablen weicht die Stichprobe von der österreichischen Grundgesamtheit nur innerhalb der vertretbaren Zufallsschwankungen ab, sodass Repräsentativität für die in Privathaushalten lebenden Österreicher/Innen im Alter von 18 oder mehr Jahren gegeben ist (vgl. Tabelle 3.1). Die Erhebung fand im Zeitraum vom 17.8. bis zum 8.10.1998 statt.

Für alle Prozentangaben im folgenden ist festzuhalten: Da es sich um eine (Zufalls-)Stichprobe handelt, gelten die Prozentangaben zunächst nur für diese Auswahl. Es lässt sich aber – mit einer angebbaren „Irrtumswahrscheinlichkeit" und unter Berücksichtigung der Stichprobengröße, hier: n=1.000 – für jeden Prozentsatz berechnen, innerhalb welcher Grenzen der entsprechende Anteil für die Bevölkerung liegen dürfte. Nannten z. B. 40% der Befragten die Mutter als potentielle Hilfequelle in kleineren Notlagen, so lässt sich errechnen, dass, mit 5%iger „Irrtumswahrscheinlichkeit" bzw. mit 95%iger Wahrscheinlichkeit in der Gesamtbevölkerung der 18+jährigen 40% ± 3%, also zwischen 37% und 43%, die Mutter als solche Hilfequelle nennen würden. Je weiter sich der in der Stichprobe beobachtete Prozentsatz von 50% entfernt, desto enger sind die Grenzen in der Gesamtbevölkerung (z. B. läge der entsprechende Anteil in der Bevölkerung bei 20% nur mehr zwischen 20% ± 2%).

Diese Grenzen gelten allerdings nur für jene Aussagen, die sich auf die *Gesamt*stichprobe beziehen. Aussagen über Untergruppen der Stichprobe, beispielsweise über die Männer über 60 oder über die Mütter, die ihrem Kind finanziell geholfen haben u. dgl. m., gehen zwangsläufig von viel kleineren Zahlen aus, sodass der „Vertrauensbereich", d. h. die Grenzen, innerhalb derer der „wahre" Prozentsatz in der Grundgesamtheit (Bevölkerung) liegen dürfte, rechnerisch-statistisch zu breit wird, um ihn noch sinnvoll „hochzurechnen". Handelt es sich etwa nur mehr um hundert Personen in der Stichprobe, von denen auf die entsprechende Gesamtgruppe in der Bevölkerung geschlossen werden sollte, dann beträgt die Schwankungsbreite bereits bis zu plus / minus zehn Prozent.

Der folgende Text ist daher bemüht, nur dann Formulierungen zu verwenden, die auf die Gesamtgruppe in der Bevölkerung Bezug nehmen, wenn die Zahlenbasis groß ist – also vor allem dann, wenn der Aussage die gesamte Stichprobe zugrunde liegt. Andernfalls wird eher von „den Befragten" gesprochen, um damit zum Ausdruck zu bringen, dass die Zahlenangabe zwar einen korrekten Eindruck von der Größenordnung in der jeweiligen Bevölkerungsgruppe vermittelt, wegen der mutmaßlichen Zufallsschwankungen aber nicht allzu „wörtlich" genommen werden darf.

Um Interpretationsfehlern vorzubeugen, sei auch betont, dass keine zusammengehörigen Personen befragt wurden (etwa Vater-Tochter, Großmutter-Enkel), sondern alle Interviewpartner/Innen unabhängig voneinander in die Stichprobenauswahl gelangten. Die Daten eignen sich daher nicht für eine wechselseitige Validierung der aufeinander bezogenen Aussagen (z. B. Übereinstimmung oder Dissens).

3.3 Solidaritätspotential in der Generationenbeziehung

Um das Ausmaß ermessen zu können, in dem Familie, weitere Verwandtschaft und Freundeskreis als Solidargemeinschaften überhaupt als Hilfepotential in Frage kommen, wurde in der Studie zunächst erhoben, wie groß und wie komplex dieses Netzwerk ist. Dazu wurde anhand einer detaillierten Liste erfragt, welche Arten (Kategorien) von Verwandten und Freunden die Befragten jeweils hatten.[1]

Betrachtet man das Freundes- und das Verwandtschaftsnetzwerk gemeinsam, so lässt sich resümierend feststellen, dass praktisch niemand ohne jegliche Verwandte und Freunde ist. Nur 2% verfügen über höchstens zwei Kategorien von Verwandten oder Freunden (es wurde nicht nach der *Anzahl* von Personen in den einzelnen Verwandtschafts- und Freundeskategorien gefragt, sondern danach, ob man mindestens einen Sohn, eine Tochter, eine Tante, einen befreundeten Nachbarn etc. hätte). Umgekehrt haben nicht weniger als 94% mindestens fünf Kategorien von Verwandten oder Freunden, die Hälfte sogar mindestens zehn. Im Durchschnitt hat man zehn Arten von Verwandten oder Freunden, d. h. mindestens zehn Personen im Freundes- und Verwandtenkreis. Obwohl mit wachsendem Alter ein gewisser Rückgang dieser Anzahl zu registrieren ist, konnten auch die über 65-jährigen im Durchschnitt noch acht Kategorien von Verwandten oder Freunden angeben – bei den bis 35-jährigen beträgt dieser Mittelwert ebenso wie bei den 35-50-jährigen 11, und bei den 50-65-jährigen 10.

Die Erwartungen, von diesen Verwandten und Freunden notfalls Hilfe zu bekommen, sind weit verbreitet und sehr hoch, sodass man ohne weiteres von einer *Atmosphäre des Solidaritätsoptimismus* sprechen kann. Schon bei *„kleineren Notlagen"*[2] rangieren die engeren Familienangehörigen unter den potentiellen Helfer/inne/n weit oben, aber auch die Freunde und Freundinnen spielen offenbar zumindest dort, wo der Hilfeaufwand nicht allzu groß ist, eine wichtige Rolle. Nicht einmal 1% der Bevölkerung rechnet damit, in kleinen Notlagen auf sich allein angewiesen zu sein.

Bei *„schwerer wiegenden Notfällen"*[3] rücken die engen Familienangehörigen noch weiter auf, die Freunde fallen im Ausmaß der Ausschöpfbarkeit des Hilfepotentials zwar zurück, plazieren sich aber immer noch im vorderen Drittel und stellen damit auch dort, wo es schon ein erhebliches Maß an Engagement und Zeitaufwand gefordert ist, eine beachtliche Hilfequelle dar. Auch in schwerer wiegenden Notfällen verspricht man sich vom Verwandtschafts- und Freundesnetzwerk viel, denn weniger als 2% gehen davon aus, mit niemandem im Bedarfsfall rechnen zu können.

Bei *„größeren finanziellen Notlagen"*[4] treten endgültig die engsten Angehörigen an der Spitze der erwarteten Hilfequellen, womit sich die Kernfamilie als *die* Solidareinheit erweist. Vater, Mutter, Töchter, Söhne, Schwestern und Brüder liegen weit vor allen anderen Kategorien. Bei größerer finanzieller Belastung rücken auch die *Freunde* in den Hintergrund. Selbst der erhebliche Belastungsfall der finanziellen Notlage bedeutet aber nur für 5%, dass sie von niemandem eine ausreichende Hilfe erwarten.

Das erwartete Hilfepotential (ohne Berücksichtigung des Habens / Nichthabens der jeweili-

1 Diese Liste enthält auch die Kategorien „Ehefrau", „Ehemann", „Partnerin / Lebensgefährtin" und „Partner / Lebensgefährte", weil es befragungspsychologisch problematisch gewesen wäre, diesen Personenkreis als mögliche Helfer/Innen zu ignorieren. Im folgenden werden diese Kategorien aber nicht weiter analysiert werden, da (a) die Studie den Generationenbeziehungen galt und (b) die Gültigkeit von Aussagen über „Hilfen" durch die Partner/Innen zweifelhaft ist. Allein die traditionellen Geschlechter- und Familienrollenbilder würden z. B. tendenziell dazu führen, dass viele Männer das Kochen, wenn es die Partnerin besorgt, kaum als Hilfe wahrnehmen und erwähnen werden, während Frauen mit einiger Wahrscheinlichkeit den Partner, wenn er kocht, als eine helfende Person nennen dürften.

2 „Z. B. einmal einen Nachmittag auf ein Kind aufpassen, weil Sie verhindert sind, oder ab und zu auf die Wohnung schauen, weil Sie auf Urlaub sind, oder einmal eine Besorgung oder einen Amtsweg für Sie machen".

3 „Beispielsweise weil Sie zwei Wochen krank sind, sodass man vorübergehend die Kinder zu sich nimmt, oder dass man täglich bei Ihnen vorbeischaut, Sie mit Essen versorgt und die Wohnung ein bisschen in Schuss hält? Der Zeitaufwand für diese Hilfe müsste mindestens 5 Stunden pro Woche betragen."

4 „Falls Sie eine größere finanzielle Hilfe benötigen, die Sie vielleicht erst in einem Jahr oder später zurückgeben könnten."

gen Verwandten oder Freunde) ist unterschiedlich strukturiert, je nachdem, welche sozialen Merkmale die Befragten aufweisen. Zunächst ist es natürlich stark *altersabhängig* – je älter man ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, noch lebende Eltern zu haben, umgekehrt steigt die Wahrscheinlichkeit, Kinder zu haben. Dementsprechend erwarten 86% der bis 30-jährigen, 56% der 31-45-jährigen, 10% der 46-60-jährigen und praktisch keine über 60-jährigen, in *kleineren Notfällen* von ihrer Mutter Hilfe zu erhalten (die entsprechenden Anteile für die Väter sind: 61%, 32%, 5% und 0%). Umgekehrt hoffen nur 1% der unter 30-jährigen, 15% der 31-45-jährigen, bereits 51% der 46-60-jährigen und 54% der über 60-jährigen auf Töchter; die Zahlen für die Söhne sind nahezu die gleichen. Die Bedeutung von Freunden wie auch von Geschwistern (in ähnlicher Größenordnung wie die Freunde) nimmt mit zunehmendem Alter merklich ab, ist aber auf jeder Altersstufe auf relativ hohem Niveau. Das Hilfepotential ist wenig *geschlechtsspezifisch* geprägt: seine Struktur bei Frauen und Männern ist durchaus ähnlich. Einen merklichen Unterschied macht es hingegen aus, in welcher *Art von Gemeinde* man lebt: Im ländlich-dörflichen Bereich richten sich die Erwartungen stärker auf die engen Familienangehörigen, im großstädtischen Bereich spielen dagegen alle Arten von Freunden (Freunde i. e. S., Arbeits- und Studienkollegen sowie befreundete Nachbarn) eine große Rolle. Die Klein- und Mittelstädte nehmen eine mittlere Stellung ein. Es ist aber nicht die *Ortsgröße* – diese differenziert kaum – sondern offenbar der mit dem Stadt-Land-Unterschied verknüpfte sozio-kulturelle Einfluss (wie insbesondere die tendenziell unterschiedlichen Rollen- und Familienleitbilder), auf den diese Unterschiede zurückzuführen sind. Allerdings geht ein Teil dieses Musters auch auf die unterschiedliche Struktur der Verwandtschafts- und Freundesnetzwerke zurück: im ländlich- dörflichen Bereich sind im Vergleich zum städtischen Bereich mehr Söhne und Töchter zu registrieren. Das aus anderen Untersuchungen bekannte Bild, dass mit höherer *Bildung* die außerverwandtschaftliche Orientierung zunimmt und die Freunde an Relevanz gewinnen, ist auch hier zu beobachten.

Schwerer wiegende finanzielle Notfälle und *finanzielle Notlagen* weisen ähnliche Strukturmuster auf, wobei im letzteren Fall die antizipierten Defizite an Hilfe mit wachsendem Alter nicht unerhebliche Ausmaße annehmen, denn während nur 1% der bis 30-jährigen auf sich gestellt wären, sollten sie in eine finanzielle Notlage geraten, wächst dieser Anteil mit dem Alter bis auf 11% bei den über 60-jährigen an. Auch wenn nur jene betrachtet werden, die noch (mindestens) einen Sohn oder eine Tochter haben, bleiben 8% Ältere, die keine finanzielle Hilfe erwarten.

Unter der Perspektive, erwarten zu können, im Notfall aufgefangen zu werden, lassen sich diese Ergebnisse jedenfalls als ein erster Hinweis auf einen beachtlich hohen Grad an Solidaritätspotential des Verwandtschafts- und Freundesnetzwerks, insbesondere der engeren Familie, werten. Vor allem die Jungen fühlen sich gut und mehrfach gesichert und verlassen sich zuversichtlich auf die Eltern.

3.4 Praktizierte Solidarität: Unterstützung und Hilfe zwischen den Generationen

Damit ist freilich wenig über die Realisierbarkeit dieses Solidaritätspotentials gesagt. So kann man einwenden, dass nur *Erwartungen* ausgesprochen wurden – dass also bloß Solidaritäts*optimismus,* aber nicht gelebte, realisierte, praktizierte Solidarität gemessen wurde. Um darüber Aufschluss zu gewinnen, wurden *tatsächlich geleistete Hilfen* untersucht. Zu diesem Zweck gingen wir zunächst der Frage nach, in welchem Ausmaß in den letzten zwei Jahren bei den Befragten überhaupt Bedarf an Hilfe aufgetaucht war. 13 typische Situationen wurden vorgegeben:

- Bei der Hausarbeit (ohne Einkaufen / Kochen), z. B. Putzen, Wäsche waschen, Abwaschen, Staubsaugen, Fensterputzen
- Kochen
- Einkaufen gehen, Besorgungen für die Befragte / den Befragten erledigen
- Arbeiten im Haus / in der Wohnung, Reparaturen, Hilfe bei schweren Arbeiten (z. B. Tragen, Möbel umstellen und dergleichen mehr)
- Begleiten bei verschiedenen Wegen, Hinbringen, Abholen
- Unterstützung und Beratung bei Behördenwegen, bei Verhandlungen, z. B. mit der Bank
- Dem / der Befragten bei der Betreuung von Kranken, Behinderten oder sonstwie Pflegebedürftigen helfen
- Unterstützung durch ausführliches Gespräch, zur Verfügung stehen, wenn der / die Befragte sich einmal aussprechen will oder Kummer hat
- sich vorübergehend, wenn der / die Befragte ein paar Tage krank ist, um ihn / sie kümmern, ihn / sie vorübergehend pflegen
- Den Befragten / die Befragte auch bei langen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit dauerhaft pflegen
- finanzielle bzw. materielle Unterstützung in Notfällen, entweder in Form von Geld oder von Geschenken bzw. langfristigen Leihgaben (z. B. Eiskasten, Möbel, Bezahlen von Schulden, als Bürge gehen)
- finanzielle Unterstützung für den Befragten / die Befragte unabhängig von Notfällen
- Beaufsichtigung von Kindern

In Tabelle 3.2, in der diese Bedarfssituationen nach der Häufigkeit ihres Auftretens in der Bevölkerung geordnet sind, ist zu erkennen, dass der Aussprachebedarf bei persönlichen Problemen und Kummer enorm hoch ist (51%), gefolgt von gelegentlichem Angewiesensein auf Unterstützung bei Arbeiten im Haus oder in der Wohnung (43%). Am dritthäufigsten kommt es vor, dass man jemanden braucht, der sich vorübergehend um einen kümmert, wenn man ein paar Tage krank ist (39%).

Tabelle 3.2:
Wobei haben Sie in den letzten zwei Jahren Hilfe benötigt? (Prozent)
(18+jährige, Österreich 1998, n=1.000)

Habe in den letzten 2 Jahren Hilfe benötigt bei:	Basis: alle (n=1.000)
Für ausführliches Gespräch zur Verfügung stehen, für Aussprache bei Kummer und Problemen	51
Arbeiten in Haus / Wohnung, Reparaturen, bei schweren Arbeiten, z. B. Tragen	43
Vorübergehende Pflege, um mich kümmern, wenn ich ein paar Tage krank bin	39
Einkaufen, Besorgungen erledigen	27
Hausarbeit (ohne Einkaufen, Kochen), z. B. Putzen, Wäsche waschen, Fenster putzen	25
Begleiten bei Wegen, Hinbringen, Abholen	24
Kochen	21
Beaufsichtigung von Kindern	19
Unterstützung / Beratung bei Behördenwegen, bei Verhandlungen (z. B. mit Bank)	18
Finanzielle Unterstützung ohne speziellen Notfall	14
Finanzielle / materielle Hilfe in Notfällen (Geld oder langfristige Leihgaben)	12
Dauerhafte Pflege, wenn ich lange krank oder pflegebedürftig bin	7
Hilfe bei der Betreuung anderer Kranker, Behinderter, sonstwie Pflegebedürftiger	6

Die schwerwiegendsten Bedarfe treten zum Glück am seltensten auf, nämlich die finanziellen Notlagen (14% und 12%), das Angewiesensein auf dauerhafte Pflege, wenn man selbst lange krank oder pflegebedürftig ist, und der Bedarf an Unterstützung durch Dritte, wenn man selbst jemanden anderen betreut (7% und 6%).

Einen Indikator dafür, ob die Solidarität gut „funktioniert" – und nicht bloß erwartet wird –, liefern die Antworten auf die Frage, ob die Hilfen, die man bei jeweiligem Bedarf erhalten habe, auch ausreichend gewesen seien. Tabelle 3.3 ist zu entnehmen, dass man offenbar nur sehr selten im Notfall allein geblieben ist. Mit einer einzigen Ausnahme erhielten mindestens 98% der Personen, die Unterstützung in einer bestimmten Situation brauchten, ausreichend Hilfe. Nur wenn man andere langfristig pflegt und dabei Unterstützung benötigt, ist der ungedeckte Hilfebedarf etwas größer, nämlich 5%, also auch noch relativ gering (auf die Gesamtbevölkerung hin gerechnet ist das, da der entsprechende Bedarf nur bei 5,7% der Bevölkerung auftritt, nicht einmal ein halbes Prozent).

Nur jede/r Fünfte hat in den letzten zwei Jahren überhaupt keine Unterstützung durch Dritte gebraucht. 14% waren auf Hilfe in einer einzigen Kategorie angewiesen gewesen. Immerhin 28% haben in mindestens fünf Bereichen Hilfe benötigt. Entgegen der öffentlichen – veröffentlichten – Meinung sind es aber nicht die älteren Generationen, die auf die Hilfe durch die anderen Generationen angewiesen sind, sondern umgekehrt die jüngeren. Neun von zehn bis 30-jährigen haben in den letzten zwei Jahren mindestens in einem Bereich Hilfe gebraucht, bei den 31-45-jährigen acht von zehn, den 46-60-jährigen sieben von zehn, und von den über 60-jährigen drei Viertel. Mindestens in fünf Bedarfssituationen haben immerhin 36% der bis

Tabelle 3.3:
Ungedeckt gebliebener Hilfebedarf (Prozent) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000)

Die Hilfe war nicht ausreichend bei Bedarf an:	Basis: alle mit jeweiligem Hilfebedarf
Unterstützung / Beratung bei Behördenwegen, bei Verhandlungen (z. B. mit Bank)	0,0
Begleiten bei Wegen, Hinbringen, Abholen	0,4
Einkaufen, Besorgungen erledigen	0,7
Finanzielle Unterstützung ohne speziellen Notfall	0,7
Finanzielle / materielle Hilfe in Notfällen (Geld oder langfristige Leihgaben)	0,9
Kochen	1,4
Vorübergehende Pflege, um mich kümmern, wenn ich ein paar Tage krank bin	1,5
Dauerhafte Pflege, wenn ich lange krank oder pflegebedürftig bin	1,5
Hausarbeit (ohne Einkaufen, Kochen), z. B. Putzen, Wäsche waschen, Fenster putzen	1,6
Beaufsichtigung von Kindern	1,6
Arbeiten in Haus / Wohnung, Reparaturen, bei schweren Arbeiten, z. B. Tragen	2,0
Für ausführliches Gespräch zur Verfügung stehen, für Aussprache bei Kummer und Problemen	2,3
Hilfe bei der Betreuung anderer Kranker, Behinderter, sonstwie Pflegebedürftiger	5,3

30-jährigen der Unterstützung durch Dritte bedurft, dieser Prozentsatz sinkt bei den Älteren auf rund 22% ab. Für die bis 30-jährigen errechnet sich ein Durchschnitt von 3,83 Situationen, in denen sie Hilfe benötigt hatten, für die 31-45-jährigen 3,15, für die 46-60-jährigen 2,48 und für die über 60-jährigen 2,74. Wenn im öffentlichen Bereich durch die Problematik der künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pensionen immer wieder die „Alterslast" beschworen wird, so muss diese publizistische Schlagseite aufgrund der vorliegenden Daten für den Bereich der privaten intergenerationellen Transfers als einseitig und verzerrend beurteilt werden.

Interessante Aufschlüsse vermittelt auch Tabelle 3.4, in der die Altersstruktur derer dargestellt wird, die in den 13 untersuchten Hilfebereichen nach eigener Aussage Hilfebedarf gehabt hatten.

Man erkennt, dass nur vier der dreizehn Bereiche keine erwähnenswerte Altersvariation aufweisen – in neun Bereichen verzeichnen wir dagegen merkliche altersabhängige bzw. (familien)lebenszyklusspezifische Bedarfsspitzen. Und in sieben dieser neun Bereiche sind es die *Jüngeren*, die am häufigsten Hilfebedarf haben – zum Teil weit vor den anderen Altersgruppen; nur zweimal liegen die Alten in Führung. Am massivsten und deutlichsten tritt der alters- bzw. lebensphasenabhängige Hilfebedarf in Form von finanziellen Engpässen sowie beim Bedürfnis nach Aussprache und bei der Beaufsichtigung von Kindern in Erscheinung, und

Tabelle 3.4:
Hilfebedürftigkeit, nach Alter (Prozent) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000)

Situation der Hilfe- /	Von der Altersgruppe hatten ... % Bedarf			
Unterstützungsbedürftigkeit	bis 30	31-45	46-60	über 60
Finanzielle Unterstützung ohne speziellen Notfall	36	12	4	4
Ausführliches Gespräch, Aussprache bei Kummer und persönlichen Problemen	66	51	44	40
Finanzieller / materieller Notfall	25	14	4	2
Beaufsichtigung der Kinder	20	14	7	2
Unterstützung / Beratung bei Behördenwegen, bei Verhandlungen	28	12	16	19
Kochen	24	24	18	16
Vorübergehende Pflege, um mich kümmern, wenn ich ein paar Tage krank bin	47	34	35	41
Arbeiten im Haus / Wohnung, Reparaturen, bei schweren Arbeiten, z. B. Möbeltragen	48	46	36	43
Hausarbeit (ohne Einkaufen, Kochen), z. B. Putzen, Wäsche waschen, Fenster putzen	24	28	23	23
Hilfe bei der Betreuung anderer Kranker, Behinderter, sonstwie Pflegebedürftiger	3	6	7	6
Einkaufen, Besorgungen erledigen	27	26	26	31
Begleitung bei Wegen, Hinbringen, Abholen	29	15	21	34
Dauerhafte Pflege, wenn ich lange krank oder pflegebedürftig bin	6	5	5	12

in allen diesen Fällen sind es die Jungen, die Hilfe beanspruchen.

Wer deckt diesen Bedarf, und wer deckt ihn in erster Linie? Die Helfer-Struktur hängt vom Typus der Bedarfssituation ab, darüber hinaus variieren die Bedarfslagen deutlich nach individuellen und sozialen Merkmalen der Befragten. Die folgenden Ausführungen dienen der detaillierteren Darstellung. Diese Darstellung folgt der besseren Übersichtlichkeit halber für alle Hilfebereiche demselben Schema: Es werden jeweils die sechs am häufigsten genannten Helfer/Innen angeführt, wobei zusätzlich nach deren generationeller Position in Relation zu den Befragten und dem Geschlecht differenziert wird. Daraus lässt sich die hauptsächliche Flussrichtung des Transfers – von welcher Generation zu welcher – und der geschlechtsspezifische Schwerpunkt ersehen. Falls weitere Merkmale eine zusätzliche Rolle spielen, werden sie besonders ausgewiesen.

3.4.1 Materielle Unterstützung und Hilfe

3.4.1.1 Hilfe und Unterstützung in Form von Dienstleistungen – haushaltsbezogene Hilfen

Arbeiten im Haus oder in der Wohnung, Reparaturen:

- Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 43% der 18+jährigen Bevölkerung.
- Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Söhne 21%, Vater 20%, Mutter 17%, Freunde (männlich) 16%, Brüder 13%, Töchter 12%.
- Die 46-60-jährigen bedürfen dieser Hilfe weniger (36%), am häufigsten benötigen die bis 30-jährigen diese Unterstützung (48%). Dennoch kann man im Großen und Ganzen von einem wenig lebensphasen- bzw. altersspezifischem Bedarf sprechen, also, der in jedem Alter mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit auftritt.
- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen gehören zwei den „oberen" Generationen und eine der „unteren" an . Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei der oberen, zwei der unteren und zwei der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also alle drei Generationenkonstellationen gleich häufig vertreten, unter den *drei* wichtigsten haben die oberen Generationen das Übergewicht.
- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen sind zwei männlich, eine weiblich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen vier männlich und zwei weiblich. Damit sind die Arbeiten in Haus und Wohnung der einzige Bereich, in dem die Männer als Helfer überwiegen.
- Mehr Frauen als Männer beanspruchen diese Art von Unterstützung (48% gegenüber 38%). Ortsgröße, Beruf, Bildung und Stadt-Land-Kontinuum differenzieren hingegen nicht.

Hilfe bei routinemäßiger Hausarbeit (ohne Einkaufen / Kochen), z. B. Putzen, Wäsche waschen, Abwaschen, Staubsaugen, Fensterputzen

- Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 25% der 18+jährigen Bevölkerung.
- Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Mutter 35%, Töchter 24%, Söhne 17%, Schwestern 13%, Schwiegermutter 9%, Vater 9%. Während die Mutter die an sich wichtigste Hilfeperson ist, spielen die Töchter mit zunehmendem Alter der Befragten eine immer wichtigere Rolle.
- Es ist kein lebensphasen- bzw. altersspezifischer Bedarf festzustellen.
- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen gehört eine der „oberen" Generation und zwei den „unteren" an. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen drei der oberen, zwei der unteren und eine der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also die oberen Generationenkonstellationen

am häufigsten vertreten, unter den *drei* wichtigsten haben die unteren Generationen das Übergewicht (allerdings werden die beiden unteren Generationen zusammen seltener angeführt als die Mutter).

► Von den drei wichtigsten Hilfepersonen ist eine männlich, zwei sind weiblich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei männlich und vier weiblich. Das ist das übliche Hilfemuster – die Frauen sind unter den Helfenden klar überrepräsentiert.

► Zwar äußern Frauen häufiger als Männer Hilfebedarf, doch liegt das wohl eher daran, dass Männer geschlechtsrollenspezifisch die entsprechenden Hilfen eher als Hilfen für ihre Frauen denn als Hilfen für sich selber interpretieren – womöglich überhaupt wahrnehmen. Alle anderen sozialen Merkmale erzeugen keine bemerkenswerte Variation hinsichtlich des Hilfebedarfs, bei der Haushaltsgröße wächst der Bedarf etwas mit der Größe.

Hilfe beim Kochen

► Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 21% der 18+jährigen Bevölkerung.

► Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Mutter 38%, Töchter 20%, Schwestern 11%, Schwiegermutter 10%, Söhne 8%, Vater 6%. Zwar rangieren Söhne und Vater unter den sechs am häufigsten genannten Helfern, sie spielen aber offensichtlich im Vergleich mit der Mutter und den Töchtern eine wenig bedeutende Rolle.

► Eine gewisse Lebensphasen- bzw. Altersabhängigkeit des Hilfebedarfs ist gegeben: In jüngeren Jahren taucht der Bedarf an Hilfe beim Kochen häufiger auf (bis zum Alter von 45 Jahren bei 24%) als bei den Älteren (18% bei den 46-60-jährigen und 16% bei den über 60-jährigen).

► Von den drei wichtigsten Hilfepersonen gehört je eine der „oberen", der eigenen und der „unteren" Generation an. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen drei der oberen, zwei der unteren und eine der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also die oberen Generationenkonstellationen am häufigsten vertreten, unter den *drei* wichtigsten sind alle drei Generationenkonstellationen gleichermaßen vertreten.

► Alle drei wichtigsten Hilfepersonen sind weiblich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei männlich und vier weiblich. Die beiden männlichen Vertreter sind freilich weit abgeschlagen.

► Auch beim Kochen äußern Frauen häufiger als Männer Hilfebedarf, und wieder wird man dieses Ergebnis eher als Ausdruck des dominierenden traditionellen Geschlechterrollenbildes interpretieren müssen denn als Unterschiede im Bedarf.

Hilfe beim Einkaufen gehen, Besorgungen erledigen

► Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 27% der 18+jährigen Bevölkerung.

► Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Töchter 28%, Mutter 26%, Söhne 23%, Vater 13%, Schwestern 12%, Freundin 10%. Wie schon bei der Hausarbeit wird die bei den Jüngeren als Helferin dominierende Mutter bei den Älteren zunehmend von den Töchtern abgelöst.

► Es ist ein geringfügiger Anstieg des Hilfebedarfs mit dem Alter zu beobachten (von 27% bei den bis 30-jährigen auf 31% bei den über 60-jährigen), allerdings in so schwacher Ausprägung, dass man von keiner Altersabhängigkeit oder Altersspezifität dieses Bedarfs sprechen kann.

► Von den drei wichtigsten Hilfepersonen gehört eine der „oberen" Generation und zwei der „unteren" an. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei der oberen, zwei der unteren und zwei der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also alle drei Generationenkonstellationen gleich häufig vertreten, unter den *drei* wichtigsten haben die unteren Generationen das Übergewicht.

► Von den drei wichtigsten Hilfepersonen ist eine männlich, zwei sind weiblich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei männlich und vier weiblich. Wieder das übliche Hilfemuster einer Überrepräsentation der Frauen unter den Helfenden.

► Frauen kommen knapp doppelt so oft wie Männer in die Lage, solche Hilfe zu brauchen (35% gegenüber 19%), aber es gilt zweifellos auch in diesem Falle das Geschlechterrollenargument. Alle anderen sozialen Merkmale erzeugen keine bemerkenswerte Variation hinsichtlich des Hilfebedarfs, abgesehen von einem leichten Anwachsen des Bedarfs mit der Haushaltsgröße.

3.4.1.2 Unterstützung in Form von Dienstleistungen – instrumentelle persönliche Hilfen

Klammern wir die kommunikativen Hilfestellungen als einen eigenen Bedarfstypus zunächst aus, dann kann man das Begleiten bei verschiedenen Wegen, Hinbringen und Abholen, die Unterstützung und Beratung bei Behördenwegen und bei Verhandlungen sowie die Beaufsichtigung von Kindern zur Gruppe der instrumentellen persönlichen Hilfen (im Gegensatz zu den kommunikativen persönlichen Hilfen und der Krankenpflege, die ebenfalls als ein eigener Typus betrachtet werden soll) zusammenfassen.

Begleitung bei verschiedenen Wegen, Hinbringen und Abholen

► Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 24% der 18+jährigen Bevölkerung.

► Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Mutter 25%, Töchter 25%, Vater 23%, Söhne 22%, Brüder 15%, Schwestern 15%.

► Alters- bzw. lebensphasenspezifischer Bedarf ist in diesem Bereich insofern gegeben, als die Jüngsten (29%) und die Ältesten (34%) viel häufiger Hilfen benötigen als die mittleren Altersgruppen.

► Von den drei wichtigsten Hilfepersonen gehören zwei den „oberen" Generationen und eine der „unteren" an. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei der oberen, zwei der unteren und zwei der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also alle drei Generationenkonstellationen gleich häufig vertreten, unter den *drei* wichtigsten haben die oberen Generationen das Übergewicht.

► Von den drei wichtigsten Hilfepersonen sind zwei weiblich, eine männlich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen drei männlich und drei weiblich, es herrscht also bei den *drei* wichtigsten Helfern ein Übergewicht der Frauen, bei den *sechs* wichtigsten Helfern sind Frauen und Männer gleich vertreten.

► Doppelt so viele Frauen (31%) wie Männer (16%) beanspruchen diese Art von Unterstützung. Das hängt möglicherweise mit dem Besitz von Fahrzeugen zusammen, konnte aber in der vorliegenden Studie nicht überprüft werden. Die übrigen sozialstatistischen bzw. demografischen Variablen hängen nur in dem Maße mit dem Hilfebedarf zusammen, in dem sie auch mit Alter und Geschlecht verbunden sind, d. h., sie haben keine eigenständigen Effekte.

Unterstützung und Beratung bei Behördenwegen, bei Verhandlungen u.dgl.

► Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 18% der 18+jährigen Bevölkerung.

► Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Mutter 24%, Vater 22%, Söhne und Töchter je 21%, Freunde (männlich) 7%, Freundinnen 7%.

► Jüngere Menschen sind auf diese Hilfe öfter angewiesen als ältere: 28% der bis 30-jährigen, aber nur 19% der über 60-jährigen haben entsprechende Unterstützung benötigt, die mittleren Altersgruppen noch seltener.

► Von den vier wichtigsten Hilfepersonen (wegen der ex-aequo-Position der Söhne und Töchter müssen wir in diesem Falle von der Dreier-Reihung abgehen) gehören zwei den „oberen" Generationen und zwei den „unteren" an . Nimmt man die zwei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei der oberen, zwei der unteren und zwei der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also alle drei Generationenkonstellationen gleich häufig vertreten, unter den *vier* wichtigsten herrscht zwar ebenfalls generationeller Ausgleich, doch darf nicht übersehen werden, dass die beiden „Spitzenpositionen" von den oberen Generationen (Eltern) eingenommen werden.

► Von den vier wichtigsten Hilfepersonen sind zwei männlich, zwei weiblich. Nimmt man die zwei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen drei männlich und drei weiblich. Es liegt also einer der seltenen Fälle vor, in denen die weibliche Hilfe nicht überwiegt.

► Wieder sind es die Frauen, die etwas häufiger entsprechenden Bedarf haben (22%) als die Männer (15%). Unterschiede nach der Schulbildung, die man hätte vermuten können, treffen nicht zu, denn es geben zwar die Personen mit nicht mehr als Volks- oder Hauptschulbildung am häufigsten an, entsprechende Hilfe in Anspruch genommen zu haben (25%), aber am zweithäufigsten sind es dann die Maturant/inn/en, die über Hilfebedarf berichten (22%), und die Akademiker/Innen liegen mit 16% noch vor den Berufsschulabsolvent/inn/en (14%). Die regionalen und topografischen Variablen haben ebenso wie die Berufstätigkeit keine differenzierenden Effekte.

Beaufsichtigung von Kindern

► Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 19% der 18+jährigen Bevölkerung.

► Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Mutter 56%, Schwiegermütter 37%, Vater 22%, Schwestern 20%, Freundin 18%, Schwiegervater 15%.Hier wird die große Bedeutung der Großeltern-, insbesondere der Großmutterrolle deutlich: Zwei Drittel der vom Hilfebedarf betroffenen bis 45-jährigen nannten die Mutter, gut 40% die Schwiegermutter als Helferin bei der Beaufsichtigung der Kinder; und immerhin spielen hier auch die Großväter (als Vater oder als Schwiegervater der Hilfeempfänger) eine deutlich sichtbare Rolle.

► Der Bedarf an Hilfe bei der Beaufsichtigung der Kinder ist natürlich ausgeprägt familienzyklus- und daher altersspezifisch. Bei weitem am häufigsten benötigen diese Hilfe erwartungsgemäß die 31-45-jährigen (40%), und ebenfalls noch in relevantem Ausmaß die bis 30-jährigen (20%). Die 46-60-jährigen (7%) und erst recht die 61+jährigen (2%) haben diesen Bedarf schon biografisch „hinter sich".

► Von den drei wichtigsten Hilfepersonen gehören alle drei den „oberen" Generationen an. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen vier der oberen und zwei der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern finden sich also naturgemäß keine unteren Generationen und die oberen dominieren mit vier zu zwei; die *drei* wichtigsten gehören ausschließlich der Elterngeneration an.

► Von den drei wichtigsten Hilfepersonen sind zwei weiblich, eine ist männlich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei männlich und vier weiblich, es herrscht also sowohl bei den *drei* wichtigsten wie auch bei den *sechs* wichtigsten Helfern ein Übergewicht der Frauen.

► Männer geben Bedarf an dieser Hilfe gar nicht so viel seltener als Frauen an (16% gegenüber 22%), wie man vielleicht aufgrund der traditionellen Familien- und Geschlechterrollen erwarten mag. Das könnte damit zusammenhängen, dass die Entlastung von der Kinderbeaufsichtigung oftmals erst eine Berufstätigkeit der (Ehe-)Frau ermöglicht,

was dann weniger als Unterstützung der Frau als vielmehr der Familie empfunden wird.

3.4.1.3 Pflegerische Hilfen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Der Bedarf an Hilfe im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit und Krankheit in den letzten zwei Jahren wurde für drei Situationen erhoben. Während Hilfe für den Fall, dass man ein paar Tage krank ist und jemanden braucht, der sich um einen kümmert und vorübergehend pflegt, sehr häufig als Bedarfssituation auftritt, stellen die – allerdings besonders schwer wiegenden – Notlagen, dass man auf einen Menschen angewiesen ist, der einen auch bei langer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit dauerhaft betreut, und dass man jemanden braucht, der einem bei der Betreuung von Kranken, Behinderten oder sonstwie Pflegebedürftigen hilft, die in der Bevölkerung am seltensten auftretenden Hilfebedarfe dar (zu diesem Thema auch: Kap. 9.3).

Vorübergehende Betreuung bei kurzer Krankheit (sich um den Befragten / die Befragte kümmern, wenn er / sie ein paar Tage krank ist, vorübergehende Pflege)

- Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 39% der 18+jährigen Bevölkerung.
- Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Mutter 32%, Töchter 21%, Söhne 14%, Schwestern 10%, Vater 9%, Freundinnen 5%. Wichtigste Hilfeperson ist bei den Jüngeren die Mutter (71% der bis 30-jährigen und 41% der 31-45-jährigen, die diese Hilfe gebraucht haben, nennen sie), bei den Älteren sind es die Töchter (33% der 45-60-jährigen und 46% der über 60-jährigen geben die Tochter an).
- Die jüngeren Menschen sind auf diese Hilfe am häufigsten angewiesen: 47% der bis 30-jährigen, es folgen mit einigem Abstand die über 60-jährigen (41%), die mittleren Altersgruppen hatten am seltensten Bedarf (35% der 31-60-jährigen).
- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen gehört eine den „oberen" Generation und zwei der „unteren" an . Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei der oberen, zwei der unteren und zwei der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also alle drei Generationenkonstellationen gleich häufig vertreten, unter den *drei* wichtigsten überwiegen die unteren Generationen (wobei allerdings die wichtigste mit der Mutter eine obere Generation ist, die allein ebenso viele Nennungen aufweist wie die beiden nachfolgenden, unteren Generationen zusammen).
- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen sind zwei weiblich, eine ist männlich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei männlich und vier weiblich.
- Die Frauen hatten etwas häufiger entsprechenden Bedarf gehabt (42%) als die Männer (36%).

Dauerhafte Pflege bei langer Krankheit und Pflegebedürftigkeit

- Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 7% der 18+jährigen Bevölkerung.
- Hier muss allerdings bedacht werden, dass es sich um eine Problemsituation handelt, die im Rahmen einer Umfrage auch zu einem vermehrten Ausfall der Zielpersonen in der Stichprobe führt, so dass die wahre Häufigkeit in der Bevölkerung höher liegen wird. Die Fallzahl derer, bei denen Bedarf an Hilfe aufgetreten war (69), erlaubt keine zuverlässigen detaillierten Aussagen, es sei aber vermerkt, dass die Struktur der Helfer wie auch die Bedarfstypik mit derjenigen der kurzfristigen Pflege nahezu identisch ist.

Angewiesensein auf Hilfe durch Dritte, wenn man selbst jemanden pflegt

- Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 6% der 18+jährigen Bevölkerung.

www.parlament.gv.at

► Die Einschränkung der kleinen Fallzahl gilt noch mehr für diese dritte Form von pflege- und krankheitsbezogenem Hilfebedarf. Nur die Jüngsten waren davon unterdurchschnittlich betroffen (3%), ansonsten sind keine altersspezifischen Muster festzustellen. Altersabhängigkeit herrscht dagegen bei der Helferstruktur, und zwar die gleiche wie in den beiden anderen Pflegesituationen: Die Mutter ist die hauptsächliche Hilfequelle in jüngeren Jahren, im fortgeschrittenen Alter sind es zunehmend die Kinder, insbesondere die Töchter.

3.4.1.4 Exkurs: Pflege aus der Perspektive der (potentiell) Pflegenden

Zweifellos wird die Pflegeproblematik in den nächsten Jahrzehnten zunehmen. Nicht nur, weil es immer mehr immer ältere Menschen geben wird, wodurch in zweifacher Hinsicht der Pflegebedarf steigen wird: Einmal einfach wegen der bloßen Zunahme der Zahl jener, die als alte Menschen ein erhöhtes Pflegebedarfsrisiko aufweisen, zum anderen wegen der mit dem zunehmenden Anteil Hochbetagter an den alten Menschen wachsenden Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, sondern auch wegen des zu erwartenden Ausfalls der Kindergeneration als Pflegepotential. Denn einerseits wird es durch die sinkende Fruchtbarkeit immer weniger Kinder geben, die diese Aufgabe – wie bisher – übernehmen könnten (insbesondere bleibt ein wachsender Teil der Bevölkerung überhaupt kinderlos[5]), andererseits ist mit einiger Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen, dass durch zunehmende Frauenerwerbstätigkeit den Familien „Pflegepotential" verlorengehen wird.

In Heimen befinden sich bei Querschnittsuntersuchungen (Untersuchungen zu einem bestimmten Zeitpunkt) jeweils etwa 3-5% der über 60-jährigen, der Anteil wächst mit dem Alter progressiv an. Das heißt, dass derzeit der bei weitem überwiegende Teil pflegebedürftiger alter Menschen zu Hause von der Familie betreut wird. Schätzungen für Deutschland gehen von ca. 80% in häuslicher Pflege aus (Rosenkranz / Schneider 1997: 140), ähnliche Zahlen werden für die USA berichtet (Bengtson et al. 1996: 255).

In der Generationenstudie '98 gaben beispielsweise nur 1% aller 18+jährigen, die noch eine lebende Mutter hatten, welche nicht mit ihnen im gemeinsamen Haushalt wohnte, an, ihre Mutter lebe in einem Heim; von den 46-60-jährigen waren es 2%. Für die Väter ergaben sich die gleichen Anteile. Andererseits sagen 7% der Bevölkerung, ihre Mutter brauche derzeit ständige Betreuung und Pflege, bei weiteren 4% ist das für den Vater der Fall. Vor allem ab der Altersgruppe der 46-60-jährigen sind ziemlich häufig pflegebedürftige Eltern-(teile) zu registrieren: ein Viertel davon hat eine pflegebedürftige Mutter, ein Fünftel einen ebensolchen Vater.

Obwohl die Fallzahl derer, die eine pflegebedürftige Mutter haben, in der Stichprobe zu gering für sinnvolle Hochrechnungen auf die Gesamtbevölkerung ist (n=44), können doch einige Ergebnisse einen Eindruck von der Pflegeproblematik andeuten: Beinahe die Hälfte der Befragten schätzt den Zeitaufwand für die Pflege der Mutter auf mindestens 40 Stunden pro Woche, nur 15% gehen von weniger als 10 Stunden pro Woche aus. Allerdings pflegt nur ein Viertel der Betroffenen selbst die Mutter, weitere 15% helfen jemandem anderen dabei.

Wer pflegt, ist außerordentlich intensiv und in der Regel auch langfristig damit gebunden. Betrachtet man alle Personen, die jemanden (nicht nur Vater oder Mutter) pflegen – das sind rund 7% der erwachsenen Bevölkerung – so wohnt die Hälfte der Pflegenden mit dem oder der Pflegebedürftigen im selben Haushalt, mehr als ein weiteres Viertel in einer Entfernung von maximal 15 Minuten. Zwei

5 Nach einer Untersuchung in Deutschland blieben nur 9% der Frauen des Geburtsjahrganges 1935 kinderlos, für den Geburtsjahrgang 1958 rechnet man bereits mit 23% und für die nahe Zukunft schon mit 30% (Birg / Flöthmann 1994, zit. nach Kaufmann 1997: 23).

Drittel der Pflegenden tragen diese Belastung schon länger als drei Jahre, weitere 20% seit mindestens einem Jahr.

Einstellungen zur Pflege und Belastungen durch die Pflege

Welches sind die hauptsächlichen Belastungen, die mit der Übernahme von Pflege verbunden sind? Es kommt sicherlich darauf an, wen man pflegt, die geringe Fallzahl erlaubt jedoch keine so tief gehende Differenzierung. Immerhin zeigen die einfachen Auszählungen, dass die stärksten Belastungen in der realen Pflegesituation offenbar im psychischen Bereich auftreten: Am häufigsten überhaupt (mehr als die Hälfte) klagt man darüber, durch die nervliche Anspannung „sehr" oder „eher" betroffen zu sein. Es folgen das starke Mitleiden mit dem / der Gepflegten (44%) und die massive Einschränkung der Freizeit (ebenfalls 44%). Schon an vierter Stelle rangieren die Konflikte mit der / dem Betreuten, die sich ständig aus der Pflegesituation ergeben (37%). Auch noch relativ häufig wird allgemein die Belastung des Familienlebens der Pflegenden angeführt.

Für die Bereitschaft, gegebenenfalls die Pflege der Mutter oder des Vaters zu übernehmen, spielen unter anderem die Erwartungen bezüglich der Belastungen, die man damit auf sich nähme, eine wichtige Rolle. Auch unter der Perspektive der Sicherung künftigen Pflegebedarfs erschien es interessant, jene Personen, die davon einmal betroffen sein könnten, auf ihre Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben hin anzusprechen. Freilich wird man aus der bekundeten Bereitschaft keine Schlüsse auf die Größenordnung der faktischen Pflegeübernahme im zukünftigen Bedarfsfall ziehen dürfen, denn die hohe soziale Erwünschtheit entsprechender Antworten in Kombination mit einer bloß hypothetischen Situation, also ohne reale Anmutung, führt sicherlich zu einer Überschätzung des Pflegepotentials. Andererseits ist doch anzunehmen, dass die Gegenargumente, gerade weil sie *trotz* der sozialen Erwünschtheit als Hindernisse für die eigene Pflegebereitschaft geäußert werden, ernst genommen werden können.

Es wurde sowohl in Bezug auf die Mutter als auch auf den Vater zunächst gefragt, ob man für sie / ihn die hauptsächliche Betreuung übernehmen würde, *wenn* er / sie durch einen Unglücksfall oder im hohen Alter längerfristig pflegebedürftig würde. Dabei zeigt sich, dass für Mütter etwas bessere Chancen als für Väter bestehen, von einem Kind gepflegt zu werden: 44% derer, die noch eine lebende Mutter haben, würden „auf jeden Fall" diese Pflege auf sich nehmen, 11% keinesfalls, 40% sind sehr skeptisch („wäre sehr schwierig"). Beim Vater sind sich nur 37% derer, die noch einen lebenden Vater haben, sicher, ihn zur Pflege zu übernehmen, 19% würden das keinesfalls tun. Je älter man ist (von den Ältesten abgesehen, die ja nur noch sehr selten Eltern haben) – das heißt aber auch: je realistischer diese Situation der Pflegeübernahme wird – desto eher würde man keinesfalls die Pflege übernehmen: Von nur 7% bei den bis 30-jährigen steigt der Prozentsatz der kategorisch Ablehnenden auf 21% bei den 46-60-jährigen, wenn es um die Mutter geht, und im Hinblick auf den Vater lehnen bereits 17% der Jüngsten und 30% der 45-60-jährigen ab. Sehr deutlich wird die Bereitschaft zur Pflegeübernahme davon beeinflusst, ob man im ländlich-dörflichen, im mittelstädtischen oder im großstädtischen Milieu lebt, derart, dass die geäußerte unbedingte Bereitschaft mit dem Urbanisierungsgrad abnimmt: Wären Bewohner von Dörfern zu 51% bereit, die Mutter in Pflege zu nehmen, und in den Klein- und Mittelstädten auch noch 49%, so fällt dieser Anteil in Großstädten auf 30% ab. In bezug auf Väter herrscht das gleiche Muster vor. Diesen unterschiedlichen Bereitschaften, die Pflege selbst zu übernehmen, entspricht auch die generelle Einstellung gegenüber verschiedenen Lösungen des Pflegeproblems.

Tabelle 3.5:
Beste Lösung des Problems der Pflege alter Menschen, nach Wohnort-Typ (Spaltenprozente) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000)

Beste Lösung	Typus des Wohnorts			
	Dorf	Klein/ Mittel -stadt	Großstadt	Gesamt
Erwachsene Kinder sollen Pflege übernehmen	61	54	30	50
Es sollen die Sozialdienste ausgebaut werden	28	28	42	32
Bau moderner Heime und Pflegeeinrichtungen	11	18	28	18
Gesamt	**100**	**100**	**100**	**100**
	(460)	(218)	(322)	(1.000)

Wie Tabelle 3.5 zeigt, wird im ländlich-dörflichen Milieu mit großem Vorsprung die Lösung bevorzugt, dass die erwachsenen Kinder die Pflege übernehmen (61%), und in abgeschwächter, sonst aber ähnlicher Form sehen das auch die Bewohner der Klein- und Mittelstädte so. Ganz anders dagegen die Großstädter: Ihre Präferenz gilt dem Ausbau der Sozialdienste (42% gegenüber 28% bei den Dorf-, Klein- und Mittelstadtbewohnern), die Kinder als bevorzugte Pflegeinstanz sind nur halb so oft erste Wahl wie in den Dörfern und Klein- / Mittelstädten, und auch die modernen Heime und Pflegeeinrichtungen werden häufiger als beste Lösung gesehen. Regional gesehen kann man von einem West-Ost-Gefälle sprechen: Die Kinder sollen die Pflege übernehmen – diese Option wählen 61% der Vorarlberger und Tiroler, 56% der Salzburger und Oberösterreicher, 55% der Steirer und Kärntner, 51% der Niederösterreicher und Burgenländer und 27% der Wiener; umgekehrt sind 47% der Wiener für den Ausbau der Sozialdienste, 33% der Niederösterreicher und Burgenländer, 30% der Steirer und Kärntner und 24% der Oberösterreicher, Salzburger, Tiroler und Vorarlberger. Neben dem unterschiedlichen Ausbau der verschiedenen Einrichtungen und den unterschiedlichen Wohn- und Haushaltsformen ist für diese Muster sicherlich auch wieder die regionalspezifisch soziokulturelle Formung der Familienideologie und der Geschlechterrollen verantwortlich.

Welche Hindernisse für die Übernahme der Pflege der Mutter oder des Vaters werden angegeben? Es wurden 16 mögliche Gründe für die Ablehnung der Pflegeübernahme angeboten, jeden dieser Gründe konnte man gestuft als für sich persönlich zutreffend oder unzutreffend einstufen. Tabelle 3.6 gibt zweierlei zu erkennen: Hauptgrund für die Nichtübernahme der Pflege ist – weit vor allen anderen Motiven – die Berufstätigkeit. Dieses Hindernis wird von den Frauen sogar noch öfter als von den Männern angeführt. Zwar nimmt die Häufigkeit dieses Arguments mit dem Alter ab, aber auch bei den 45-60-jährigen spielt es mit einem Anteil von 35 bis 40% noch eine große Rolle. Die Erwartung, dass bei künftig vermehrter Berufstätigkeit der Frauen mit einer zusätzlichen Einschränkung der Familie als Betreuungsinstanz alter Eltern zu rechnen ist, wird dadurch bestärkt.

Die zweite Auffälligkeit in Tabelle 3.6 ist die merklich größere Distanz zum Vater: Bei sonst sehr ähnlichen Frequenzen wird bei drei Statements für ihn jeweils ein signifikant höherer Anteil als für die Mutter genannt, nämlich bei den Statements „würde nicht wollen, dass ich sie / ihn pflege", „ein so enger Kontakt gäbe nur Streitereien und Konflikte mit ihr / ihm" und „dafür steht er / sie mir nicht

Tabelle 3.6:
Gründe gegen Pflegeübernahme der Mutter / des Vaters (Prozent)
(18+jährige, Österreich 1998, n=1.000)

Würde die Pflege nicht übernehmen, denn ...	Mutter Basis: würde Mutter nicht pflegen	Vater Basis: würde Vater nicht pflegen
ich müsste mich beruflich zu sehr einschränken	63	60
ich müsste meinen Beruf aufgeben	56	49
die Wohnung ist zu weit weg	29	30
mein/e M / V würde nicht wollen, dass ich sie / ihn pflege	28	36
diese Belastung würde ich nervlich nicht aushalten	26	27
wir müssten zusammenziehen, dafür ist die Wohnung zu klein	25	26
damit würde ich mein eigenes Familienleben gefährden	20	18
ein so enger Kontakt gäbe nur Streitereien und Konflikte mit M / V	20	27
ich würde zu sehr mitleiden	20	15
das würde mich körperlich überfordern	18	15
das würde mich finanziell überfordern	17	12
mein Partner wäre dagegen	12	15
dafür steht mir M / V nicht nahe genug	7	18
ich bin selbst gesundheitlich zu sehr angegriffen	6	5
meine Kinder wären dagegen	3	5
ich pflege bereits jemanden	0	1
Gesamt	**(314)**	**(276)**

nahe genug". Zu ihrem Glück sind alte Männer großteils verheiratet, sodass sie bei Pflegebedürftigkeit in viel geringerem Maße auf die Pflegebereitschaft ihrer Kinder angewiesen sind als die alten Frauen, die überwiegend verwitwet sind.

3.4.1.5 Finanzielle Unterstützung und Hilfe

Sieht man von der Beaufsichtigung der Kinder, die naturgemäß eine Hilfe seitens der Herkunftsgeneration ist, ab, dann dominieren in keinem Bereich die Elterngenerationen als Helfer so stark wie bei den Bedarfen an finanzieller Unterstützung. Es handelt sich ganz klar um Bedarfslagen, die in jüngeren Jahren auftreten.

Finanzielle / materielle Notfälle (Geld, Geschenke als Notfallshilfe, langfristige Leihgaben, Bürgschaften und dergleichen)

- Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 12% der 18+jährigen Bevölkerung.
- Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Mutter 57%, Vater 43%, Freund (männlich) 14%, Schwestern 9%, Freundin 9%, Großmutter 9%. Mutter und Vater spielen mit weitem Abstand die wichtigste Rolle.
- Der Bedarf ist extrem altersabhängig und konzentriert sich auf die jüngeren Jahre. Ein Viertel aller bis 30-jährigen, 14% der 31-45-jährigen, nur noch 4% der 46-60-jährigen und 2% der über 60-jährigen waren in den vorangegangenen zwei Jahren mit einer

www.parlament.gv.at

finanziellen oder materiellen Notlage konfrontiert, sodass sie dabei Unterstützung brauchten.

- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen gehören zwei der „oberen" Generation und eine der „unteren" an. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen drei der oberen und drei der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also die oberen Generationenkonstellationen und die Angehörigen der eigenen Generation gleich oft vertreten, die unteren Generationen kommen nicht vor; unter den *drei* wichtigsten haben die oberen Generationen das Übergewicht (wobei Mutter und Vater insgesamt derart dominieren, dass alle anderen im Vergleich mit ihnen relativ bedeutungslos sind).
- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen sind zwei männlich, eine ist weiblich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei männlich und vier weiblich.
- Männer und Frauen geraten mit gleicher Wahrscheinlichkeit in diese Bedarfssituation. Es sind vor allem die höher gebildeten (18% der Maturanten gegenüber 7% der Volks- / Hauptschüler) Ledigen in Großstädten, die diese Hilfe benötigen, vor allem Studierende (40% der Studierenden geben an, diesen Bedarf gehabt zu haben; die Fallzahl ist mit 50 allerdings schon zu klein, um auf einen entsprechenden Prozentsatz bei allen Studierenden schließen zu können).

Finanzielle bzw. materielle Unterstützung unabhängig von Notfällen

- Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 14% der 18+jährigen Bevölkerung.
- Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Mutter 60%, Vater 53%, Großmutter 12%,Schwiegermutter 9%, Schwiegervater 8%, Schwestern 7%. Die alle anderen überragenden Helferrollen von Mutter und Vater fallen noch dominanter aus als bei der Hilfe in finanziellen Notlagen.
- Die Altersgebundenheit ist noch ausgeprägter als bei den finanziellen Notfällen: 36% der bis 30-jährigen nahmen diese finanziellen Hilfen in Anspruch, aber nur noch 12% der 31-45-jährigen und 4% der über 45-jährigen.
- Alle drei wichtigsten Hilfepersonen gehören den „oberen" Generationen an. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen fünf der oberen und eine der eigenen Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also nur die oberen Generationenkonstellationen und eine Angehörige der eigenen Generation vertreten, die unteren Generationen kommen nicht vor; unter den *drei* wichtigsten befinden sich ausschließlich Angehörige der oberen Generationen (wobei sogar noch mehr als bei den finanziellen Notlagen gilt, dass Mutter und Vater insgesamt derart dominieren, dass alle anderen im Vergleich mit ihnen relativ bedeutungslos sind).
- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen sind zwei weiblich, eine ist männlich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei männlich und vier weiblich.
- Männer und Frauen geraten mit gleicher Wahrscheinlichkeit in diese Bedarfssituation. Auch sonst verhalten sich die Strukturmerkmale ähnlich wie im Falle der finanziellen Notlage, bei den Studierenden wird diese Form der Unterstützung sogar an fast zwei Drittel gewährt. Die Gruppe derjenigen, die in finanzieller Notlage Hilfe brauchten, und die Gruppe derer, die unabhängig von Notfällen finanziellen Bedarf gehabt hatten, überlagern einander zum Teil: 40% derer, die in mindestens einer der beiden Formen Hilfe gebraucht hatten, waren zugleich auch in der anderen Form darauf angewiesen.

Exkurs: Ergebnisse der qualitativen Untersuchung über „Generationenbeziehungen"

Neben der mit standardisiertem Fragebogen durchgeführten Erhebung der Generationenbeziehungen wurden anhand von 200 „qualitativen" Interviews einige Fragestellungen durch detaillierte Gespräche mit „Generationsdyaden" (100 Paare) vertiefend untersucht (Rosenmayr et al., 1999). In die Auswahl der Dyade gelangten als „mittlere Generation" Personen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren und als „ältere Generation" zugehörige Väter oder Mütter im Alter ab 60 Jahren. Der Vorteil einer derartigen Untersuchungsanlage besteht insbesondere darin, dass Themen und Motive zur Sprache kommen, die in einer standardisierten Untersuchung durch den schematisierenden Fragenraster fallen. Als Nachteil muss vor allem die mangelnde „Hochrechenbarkeit" der Untersuchungsergebnisse genannt werden, die sich (a) aus der geringen Stichprobengröße und (b) aus dem Auswahlmodus (keine reine Zufallsauswahl, keine statistische „Unabhängigkeit" der 200 Interviews) ergibt.

Die im Folgenden präsentierten Zahlen aus dem „qualitativen Bericht" von Rosenmayr et al. (1999) dürfen daher aus methodischen Gründen nicht als Angaben interpretiert werden, die in ähnlicher Größenordnung auch in den entsprechenden Altersgruppen der österreichischen Gesamtbevölkerung anzutreffen wären. Sie lassen allerdings Tendenzen erkennen, die mit den Daten der quantitativ-standardisierten Erhebung gut zusammenpassen.

Auch in der Beziehung zwischen Personen mittleren Alters und ihrer Elterngeneration *überwiegt deutlich der finanzielle Transfer von den Älteren zu ihren Kindergenerationen*: Finanzielle Leistungen an ihre Kinder- und Enkelgenerationen (allerdings einschließlich Geschenken) – d. h. Transfers in Form von Geld oder Geldeswert – berichteten 85% der Älteren, umgekehrt flossen finanzielle Transfers nur von 64% der mittleren Generation zu den Älteren. Das Bild der Asymmetrie wird noch erheblich deutlicher, wenn man nur solche Transfers berücksichtigt, die in Summe jährlich den Betrag von ATS 5.000,– übersteigen. Eine derartige Bedingung erscheint auch deshalb als sinnvoll, weil in der Leitfadenfrage finanzielle Unterstützungen und Geschenke, z. B. zu Geburtstagen, zum Muttertag oder zu Weihnachten, zusammengefasst waren. Berücksichtigt man nur finanzielle Transfers von zusammen mehr als ATS 5.000,– jährlich, so gaben 54% der älteren Generation an, ihre Kinder und Kindeskinder unterstützt bzw. beschenkt zu haben, während nur 19% der Generation mittleren Alters ihren Eltern entsprechende Leistungen hatten zukommen lassen (Rosenmayr et al., 1999: 112-114). Schwer einzuschätzen ist bei diesen Zahlen allerdings die verzerrende Wirkung der Antwortverweigerungen, die bei der mittleren Generation 13%, bei der älteren Generation 12% betrug.

Die größeren Geschenke, die die ältere Generation an ihre Kinder und Enkel gibt, haben offenbar weitgehend den Charakter von materieller *Unterstützung*. Ein Drittel dieser größeren Geschenke waren Bargeld, an zweiter Stelle folgte die Übernahme von Wohnungskosten bzw. der Kosten für einen Hausbau, den Kauf eines Gartens u. dgl. Ein erhebliches Ausmaß an finanzieller Unterstützung stellen auch die Geldgaben an die Enkelkinder dar, die auch unter dem Gesichtspunkt der indirekten „Subventionierung" der Kindergeneration gesehen werden können. Immerhin gaben vier Fünftel der befragten Großeltern ihren Enkeln Geld, und bei knapp 40% überstieg diese Gabe jährlich ATS 5.000,–.

Darüber hinaus wird man auch noch Sparformen, bei denen zwar nicht direkt an die Kinder oder Enkelkinder gegeben wird, aber *zu deren Zukunftssicherung* Einzahlungen erfolgen, dem Komplex der finanziellen Transfers von der Generation der Älteren zu der ihrer Kinder und Enkelkinder zurechnen müssen. Ein Fünftel der über 60-jährigen der qualitativen Studie gab an, für

www.parlament.gv.at

ihre nachkommende Generation Einlagen in ein Sparbuch zu machen, 12% zahlten für einen Bausparvertrag ein, dessen Begünstigter ein Kind oder Enkelkind war, und 8% hatten für ihre Kinder oder Enkel eine Lebensversicherung abgschlossen, 14% nannten weitere Sparformen.

Als eine besondere Form des materiellen Transfers ist die *Erbschaft* zu sehen. Ein beachtlicher Teil der größeren Geschenke stellt offenbar vorgezogene Erbschaften dar, wohl nicht zuletzt aus steuerlichen Gründen. Fast ein Drittel der älteren Generation gab in der qualitativen Studie an, Teile der Erbschaft bereits geschenkt zu haben. Nur ein Fünftel der über 60-jährigen berichtete, ihren Kindern kein Erbe hinterlassen zu werden bzw. ihnen noch nicht im Vorgriff auf die Erbschaft etwas geschenkt zu haben. In der Studie deutet sich auch an, dass mit der zu erwartenden Erbschaft moralische Verpflichtungen zur allfälligen Hilfeleistung an die alten Eltern verknüpft werden dürften (Rosenmayr et al., 1999: 120). Andererseits war in etwa der Hälfte der Familien noch nie über das Erbe gesprochen worden.

Hinsichtlich des Erbens kommt auch in der *quantitativ-standardisierten Erhebung* eine gewisse Ambivalenz zum Ausdruck. Einerseits meinten rund 80%, mit dem, was sie verdienten bzw. an Besitz hätten, sollten sich die Eltern selber ein angenehmes Leben machen, statt möglichst viel davon ihren Kindern zu geben, andererseits waren doch 41% der Meinung, dass das Erben eine gewisse oder gar wichtige Rolle im Verhältnis zwischen den Eltern und Kindern spiele. Diese Haltung wird umso eher eingenommen, je älter man ist: Sie wird von 31% der bis 30-jährigen eingenommen und steigt kontinuierlich mit dem Alter auf 54% bei den über 60-jährigen an. Dabei wird ziemlich deutlich eine Verknüpfung mit der Vorleistung allfälliger Pflege und Hilfe für die alten Eltern vorgenommen, und zwar, wenn auch etwas seltener, auch von den Jungen. 46% der bis 30-jährigen fanden, es sei eine brauchbare Idee, wenn ältere Menschen ihren Kindern zu verstehen geben, dass die Aufteilung des Erbes danach ausfallen werde, wer ihnen im Alter am meisten geholfen habe; die über 60-jährigen sprachen sich zu 59% für eine derartige Haltung aus. Damit hat die Erbschaft wesentlich stärker als die anderen Transfers eine vertragliche, auf Austausch orientierte Komponente.

3.4.2 Ideelle und kommunikative Hilfe: Aussprache, Zuwendung und Verständnis füreinander

Von allen Situationen, in denen in den vergangenen zwei Jahren Hilfebedarf aufgetreten war, ist die mit dem Bedarf an einem ausführlichen Gespräch bzw. nach einer Aussprache bei persönlichem Kummer die häufigste. Daraus auf einen kommunikativen Notstand in der Bevölkerung oder auf ein Defizit an Zuwendung zu schließen, wäre jedoch falsch. Es ist mehr als beachtlich, dass kein/e einzige/r Befragte/r angab, mit seinem / ihrem Aussprachebedürfnis allein geblieben zu sein! 98% waren mit der erhaltenen Hilfe auch zufrieden und meinten, sie wäre ausreichend gewesen.

- Bedarf an Hilfe in den letzten zwei Jahren: 51% der 18+jährigen Bevölkerung.
- Die sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen: Mutter 38%, Freundin 29%, Schwestern 19%, Töchter 18%, Freund 18%, Vater 16%. Die am häufigsten genannte Person, die diesen Aussprachebedarf deckt, ist die Mutter, insbesondere für die Jugendlichen und Jungerwachsenen, die sie zu nicht weniger als 73% nennen. Das kann man als ein durchaus überraschendes Ergebnis werten, lässt die Theorie doch eine Dominanz der Peers (Gleichaltirgen), insbesondere der Freunde und Freundinnen i. e. S. erwarten. Diese spielen in jungen Jahren natürlich ebenfalls eine wichtige Rolle, liegen aber mit 32% (Freunde) und 44% (Freundinnen) weit hinter der Mutter. Wesentliche Partner für die Aussprache sind auch der Vater (16% insgesamt und 36% bei den bis 30-jährigen), die Brüder und Schwestern, welche allerdings, wie die Eltern (letztere aus naheliegenden biologischen Gründen), mit zunehmendem Alter an Bedeutung verlieren

(die Schwestern fallen von 33% bei den Jüngsten auf 8% bei den Altersgruppen ab 46 Jahren, die Brüder von 21% auf 4% ab). Umgekehrt wächst mit dem Alter die Relevanz der Kinder stark an: Die Tochter wird von 6% der 31-45-jährigen, 35% der 46-60-jährigen und 55% der über 60-jährigen genannt, der Sohn in den entsprechenden Altersgruppen von 4%, 29% und 45%. Damit werden die Kinder ab dem mittleren Alter zu den wichtigsten Bezugspersonen für Gespräche über persönliche Probleme und bei Kummer. Die Bedeutung der Freunde und Freundinnen i. e. S. geht mit wachsendem Alter der Befragten massiv zurück. Schon bei den 31-45-jährigen sinken die Nennungshäufigkeiten auf 20% (Freunde) und 30% (Freundinnen), bei den 46-60-jährigen auf 8% (Freunde) bzw. 18% (Freundinnen) und schließlich bei den über 60-jährigen auf 1% (Freunde) bzw. 10% (Freundinnen). Das hat natürlich mit dem zunehmendem Verlust von Freunden / Freundinnen durch Tod und Wegziehen zu tun, zeigt aber auch, dass man offenbar hauptsächlich in jungen Jahren Freundschaften schließt, an denen man dann festhält und die man bei Wegfall kaum durch neue Freunde ersetzt..

- Wiewohl der Hilfebedarf in allen Altersgruppen hoch ist, so ist er doch am ausgeprägtesten unter den Jüngsten (bis 30-jährige: 66%) und fällt kontinuierlich zu den Ältesten hin ab (auf 40%).
- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen gehört eine der „oberen" Generation an, zwei der eigenen Generation. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann gehören von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei der oberen, drei der eigenen und eine der unteren Generation an. Unter den *sechs* wichtigsten Helfern sind also alle drei Generation vertreten, unter den *drei* wichtigsten einmal die obere Generation und zweimal die eigene Generation. Dies ist der einzige Fall, wo die eigene Generation unter den wichtigsten Helfern dominiert.
- Von den drei wichtigsten Hilfepersonen sind alle drei weiblich. Nimmt man die drei nächstwichtigen Helfer hinzu, dann sind von diesen sechs am häufigsten genannten Hilfepersonen zwei männlich und vier weiblich.
- Frauen (58%) kommen deutlich häufiger als Männer (43%) in die Lage, sich mit jemandem aussprechen zu müssen – oder gestehen sie eher ein. Wieder ist ein Gefälle zwischen Großstadt und ländlicher Umwelt zu beobachten, das sich als ein erhöhter Aussprachebedarf im urbanen Bereich bemerkbar macht. Dieser Zusammenhang wird allerdings teils abgeschwächt, teils kehrt er sich sogar um, wenn man die Schulbildung mit berücksichtigt, denn der Aussprachebedarf wächst mit dem Schulbildungsgrad deutlich an. Regional ist vor allem der niedrige Prozentsatz an Aussprachebedürftigen in Vorarlberg und Tirol (37%) auffällig, Wien liegt mit 60% an der Spitze.

3.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse über das intergenerationelle Helfen in der Familie

Zusammenfassend kann man demnach festhalten, dass der vielfältige Hilfebedarf, der bei der überwiegenden Mehrzahl der Bevölkerung gar nicht so selten auftritt, weitestgehend gedeckt wird, und zwar fast ausschließlich von informellen sozialen Netzwerken. Und innerhalb dieser ist es wiederum vor allem die engere Familie, die in ausreichendem Maße Hilfe und Unterstützung bietet – intergenerationelle Solidarität wird innerfamiliär auf einem sehr hohen Niveau praktiziert. Von diesem hohen Ausmaß an Solidaritätsleistungen profitieren häufiger die *jüngeren* Generationen. In den meisten der genannten Bereiche treten bei ihnen öfter Situationen auf, in denen sie Hilfe benötigen, als bei den älteren Generationen. Und diese Hilfe, egal ob in Form von finanzieller Unterstützung – bei dieser allerdings in besonders hohem Maße – oder in Form von Dienstleistungen, wird ihnen in der Regel ausreichend und in erster Linie von der Elterngeneration gegeben. Diese „Dominanz" der Elterngeneration kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass, zieht man nur die beiden wichtig-

sten (=am häufigsten genannten) Hilfepersonen heran, zwei Drittel davon aus den Generationen „oberhalb" der Befragten stammen, 31% aus den Nachfolgegenerationen und 4% aus der gleichen Generation wie der / die Befragte (Tabelle 3.7). Stellt man dieselbe Betrachtung für die *drei* „wichtigsten" Hilfepersonen, dann kommen 54% aus den oberen, 36% aus den nachfolgenden Generationen und 10% aus der Generation der Befragten. Die „oberen Generationen" nehmen weiter leicht ab (auf 42-44%), je mehr Hilfepersonen – in fallender Reihenfolge nach Häufigkeit der Nennung – man einbezieht; es sinkt aber ab den drei häufigstgenannten Hilfepersonen auch wieder die Bedeutung der Nachfolgegenerationen (sie fallen auf 25% zurück), und es steigt ständig die Häufigkeit von Personen aus der eigenen Generation der Befragten. Ein analoges Muster ist im Zusammenhang mit dem Geschlecht der Hilfepersonen festzustellen: Je wichtiger die Hilfepersonen sind, d. h. je häufiger sie genannt wurden, desto größer ist der weibliche Anteil unter ihnen – Helfen ist also nicht nur allgemein primär bei den Frauen beheimatet, sondern es ist darüber hinaus umso „weiblicher", je wichtiger die helfenden Personen sind.

Diese Untersuchungsergebnisse stehen völlig im Einklang mit ausländischen Studien. Für die USA wurde beispielsweise nachgewiesen, dass intergenerationelle Transfers aller Art, insbesondere zwischen Eltern und Kindern, weit verbreitet und äußerst vielfältig sind. Dabei weist die Bilanz aller Hilfeleistungen zusammengenommen einen Überschuss auf der Elternseite mindestens bis in deren Siebziger auf (Rossi / Rossi 1990: 404). Für jüngere Eltern hat Laszlo Vaskovics in Deutschland gezeigt, dass die meisten von ihnen (zwischen 50% und 87%, je nach immaterieller Leistung, z. B. haushaltsmäßige Unterstützung, handwerkliche Unterstützung, Betreuung der Enkel, Beratung etc.) für ihre bereits voll-jährig gewordenen Kinder zahlreiche Hilfeleistungen erbringen (Vaskovics 1997: 106). Insbesondere die finanziellen Transfers in der Familie und deren einseitige Richtung von den älteren zu den jüngeren Generationen sind mehrfach belegt. Nach Attias-Donfut fließen etwa in Frankreich von einem Drittel der 70-90-jährigen zwischen 7.000 und 42.000 Francs jährlich an zwei oder mehr jüngere Generationen. Hundert Milliarden Francs wechseln pro Jahr in Frankreich von den Großeltern zu den Kindern und Enkeln über (Attias-Donfut 1995). Obwohl in Deutschland die Älteren das niedrigste Äquivalenzeinkommen der drei Generationen besitzen, „geben sie viel häufiger als sie empfangen" (Kohli 1995: 10). 40% der über 70-jährigen Eltern oder Großeltern in Berlin lassen ihren Nachkommenschaftsgenerationen Geld zukommen – immerhin rund 7.000 Mark an die Kinder, 4.500 Mark an die Enkelkinder (Wagner et

Tabelle 3.7:
Generationenzugehörigkeit und Geschlecht der wichtigsten Hilfepersonen (Zeilenprozente)
(18+jährige, Österreich 1998, n=1.000)

	Generationenzugehörigkeit der Hilfepersonen			Geschlecht d. Hilfeperson	
	ältere (obere) Generationen	jüngere (untere) Generationen	gleiche (eigene) Generation	weiblich	männlich
wichtigste zwei Helfer	65	31	4	73	23
wichtigste drei Helfer	54	36	10	67	33
wichtigste vier Helfer	46	33	21	69	31
wichtigste fünf Helfer	42	28	31	60	40
wichtigste sechs Helfer	44	24	32	59	41

al. 1996: 292 f.). In einer eben veröffentlichten Studie mit deutschen Daten wurde nachgewiesen, dass 30% der Eltern an ihre erwachsenen Kinder Transfers leisten. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die privaten monetären Transfers „in der Generationenfolge vornehmlich von den Älteren zu den Jüngeren [fließen]. [...] Gleichzeitig zeigt sich, dass private Transfers zuallererst Leistungen zwischen den direkten Linienverwandten sind. Andere Verwandte sowie nichtverwandte Personen haben eine wesentlich geringere Chance, Transfers zu erhalten. [...] Dies unterstreicht die immense Bedeutung der Generationenlinie in Hinblick auf private Solidarität" (Motel / Szydlik 1999: 18).

Diese Untersuchungsergebnisse entsprechen weitgehend jenen unserer Generationenstudie '98. Es scheint sich auch das Geben und Nehmen nicht so sehr auf den konkreten Austausch von Dienstleistungen oder Dingen zu richten, sondern eher die Qualität einer Serie von Gaben, Geschenken und Hilfeleistungen zu haben, durch die die Beziehung bestätigt und gefestigt wird. Es geht nicht um einen Wertausgleich wie im Tausch, sondern um die Beziehung selbst. Durch die Zuwendungen (in jedem Sinn) werden lang dauernde Gefühle gesichert, welche ihrerseits Reziprozitätshandlungen im Bedarfsfall motivieren, ohne dass dieser Effekt konkret („berechnend") geplant zu sein braucht. Wenn erwachsene Kinder ihre alten Eltern pflegen, dann – so zeigen Untersuchungen – tun sie dies weniger aufgrund der Wirksamkeit einer von den (früheren) Elternhandlungen unabhängigen familialen Solidaritätspflicht, sondern aufgrund von Gefühlen der Dankbarkeit oder der Verpflichtung, „wobei häufig tatsächlich auf konkrete Vorleistungen der Eltern Bezug genommen wird" (Hollstein / Bria 1998: 15). Damit ergibt sich für die primär gebende Generation der Eltern zwar kein äquivalenter Rückfluss des Gegebenen, aber tendenziell eine Sicherung für den Risikofall. So deuten sich in den Daten der Generationenstudie '98 durchaus „Rückzahlungseffekte" in Bedarfssituationen an, derart, dass man um so eher auf Hilfen durch die Kinder zählen kann, je mehr man selbst geholfen hat. Beispielsweise können jene, die „viel Zeit für Hilfen an ihre Kinder aufgewendet haben", mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit (32% bei einem Durchschnitt von 12%) damit rechnen, dass diese Kinder ihrerseits „viel Zeit" aufwenden werden, um gegebenenfalls ihnen zu helfen. Dagegen müssen jene, die für ihre Kinder nur wenig Zeit aufgewendet haben, damit r<echnen, dass auch diese nur wenig Zeit für Hilfen für sie aufwenden werden (72% gegenüber einem Durchschnitt von 56%). Der Zusammenhang ist relativ stark und statistisch hochsignifikant (Tabelle 3.8).

Tabelle 3.8:

Wer häufiger viel Zeit für die Hilfe an Kinder aufwendet, erhält auch häufiger zeitaufwendigere Hilfe von ihnen (Spaltenprozente) (18+jährige, Österreich 1998, n=466)

		Habe für Kind Zeit für Hilfe aufgewendet			Gesamt
		viel	mittel	wenig	
Kind hat für mich Zeit	viel	32	7	8	12
für Hilfe aufgewendet	mittel	30	56	20	32
	wenig	38	36	72	56
	Gesamt	**100**	**100**	**100**	**100**
		(86)	(135)	(245)	(466)
		$\gamma = 0{,}491$	$\chi^2 = 94{,}361$s	signif. = 0,000	

3.5 Kommunikation zwischen den Generationen

Dass ein hohes Maß an Aussprachebedarf besteht, der auch weitgehend gedeckt wird, wurde schon gezeigt. Bei den Gesprächen dieser Art geht es um persönliche Sorgen, um Kummer und um die Möglichkeit, sich einmal „auszuweinen", Trost und Ermutigung zu empfangen. Motiviert sind die Gespräche aus emotionalen Notlagen heraus.

Die alltägliche Kommunikation in der Familie, mit Verwandten und Freunden spielt sich in einem thematisch weiteren Horizont ab und weist die unterschiedlichsten Intensitäten auf, vom belanglosen Plausch bis zu hitzigen politischen Diskussionen. Als eine Dimension, in der intergenerationelle Meinungsverschiedenheiten besonders deutlich werden und zu Konflikten führen können, gilt die nunmehr schon soziologisch-klassisch gewordene Achse „Materialismus-Postmaterialismus". Dabei geht es um unterschiedliche Werthaltungen und Lebensstile der Generationen – zunächst im Sinne gesellschaftlicher Generationen, die sich aber auf die familialen Generationen übertragen.

Der Begriff der „postmaterialistischen" Werte stammt von Ronald Inglehart und meint das Aufkommen von Werten wie Spontaneität, Genuss, ästhetische Befriedigungen und insbesondere Selbstverwirklichung; erstmals formuliert wurde die Wertwandelstheorie von Ronald Inglehart in seinem Buch „The Silent Revolution" (1977). Seine seither vielfach kommentierte und kritisierte Theorie besagt, in kurzen Worten, dass, während vor einigen Jahrzehnten „materialistische" Werte dominiert hätten, wie: Sicherheit, Ordnung, Disziplin, Fleiß, Treue, Pflicht und dergleichen, sich nunmehr (in den westlichen Industriegesellschaften) die „Wertprioritäten allmählich in der Weise verschoben [haben], dass der Wunsch nach Zugehörigkeit und Wertschätzung, die Befriedigung intellektueller und ästhetischer Ansprüche zunehmend wichtiger geworden sind" (Inglehart 1989: 93).

Dieser Wandel wird aus zwei Hypothesen abgeleitet, der „Mangelhypothese" und der „Sozialisationshypothese".

Die *Mangelhypothese* besagt, dass man zuerst den elementaren Bedürfnissen wie den physiologischen den größten Wert und damit Priorität bei der Befriedigung zumisst, und erst nach deren Befriedigung wende man sich den „höheren" sozialen, intellektuellen und ästhetischen zu. Zu dieser Hypothese wurde Inglehart ursprünglich durch die Bedürfnishierarchie-Theorie Abraham Maslows inspiriert.

Maslow unterstellt eine Rangordnung der Bedürfnisse, deren Basis die physiologischen Bedürfnisse wie Hunger bilden. Erst wenn diese einigermaßen gesättigt sind, mache sich die nächsthöhere Stufe geltend: „Jemand, dem es an Nahrung, Sicherheit, Liebe und Wertschätzung mangelt, würde wahrscheinlich nach Nahrung mehr als nach etwas anderem hungern" (Maslow 1981: 54). Auf die physiologischen Bedürfnisse folgen die Sicherheitsbedürfnisse: „Sobald die physiologischen Bedürfnisse relativ gut befriedigt sind, taucht ein neues Bedürfnisensemble auf, das wir grob als Sicherheitsbedürfnis katalogisieren können (Sicherheit; Stabilität; Geborgenheit; Schutz; Angstfreiheit; Bedürfnis nach Struktur, Ordnung, Gesetz, Grenzen; Schutzkraft ...)" (Maslow 1981: 66). Darauf folgt der Bedürfniskreis nach Liebe und Zugehörigkeit, auf diesen die Bedürfnisse nach Achtung (die in zwei Gruppen zerfallen: einerseits nach Stärke, Leistung, Bewältigung, Kompetenz, Unabhängigkeit und Freiheit, andererseits nach Prestige, Respekt, sozialer Wertschätzung [Maslow 1981: 72]). Schließlich, an der Hierarchiespitze, folgen die Bedürfnisse der Selbstverwirklichung (welche übrigens, im Gegensatz zu allen anderen, Maslow ausdrücklich den älteren Menschen vorbehält, weil ihre Realisierung eine langdauernde Entfaltung und Reifung erfordere [Maslow 1981: 18]).

Vereinfachend fasste Inglehart die „niedrigeren" Maslowschen Bedürfnisse zu den „materialistischen" zusammen und nennt die höheren die „post-

materialistischen". Durch wirtschaftliche Prosperität und wachsenden Wohlstand sind nach Inglehart in den westlichen Industrieländern nunmehr seit einiger Zeit für die Mehrheit der Bevölkerung die „materialistischen" Bedürfnisse tendenziell abgedeckt, so dass nun zunehmend die „postmaterialistischen" zum Zuge kämen.

Allerdings reagiert der einzelne Mensch nicht so unmittelbar auf seine Umwelt, dass nun ein unvermittelter Wertorientierungsbruch stattfände, sondern es tritt die Kultur intervenierend und sozialisierend dazwischen. Zur Erklärung dieses Prozesses zieht Inglehart die *Sozialisationshypothese* heran, deren Kernaussage lautet, dass Wertprioritäten sich nur indirekt aus dem sozio-ökonomischen Umfeld herleiten, und zwar mit einer „erheblichen Zeitverschiebung, denn die grundlegenden Wertvorstellungen eines Menschen spiegeln weithin die Bedingungen wider, die in seiner Jugendzeit vorherrschend waren" (Inglehart 1989: 92). Mit der Auffassung, dass die Sozialisation in jungen Jahren größeres Gewicht habe als spätere Sozialisation, folgt er der Theorie Karl Mannheims, der die Prägbarkeit durch Werte in der formativen Periode der Jugend- und Adoleszenzphase als zentral für die Ausbildung spezifischer Generationenmentalitäten sieht „Erlebnisschichtung")[6]:

„Es ist weitgehend entscheidend für die Formierung des Bewusstseins, welche Erlebnisse als ‚erste Eindrücke', ‚Jugenderlebnisse' sich niederschlagen, und welche als zweite, dritte Schicht usw. hinzukommen. Ferner: es ist ganz entscheidend für ein und dieselbe ‚Erfahrung' und deren Relevanz und Formierung, ob sie von einem Individuum erlebt wird, das sie als einen entscheidenden Jugendeindruck, oder von einem anderen, das sie als ‚Späterlebnis' verarbeitet. Die ersten Eindrücke haben die Tendenz, sich als natürliches Weltbild festzusetzen" (Mannheim 1979: 536).

Eine endgültige Wendung zu postmaterialistischen Werten ist demnach ein längerfristiger Prozess, denn die „materialistisch" sozialisierten (älteren) Generationen werden sich aufgrund ihrer Erlebnisschichtung nicht ohne weiteres dem Postmaterialismus öffnen, wenn es auch Beispiele für „Periodeneffekte" gibt (d. h. Effekte, die alle Altersgruppen zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt gleichermaßen betreffen und beeinflussen). Erst wenn sie durch „postmaterialistisch" sozialisierte Generationen weitgehend abgelöst sein werden, wäre der Wertwandel vollzogen.

Wenngleich diese Theorie anfechtbar ist – Helmut Klages beispielsweise hat die Simplifikationen der Postmaterialismus-These einer gründlichen Kritik unterzogen und zahlreiche empirische Gegenbelege geliefert – laufen die meisten Untersuchungen, in denen Lebensstile und Werthaltungen verschiedener Altersgruppen thematisiert werden, doch immer wieder auf diese Polarität hinaus, der allerdings Klages die plausiblere von „Pflicht- und Akzeptanzwerten" versus „Selbstentfaltungswerten" entgegengesetzt hat (Klages 1985: 18ff.).

In einer ganzen Reihe von Untersuchungen (z. B. in Deutschland und in Österreich) kommt denn auch zum Ausdruck, dass Ältere und Jüngere zum Teil sehr unterschiedliche Lebensstile und Werthaltungen aufweisen, aus denen heraus die Lebensformen und Werthaltungen der jeweils anderen Generation nicht verstanden oder sogar abgelehnt werden. Eine große Studie in der BRD kam zu dem Ergebnis, dass als Hauptmängel, was Jugendliche einerseits, Erwachsene andererseits „heute falsch machten", folgende Haltungen emp-

6 Aber auch die neueren Erkenntnisse der (Entwicklungs-)Psychologie belegen eine Stabilität der grundlegenden Werthaltungen und Persönlichkeitsstile über den ganzen Lebenslauf hinweg: „In grundlegenden Werthaltungen oder Persönlichkeitsstilen weisen Individuen über das gesamte Erwachsenenleben eine bemerkenswerte Stabilität auf, die allerdings durchaus mit einer Veränderung in konkreten Einstellungen oder aber den spezifischen Inhalten, an denen die fundamentalen Wertorientierungen zur Geltung gebracht werden, kompatibel ist" (Nunner-Winkler 1991: 239).

www.parlament.gv.at

funden werden: Verkehrte Lebensplanung und Lebenshaltung, schlechte Eigenschaften und Gewohnheiten, falsche Lebensweise, wobei die Erwachsenen den Jugendlichen auch noch eine Missachtung bürgerlicher Werte vorhalten (mangelnde Pflicht- und Arbeitsmoral sowie zu stark konsumorientiertes Verhalten) (Fischer et al. 1985: 70ff.).

3.5.1 Themen der intergenerationellen Kommunikation

Im Rahmen der Generationenstudie '98 wurde im Anschluss an solche Überlegungen der Frage nachgegangen, wie häufig Eltern und erwachsene Kinder über verschiedene Themen miteinander reden und welche Rolle dabei materialistische / postmaterialistische Inhalte spielen. Für die nachstehenden vierzehn Themenbereiche wurde einerseits gefragt, wie oft man darüber mit dem Kind, der Mutter, dem Vater spreche, andererseits, wie sehr man nach eigener Einschätzung darin mit ihnen übereinstimme; letzteres wurde mittels einer elfteiligen Skala gemessen, auf der die Befragten zwischen 0 für gar keine Übereinstimmung und 10 für volle Übereinstimmung das Ausmaß des Konsenses bzw. Dissenses einstufen konnten. Die Fragen wurden jeweils an die Personen gestellt, die wenigstens ein 14-, möglichst 18+jähriges Kind hatten, an solche, die noch einen lebenden Vater und solche, die noch eine lebende Mutter hatten. Die Themenbereiche waren (wörtliche Vorgaben im Interview):

- Fragen der Kindererziehung, wie streng oder nachgiebig man da sein soll und solche Dinge
- Politische Themen, z. B. welche Partei man wählen soll oder die Ansichten über die NATO, den Euro etc.
- Die Vergangenheit: Wie das mit den Nationalsozialisten war, wie man sich da verhalten hätte sollen und Ähnliches
- Richtiges Benehmen anderen Menschen gegenüber, z. B. Höflichkeit, Respekt, oder eher locker und lässig
- Äußere Erscheinung: Kleidung, Frisur, Haare färben etc.
- Der ganze Bereich der Emanzipation, Gleichstellung von Mann und Frau, Frauenvolksbegehren
- Der Umgang mit Geld, Sparsamkeit, Schulden machen, sich etwas leisten, Vorsorgen und solche Dinge
- Fragen der Sexualität, der Treue in einer Beziehung, „Seitensprung", Einstellung zur Homosexualität etc.
- Wert der Familie, Einstellung zur Scheidung, wer in einer Ehe oder einer Familie welche Aufgaben hat
- Umgang mit Fremden, mit Ausländern, Flüchtlingen und Asylanten, Gastarbeitern
- Einstellung zur Arbeit, zum Beruf, zu Karriere, zu Pflichterfüllung, Ein- und Unterordnung am Arbeitsplatz
- Einstellung zu Werten wie Fleiß, Pünktlichkeit, Ordnung halten, Sauberkeit, Disziplin
- Freizeitgestaltung, Ausgehen, Hobbies und solche Dinge
- Fragen der Weltanschauung und Religion, Glauben, Einstellung zur Kirche, „Fall Groer" u. dgl.

Eltern sind offenbar häufiger der Meinung, „oft" (d. h. mindestens mehrmals im Monat) mit einem ihrer erwachsenen Kinder über diese Themen zu sprechen als umgekehrt. Aus Tabelle 3.9 geht beispielsweise hervor, dass 52% derjenigen, die wenigstens ein erwachsenes Kind haben, meinen, mit diesem zumindest ein paar Mal im Monat über Arbeit, Beruf, Einstellung zu Karriere, Pflichterfüllung, Ein- und Unterordnung am Arbeitsplatz zu reden, während von jenen, die noch eine Mutter oder einen Vater haben, nur 40% mit der Mutter und 35% mit dem Vater darüber Gespräche haben. Diese Feststellungen müssen allerdings differenzierter formuliert werden. Sie gelten in dieser einfachen Form nur für die Gespräche, an denen männliche Familienmitglieder beteiligt sind. Mütter und Töchter hingegen haben in allen 14 Themenbereichen zueinander passende Anteile. Die geringste Gesprächshäufigkeit ist aus der Sicht der er-

Tabelle 3.9:
Gesprächshäufigkeit: Gespräche über das Thema werden mehrmals im Monat oder öfter geführt (Prozent) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000)

Thema	Befragte: beide Geschlechter				
Gesprächshäufigkeit mit ⇒	(485) Kind	(228) Sohn	(258) Tochter	(605) Mutter	(457) Vater
Umgang mit Geld	51	55	49	46	33
Arbeitswerte	52	51	51	40	35
Fleiß, Disziplin	48	48	48	41	25
Freizeitgestaltung	39	39	39	32	22
Benehmen	36	36	37	35	21
Äußere Erscheinung	37	35	38	38	17
Kindererziehung	37	34	39	30	15
Familie	30	29	31	30	18
Umgang mit Ausländern	29	30	29	24	23
Politische Themen	24	29	19	20	28
Weltanschauung	25	24	26	23	16
Emanzipation	25	23	27	33	10
Sexualität	19	18	21	15	5
Vergangenheit	12	16	10	8	11

wachsenen Kinder, egal ob Sohn oder Tochter, diejenige mit dem Vater: Im Durchschnitt über alle 14 Themen hinweg geben 20% der Söhne wie auch der Töchter an, oft mit dem Vater zu sprechen. Aber auch mit der Mutter berichten im Durchschnitt nur 24% der Söhne, oft Gespräche zu haben. Die Mütter weisen die höchsten Anteile von Einschätzungen einer hohen durchschnittlichen Gesprächshäufigkeit auf, und zwar mit Söhnen wie mit Töchtern gleichermaßen. Die Mutter-Tochter-Relation ist sicherlich die kommunikativste, und darüber scheinen sich die Mütter und Töchter auch einig zu sein, wenn man die geringen Abweichungen in den Anteilen von Müttern und Töchtern, die wechselweise häufige Gespräche angeben, vorsichtig als Indikator für einen Konsens hierfür nimmt.

Die Themen, über die zwischen Eltern und Kindern am meisten gesprochen wird, sind (1) die Einstellungen zu Arbeit und Beruf, (2) die Fragen des Umgangs mit Geld, Sparsamkeit, Schulden machen versus sich etwas leisten, und (3) drittens der für materialistisch-postmaterialistische Kontroversen besonders sensible Bereich der Einstellungen gegenüber Werten wie Pünktlichkeit,

Fleiß Ordnung, Disziplin, Sauberkeit. Alle Beteiligten bestätigen mit ihren hohen Anteilen an Nennungen die Wichtigkeit dieser drei Themenkreise.

Es wäre durchaus naheliegend, die hohe Frequenz gerade dieser Thematiken als Ausdruck massiver Konflikte zu interpretieren: Streit ums Geld, über die Einstellung zum Arbeiten und Lust und Genuss versus Disziplin und Ordnung. Erstaunlicherweise ist das Gegenteil der Fall: Vom Benehmen anderen gegenüber abgesehen, sind das zugleich jene drei Themenbereiche, wofür die Eltern wie auch die Kinder die höchsten Einschätzungen

www.parlament.gv.at

Befragte: männlich					Befragte: weiblich				
(195) Kind	(93) Sohn	(102) Tochter	(296) Mutter	(230) Vater	(290) Kind	(135) Sohn	(155) Tochter	(309) Mutter	(227) Vater
51	50	52	43	32	52	59	46	49	33
47	46	47	38	36	54	55	54	43	32
42	38	44	39	27	52	54	50	42	23
37	35	39	27	22	40	41	40	39	22
31	33	30	28	21	40	37	42	42	21
28	29	27	30	15	42	39	45	45	19
31	26	35	19	12	42	40	43	42	18
27	26	29	23	19	32	31	33	37	18
31	29	33	20	24	29	30	27	27	22
30	39	22	21	32	20	23	17	19	23
20	16	25	20	17	29	30	27	27	15
22	19	25	15	7	27	26	28	31	13
16	15	17	10	4	22	20	24	21	8
16	18	14	7	14	11	16	7	9	8

darüber liefern, mit der jeweils anderen Generation übereinzustimmen (Tabelle 3.10). Diese Übereinstimmung liegt bei einem theoretisch maximalen Score von 10 im Durchschnitt zwischen 7,5 und 7,9.

Am *seltensten* wird zwischen den Generationen in der Familie hingegen über Themen diskutiert, die Öffentlichkeitscharakter haben: *Politik, Weltanschauung, Emanzipation, Ausländer und Asylanten, die (nationalsozialistische) Vergangenheit*; dazu kommt das klassische Tabuthema *Sexualität*. Obwohl in der öffentlichen Diskussion heute verstärkt Vergangenheitsaufarbeitung in Gang gekommen ist, wird die Familie davon offenbar wenig stimuliert, sich auch im privaten Bereich damit zu beschäftigen. Über Fragen der *Vergangenheit* wird so wenig wie über nichts sonst gesprochen. Gerade 12% unterhalten sich darüber mit ihrem erwachsenen Kind, 53% überhaupt nie. Diese Haltung ist nahezu altersunabhängig, es besteht sogar eine leichte, statistisch allerdings nicht abgesicherte Tendenz, mit wachsendem Altern noch seltener diese Dinge zu thematisieren. Aus der Sicht der Kinder verhält es sich ebenso, wenngleich die Söhne mit ihren Vätern etwas häufiger darüber sprechen als alle anderen Paare. „Politisiert" wird im Durchschnitt ebenfalls wenig. Einzig aus der Sicht der Väter wird mit dem Sohn relativ häufig „oft" über *Politik* gesprochen (39% der Väter sehen das so, und die Söhne meinen immerhin zu 32%, sich oft mit dem Vater darüber zu unterhalten). Zwischen Müttern und Töchtern kommt dieses Thema nur halb so häufig auf. Auch die *Emanzipation* bzw. die Fragen der Gleichstellung von Mann und Frau interessieren familiär-intergenerationell vergleichsweise wenig. Insbesondere aus der Sicht der Söhne wird darüber mit den Vätern kaum gesprochen (7% sagen „mehrmals im Monat"), die Väter geben allerdings zu 19% an, darüber oft mit

Tabelle 3.10: Gesprächsthemen: Übereinstimmung mit Mutter, Vater oder Kind aus der Sicht der Befragten (18+jährige, Österreich 1998)
Übereinstimmungsskala von 0 (überhaupt keine Übereinstimmung) bis 10 (völlige Übereinstimmung), die Zellen enthalten die jeweiligen mittleren Scores

Thema	Befragte: beide Geschlechter				
	(485)	(228)	(258)	(605)	(457)
Übereinstimmung mit ⇛	**Kind**	**Sohn**	**Tochter**	**Mutter**	**Vater**
Benehmen	8,17	8,08	8,25	8,04	7,19
Arbeitswerte	8,15	7,97	8,31	7,59	7,53
Fleiß, Disziplin	7,93	7,78	8,05	7,78	7,32
Umgang mit Geld	7,68	7,58	7,76	7,31	7,02
Familie	7,54	7,58	7,51	7,07	6,47
Umgang mit Ausländern	7,35	7,27	7,43	6,94	6,46
Äußere Erscheinung	7,48	7,77	7,24	6,54	5,84
Sexualität	7,37	7,36	7,39	6,41	5,76
Weltanschauung	7,10	6,99	7,19	6,56	6,32
Kindererziehung	7,12	6,92	7,29	6,61	5,99
Emanzipation	7,11	7,04	7,17	6,34	5,60
Vergangenheit	6,62	6,68	6,56	6,73	6,34
Politische Themen	6,46	6,66	6,27	5,91	6,08
Freizeitgestaltung	6,62	6,59	6,64	5,70	5,50

dem Sohn zu sprechen. Für Mütter und Töchter ergeben sich über die Emanzipation bzw. die Situation der Frauen häufiger Gespräche (28% bzw. 31%). Während also die Politik ein eher „männliches" Thema ist, ist die Emanzipation „weiblich". *Weltanschauungsfragen, Religion und Kirche* kommen ebenfalls relativ selten in den Gesprächen zwischen den Generationen vor, wobei offensichtlich der Vater deutlich seltener als Ansprechperson fungiert, auch die Beteiligung von Söhnen senkt die Wahrscheinlichkeit häufiger Gespräche. Mit den Kindern wird aus Elternsicht von den jüngeren Eltern häufiger „oft" über solche Fragen geredet als von älteren Eltern – der Anteil derer, die angeben, sich oft mit ihrem Kind darüber zu unterhalten, sinkt von 37% bei den 31-45-jährigen Eltern auf 19% bei den 61+jährigen.

Geradezu ein Tabuthema ist – aus der Perspektive der erwachsenen Kinder – die *Sexualität* als Gesprächsstoff mit dem Vater. Nur 8% der Söhne und gar nur 4% der Töchter reden oft mit ihm darüber, rund 60% überhaupt nie; die Väter selbst geben zwar ebenfalls relativ geringe Gesprächshäufigkeiten mit ihren Kindern an, liegen mit ihrer Einschätzung dennoch erheblich über den Angaben der Kinder (15% mit dem Sohn, 17% mit der Tochter). Zwischen Müttern und Töchtern wird immerhin von einem Fünftel bis einem Viertel (je nachdem, ob die Einschätzung durch die Mütter oder die Töchter erfolgt) oft darüber gesprochen. Die Häufigkeit der Behandlung dieses Themas zwischen Eltern und Kindern ist insofern „altersgerecht", als jene – an sich aber schon eher Wenigen –

Befragte: männlich					Befragte: weiblich				
(195) Kind	(93) Sohn	(102) Tochter	(296) Mutter	(230) Vater	(290) Kind	(135) Sohn	(155) Tochter	(309) Mutter	(227) Vater
8,04	7,92	8,16	7,76	7,10	8,26	8,20	8,31	8,31	7,28
8,02	8,03	8,01	7,41	7,50	8,23	7,94	8,49	7,76	7,57
7,70	7,62	7,78	7,37	7,12	8,07	7,89	8,23	8,18	7,54
7,79	7,68	7,90	7,05	6,90	7,60	7,51	7,67	7,55	7,15
7,53	7,50	7,55	7,00	6,59	7,56	7,64	7,49	7,15	6,35
7,06	7,05	7,07	6,71	6,70	7,55	7,42	7,67	7,16	6,21
7,22	7,71	6,76	6,24	5,81	7,56	7,80	7,53	6,83	5,87
7,19	7,10	7,27	6,30	5,90	7,50	7,55	7,46	6,50	5,63
6,94	6,96	6,93	6,27	6,24	7,19	7,02	7,35	6,82	6,40
7,04	7,01	7,07	6,32	5,97	7,17	6,85	7,42	6,87	6,01
6,84	6,98	6,70	6,15	6,07	7,29	7,08	7,64	6,52	5,14
6,48	6,55	6,42	6,59	6,53	6,72	6,79	6,66	6,87	6,13
6,38	6,64	6,12	5,74	6,29	6,51	6,68	6,37	6,08	5,85
6,34	6,08	6,59	5,42	5,34	6,79	6,93	6,67	5,95	5,65

die mit der Mutter oft darüber reden, vor allem die Jüngeren sind (dazu insbesondere Kap. 13.6).

Über *Familie*, ihren Wert, die Aufgabenverteilung in ihr, Scheidungsproblematik und ähnliches wird zwischen Eltern und erwachsenen Kindern weniger oft gesprochen, als man im Vergleich zu anderen Themen erwarten mag. Väter sprechen beispielsweise sowohl mit ihren Söhnen als auch mit ihren Töchtern häufiger über die Ausländer- bzw. Asylantenthematik, mit den Söhnen überdies über Politik, als über den Problemkreis der Familie, und die Häufigkeitsangaben der Kinder bestätigen das. *Kindererziehung* ist ein etwas häufiger diskutiertes Thema, wird aus Töchtersicht allerdings noch seltener mit dem Vater besprochen als das Thema Familie. Mit der Mutter dagegen erfolgen relativ häufig Gespräche darüber, aber nur seitens der Töchter: 42% von ihnen geben an, mit der Mutter oft darüber zu reden, von den Söhnen sind es nur 19%. Wieder sind die Häufigkeitsangaben der Mütter und Töchter einander wesentlich ähnlicher als jene zwischen den anderen Familienmitgliedern. Das heißt unter anderem, dass die Mütter wie die Väter bedeutend häufiger sagen, sie sprächen auch mit ihren Söhnen oft über Kindererziehung, ohne dass dies durch die Häufigkeiten bei den Angaben der Söhne bestätigt würde.

Freizeitgestaltung und Ausgehen, das *Benehmen anderen Menschen gegenüber* und die *äußere Erscheinung* (Frisur, Kleidung etc.) gehören zu den häufiger besprochenen Thematiken. Die äußere Erscheinung wird besonders oft zwischen Müttern und Töchtern und am seltensten zwischen Vätern

und Söhnen zum Thema. In Bezug auf das Benehmen ist der Vater aus Kindersicht wieder nur halb so oft an diesen Gesprächen beteiligt wie die Mutter, aber auch nur halb so oft, wie er selbst das sieht. Ähnliches gilt für die Freizeitgestaltung.

Was die Häufigkeit der Gespräche miteinander betrifft, so kann zusammenfassend festgestellt werden, dass im großen und ganzen der Vater deutlich seltener in Erscheinung tritt als die Mutter, dass er selbst dies aber nicht so sieht. Es gibt tendenziell „Männerthemen" wie Politik und „die Vergangenheit", diese sind jedoch an sich eher seltene Themen. Ausgesprochen „weibliche", also Mütter-Töchter-Themen, sind die Kindererziehung, die Sexualität und die Emanzipation bzw. Gleichstellung von Frau und Mann, wobei in diesen Fällen die Mütter zu höheren Häufigkeitseinschätzungen kommen als die Söhne.

Wie wird nun von den Befragten die *inhaltliche Übereinstimmung* zu diesen Themen beurteilt? Auf einer Skala, die von 0 für „gar keine Übereinstimmung" bis 10 für „völlige Übereinstimmung" reichte, hatten die Befragten einzustufen, wie sehr sie in jedem der 14 Gesprächsthemen mit ihrer Mutter, ihrem Vater, ihrem Sohn oder ihrer Tochter die gleichen Ansichten haben, wobei die Untersuchungsanlage weder einen direkten Vergleich der wechselseitigen Einstufungen erlaubt, noch und schon gar nicht eine „objektive" Beurteilung des Konsenses / Dissenses.

Wenn bezüglich der am häufigsten besprochenen Themen auch die höchsten Maße an Übereinstimmung verzeichnet wurden – in den Bereichen Einstellung zu Arbeit und Beruf, Fragen des Umgangs mit Geld, Sparsamkeit, Schulden machen und Einstellungen gegenüber Werten wie Fleiß, Pünktlichkeit, Ordnung, Disziplin, Sauberkeit –, so findet dieses Muster am anderen Ende seine negative Entsprechung: Die seltensten Themen: Politik, Vergangenheit und Emanzipation rangieren auch in der Übereinstimmung ganz unten (vgl. Tabelle 3.10). Man kann daraus eine Tendenz ablesen, dass zwischen den familialen Generationen Themen, die konfliktträchtig und vermeidbar sind, auch selten aufs Tapet gebracht werden. Aus den Daten ist allerdings nicht die Kausalitätsrichtung zu erschließen – ob die Uneinigkeit so groß ist, weil man wenig darüber spricht, oder ob man wenig darüber spricht, weil die Uneinigkeit so groß ist. Besonders weit auseinander gehen offenbar die Ansichten bei den politischen Themen zwischen Müttern und Söhnen einerseits (Durschnittsscore 5,74) und Töchtern und Vätern andererseits (5,85) – jeweils aus der Sicht des erwachsenen Kindes. Die subjektiven Übereinstimmungsscores liegen nur wenig über dem theoretischen Mittelwert von 5; ein Score von 5 bis 6 kann kaum als besser als „mäßig" gedeutet werden.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Übereinstimmungen *immer* mit der Gesprächshäufigkeit wachsen bzw. fallen müssen. Das auffälligste Beispiel für den umgekehrten Fall bietet die Thematik der *Freizeitgestaltung* (des Ausgehens u. dgl. m.). Während sie zu den häufigsten Gesprächsthemen zählt, rangiert sie bei der Übereinstimmung ganz hinten. Die erwachsenen Kinder sehen noch erheblich weniger Übereinstimmung als die Eltern. Die Scores der Jüngsten (der bis 30-jährigen) weichen nur unwesentlich vom Durchschnitt ab, sodass man den Dissens kaum allein auf den „typischen" Konflikt zwischen Jugendlichen bzw. Adoleszenten und Eltern über das Ausgehen zurückführen kann.

Insgesamt ist die Übereinstimmung gerade in jenen Bereichen, für die die Materialismus- / Postmaterialismus-Theorie am ehesten Kontroversen erwarten lassen würde, am höchsten. Benehmen, Höflichkeit, Respekt oder lässig-lockeres Auftreten, Arbeitsethos und Karriereorientierung, Einordnung in betriebliche Hierarchien oder Ablehnung von Unterordnung, Fleiß, Disziplin, Ordnung, Sauberkeit, Sparsamkeit versus Sich-etwas-Gönnen und Schulden machen sind jene Kategorien, in denen die meiste intergenerationelle Einigkeit herrscht. Die Scores liegen mit einer Ausnahme immer über 7 und reichen bis 8,5. Die

Übereinstimmung mit der Mutter – aus der Sicht der Kinder – liegt durchwegs höher als die mit dem Vater, ebenfalls fast durchwegs schätzen die Eltern die Übereinstimmung höher ein als die Kinder.

Dass grundsätzlich sowohl bei den Häufigkeiten als auch bei den Übereinstimmungen von den Eltern die höheren Werte angegeben werden, entspricht einem seit langem auch international von der Jugend- und Altersforschung beobachteten Muster. Erstmals wurde diese Beobachtung theoretisch von Vern L. Bengtson und J. A. Kuypers in Form der „developmental stake"-Hypothese zu erklären versucht (Bengtson / Kuypers 1971). Danach variiert das Interesse an bzw. das Bedürfnis nach familialer Solidarität mit dem Entwicklungsstand, den eine jede Generation im Durchlaufen ihres Lebenszyklus jeweils erreicht hat. Es geht um ihre „Einsätze" (stakes) und um die „Investitionen" in die intergenerationellen Beziehungen zur Erhaltung ihrer Identität. Weil die in die Jahre kommende Elterngeneration sich des Sinns ihrer Existenz vergewissern will und weil sie nur selten das voll erreicht hat, was sie angestrebt hat, möchte sie ihre Ideale und die von ihr hoch geschätzten Institutionen in der Kindergeneration perpetuiert wissen – als ihr soziales Erbe. Daher tendiere sie dazu, intergenerationelle Differenzen herunterzuspielen und zu unterschätzen. Die Nachfolgegeneration dagegen hat das Bedürfnis, ihre eigenen Werte, Ideale und Lebensformen selbst zu schaffen und – gegen die Eltern sich absetzend – ihre eigene Identität zu erwerben. Ihr „developmental stake" drängt sie also eher dazu, die intergenerationellen Differenzen überpointiert zu sehen.

Nichtsdestoweniger bleibt eine relativ hohe Übereinstimmung in den genannten Bereichen – mit einer gewissen Uneinigkeit über das Ausmaß an Einigkeit. Damit ist jedoch nicht entschieden, ob dies auf einen dominanten Wertetransfer von den älteren auf die jüngeren Generationen und damit auf ein erfolgreiches Tradieren „materialistischer" Werte zurückzuführen ist oder auf ein Einschwenken der älteren Generation auf postmaterialistische Werte, für die sie durch die Diskussionen mit ihrer Kindergeneration empfänglicher gemacht wurden – mit allen Zwischenformen der gegenseitigen Angleichung und des Kompromisses. Wohl aber spricht dieses Ergebnis für die Vermutung, dass der Wertewandel in der Familie zu wesentlich weniger Konflikten zu führen scheint als in der öffentlichen Diskussion. Die Ergebnisse dürfen auch nicht dahingehend missverstanden werden, dass aus ihnen generell ein Konsens zwischen Jung und Alt, sei es in der Familie, sei es gar in der Gesellschaft, zu folgern wäre. Übereinstimmung zwischen *aufeinanderfolgenden* Generationen (Sukzessivgenerationen), noch dazu innerhalb der Familie, ist näherliegend als ein Konsens zwischen Altersgruppen, die fünfzig oder mehr Jahre auseinanderliegen und einander mehr über die Vermittlung durch öffentliche und veröffentlichte Meinung kennen als aus persönlichem Umgang miteinander.

3.5.2 Konflikte zwischen den Generationen in der Familie

„Ziemlich oft" streiten nur 2% der Eltern mit ihren erwachsenen Kindern, weitere 9% „gar nicht so selten". Streit mit dieser Häufigkeit kommt um so seltener vor, je älter man ist – 23% der 31-45-jährigen, 11% der 46-60-jährigen und nur noch 4% der über 60-jährigen Eltern streiten „gar nicht so selten" oder „oft" mit ihren Kindern. Die entsprechenden Auskünfte der Kinder zeigen etwas höhere Konfliktraten – was im Sinne der „developmental stake"-Hypothese auch zu erwarten war. Obwohl sich die Mutter bei der Gesprächshäufigkeit und den Übereinstimmungen als der den Kindern näherstehende Elternteil erwiesen hat, sind hohe Konflikthäufigkeiten mit ihr nicht geringer als mit dem Vater, wobei besonders auffällt, dass von den Kindern wesentlich seltener überhaupt kein Streit mit der Mutter berichtet wird als mit dem Vater (27% der erwachsenen Kinder geben an, „nie" mit der Mutter Streit zu haben, 46% sagen das in bezug auf ihren Vater). Das mag zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass eine höhere

Gesprächshäufigkeit auch mehr Streitchancen impliziert, zum Teil aber auch darauf, dass man sich „zusammenstreitet". Immerhin lässt sich keine negative Korrelation zwischen Übereinstimmung in den Themenbereichen und Streithäufigkeit feststellen, wohl aber in einigen Bereichen signifikante, allerdings schwache, positive Korrelationen[7], sodass, wenn überhaupt, von einem Zusammenhang derart gesprochen werden kann, dass eine gewisse Tendenz besteht, bei höherer Streithäufigkeit zugleich höhere Übereinstimmungen aufzuweisen. Das gilt sogar verstärkt für den Zusammenhang von Streithäufigkeit und Gesprächshäufigkeit, was ebenfalls für die Hypothese der erhöhten Streitchance bei erhöhter Kommunikationsdichte mit gleichzeitigem „Sich-Zusammenstreiten" spricht. Voraussetzung für einen derartigen Mechanismus ist eine gute Grund-Beziehung zueinander.

Im Streit erblickt die Mehrheit der Betroffenen eine normale Lösung von Problemen. Von jenen Eltern, die mit ihren erwachsenen Kindern zumindest gelegentlich Streit haben, meinen das 61%. 15% gewinnen dem Streit Positives ab und empfinden ihn als ein reinigendes Gewitter, und 15% erleben ihn als eine Belastung – Mütter eher als Väter (20% gegenüber 8%).

Die „developmental stake"-Hypothese ließe erwarten, dass die (erwachsenen) Kinder Streit mit den Eltern seltener als eine Belastung empfinden als die Eltern. Das ist nicht der Fall. Zieht man wieder nur jene heran, die überhaupt Streit mit den Eltern haben, so erleben sowohl Söhne als auch Töchter den Streit häufiger als eine Belastung als Eltern dies tun. Die Töchter wiederum leiden öfter als die Söhne unter solchen Auseinandersetzungen, und zwar am meisten, wenn der Vater beteiligt ist – 30% fühlen sich dadurch belastet, von den Söhnen sind es nur 18%. Auch Konflikte mit der Mutter bedeuten für die Töchter häufiger als für die Söhne eine Belastung – 22% gegenüber 15%. Andererseits sind auch die Kinder überwiegend der Meinung, Streit sei eine ganz normale Konfliktbewältigungsform oder helfe sogar, Konflikte zu bereinigen. Die bloße Tatsache also, dass Konflikte wahrgenommen und Auseinandersetzungen zwischen erwachsenen Kindern und Eltern geführt werden, kann nicht als Beleg für das Bestehen eines Generationenkonflikts oder überhaupt für negative Beziehungen in den Familien interpretiert werden. Auch in grundlegend guten Beziehungen kommen Meinungsverschiedenheiten vor, ohne dass dadurch das Fundament dieser Beziehungen erschüttert würde. Das kommt nicht nur in der Bewertung der Konflikte durch die Betroffenen zum Ausdruck, sondern viel deutlicher noch in den realisierten Solidaritätsleistungen.

7 Produkt-Moment-Korrelationen, Kendall's tau und Spearman-Rangkorrelation.

3.6 Die emotionale Seite der Beziehung zwischen den Generationen

Bei einem höchstmöglichen Score von 10 – für ein „extrem gutes, positives Verhältnis zueinander" und einem minimalen Score von 0 für ein „extrem schlechtes, negatives Verhältnis" bewerten die Eltern die Qualität ihrer Beziehung zu ihren Kindern im Durchschnitt mit 9,01. 60% wählten überhaupt das Maximum von 10, weitere 15% stuften die Beziehung mit 9 ein. Die Einstufung ist um so höher, je älter die Eltern sind – die über 60-jährigen scorten im Mittel mit 9,35, 71% vergaben 10 Punkte (diese Altersabhängigkeit ist statistisch signifikant). Eine entsprechende Altersabhängigkeit auf seiten der Kinder ist jedoch nicht festzustellen.

Selbst wenn man auch hier die Wirksamkeit einer positiven Verzerrung durch das „developmental stake" in Rechnung stellt, ist dieses Ergebnis außerordentlich günstig. Zwei Drittel glauben, ihr Kind würde mit ihnen in dieser Beurteilung „sehr" übereinstimmen, 27% meinen „eher ja". Was die Beziehung zur *Mutter* betrifft, wird diese Ein-

www.parlament.gv.at

schätzung durch die Kinder, insbesondere die Töchter, im großen und ganzen auch bestätigt. Letztere bewerten ihr Verhältnis zur Mutter im Mittel mit 8,42, die Hälfte vergab den Maximalscore von 10, 14% schränkten etwas ein und stuften die Beziehung mit 9 ein. Die Söhne sind ein wenig zurückhaltender und kommen auf einen Mittelwert von 8,14, der Unterschied zum Wert der Töchter ist allerdings nicht statistisch signifikant. Dass die Einstufung durch die Kinder etwas niedriger erfolgen würde, war von der Theorie her zu erwarten gewesen – ihre emotionale Investition gilt vor allem anderen der eigenen Familie und Nachkommenschaft. In Bezug auf den *Vater* sind die Kinder merklich kritischer. Die Töchter bewerten ihre Beziehung zu ihm durchschnittlich mit 7,26, die Söhne mit 7,22, diese Werte liegen deutlich tiefer als die für die Mutter. Knapp ein Viertel der erwachsenen Kinder – Töchter und Söhne mit ähnlichen Werten – stufte die Beziehung sogar mit 5 oder weniger Punkten ein, das sind Werte, die als ausgesprochen schlecht gelten können. Für die übrigen drei Viertel wird man aber auch die Beziehung zum Vater im großen und ganzen als gut zusammenfassen können. Die größere Nähe zur Mutter bestätigt sich dennoch auch hier ebenso wie die Tendenz des Vaters, sein Verhältnis zu den Kindern, verglichen mit deren Ansichten, stärker zu überschätzen als die Mutter.

Ein Stadt-Land-Gefälle im Sinne einer größeren familiären Nähe im dörflichen Bereich wurde schon mehrfach festgestellt, und dieses Muster bestätigt sich auch im Falle der Bewertung der Beziehungen. Zwei Tendenzen fallen auf: Erstens wird die Beziehung von Eltern wie von Kindern auf dem Land im Durchschnitt höher eingestuft als in der Großstadt. Zweitens ist dieser Unterschied besonders deutlich bei der Bewertung des Verhältnisses zum Vater; dieser erzielt in der Großstadt nur noch einen durchschnittlichen Score von 6,52 – im ländlich-dörflichen Raum von 7,55. Damit muss die Beziehung der erwachsenen Kinder zu ihren Vätern im urbanen Bereich als vielfach unbefriedigend registriert werden, zumal nicht weniger als 30% der Kinder in der Großstadt diese Beziehung sogar mit 5 oder weniger Punkten und damit als eindeutig schlecht bewerteten.

Dass die Beziehung zwischen *Schwiegereltern und Schwiegerkindern* problembeladen ist und nicht selten auch das Verhältnis zwischen den Eltern und Kindern negativ beeinflusst, ist eine verbreitete Ansicht. Wie schon im Abschnitt über Hilfen im Bedarfsfall angedeutet, konnte in der Generationenstudie dafür kein Nachweis gefunden werden. Auch die direkte Frage, wie gut man sich mit dem Partner der Tochter bzw. der Partnerin des Sohnes verstehe, liefert keine Anhaltspunkte für eine Belastung dieses Verhältnisses. 60% der Eltern qualifizieren das Verhältnis als „sehr gut", weitere 27% als „durchaus gut"; nur 4% empfinden die Beziehung als „eher" oder „ganz schlecht". Für diese Beurteilung macht es keinen Unterschied aus, ob sie von Vätern oder von Müttern vorgenommen wird. Großstädter wie Dorfbewohner kommen auf ähnlich hohe Anteile in der Bewertung als gut, allerdings ist auf dem Lande (68%) noch häufiger als in der Großstadt (41%) sogar eine „sehr gute" Beziehung zu vermerken. Dementsprechend geben auch nur 4% der Eltern an, ihre Beziehung zum eigenen Kind habe sich durch das negative Verhältnis zum Schwiegerkind verschlechtert, für mehr als doppelt so viele (9%) hat sie sich dadurch sogar verbessert.

Knapp ein Viertel der Befragten gab auch Auskunft über ihr Verhältnis zu ihren Enkelkindern. Drei Viertel dieser Großeltern gaben an, dass ihnen ihre Enkelkinder sehr nahe stünden, „eher nahe" sagten weitere 12%. Ein ausgesprochen distanziertes Verhältnis war nur bei 5% der Großeltern zu registrieren. 40% sehen ihre Enkel mehrmals wöchentlich, mindestens einmal in der Woche haben 58% Kontakt mit den Enkelkindern. Die Hälfte der Befragten möchte ihre Enkelkinder öfter sehen, dieser Wunsch ist klar von der Kontakthäufigkeit mit den Enkeln abhängig: Während er von jenen, die die Enkel schon mehr-

mals wöchentlich sehen, zu 24% geäußert wird, steigt er bis auf knapp 90% bei jenen Großeltern an, die mit ihren Enkeln seltener als ein Mal pro Monat Kontakt haben.

3.6.1 Empathie: Das Sich-einfühlen-Können und das Sich-verstanden-Fühlen

Es ist nicht von vornherein selbstverständlich, dass eine von hoher wechselseitiger Zuneigung gekennzeichnete Beziehung auch ein hohes Maß an Empathie (den anderen verstehen, sich in das Gegenüber einfühlen können) aufweist. In der schon zitierten Untersuchung über das Altersbild und die Generationenbeziehungen in Österreich vor zehn Jahren beschwerten sich beispielsweise nur 2% der älteren Menschen darüber, dass ihnen zu wenig Liebe entgegengebracht würde und dass man sich zu wenig um sie kümmere, aber 25% beklagten einen Mangel an Verstehen und Einfühlung (Majce 1992: 47). Dabei handelte es sich allerdings um Aussagen über „die Jüngeren" und „die Älteren" im Allgemeinen, sie waren nicht familienbezogen und nicht auf das Verhältnis zu den eigenen Kindern gezielt.

In der Generationenstudie '98 wurden die Eltern erwachsener Kinder gefragt, ob sie fänden, dass ihr Sohn / ihre Tochter sie mit ihren Interessen, Sorgen und Problemen verstünde. Wieder konnte das Ausmaß dieses Verständnisses mittels einer Skala zwischen 0 („gar nicht") und 10 („völlig") eingestuft werden. Der Durchschnittswert lag mit 8,04 einerseits sehr hoch, andererseits doch um einen vollen Punkt niedriger als die Bewertung der Beziehung (s. o.). Auf in beiden Fällen hohem Niveau, liegt somit die Empathie doch hinter der Zuneigung.

Mütter fühlen sich signifikant mehr verstanden als Väter, wenn auch der Unterschied nicht allzu groß ist (8,22 gegenüber 7,77, der Unterschied ist immerhin statistisch signifikant). Je älter man ist, desto besser fühlt man sich von den Kindern verstanden. Im ländlichen Bereich sind die Werte um fast 1 Punkt besser als in der Großstadt. Wien fällt deutlich gegenüber allen anderen Regionen ab (6.95 Punkte), während das meiste Verständnis durch die Kinder in Niederösterreich und im Burgenland (8,54) vermutet wird.

Die erwachsenen Kinder selbst sind von ihrer Empathie für die Eltern weniger überzeugt. Die Töchter, die die Enge der Beziehung zur Mutter mit durchschnittlich 8,42 eingeschätzt hatten, kommen bei der Empathie für sie auf 7,79. Die Söhne liegen wieder tiefer, bei 7,02, der Beziehungswert lag bei 8,14 und damit signifikant höher. In den Vater fühlt man sich erwartungsgemäß schlechter ein als in die Mutter (Söhne: 6,53, Töchter: 6,39).

Insgesamt weist die Empathie die gleichen Zusammenhänge und Muster auf wie die Beziehungsnähe, aber alles auf einem etwas niedrigeren Niveau. Sie ist im Durchschnitt durchaus befriedigend bis gut, doch muss man von diesem generellen Urteil einen Teil der Väter und der Großstadtbewohner ausnehmen, die schlechte Werte erzielen.

3.6.2 Generationenneid und -wohlwollen: was man einander gönnt

Die öffentlichen Äußerungen über den zunehmend von Aufkündigung bedrohten „Generationenvertrag" lassen eigentlich das Gegenteil vermuten – narzisstische Junge und habgierige Ältere wären demnach an der Wahrung und Mehrung des je eigenen Besitzstandes zu Lasten der anderen Generation(en) orientiert. In den Familien, das zeigen schon die bisher referierten Ergebnisse, kann davon nicht die Rede sein. Hilfen werden solidarisch und ausreichend gegeben, keine Generation beklagt, von den anderen im Notfall im Stich gelassen worden zu sein. Das drückt sich aus in der Gewissheit aus, gegebenenfalls Hilfe zu erhalten. Finanzielle Notlagen und Engpässe, auch wenn sich nicht bloß kurzfristig bestehen, werden, wie gezeigt wurde, von der jeweiligen Elterngeneration aufgefangen.

Umgekehrt gönnen die erwachsenen Kinder den Eltern ihr Geld und ihren Besitz, den sie zu

www.parlament.gv.at

ihrem eigenen Komfort und Wohl verwenden sollen. Auf die Frage „Sollten Eltern (insbesondere ältere) möglichst viel von dem, was sie besitzen bzw. an Geld verdienen, eher dafür verwenden, sich selbst ein angenehmes Leben zu machen, oder sollten sie eher möglichst viel davon ihren Kindern geben, damit dies es besser und einfacher im Leben haben?“ entschieden sich vier von fünf der über 18-jährigen für die erste Alternative. Nur 14% fanden, die Eltern sollten damit hauptsächlich für ihre Kinder sorgen. Eine davon abweichende Position nehmen die Ältesten ein, von denen nur 63% die Eltern, dafür 27% die Kinder bevorzugen. Es ist aber naheliegend, davon auszugehen, dass sie als Eltern zugunsten ihrer Kinder antworten, sodass ihr Antwortverhalten ebenfalls in das Bild gegenseitigen Wohlwollens und Einander-Gönnens passt.

In den Familien scheint der Zusammenhalt der Generationen jedenfalls kaum bedroht zu sein. Es darf aber auch nicht übersehen werden, dass die Kapazitäten der Familien weitgehend ausgeschöpft sind, während demografische und soziostrukturelle Entwicklungen, wie im Abschnitt über die Pflege beschrieben, ein teils massives Anwachsen der Belastungen erwarten lassen. Nichts wäre daher falscher, als angesichts der nachweislichen „Funktionstüchtigkeit“ der gegenwärtigen Familie darauf zu bauen, dass sie auch diese künftigen Belastungen noch auffangen könnte.

3.7 Das Generationenverhältnis in der Gesellschaft: Gesellschaftspolitische Aspekte

In öffentlichen Äußerungen über das Verhältnis der Generationen wird heute üblicherweise davon ausgegangen, dass die „Generationen“ in einem tendenziell antagonistischen Konflikt insbesondere um sozial- bzw. wohlfahrtsstaatliche Ressourcen gegeneinander stünden oder dass sie durch eine meist nicht näher definierte Solidarität zusammenwirken sollten, um den Wohlfahrtsstaat aufrecht zu erhalten oder mindestens den Sozialstaat erhalten zu helfen. Wir haben es hier offenkundig mit einem völlig anderen Generationenbegriff zu tun als im bisherigen Sinn. Bei den „Generationen“ – in diesem Sinne als politisch interessensorientierte Altersgruppierungen – handelt es sich um empirisch schwer fassbare und von Politikern und Medien mehr oder minder konstruierte Gruppierungen. Sie wären durch den staatlich bestimmten und ebenso veränderbaren sogenannten „Generationenvertrag“ verflochten und gebunden (Rosenmayr / Majce 1998: 2).

Dieser – fiktive – Generationenvertrag wird heute vielfach als von Aufkündigung bedroht gesehen. Allerdings geht zunehmend in dem Maße, in dem das Generationenverhältnis ideologisch-politisch ins rhetorische Auseinandersetzungsvokabular bestimmter Lobbies, Parteien und Journalist/inn/en einbezogen wird, die ursprüngliche Bedeutung des Begriffs des Generationenvertrags verloren. Eigentlich geht es um ein sozialstaatlich-fiskalisch-rechtliches Konstrukt: „Der Generationenvertrag ist ein fiktiver ‚Solidar-Vertrag zwischen jeweils zwei Generationen‘ [...] und dient als theoretisch-institutionelle Grundlage einer im Umlageverfahren finanzierten dynamischen Rente“ (Kleinhenz 1997: 75). Eine Aufkündigung ist schon deshalb nicht möglich, weil gar kein Vertrag vorliegt – weder im öffentlich- oder privatrechtlichen, noch im moralischen Sinn, da ja der Staat über die Kontrahenten durch gesetzliche Bestimmungen verfügt (Rosenmayr / Majce 1998: 3). Amann hat zu Recht darauf hingewiesen, dass „keiner der beiden Partner [...] [als Rechtssubjekt], wie es das Bürgerliche Recht vorsehen würde, dem anderen etwas versprochen und jener es gültig angenommen [hat] – wodurch ein Vertrag ja erst zustande käme. Die beiden Vertragspartner wurden sozusagen anonym aneinandergekettet, und was sie zu leisten und zu bekommen haben, wird im Wege der legitimen Zwangsgewalt des Staates nach Inhalt und Ausmaß festgelegt und vollzogen“ (Amann 1998a). Auch

wäre zu klären, wer eigentlich die Vertragspartner sind, denn Altersgruppen, etwa „die Jungen", weisen ja einen ständig fließenden „Personalwechsel" auf und bestehen nur als soziale Kategorien dauerhaft. Zumindest aus soziologischer Perspektive darf auch bezweifelt werden, dass der fiktive Vertragsinhalt von der Mehrzahl der Betroffenen überhaupt im Sinne einer Umlagefinanzierung der Nicht-mehr-Erwerbstätigen durch die Erwerbstätigen verstanden wird. Es ist doch mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die meisten Pensionsbeitragszahler die Beitragszahlung im Sinne einer Einzahlung für das Recht auf eine eigene Pension interpretiert – schließlich erwerben sie ja auch tatsächlich einen Rechtsanspruch darauf. Eine „Aufkündigung" liefe dann auf eine Gefährdung der *eigenen* Zukunft hinaus.

Anton Amann hat zu recht kritisiert, dass die Verkürzung der gesellschaftlichen Diskussion auf diese fiskalisch-sozialpolitische Dimension des „Generationenvertrags" nicht nur sachlich zu kurz greift, sondern auch immanent auf Streit angelegt ist: „Allzu schnell entsteht dann, wie sich deutlich zeigt, die Bereitschaft, nur darauf zu sehen, was den einen weggenommen werden kann, um es den anderen zu geben" (Amann 1998b: 136f.). Konsequenterweise fordert er eine breitere Sichtweise, die den Blick öffnen könnte für die erforderlichen „neuen Gewichtungen im Generationenvertrag". Einige Erkenntnisse der Generationenstudie '98, die im folgenden Teil referiert werden, könnten dazu einen Beitrag leisten.

3.7.1 Das Bild des alten Menschen und der Gegensatz von Jung und Alt

Zwar herrscht zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern, wie in Kapitel 3.4.1 gezeigt, ein unerwartet hohes Maß an Übereinstimmung in vielen Bereichen, doch wäre es vorschnell, daraus generell auf einen weitgehenden Konsens zwischen den Generationen und Altersgruppen in der Gesellschaft zu schließen. Einerseits sorgt die Zugehörigkeit zur selben Familie über die Sozialisationsmechanismen sowie durch gemeinsame Familienwerte, soziokulturelle Homogenität der jeweiligen „Familienwelten" und vereinheitlichende Effekte der „Familienthemen"[8] für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit ähnlicher Ansichten, Werte und Lebensstile im Vergleich zu Werthaltungen und Lebensstilen, die gesellschaftliche Altersgruppen unter dem Einfluss des historischen bzw. sozialen Wandels voneinander unterscheiden (vgl. auch Knipscheer 1987: 431ff.). Zum anderen ist bei einer einigermaßen einheitlichen Richtung des Werte- und Lebensstilwandels, wie wir ihn in Österreich ja durchaus beobachten, zu erwarten, dass die Altersgruppen sich umso stärker voneinander unterscheiden, je weiter sie (kalendarisch) voneinander entfernt sind – die größten Differenzen sind demnach zwischen den Ältesten und den Jüngsten zu gewärtigen.

In einer Reihe von Untersuchungen kommt denn auch zum Ausdruck, dass Ältere und Jüngere zum Teil sehr unterschiedliche Lebensstile und Werthaltungen aufweisen, aus denen heraus die Lebensformen und Werthaltungen der jeweils anderen Generation nicht verstanden oder sogar abgelehnt werden. Eine vor kurzem in Deutschland durchgeführte Studie kommt zum Ergebnis, dass 60% der über 15-jährigen die Meinung vertreten, Jugendliche und ältere Menschen würden „zwei total verschiedene Welten" darstellen. Am stärksten stimmten dieser Ansicht die Jüngsten und die Ältesten zu (Ueltzhöffer 1999: 25f.). Das Zukunftsproblem des gesellschaftlichen Generationenverhältnisses werde nicht in einem bevorstehenden

8 „Ein Familienthema ist eine Konfiguration von Gefühlen, Motiven. Fantasien und stereotypisierten Vorverständnissen, die auf irgendeinen Brennpunkt, der in den einzelnen Familienmitgliedern jeweils eine spezifische Form annimmt, zentriert ist. Eine derartige Konfiguration enthält eine grundlegende Realitätsdefinition und dazugehörige Verhaltensstrategien. In diesen Familienthematiken muss sich ein Bündel impliziter Verhaltensmaximen der Familie [...] identifizieren lassen" (Hess / Handel 1977: 38).

www.parlament.gv.at

„Krieg der Generationen" bestehen, sondern, so der Befund jener Untersuchung, in der zunehmenden Sprach- und Verständnislosigkeit zwischen Jung und Alt. Nicht das „Gegeneinander [...], sondern ein notorischer Kommunikations- und Beziehungsmangel zwischen den Generationen" werde das Generationenverhältnis belasten. „Dies führt weniger zur Revolte der Generationen gegeneinander als zur allmählichen Verödung menschlicher Beziehungen zwischen den Angehörigen der unterschiedlichen Generationen" (Ueltzhöffer 1999: 41). Dieser Befund entspricht tendenziell dem Ergebnis unserer Untersuchung über das Altersbild und die Generationenbeziehungen in Österreich 1989, in der festgestellt wurde, dass die Sozialkontakte einen deutlichen Zug zur Altershomogenität haben: Je weiter weg sich die potentiellen Kommunikations- bzw. Interaktionspartner vom eigenen Alter befinden, desto häufiger hat man keine oder nur wenige Kontakte zu ihnen. Dabei ist die Distanz zu den „viel Älteren" noch ausgeprägter als jene zu den „viel Jüngeren". Altersheterogene Kommunikation wird demnach, wenn überhaupt, dann eher in Richtung Jugend als in Richtung Alter gepflegt (Majce 1992: 97ff.).

In Österreich führte schon 1988 das Wiener Fessel-Institut eine große Untersuchung durch, in der unter anderem die Lebensstile der Jüngeren (bis 30) und der Älteren (über 60) einander gegenübergestellt wurden (Fessel-GfK 1988). Dabei zeigte sich, dass die Lebensstiltypen der Älteren und der Jüngeren erheblich divergierten. Die ältere Generation ließ sich zu zwei Dritteln Lebensstiltypen zuordnen, die nur für 15% der Jungen zutrafen (Fessel-GfK 1988: Bd. 1). Umgekehrt waren für die Hälfte aller Jüngeren Lebensstile charakteristisch, die nur für 5% der älteren Generation zutrafen – eine deutliche Trennung der Jungen und der Alten nach Lebensstilen, Orientierungen und Werthaltungen.

Die Lebensstile der Jungen waren vor allem charakterisiert durch Lockerheit im Finanziellen (wenig planend, Konsum geht vor Sparen) und in der Arbeitsethik (Genuss und Lust geht vor Disziplin und Ordnung), in den Bereichen Partnerschaft, Sexualität und Erziehung wurde eine sehr liberale Orientierung vertreten.[9] Die Lebensstile der Älteren repräsentierten, so lässt sich zusammenfassen, das präzise Gegenteil der „jungen Lebensstile": Ordnung, Planung, Sparsamkeit, Konsumbescheidenheit, Arbeitsethik, eher lustfeindliche asketische Grundhaltung, strenge Sexualmoral, sehr traditionelle Geschlechtsrollenvorstellungen.

Solchen Lebensstil-Unterschieden gingen wir 1989 in der Studie über „Altersbilder und Generationenbeziehungen" nach (Majce 1992). Dabei wurden zur Selbst- und Fremdcharakterisierung der Altersgruppen sogenannte „Polaritätsprofile" verwendet. In diesen wurde eine Reihe von Gegensatzpaaren (Eigenschaften) präsentiert, wobei die Befragten die Möglichkeit hatten, einerseits sich, andererseits „den typischen älteren Menschen" auf einer Skala mit 7 Punkten je nach Nähe zu diesen Polaritäten zu positionieren. Das Profil wurde mit dem Kommentar präsentiert: „*Auf dieser Karte stehen einige gegensätzliche Eigenschaften. Trifft die linke Eigenschaft auf Sie persönlich voll und ganz zu, so vergeben Sie eine 1, trifft die rechte Eigenschaft voll und ganz zu, vergeben Sie eine 7. Dazwischen können Sie fein abstufen.*" Für das Fremdbild des älteren Menschen wurde die Vorgabe gewählt: „*Auf dieser Karte stehen einige*

9 Wie zur Bestätigung der Aktualität dieser Diagnose erscheint in der Tageszeitung STANDARD am 10.7.1999 die Kurznotiz über ein Umfrageergebnis: „Das Linzer Meinungsforschungsinstitut ‚market' hat in einer repräsentativen Umfrage die Vorlieben der österreichischen Jugendlichen erhoben. Die 15-bis 29-jährigen halten Handys (94 Prozent), Internet (90) und Zungenpiercing (81) für ‚cool'. Beinahe genauso wichtig sind Markenkleidung, Fitnessstudio und schnelle Autos. Für jeweils mehr als neun von zehn Adoleszenten sind ‚Spass haben', Ausgehen und Freunde ‚in'. Politiker, Kirche, Sparsamkeit führen dagegen in der ‚Out'-Rangliste vor Bescheidenheit und Heiraten.(chr)" (DER STANDARD, 10.7.1999).

grundsätzliche Eigenschaften, mit denen Sie Ihren durchschnittlichen Eindruck von den älteren Menschen einstufen können." Das Fremdbild wurde mit demselben Profil erhoben wie das Selbstbild. Die Polaritäten lauteten im einzelnen (hier für das Selbstbild; das Fremdbild „ältere Menschen" wurde sinngemäß analog formuliert):

kämpferisch	-	sanft
nachgiebig	-	setze mich durch
ruhig	-	unruhig
anspruchsvoll	-	genügsam
bescheiden	-	fordernd
am Bewährten orientiert	-	am Neuen orientiert
kompliziert	-	einfach
beschäftige mich gern mit mir selber	-	beschäftige mich mit anderen Menschen
streng gegen mich	-	gönne mir etwas
leicht zufriedenzustellen	-	schwer zufriedenzustellen
stark	-	schwach
locker	-	gewissenhaft

Bei der Analyse wurden vier Profile unterschieden: (1) Die Selbsteinstufung der Jüngeren (bis 40-jährige): „Selbstbild Jüngere"; (2) die Selbsteinstufung der Älteren (über 60-jährige): „Selbstbild Ältere"; (3) das Bild, das die Jüngeren von den älteren Menschen hatten: „Altenfremdbild Jüngere"; und (4) das Bild, das die Älteren von „dem älteren Menschen" (nicht von sich!) hatten: „Altenfremdbild Ältere".

Ein altersgruppenbezogener Vergleich dieser vier Profile ließ zunächst erkennen, dass das Selbstbild der Jüngeren von allen anderen Profilen abwich. Die stärksten Differenzen bestanden darin, dass sich die Jüngeren in viel höherem Maße als *anspruchsvoll, weniger bescheiden* und insbesondere *am Neuen orientiert* sahen; nicht ganz so große, aber immer noch statistisch gesicherte Unterschiede insbesondere zum Altenfremdbild waren diese: Die Jüngeren sahen sich eher als *kämpferisch*, eher *an anderen als an sich selbst orientiert*[10], *gönnten sich eher etwas*, empfanden sich eher als *stark* und als *weniger gewissenhaft*. Dieses Selbstbild vermittelte den Eindruck einer Mischung aus postindustrieller Wertprägung und traditionellem Jugendideal (kämpferisch, stark, fordernd).

Bemerkenswert erschien auch die Abweichung des Selbstbildes der älteren Menschen von ihrem Altenfremdbild (also, wie sie den „typischen" alten Menschen sahen, mit dem sie sich nicht notwendigerweise identifizieren müssen), denn bei weitgehender Ähnlichkeit der beiden Profile sahen sich persönlich die älteren Menschen als *noch wesentlich einfacher und leichter zufriedenzustellen*, als sie es von „den Alten" ohnehin schon vermuteten. Sie stuften sich selbst als *noch etwas genügsamer, bescheidener und gewissenhafter* ein als den durchschnittlichen älteren Menschen (allgemein zu Altersbildern: Kap. 13.2).

10 Was nicht ohne weiteres als „altruistischer" interpretiert werden darf. Mindestens ebenso naheliegend wäre etwa die Deutung der vermehrten „Außenleitung", die in den 50er Jahren von David Riesmann vorgeschlagen wurde. Im Gegensatz zur „Innenleitung" besteht die „Außenleitung" in einem Angewiesensein auf Orientierung an anderen bezüglich des „richtigen" Verhaltens, statt einem „inneren Kompass" vertrauen zu können (vgl. Riesman et al. 1958: 120ff.).

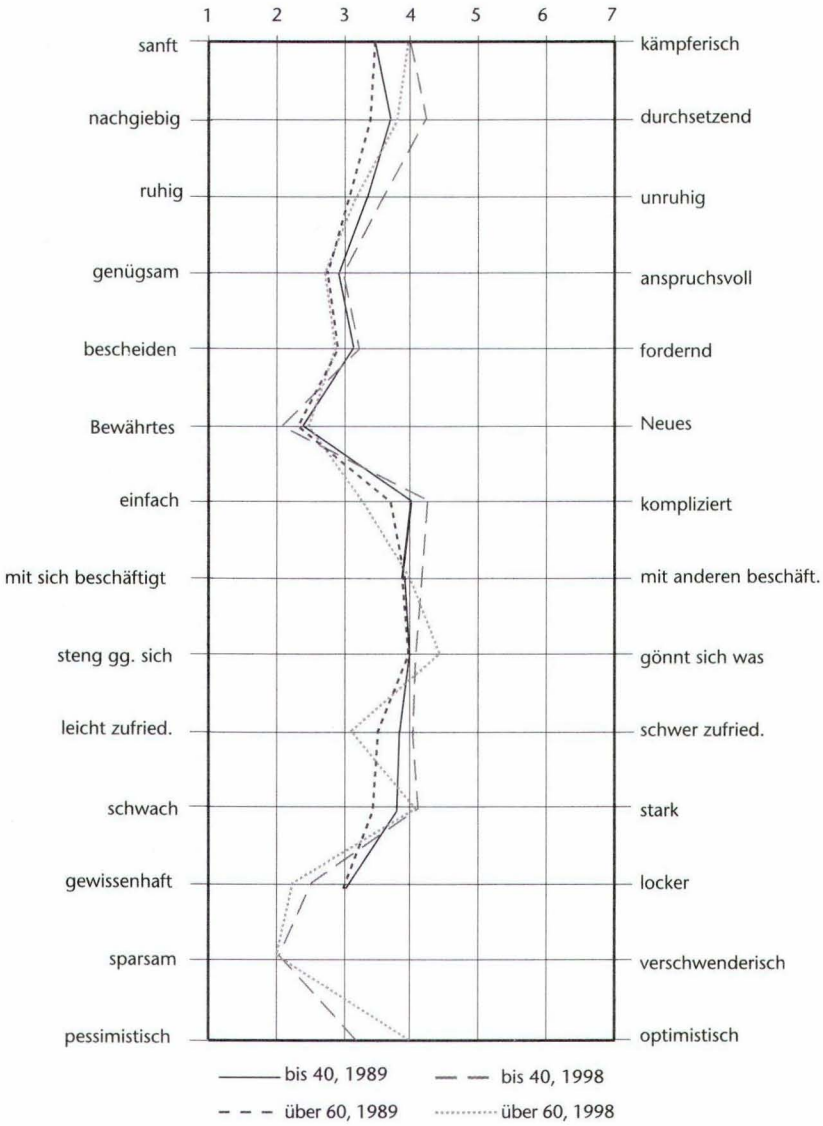
Die Alten und die bis 40-jährigen entwarfen nahezu identische Fremdbilder vom „durchschnittlichen" älteren Menschen. Aus dieser einheitlichen Charakterisierung ist zu folgern, dass, wer einmal im sozialen Definitionsprozess als „älterer Mensch" etikettiert ist, mit einer standardisierten Begegnungsform quer durch alle Altersgruppen rechnen muss. Auf der Grundlage des Polaritätsprofils war der ältere Mensch übereinstimmend dadurch gekennzeichnet, dass er als besonders *genügsam, bescheiden, traditionalistisch und gewissenhaft* erschien, zudem als *ruhig, leicht zufriedenzustellen* und *schwach*. Das sind deutlich die Attribute des herkömmlichen Altenstereotyps und Elemente des „Defizitmodells". Sie lassen die gegenwärtige Altengeneration als eine äußerst „pflegeleichte" Gruppe erscheinen.

Zehn Jahre später wurde in der Generationenstudie '98 das Polaritätsprofil – allerdings nur das *Fremdbild für die alten Menschen* – wieder erhoben, um einen etwaigen Wandel im Image der älteren Menschen zu erfassen. Der Vergleich der Ergebnisse des Jahres 1989 mit jenen des Jahres 1998 zeigt eine erstaunliche Stabilität dieses Bildes. Grafik 1 (nächste Seite) lässt auch erkennen, dass mit wenigen Ausnahmen Junge wie Alte den durchschnittlichen alten Menschen sehr ähnlich wahrnehmen. Als am kennzeichnendsten werden die Eigenschaften „sparsam", „gewissenhaft", „am Bewährten orientiert", „genügsam" und „bescheiden" empfunden, wobei – mit Ausnahme des Konservativismus – die über 60-jährigen die entsprechende Eigenschaft jeweils noch ausgeprägter zuordnen als die bis 40-jährigen. Die größten Diskrepanzen zwischen den Altersgruppen in der Einschätzung des alten Menschen sind in bezug auf die Polarität „einfach – kompliziert" festzustellen – die Jüngeren stufen den alten Menschen eher als kompliziert, die Älteren als einfach ein. Die über 60-jährigen sind überdies viel eher als die unter 40-jährigen der Meinung, die alten Menschen seien leicht zufriedenzustellen. Dies sind allerdings die einzigen erwähnenswerten Meinungsdifferenzen.

Wenngleich das Bild vom alten Menschen über zehn Jahre hinweg ziemlich das gleiche blieb, sind einige Tendenzen zur Veränderungen nicht zu übersehen. Obwohl die Alten immer noch als eher sanft denn kämpferisch gelten, sehen Alte wie Junge sie heute merklich *kämpferischer* als vor zehn Jahren. Lag 1989 das Bild des alten Menschen näher zur Nachgiebigkeit als zur Durchsetzung, so sehen 1998 beide Altersgruppen die Alten *durchsetzungsorientierter* – die Jungen stärker als die Älteren. Den stärksten Wandel beobachten wir auf der „schwach – stark"-Dimension: Es ist eine signifikante Tendenz zu mehr *Stärke* zu registrieren. Schließlich schätzen auch beide Altersgruppen den alten Menschen 1998 als noch *gewissenhafter* (versus locker) ein als zehn Jahre zuvor. Insgesamt eine unspektakuläre, nichtsdestoweniger sichtbare Akzentuierung des Bildes des alten Menschen, in der sich sein Image vom Defizitmodell etwas absetzt und eine selbstbewusster werdende Altengeneration ankündigt.

Die Generationenstudie Österreich '98 ging auch der Frage nach, welche Beziehungsbereiche im intergenerationellen Kontext am stärksten als befriedigend bzw. unbefriedigend empfunden werden. Es wurde danach gefragt, welche Beziehungsqualitäten von der jeweils anderen Generation am ehesten in befriedigendem Maße geboten würden. Beide Kontrahentengenerationen, die Jungen wie die Alten, konzedierten einander am ehesten *Hilfsbereitschaft*: 57% der bis 30-jährigen gaben an, von den Alten würde ihnen Hilfsbereitschaft in ausreichendem Maße entgegengebracht werden, und dasselbe sagten 47% der über 60-jährigen in Bezug auf die Jungen. Dennoch werden die damit verwandten, aber teils intensiveren, teils dauerhafteren und verbindlicheren Haltungen der *Solidarität* und der *Opferbereitschaft* wechselseitig mehrheitlich vermisst. Nur 15% der Jungen und 18% der Älteren (60+) nehmen eine ausreichende Haltung der Solidarität seitens der jeweils anderen Generation im gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang wahr, und gar nur 13% der über 60-jähri-

Grafik 3.1:
Polaritätsprofil „Älterer Mensch" – Aus der Sicht der 18-40-jährigen und aus der Sicht der über 60-jährigen, Österreich 1989 und 1998



www.parlament.gv.at

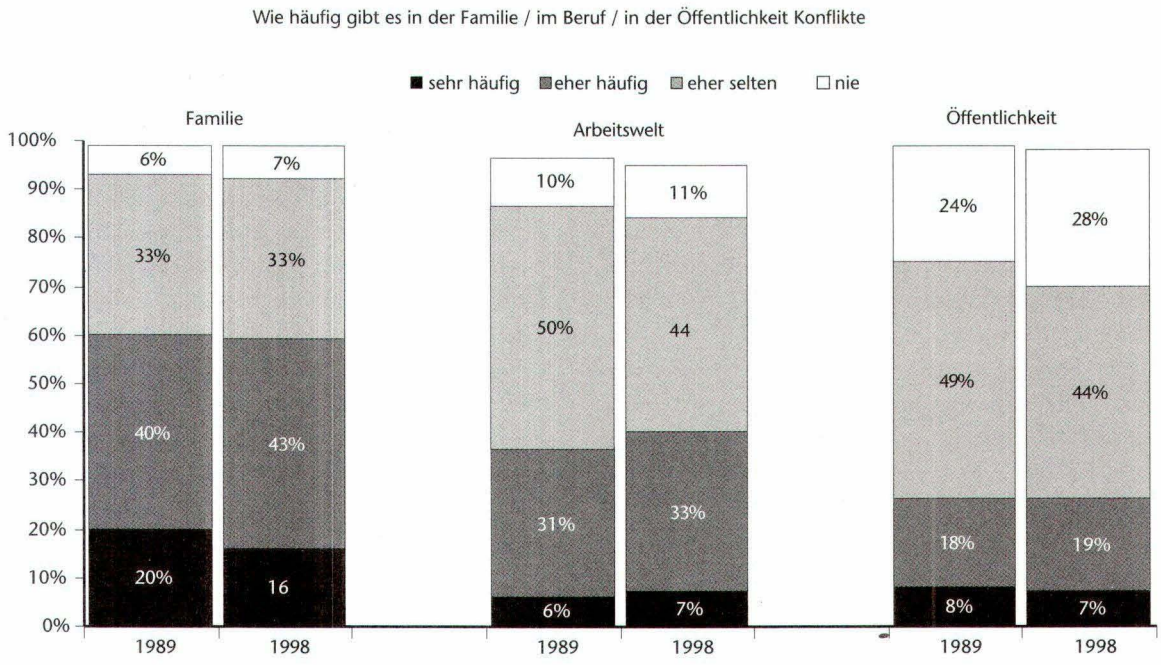
gen gestehen den Jungen Opferbereitschaft zu. Die Jungen wiederum fühlen sich von der älteren Generation in besonders hohem Maße *nicht respektiert* (nur 15% empfinden die Haltung der Alten als zufriedenstellend). Sowohl der *emotionale Beziehungsaspekt* (gefühlsmäßige Anteilnahme, Liebe) als auch der *empathische* (Verstehen, Interesse und Aufmerksamkeit) wird in der Beziehung zueinander nur von Minderheiten positiv bewertet.

Allerdings wurde in der Untersuchung auch festgestellt, dass zwischen den Generationen, insbesondere zwischen Jungen und Alten, keine Feindseligkeit herrscht (siehe weiter unten). Insofern sind diese Ergebnisse als Defizite an positiver Beziehungsqualität, aber nicht als negative Indikatoren für zentrifugale Mechanismen zu interpretieren.

3.7.2 Konfliktbereiche im gesellschaftlichen Generationenverhältnis

Für die drei großen sozialen Bereiche Familie, Arbeitswelt und „Öffentlichkeit" (als dem allgemeinen Begegnungsort einander Fremder) wurde untersucht, welches Ausmaß an Spannung zwischen den Generationen jeweils wahrgenommen wird. Um Hinweise auf Veränderungen in den letzten zehn Jahren im Generationenverhältnis feststellen zu können, wurde wie schon in der Studie 1989 die Frage gestellt: „Zwischen Alt und Jung kann es zu Konflikten und Verständnisschwierigkeiten kommen. Sagen Sie mit bitte zu jedem der nachfolgenden Lebensbereiche, wo es Ihrer Erfahrung nach sehr häufig, eher häufig, eher selten oder nie Konflikte zwischen der älteren und jüngeren Generation gibt." Grafik 3.2 zeigt, dass die Familie als „Konfliktort" weit vor der Arbeitswelt und die-

Grafik 3.2:
Häufigkeit von Konflikten zwischen Alt und Jung in verschiedenen Lebensbereichen Österreich 1989 (n=1.500) und 1998 (n=1.000)



se merklich vor der anonymen Öffentlichkeit führt. An diesem Ergebnis überrascht die große Stabilität der Antwortverteilung über einen Zeitraum von zehn Jahren hinweg: 1989 meinten 60% der erwachsenen Bevölkerung, in den Familien gebe es zumindest eher häufig Konflikte zwischen den Generationen, 1998 waren es 59%; in der Arbeitswelt sahen 1989 37% eher oder sehr häufig Alt-Jung-Konflikte, zehn Jahre später antworteten 40% entsprechend; und sowohl 1989 als auch 1998 waren 26% der Meinung, in der anonymen Öffentlichkeit träten häufig Konflikte zwischen den Generationen auf. Wie immer man die Frequenzen an sich interpretiert, eine *Zunahme* der Spannungen zwischen den Generationen hat offenbar nicht stattgefunden.

3.7.2.1 Konfliktfeld Familie

Die Familie als jener Bereich, in dem bei weitem am häufigsten Spannungen zwischen den Generationen wahrgenommen werden – wie verträgt sich ein solcher Befund mit dem oben festgestellten ausgeprägten Solidaritätsverhalten und der berichteten engen Beziehung zwischen Eltern und erwachsenen Kindern?

Zum einen ist zu bedenken, dass die Frage nicht auf die *eigene* Familie bezogen war; tut man dies (siehe Kapitel 3.4.2), dann gehen die angegebenen Konflikthäufigkeiten stark zurück – teils, weil die Respondenten über sich selbst positiver zu berichten tendieren, teils, weil sie sich bei der Beantwortung der allgemein gefassten Frage von Bildern und Vorurteilen leiten lassen, die die öffentliche Meinung prägen, während sie bei persönlich gehaltenen Formulierungen ihre eigenen, konkreten Beziehungen bewerten. Dementsprechend stößt man bei Umfragen auf eine typische „Wahrnehmungsschere": „Die Angehörigen aller Altersgruppen (neigen) dazu, das eigene Verhältnis zur älteren Generation (die Jüngeren) bzw. zur jüngeren Generation (die Älteren) wesentlich besser zu beurteilen als das allgemeine Verhältnis zwischen Jung und Alt" (Ueltzhöffer 1999: 31). Die deutsche SIGMA-Studie kam beispielsweise auf einen relativ schlechten Notendurchschnitt von 3,5 beim Urteil über die allgemeine Lage im Generationenverhältnis, aber auf die gute Note von 2,2 beim persönlichen Verhältnis zur älteren Generation (Ueltzhöffer 1999: 31).

Zum anderen befindet sich die moderne Familie in einer Situation, in der beides zugleich möglich, wahrscheinlich sogar unvermeidlich ist. Ein hohes Konfliktpotential und emotionale Nähe sowie gegenseitige Stützung und Hilfe in der Familie bestehen einfach zwangsläufig nebeneinander. Mit den „Funktionsentlastungen" (Mitterauer 1977) im Verlauf der letzten Jahrhunderte wurde die Familie zunehmend zu einem emotionalen Zentrum und Spielfeld positiver und negativer Gefühle, sodass sich damit auch die Ambivalenz intensivieren musste, die heute das Familienklima prägt. Edward Shorter hat diesen Vorgang als die „Erwärmung des familiären Binnenklimas" bezeichnet. Auch emanzipatorische Tendenzen, von der „größeren Freiheit in der Gestaltung des familialen Zusammenlebens„ (Mitterauer 1977: 116) über die „Familie à la carte" (Rosenmayr 1990: 168ff.) bis zu den wachsenden Scheidungsziffern und neuen Zusammenlebensformen, sind darin impliziert. Ein hohes Maß an intergenerationellen Konflikten bei gleichzeitiger Wechselseitigkeit und Hilfe im Bedarfsfall und einem durchaus beachtlichen Kontaktniveau ist bloß Ausdruck dieser Ambivalenz, innerhalb derer sich die Bindungen bisher als außerordentlich tragfähig erwiesen. Der traditionelle Wert der Familie gilt offenbar auch dann noch, wenn sich familiale Verhaltensformen (wie die wachsende Scheidungsneigung) schon massiv gewandelt haben (Schulz 1992: 193, Schulz 1996: 149). Ebenso ist bei Beurteilungen der Familie zu berücksichtigen, dass sich heute mit ihr ganz andere Vorstellungen verbinden als früher – jene zum Beispiel, die Familie heute weniger als ein monolithisches Ganzes gesehen wird, das als Einheit zu „funktionieren" habe, sondern als eine Vernetzung von Teilbeziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern (Schulz 1983).

www.parlament.gv.at

Ältere Menschen (60+) nehmen familiale Generationenkonflikte deutlich seltener wahr als alle anderen Altersgruppen. Während die bis 60-jährigen zu mindestens 60% solche Spannungen sehen, sind es unter den über 60-jährigen nur 40%. Das mag einerseits auf die bekannte harmonistische Tendenz Älterer, die Familienbeziehungen darzustellen, zurückzuführen sein, es entspricht aber auch insofern den Tatsachen, als sie die am wenigsten in Generationenkonflikte involvierten Familienmitglieder sind. Von allen, die überhaupt davon ausgehen, dass es in den Familien Spannungen zwischen den Generationen gibt, meinen 53%, die am häufigsten an solchen Spannungen beteiligte Generation seien die Jugendlichen (bis 18-jährigen), an zweiter Stelle folgen die jungen Erwachsenen (18-35-jährigen). Nur 6% sehen die jüngeren Senioren (60-75-jährigen) als hauptsächlich in familiale Generationenkonflikte verwickelt, weitere 4% meinen das von den Alten (über 75-jährigen). Während sich in Bezug auf die geringe Involvierung der älteren Generation alle Altersgruppen einig sind, sehen viel mehr Junge als Ältere die Jugendlichen als Hauptbeteiligte. Wenn also von Generationenkonflikten in den Familien die Rede ist, so ist im Alltagsverständnis nicht eine Auseinandersetzungen zwischen Jung und Alt gemeint, sondern viel mehr die Konflikte zwischen Jugendlichen und ihren Eltern, wie sie im Ablösungsprozess durchaus üblich und verständlich sind. Dieser Befund macht aber auch darauf aufmerksam, dass man bei der Verwendung des Begriffs „Generationenkonflikt" differenzieren – und den Kontext berücksichtigen – muss, um nicht zu falschen Generalisierungen zu gelangen.

3.7.2.2 Konfliktfeld Arbeitswelt

40% der erwachsenen Bevölkerung Österreichs sind der Ansicht, im Beruf bzw. in der Arbeitswelt käme es häufig zu Konflikten zwischen den Älteren und den Jüngeren. In diesem Bereich spielen die über 60-jährigen verständlicherweise kaum eine Rolle als Konfliktkontrahenten – nur 3% aller Befragten, die überhaupt von Konflikten in diesem Bereich ausgehen, nennen sie. Als die am stärksten beteiligte Altersgruppe erweist sich hier die der jungen Erwachsen, die von einem Drittel aller 18+jährigen angegeben wird; von jeweils 22% werden an zweiter Stelle einerseits wieder die Jugendlichen, andererseits die mittlere Generation (35-60-jährige) genannt. Das Geschlecht der Befragten macht für die Beantwortung dieser Frage keinen Unterschied aus.

Hinweise auf die Motive für die Spannungen zwischen Älteren und Jüngeren in der Arbeitswelt liefert ein Blick auf den Zusammenhang der Häufigkeit der Nennung von Konflikten mit der Schulbildung der Befragten: Je höher die Schulbildung, desto eher tendiert man dazu, solche Konflikte zu sehen, und zwar unabhängig vom Alter. Es liegt damit die Vermutung nahe, dass Generationenkonflikte umso eher wahrscheinlich werden, je stärker die Karriereorientierung ausgeprägt ist (die Karrierewege verlaufen umso steiler, je höher der Qualifikationsgrad ist) bzw. je mehr Karrierechancen vorhanden sind. Diese Vermutung wird bestärkt durch die Antworten auf die Frage an die Berufstätigen, ob sie das Gefühl hätten, „dass sie in ihrem Beruf bzw. auf ihrem Karriereweg von älteren Kollegen oder Kolleginnen gebremst oder behindert würden, und zwar speziell aufgrund des Alters". Nur 2% der Personen mit reiner Pflichtschulbildung, aber 13% jener mit Lehre oder Fachschulbildung und 20% der Maturanten äußerten sich zustimmend.

Andererseits konnte die Studie keine Belege für die weit verbreitete Überzeugung erbringen, dass in der Arbeitswelt ein starker Verdrängungswettbewerb im Sinne eines Hinausdrängens der Älteren durch die Jüngeren herrscht. 87% aller Berufstätigen antworteten mit „nein" oder „eher nein" auf die Frage, ob es in ihrem Beruf bzw. auf ihrem Posten Konkurrenzdruck durch jüngere Kollegen oder Kolleginnen gebe, sodass sie sich durch Jüngere bedrängt oder bedroht fühlten. Die älteren Berufstätigen unterschieden sich mit 84% (46-60-jährige) nicht vom Durchschnitt. Auch der

www.parlament.gv.at

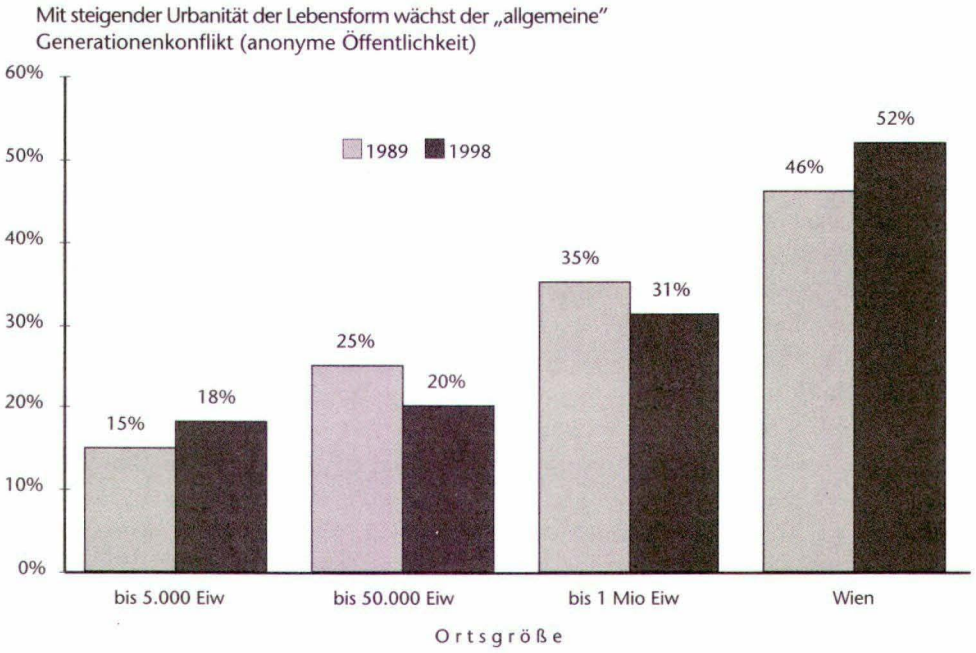
Prozentsatz derer, die seitens des Betriebs von den Vorgesetzten oder der Betriebsleitung über negative Anspielungen oder Druck wegen ihres Alters klagten, war mit 5% außerordentlich gering, und die Älteren (46-60-jährigen) wichen mit 8% nur geringfügig vom Durchschnitt nach oben ab. Und jeweils über 90% der älteren Arbeitnehmer, die kurz vor der Pension standen, sowie der Pensionisten gaben an, es wäre im Betrieb kein Druck auf sie ausgeübt worden, bald in Pension zu gehen (wegen der relativ geringen Fallzahl der unmittelbar vor der Pensionierung Stehenden von n=99 muss man mit einer „Hochrechnung" des Ergebnisses allerdings vorsichtig sein). (vgl. dazu auch: Kap. 8.4) Es scheint sich hier um das gleiche Phänomen der Wahrnehmungsschere zu handeln wie um das bei der Familie genannte, dass nämlich die Vermutung über die allgemeine Situation deutlich negativer ausfällt als das Urteil über die eigene Situation.

3.7.2.3 Konfliktfeld (anonyme) Öffentlichkeit

Die geringste Nennungshäufigkeit der Konfliktbereiche wies „die Öffentlichkeit" (auf der Straße, beim Einkaufen etc.) mit 7% „sehr häufig" und 19% „eher häufig" auf. Das scheint, gemessen an den zahlreichen Zeitdiagnosen, gering. Gerade vom anonymen Begegnungsraum der Generationen, vom Aufeinandertreffen einander fremder Personen, war zu erwarten gewesen, dass hier ein Gefecht der wechselseitigen Vorurteile mit seinem erheblichen Konfliktpotential stattfände.

Im Grunde trifft das auch durchaus zu, das erwartete Muster enthüllt sich bei der Zusammenschau mit der Ortsgröße. Die nachstehende Grafik 3.3 zeigt einerseits wieder die bemerkenswerte Stabilität der Ergebnisse über zehn Jahre hinweg, andererseits den sehr klaren Zusammenhang zwischen Ortsgröße und Generationenkonflikt in der

Grafik 3.3:
Generationenkonflikt in der Öffentlichkeit, nach Ortsgröße Österreich 1989 (n=1.500) und 1998 (n=1.000)



www.parlament.gv.at

anonymen Öffentlichkeit. In Ortschaften mit höchstens 5.000 Einwohnern sehen nur 18% einen solchen Konflikt; es folgt ein Anstieg dieser Generationenkonfliktform mit wachsender Ortsgröße bis Wien, wo die Hälfte der Bewohner/Innen über Probleme im „öffentlichen" Generationenverhältnis berichtet. Die Erklärung für dieses Phänomen scheint nahezuliegen: Je weniger man einander kennt (und die Chance auf Begegnungen dieser Art wächst natürlich mit der Ortsgröße), desto eher werden die typisierenden Klischeevorstellungen, Stereotype und Vorurteile wirksam. Im Falle von negativ getönten Klischees führt das notwendigerweise zum Anwachsen von Spannungen.

Dieses letztere Ergebnis: dass der Generationenkonflikt in hohem Maße ein urbanes Phänomen ist, gilt im übrigen auch für die beiden anderen Bereiche, die Familie und die Arbeitswelt. Je größer der Ort, je urbanisierter das Siedlungsgebiet, desto häufiger wird in allen Bereichen, unabhängig von sonstigen Einflussfaktoren, über Spannungen zwischen Alt und Jung berichtet.

3.7.3 Zwischen Altenfeindlichkeit und friedlicher Koexistenz der Generationen

3.7.3.1 „Ageism"

Dass Interessenunterschiede zwischen den Altersgruppen / Generationen in der Gesellschaft bestehen, ist nicht zu bestreiten. Allein infolge der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Konkurrenz um knappe Mittel werden sie wohl auch an Schärfe zunehmen. Welches Ausmaß sie annehmen, in welcher Form sie zum Ausdruck kommen werden, hängt aber wesentlich davon ab, wie Politik und Medien damit umgehen werden. Reimer Gronemeyer hat in seinem Buch über den künftigen „Krieg der Jungen gegen die Alten" vorgeführt, mit welcher Art von Stilisierung des Interessengegensatzes ein solcher Generationenkrieg herbeigeredet werden könnte:

„Was wird geschehen, wenn 100 Berufstätige 132 Rentner unterhalten sollen? [...] Was soll die Jungen daran hindern, den Generationenvertrag zu kündigen? Jetzt, am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts, werden die Alten entdeckt als eine Schar sozial Obdachloser, denen die Familie keinen Zufluchtsort mehr bietet, als ein graues Heer von Abgabensaugern, die ein Riesenstück für sich fordern von einem Kuchen, an dem sie nicht mitbacken. Die Entwicklung läuft auf eine Explosion zu: Die Jungen mögen sich noch so ereifern über das ‚Anspruchsdenken' der Alten, diese aber stellen bald die Mehrheit. Wenn sie sich organisieren, sind die Jungen ihnen ausgeliefert. Mit parlamentarischen Mitteln könnten die Jungen ihre Lage nicht ändern. Sie sollen immer mehr von ihrem Einkommen abtreten, und sie werden politisch überrollt. Das kann nicht gutgehen" (Gronemeyer 1989: 126).

Tatsächlich ist schwer abzusehen, wie künftige Pensionisten auf eine Beschneidung ihrer Pensionsansprüche und die Erwerbstätigen auf eine massive Erhöhung der Sozialabgaben reagieren würden. Anzeichen von Altenfeindlichkeit, „ageism" (ein dem „racism" – Rassismus – nachgebildeter Begriff), gab es in den USA schon Anfang der 70er Jahre (Neugarten 1970, Binstock 1983: 136ff.). Dieser „ageism" argumentiert, die Alten würden mit ständig wachsenden Ansprüchen an den Staat dessen wirtschaftlichen Handlungsspielraum auf Kosten aller anderen Bevölkerungsgruppen belasten. Am Beispiel der USA lässt sich auch illustrieren, dass sich hinter einem vorgeschobenen und medial so aufbereiteten „Generationenkonflikt" ganz andere Interessen und Gruppen verbergen können: Mitte der 80er Jahre wurde eine einflussreiche Bewegung gegründet, die sich um die gegenüber den Alten benachteiligten anderen Bevölkerungsgruppen zu kümmern behauptete, um wieder „intergenerationelle Gerechtigkeit" herzustellen: AGE (Americans for Generational Equity). Zentrale Botschaft von AGE war, dass die Alten zu mächtig würden und zu kostspielig wären. Politökonomisch interessant im Hinblick auf AGE ist

www.parlament.gv.at

allerdings die Tatsache, dass 75% ihres Budgets von Firmen wie General Dynamics, Rockwell International, TRW, U.S. Steel und ITT stammten – alles Konzerne, die nach S. Kaplan großes Interesse daran hatten, die politische Diskussion vom Thema Verteidigungsausgaben und Besteuerung der Konzerne auf Themen wie Social Security und Alte umzudirigieren (Kaplan 1987). Weitere Unterstützung für AGE kam von Banken und Versicherungsgesellschaften, die in Form von vermehrten privaten Pensionsvorsorgen von jeglicher Einschränkung der Social Security profitieren würden (Wisensale 1988: 774). Altenfeindlichkeit hat also gewiss nicht allein generationsspezifische Ursachen, nichtsdestoweniger können andere Interessen allfällige Generationenspannungen relativ leicht für ihre Zwecke mobilisieren – nicht zuletzt politische Parteien mit jungem Wählerpotential, Zeitschriften und Zeitungen mit jungen Zielgruppen.

Zwar konnte in Österreich noch lange, nachdem der „ageism" auch Europa erreicht hatte (für England vgl. Minkler / Robertson 1991; für Deutschland: Seul 1989), keine Altenfeindlichkeit beobachtet werden, doch gab insbesondere die Diskussion um die künftige Finanzierbarkeit der Pensionen auch Anlass zu Negativdarstellungen in einzelnen Medien, die durchaus geeignet sind, Altenfeindlichkeit anzuheizen.[11] Lässt sich die Bevölkerung – oder lassen sich bestimmte Gruppen in ihr – von solchen Äußerungen beeinflussen? Welche Rolle spielen nach Meinung der Bevölkerung die Massenmedien für das Verhältnis zwischen den Generationen bzw. Altersgruppen?

Die Rolle der Massenmedien im Urteil der Bevölkerung

In der Generationenstudie wurde sowohl in Bezug auf das Generationenverhältnis im allgemeinen als auch in Bezug auf die Generationenbeziehung in der Familie die Frage gestellt, wie sich nach Meinung der Befragten die Berichte und Geschichten in Zeitungen und im Fernsehen auswirkten. Das Urteil fiel überwiegend ungünstig aus: 57% vertraten die Ansicht, die Medien hätten einen „eher" oder „sehr negativen" Einfluss auf das Generationenverhältnis, also das Verhältnis der gesellschaftlichen Altersgruppen zueinander. Nur 12% nahmen einen eher positiven Einfluss wahr, niemand einen sehr positiven; jede/r Fünfte sah keinen nennenswerten Einfluss der Medien. Besonders bemerkenswert an diesem Ergebnis ist, dass die jüngeren Bevölkerungsgruppen keineswegs günstiger für die Medien urteilten – auch von den unter 30-jährigen beurteilen 57% die Medien negativ und nur 12% positiv. Je höher die Schulbildung, desto kritischer war die Haltung gegenüber den Medien: 52% der Personen mit maximal Volks- / Hauptschulbildung, 54% derer mit Berufsschulabschluss, 61% der Absolventen von berufsbildenden mittleren Schulen und Fachschulen, 71% der Maturant/inn/en und 64% der Akademiker/Innen meinten, die Medien hätten negativen Einfluss.

Den Zeitungen, Zeitschriften und Fernsehen wird nicht nur ein negativer Effekt auf das Generationenverhältnis, sondern auch auf die Beziehungen zwischen den Generationen in der Familie unterstellt. Die Hälfte der 18+jährigen sahen auch hier einen negativen Einfluss, nur 11% konnten an den Medien eine positive Wirkung abgewinnen.

Ein gewisser Alterseffekt ist zu beobachten: Etwas mehr Jüngere als Ältere (14% der bis 30-jäh-

11 Im November 1989 erschien beispielsweise in einem Wochenmagazin ein Artikel unter dem Titel „Das Diktat der Alten" (Schmid / Meinhard 1998), in dem unter anderem eine Sozialwissenschaftlerin mit dem Satz zitiert wird: „Wenn einer im Pflegeheim liegt, kann er immer noch Dinge mitentscheiden, die ihn nie betreffen werden, während Jugendliche bei der Gestaltung ihrer eigenen Zukunft nichts mitzureden haben" (Sigrid Pilz in Schmid / Meinhard 1998: 24). Drei Jahre zuvor hatte die deutsche Journalistin Schüller in ihrem Buch „Die Alterslüge" bereits zur Interessenswahrung der Jungen gefordert, die politische Partizipation neu zu überdenken: „Von der Herabsetzung des Wahlalters bis hin zu der Überlegung, ob das aktive und passive Wahlrecht nach oben limitiert wird, darf kein Lösungsansatz von vornherein ausgeklammert werden" (Schüller 1995).

rigen, 11-12% der 31-60-jährigen, 9% der über 60-jährigen) gewinnen den Medien einen eher positiven Einfluss ab, „nur" 43% der Jüngsten, aber 54% der Ältesten sehen einen eher oder sehr negativen Einfluss. Der sonst wiederholt festgestellte Stadt-Land-Unterschied ist bei der Beurteilung des Medieneinflusses nicht festzustellen.

3.7.3.2 Friedliche Koexistenz der Generationen

Dass ein großer Teil der österreichischen Bevölkerung Spannungen zwischen den Generationen bzw. Altersgruppen wahrnimmt, bedeutet nicht, wie wir gezeigt haben, dass die ältere Generation besonders in solche Konflikte involviert wäre. Vielmehr ist gesamtgesellschaftlich von einem kommunikationsarmen und nicht von einem feindseligen Verhältnis auszugehen, von einem Leben in verschiedenen Welten nebeneinander (vgl. Kapitel 3.6.1).

Prinzipiell ist die Atmosphäre von Fairness geprägt. Herrschten Animositäten und Gruppenegoismus vor, dann wäre zu erwarten, dass die Kontrahentengenerationen einander die Schuld an Konflikten zuschreiben. Aber schon in der Untersuchung im Jahr 1989 war von einer derartigen Haltung erstaunlich wenig zu merken gewesen, nicht weniger als 80% der Befragten hatten die Meinung vertreten, „wenn es heute zu Konflikten und Verständnisschwierigkeiten zwischen den Generationen kommt", so liege das an beiden Seiten gleichermaßen. Genau dasselbe Ergebnis lieferte die 1998er-Studie. Über den Zeitraum von einem Jahrzehnt hinweg ist also keine Verhärtung der „Fronten" eingetreten, derart, dass vermehrt eine wechselseitige Schuldzuschreibung vorgenommen würde. Wie 1989 ist das eine generationen- bzw. altersgruppenübergreifende Haltung. Nur 7% der Jungen (bis 30-jährigen) sehen die Schuld an allfälligen Konflikten bei den Älteren, 8% bei sich selbst; die Älteren sind etwas – aber nicht wesentlich – kritischer: 14% orten die Schuld bei den Jungen, 6% bei sich selbst.

Dem „Ageism" zufolge fließen, wie erwähnt, den immer mächtiger werdenden Altengenerationen zunehmend zu Lasten anderer Bevölkerungsgruppen überproportionale Anteile aus dem Sozialprodukt zu. Daher würden die anderen Bevölkerungsgruppen die Alten als die egoistischen Träger von „senior power" wahrnehmen und ablehnen. Tatsächlich hat sich die Kaufkraft der Pensionen in den letzten zwanzig Jahren um ganze 4,9% verbessert[12] (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 1999: 77). Ist das Bild der älteren Menschen insofern „ageistisch" gefärbt, als von größeren Teilen der Bevölkerung die Meinung vertreten wird, die Bedürfnisse und Interessen der Alten würden über Gebühr befriedigt? Man erkennt aus Grafik 3.4, dass nur eine verschwindend kleine Minderheit von 4% der Meinung ist, dass dies der Fall sei; 61% der Österreicher/Innen meinen hingegen, die Interessen und Bedürfnisse würden gerade ausreichend berücksichtigt, ein Drittel sagt sogar, dass die Alten in Österreich zu kurz kämen. Die Jüngeren weichen darin nur geringfügig von den Älteren ab, sodass der Vorwurf missbrauchter „Seniorenmacht" als Konfliktstoff zwischen den Generationen zur Zeit gewiss nicht aktuell ist.

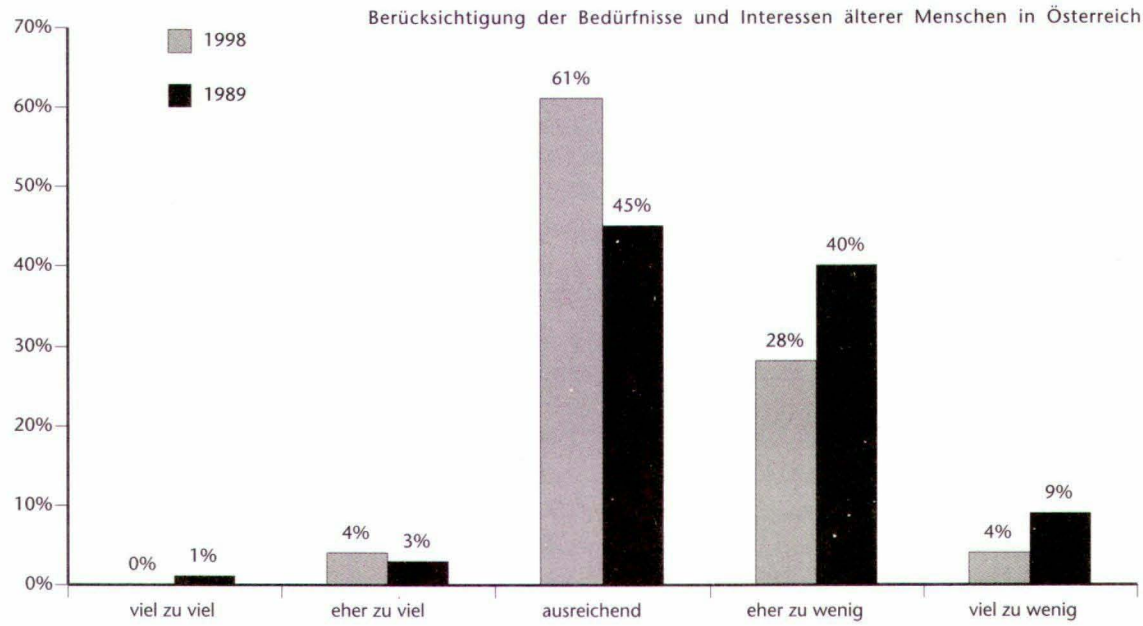
Das gegenwärtige Generationenverhältnis wird von den meisten nicht als eine unüberbrückbare Kluft wahrgenommen. Nur ein Viertel der Österreicher/Innen vertritt die Auffassung, im Verhältnis zwischen Alt und Junge überwiege das Trennende. Beinahe ebenso viele, ein gutes Fünftel, ist sogar der gegenteiligen Ansicht, dass das Verbindende zwischen den Generationen überwiege. Und die Hälfte sieht eine ausgeglichene Bilanz, Trennendes und Verbindendes halten ihrer Meinung nach einander die Waage. Die Alten wie die Jungen weichen dabei kaum voneinander und vom Bevölkerungsdurchschnitt ab. Wohl aber schlägt wieder der

12 Eine substantielle Verbesserung wurde allerdings bei den Richtsätzen für Alleinstehende erzielt (fast ein Drittel Kaufkraftverbesserung).

www.parlament.gv.at

Grafik 3.4:

Werden die Bedürfnisse und Interessen älterer Menschen in Österreich ausreichend berücksichtig? Vergleich der Meinungen 1989 (n=1.500) – 1998 (n=1.000)



Stadt-Land-Unterschied durch – mit wachsender Ortsgröße bzw. Urbanisierung steigt der Anteil derjenigen, die ein Überwiegen des Trennenden hervorheben, von 13% bei den Bewohnern kleiner Dörfer bis auf 36% bei den Großstädtern, d. h. Wienern, an.

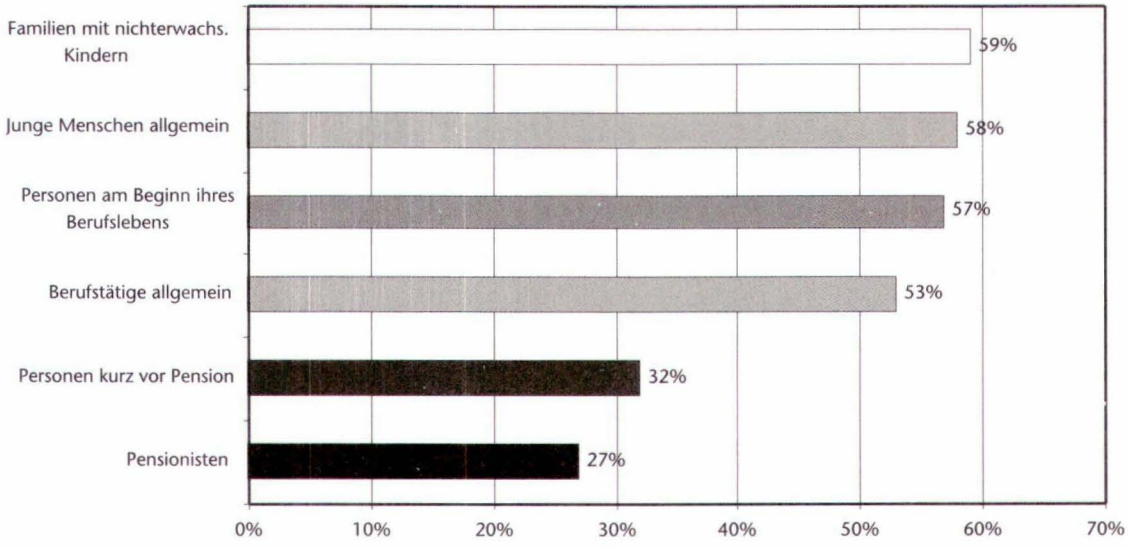
3.7.4 Die Zukunft des Generationenverhältnisses

Die Zukunft des Generationenverhältnisses wird mehrheitlich skeptisch beurteilt. Nur 12% der Bevölkerung erwarten in den nächsten zwanzig Jahren eine Verbesserung des Verhältnisses zwischen Alt und Jung, an eine Verschlechterung dagegen glauben 38%, 45% nehmen an, der status quo werde sich fortsetzen. Vor allem die älteren Personen mittleren Alters, die 46-60-jährigen, also jene, die sich als die nächste Altengeneration wahrnehmen, sind pessimistisch: 48% befürchten eine Verschlechterung des Generationenverhältnisses, während die heute Jungen mit 32% deutlich seltener eine solche negative Zukunftsperspektive haben.

Zwar werden, wie wir gezeigt haben, die älteren Menschen keineswegs als eine privilegierte Gruppe gesehen, im Gegenteil: eher als eine tendenziell benachteiligte, aber sie stehen – in der Zukunft noch mehr als bisher – in Konkurrenz mit anderen Gruppen, die als noch berücksichtigungswürdiger beurteilt werden. Im Vergleich mit Familien mit (nicht-erwachsenen) Kindern, mit Personen am Beginn ihres Berufslebens, mit jungen Menschen allgemein und sogar mit Berufstätigen allgemein ist man in bezug auf Pensionisten und auf Personen knapp vor ihrer Pensionierung deutlich häufiger der Meinung, dass deren Interessen in unserem Pensionssystem „eher berücksichtigt" sind. Insbesondere der Vergleich mit den Personen am Beginn ihres Berufslebens und den jungen

www.parlament.gv.at

Grafik 3.5:
Wessen Interessen wird man in Zukunft mehr berücksichtigen?
(18+jährige, Österreich 1998, n=1.000)



Menschen allgemein fällt zuungusten der Älteren aus: Als „eher berücksichtigt" gelten die Interessen der Pensionisten für 66% der Bevölkerung, die Interessen der kurz vor der Pension Stehenden für 53%, aber nur 24-25% finden, dass die Interessen der Jungen allgemein und der am Berufsanfang Stehenden „eher berücksichtigt" sind. An diesem Ergebnis ist besonders bemerkenswert, dass sich die altersgruppenspezifischen Urteile nicht massiv voneinander unterscheiden, wenn auch eine gewisse Tendenz zur Bevorzugung der eigenen Altersgruppe besteht.

Es ist daher auch nicht überraschend, dass sehr viel mehr Befragte eine künftig stärkere Berücksichtigung der Interessen der Jungen als der Älteren antizipieren – wiederum mit relativ geringer Altersvariation im Antwortverhalten, wobei man umso seltener eine Berücksichtigung der Interessen der Älteren erwartet, je älter man ist.

3.7.4.1 Konkurrenz um den Lebensstandard – Konfliktpotential in der Zukunft

Die Finanzierungsschwierigkeiten des Pensionssystems werden zwar heute von allen Experten gesehen, ob und in welchem Maße sie einen Generationenkampf nach sich ziehen werden, wird jedoch unterschiedlich beurteilt. Von den einen wird die Lösung dieser Aufgabe als casus belli zwischen den gesellschaftlichen Generationen eingeschätzt, von den anderen wird sie als ein durchaus beherrschbares Problem beurteilt – sei es, weil die den Betroffenen aufzuerlegenden Verzichte unterhalb der kritischen Masse blieben, sei es, weil eine man sich von einer Anhebung des Pensionierungsalters die entscheidende finanzielle Entlastung erwartet.

Mit einer Fragenbatterie über die Ansichten hinsichtlich der Zumutbarkeit von Einschränkun-

gen zur Sicherstellung der Transferzahlungen und über die Einstellung zur Verlängerung des Arbeitslebens, die auch schon in der Studie 1989 verwendet worden war, versuchte die Studie, Hinweise auf die mögliche Zukunft der Generationenbeziehung aus der Perspektive dieser kontroversiellen Thematik zu gewinnen. Es ist selbstverständlich, dass aus den Stellungnahmen der Befragten zu hypothetischen Situationen der Zukunft keine Verhaltensprognosen abgeleitet werden können. Die Stimmung, die darin zum Ausdruck kommt, öffnet immerhin Einblicke in die künftigen Konflikt-, aber auch Solidaritätspotentiale.

Mit der Hinaufsetzung des Pensionsalters beschäftigten sich zwei Fragen, die eine positiv, die andere negativ formuliert, um Verzerrungen durch Ja-sage-Tendenzen der Interviewten zu neutralisieren. Sie waren als Aussagen (Statements) formuliert, denen man gestuft zustimmen bzw. die man gestuft ablehnen konnte. Sie lauteten:

- „Jeder soll so lange arbeiten dürfen wie er mag, auch wenn dadurch auf dem Arbeitsplatz einige zusätzliche Probleme für die Jüngeren entstehen."
- „Die Hinaufsetzung des Pensionsalters, wie sie jetzt wegen der Finanzierungsprobleme der Pensionen diskutiert wird, wäre ein sozialer Rückschritt."

Eine starke Mehrheit von 69% der Österreicher/Innen lehnt das erste Statement ab, nur 30% stimmen zu. Die Solidarität der Älteren mit den Jüngeren stellen also zwei Drittel der Bevölkerung über die Freiheit der Älteren, zu arbeiten, so lange sie wollen. Eine Priorität des Rechts der Älteren auf Arbeit vertreten hingegen nur 30% der Bevölkerung. Altersspezifische Interessen oder Egoismen sind nicht festzustellen, es herrscht im Gegenteil nahezu kein Unterschied zwischen den Altersgruppen bei der Beantwortung dieses Statements – also auch die Älteren anerkennen in gleichem Maße, wie es die Jüngeren fordern, deren Recht auf Arbeitsplätze. Die Stabilität des Antwortmusters zwischen 1989 und heute ist außerordentlich hoch: 1989 hatten 68% diese Forderung abgelehnt und 27% unterstützt.

Die Zustimmung zum zweiten Statement – dass eine Anhebung des Pensionsalters ein sozialer Rückschritt wäre – entspricht spiegelbildlich den Antworten auf das erste : 67% der Bevölkerung empfänden eine Erhöhung des Rentenalters als einen sozialen Rückschritt. Die Zustimmungsraten sind noch einheitlicher, d. h. der Alterseffekt kommt fast zum Verschwinden. Gegenüber 1989 ist sogar eine Zunahme um 7 Prozentpunkte zu verzeichnen. Das bedeutet, dass die von Politikern, Medien und ihren Experten in den letzten Jahren ausgiebig verwendete Argumentation, die gewachsene Lebenserwartung sei durch Erwerbsarbeit zu füllen, um durch vermehrte Beitragszahlungen und weniger Pensionsleistungen angesichts der demografischen Entwicklung das Finanzierungssystem aufrecht erhalten zu können, in der Bevölkerung bisher wenig überzeugt hat.

Die beiden anderen Statements zielten auf die Verteilung der Opfer, die gegebenenfalls einer Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Pensionssystems in der Zukunft gebracht werden müssten. Wessen Lebensstandard – derjenige der Pensionisten oder derjenige der „Aktivbevölkerung" – ist belastbarer, dominiert auch hier, selbst wenn es ums Geld geht, die intergenerationelle Solidarität (zumindest verbal), oder setzt sich doch Gruppenegoismus durch? Die Aussagen, zu denen man wie bei den vorigen gestuft zustimmend oder ablehnend Stellung nehmen konnte, lauteten:

- „Wenn es mit der Pensionsfinanzierung in Zukunft mehr Probleme gibt, dann müssen sich die Pensionisten mit weniger zufrieden geben – den Jüngeren und Berufstätigen können keine noch höheren Beitragszahlungen zugemutet werden."
- „Wenn es mit der Pensionsfinanzierung in Zukunft mehr Probleme gibt, dann müssen sich die Jüngeren mit weniger zufrieden geben – den Pensionisten kann man keine Einkommensverluste zumuten."

www.parlament.gv.at

Gut die Hälfte der Bevölkerung (53%) würde die Pensionisten einseitig belasten, 40% lehnen eine solche einseitige Belastung ab. Umgekehrt wären 36% bereit, in erster Linie die erwerbstätige Bevölkerung in erhöhtem Maße zu belasten, während 53% gegen eine derartige Maßnahme wären. Diese Antwortverteilung weist auf eine gewisse Polarisierung mit Konfliktpotential hin. Der Vergleich mit den entsprechenden Ergebnissen zehn Jahre zuvor zeigt zwei hauptsächliche Veränderungen: im Gegensatz zu 1989, wo altersspezifische Antwortmuster im Sinne einer Begünstigungstendenz zum eigenen Alter hin (bzw. wachsende Bereitschaft zu Negation der Interessen der anderen Generation zugunsten der eigenen) vorhanden waren, sind die Antworthäufigkeiten diesmal im wesentlichen altersinvariant. Ältere tendieren nicht systematisch stärker als Jüngere dazu, eher die Jüngeren belasten und sich schonen zu wollen, dasselbe gilt in entsprechender Umkehrung für die Jüngeren. Zweitens: Während der Anteil derer, die eher ein Zurückstehen der Jüngeren fordern, gegenüber 1989 fast gleich geblieben ist (ein gutes Drittel), sind heute deutlich mehr: 53% gegenüber 35% vor neun Jahren, bereit, den Älteren zugunsten der Jüngeren Verzichte abzuverlangen. Insofern hat sich die Stimmung für die Älteren verschlechtert – wird aber von ihnen (wie auch von denjenigen Altersgruppen, die diese Forderung überhaupt erst treffen würde: den Personen mittleren Alters) zumindest verbal mitgetragen.

Tatsächlich ist nur die Hälfte der Bevölkerung der Meinung, der gegenwärtige Interessenausgleich zwischen den Generationen sei gerecht, 31% empfinden ihn als ungerecht. Und von jenen, die ihn als ungerecht kritisieren, sind die meisten (nämlich 37%) davon überzeugt, dass die Jugend im Allgemeinen benachteiligt wird. Zwar folgt als einzelne Gruppe bereits an zweiter Stelle die ältere Generation, doch wird sie nur noch von 15% angeführt. Dass es dabei nicht unwesentlich ums Geld geht, zeigt die Tatsache, dass zwar immerhin 17% der bis 45-jährigen, die Ungerechtigkeit sehen, bereit sind, „die älteren Menschen / Alten" als benachteiligte Gruppe im intergenerationellen Interessenausgleich zu qualifizieren, aber nur 4% „die Pensionisten".

In der Sphäre der Medien und der Gesellschaftspolitik ist der Generationenkonflikt näher als in der Familiensphäre. Vorstellungen von ungerechter institutioneller Verteilung der Ressourcen und eine Verknappung derselben begünstigen Auseinandersetzungen um Lebensstandard und Lebensqualität. Es bleibt abzuwarten, wie die zunehmend besser gebildeten, konfliktfähigeren Altengenerationen der Zukunft, die überdies ein ständig wachsendes Wählerpotential darstellen (2030 werden sie über 40% der Wählerschaft ausmachen), darauf reagieren werden, wenn sie von den jüngeren Bevölkerungsgruppen mit Hinweisen auf einen ungerechten „Generationenvertrag" zu Verzichtleistungen aufgefordert werden.

Zusammenfassung:

Anhand eines für die über 18-jährige österreichische Bevölkerung repräsentativen Surveys (n=1.000) wurde im Herbst 1998 untersucht, welche intergenerationellen Solidaritäts- und Konfliktpotentiale in den Familien („Generationenbeziehungen") und – auf gesamtgesellschaftlicher Ebene – zwischen den Altersgruppen („Generationenverhältnis") vorhanden sind, in welchem Ausmaß sie realisiert werden und welche Zukunftsperspektiven sich abzeichnen. Dabei erwies sich die Familie in Übereinstimmung mit ausländischen Studien als eine außerordentlich gut funktionierende Solidareinheit, die kaum jemanden, der oder die in eine Notlage gerät, im Stich lässt. Außerdem trat klar zu Tage, dass die privaten, familiären Hilfetransfers, besonders die finanziellen, im Gegensatz zu den öffentlichen überwiegend von den älteren zu den jüngeren Generationen fließen. Das gesamtgesellschaftliche, „anonyme" Generationenverhältnis

stellt sich zwar prinzipiell ebenfalls positiv dar, insbesondere ist keine Altenfeindlichkeit („Ageism") festzustellen. Dennoch wird für die Zukunft mehrheitlich eine Verschlechterung des Generationenverhältnisses erwartet, wobei für die künftigen älteren Generationen höhere Verzichte antizipiert werden als für die jüngeren Bevölkerungsgruppen. Das gesellschaftspolitische Konfliktpotential im Generationenverhältnis wird zweifellos ansteigen.

4. Die Lage älterer Menschen aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht

Martin Oppitz

4.1 Einleitung

4.1.1 Ziel

Ziel dieses Beitrags ist die Darstellung der Lage älterer Menschen aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht.[1]

4.1.2 Inhaltlicher Aufbau

Zunächst wird die Einkommenssituation älterer Menschen auf individueller und auf Haushaltsebene analysiert. Den Pensionen und dem Pensionssystem ist dabei ein eigener Unterabschnitt (als Exkurs) gewidmet. Danach folgt eine Untersuchung der Vermögens- und Ausstattungssituation. Einkommen, Vermögen und Ausstattung beeinflussen wiederum Konsum und Ausgaben, welche dementsprechend anschließend dargestellt werden. Ein eigener Abschnitt widmet sich hiernach noch der Armutsgefährdung. Eine Synthese fasst die wesentlichen Ergebnisse zusammen, wobei das Augenmerk auf Vergleiche mit der Gesamtbevölkerung bzw. der Erwerbsbevölkerung, auf Armutsgefährdung und auf die Situation älterer Frauen gelegt wird.

4.1.3 Vorgehensweise

Basis dieses Beitrages sind vor allem in den „Statistischen Nachrichten" veröffentlichte Aufsätze des Österreichischen Statistischen Zentralamtes. Diese werden durch weitere Literatur und – so als notwendig erachtet – durch eigene Auswertungen betreffend das ECHP (European Community Household Panel) ergänzt.

Untersuchungsgegenstand sind – wie im Ziel formuliert – ältere Menschen. Was unter „ältere Menschen" konkret verstanden wird, wird bei den verschiedenen Auswertungen extra ausgewiesen. Meist ist die jeweils verwendete Definition durch die vorhandenen Daten abgegrenzt, in denen beispielsweise eine Altersgrenze oder aber auch der Pensionstatbestand maßgeblich für die Erfassung sind.

4.2 Einkommen und Pensionen

4.2.1 Einkommenshöhe

Zuzüglich zu den Pensionen (siehe Kapitel 4.2.2, Pensionshöhe) können ältere Menschen auch über andere Einkünfte (z. B. aus unselbständiger Arbeit) verfügen.

4.2.1.1 Personeneinkommen

Rechnet man zur Pension auch Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit hinzu, ergeben sich folgende Einkommenshöhen brutto (Tabelle 4.1) und netto (Tabelle 4.2).

Die Daten sind dabei aus der Lohnsteuerstatistik herausgerechnet. Die (EDV-technische) Zusammenführung bei mehreren Beschäftigungs- und Pensionsverhältnissen auf eine Person erfolgt nach dem „Schwerpunkt-Prinzip" (Bauer 1998: 733ff.): Als Pensionist gilt, wer seine Einkünfte überwiegend aus Pensionseinkommen bezieht, die unterschiedlichen Arten von Pensionen (Alters-, Witwen- / Witwer- und Waisenpensionen[2]) können nicht unterschieden werden.

Viele Frauen beziehen sehr niedrige Pensionen (Bauer 1999a: 332ff.): Rund 40% haben ein Bruttoeinkommen, das niedriger als der Ausgleichszulagenrichtsatz ist; bei den Männern sind dies weniger als 20%[3] (Tabelle 4.1).

1 Der Autor dankt insbesondere Martin Bauer für wertvolle Anregungen und Hinweise.

2 Diese dürften wohl vor allem in den unteren Dezilen vorhanden sein.

3 Hier ist anzumerken, dass die Lohnsteuerstatistik ausschließlich personenbezogene Informationen bietet und daher Einkommen von allfälligen (im Haushalt lebenden PartnerInnen) nicht berücksichtigt; ebenso nicht Unterhaltsansprüche bzw. -verpflichtungen.

www.parlament.gv.at

Tabelle 4.1:

Individuelle Bruttomonatseinkommen der PensionistInnen*) nach Quartilen und Dezilen 1997

% der Einkommen sind geringer als	Männer (Buben)	Frauen (Mädchen)	Zusammen
10%	6.843	3.630	4.449
20%	9.210	5.585	6.910
25%	***10.615***	***6.495***	***7.785***
30%	11.630	7.300	8.030
40%	13.974	8.030	9.479
50%	***16.197***	*8.738*	*11.573*
60%	18.333	10.446	14.079
70%	20.924	12.644	16.982
75%	***22.508***	***14.084***	***18.631***
80%	24.247	15.875	20.609
90%	30.564	21.864	26.305

Quelle: Lohnsteuerstatistik 1997 (Bauer 1999a: 336)
Legende: Werte in öS Bruttojahresbezüge gemäß § 25 EStG dividiert durch 14; Wohnsitz in Österreich.
*) Pensionseinkommen übersteigen Erwerbseinkommen (Schwerpunktprinzip). Unterschiedliche Arten von Pensionen können aus erfassungstechnischen Gründen nicht unterschieden werden. In diesen Zahlen sind daher etwa auch (minderjährige) Kinder, die eine Waisenpension beziehen, eingeschlossen.

Tabelle 4.2:

Nettomonatseinkommen der PensionistInnen*) nach Quartilen und Dezilen 1997

% der Einkommen sind geringer als	Männer (Buben)	Frauen (Mädchen)	Zusammen
10%	6.528	3.507	4.279
20%	8.807	5.376	6.642
25%	***9.991***	***6.246***	***7.493***
30%	10.892	7.022	7.729
40%	12.375	7.729	9.075
50%	***13.878***	***8.387***	***10.683***
60%	15.365	9.866	12.414
70%	17.093	11.365	14.433
75%	***18.152***	***12.380***	***15.581***
80%	19.319	13.664	16.924
90%	23.683	17.841	20.838

Quelle: Lohnsteuerstatistik 1997 (Bauer 1999a: 336)
Legende: Werte in öS Bruttojahresbezüge gemäß § 25 EStG abzüglich der einbehaltenen Sozialversicherung und abzüglich der insgesamt einbehaltenen Lohnsteuer (vor Arbeitnehmerveranlagung) dividiert durch 14; Wohnsitz in Österreich.
*) Pensionseinkommen übersteigen Erwerbseinkommen (Schwerpunktprinzip). Unterschiedliche Arten von Pensionen können aus erfassungstechnischen Gründen nicht unterschieden werden. In diesen Zahlen sind daher etwa auch (minderjährige) Kinder, die eine Waisenpension beziehen, eingeschlossen. Unterhaltsansprüche bzw. -verpflichtungen sind nicht berücksichtigt.

Im Durchschnitt (ohne Tabelle) verfügen PensionistInnen über ein Bruttoeinkommen von 14.596 öS (Pensionisten 18.561 öS und Frauen 11.555 öS) sowie über ein Nettoeinkommen von 12.308 öS, davon Männer mit 15.186 öS um rund 25% mehr und Frauen mit 10.100 öS um rund 20% weniger. Der Durchschnitt der Nettoeinkommen der unselbständig Erwerbstätigen (mit ganzjährigen Bezügen, ohne Lehrlinge) beträgt zum Vergleich 18.613 öS (Männer 21.784 öS und Frauen 14.404 öS).

Nach Dezilen (Tabelle 4.2) reicht das Nettoeinkommen der PensionistInnen von 4.279 öS (Männer/Buben 6.528 öS und Frauen/Mädchen 3.507 öS) am ersten Dezil bis 20.838 öS (Männer 23.683 öS und Frauen 17.841 öS) am neunten Dezil. Bei den unselbständig Erwerbstätigen reichen die Einkommen (ohne Tabelle) von 8.292 öS (Männer 12.477 öS und Frauen 5.664 öS) am ersten Dezil bis 29.328 öS (Männer 33.703 öS und Frauen 23.331 öS) am neunten Dezil.

Ein Nettoeinkommen von mehr als 10.000 öS erhalten 1997 unter den PensionistInnen fast drei Viertel der Männer und weniger als 40% der Frauen (Tabelle 4.2).[4]

Von den rund 1,940 Millionen Pensionisten/innen sind 57% Frauen, absolut um rund 253.000 mehr als Männer. Dabei bestehen 94% (rund 238.000) dieses Überhanges in der Gruppe der 71-jährigen und älteren Frauen.

Die Strukturdaten zeigen, dass 50% der Pensionistinnen 71 Jahre und älter sind, bei den Pensionisten 37%. Das hängt mit der längeren Lebenserwartung der Frauen zusammen. Dort wo die Lebenserwartung bzw. das Spezifische des österreichischen Pensionssystems wenig Bedeutung hat, etwa bis zu den 50-jährigen, gibt es in der Altersstruktur und in der Einkommenshöhe kaum Unterschiede: rund 16% der Pensionisten (rund 48.600) und Pensionistinnen (rund 57.200) fallen in diese Altersgruppe, wobei es absolut fast 9.000 mehr Frauen sind als Männer. Etwa 2% der Pensionisten/innen (rund 31.400 – davon rund 15.000 männlich) sind 18 Jahre oder jünger.

Den höchsten Wert beträgt das Nettoeinkommen der Pensionisten (rund 347.000) für jedes der drei Quartile in der Altersgruppe der 61- bis 70-jährigen, bei den Pensionistinnen (rund 175.000) in jener der 51- bis 60-jährigen. Beim Medianwert beträgt das Nettoeinkommen dieser Pensionistinnen 65% von jenem der gleichaltrigen Pensionisten und in der Altersgruppe der 61- bis 70-jährigen 56%.

Bis zu den 40-jährigen liegt der Medianwert der Nettoeinkommen für die Pensionisten und Pensionistinnen etwa gleich hoch, bei den 41- bis 50-jährigen jenes der Pensionistinnen bei 90% der Pensionisten. In höheren Altersgruppen beträgt das Verhältnis weniger als 80% in allen Quartilwerten und erreicht bei den 71-jährigen und älteren Personen im ersten Quartil 69%, im zweiten 61% und im dritten 67%. Wie aus der Tabelle ersichtlich, entsteht diese Differenz insbesondere dadurch, dass z. B. der Medianwert bei den Pensionisten in dieser Altersgruppe gegenüber der jüngeren (41 bis 50) um fast 5.000 öS und bei der nächsthöheren (61 bis 70) nochmals um rund 500 öS ansteigt, bei den Pensionistinnen die entsprechenden Beträge rund 1.000 öS bzw. 900 öS ausmachen.

Diese Unterschiede liegen im Pensionssystem begründet, könnten aber geringfügig auch durch Nebeneinkommen mitbedingt sein. Insbesondere ältere Frauen haben häufig ausschließlich einen abgeleiteten Pensionsanspruch. So liegt der Medianwert bei den 71-jährigen und älteren Pensionistinnen bei 61% der gleichaltrigen Pensionisten, was der Höhe des Anteils der Witwenpension entspricht. Neben dieser Ursache kommt bei den zwei

4 Wie auch schon beim Bruttoeinkommen (siehe Fußnote 3) enthalten die Werte des Nettoeinkommens ausschließlich personenbezogene Information. Unterhaltsansprüche bzw. -verpflichtungen finden keine Berücksichtigung. Über das Haushalten (pro Kopf) zur Verfügung stehende Einkommen gibt das nachfolgende Kapitel 4.2.1.2 Auskunft.

www.parlament.gv.at

Tabelle 4.3:
Individuelle Netto-Monatseinkommen der Pensionisten/innen nach Altersgruppen 1997 (in Schilling)[1)]

Alters-gruppen	Pensionisten / Pensionistinnen absolut					Struktur in Prozent der Spaltensumme				Pension Frauen
in Le-bens-jahren	Anzahl	25%	50%	75%	Arith-metr. Mittel	Anzahl	25%	50%	75%	zu Män-nern je Quartil (F/M)
		verdienen weniger als ... Schilling								
	Insgesamt					Insgesamt				bei 25 %
Bis 18	31.420	1.687	*2.771*	3.388	2.905	2	28	*28*	23	1,01
19 bis 25	8.261	2.246	*3.686*	5.561	4.244	0	37	*37*	37	1,05
26 bis 30	4.958	3.211	*5.376*	7.729	5.571	0	53	*54*	52	1,15
31 bis 40	16.638	5.233	*7.729*	8.826	7.365	1	86	*78*	59	0,99
41 bis 50	44.546	5.376	*7.729*	10.941	8.673	2	88	*78*	73	0,80
51 bis 60	307.800	7.121	*10.589*	15.281	11.627	16	117	*107*	102	0,65
61 bis 70	659.678	6.680	*11.037*	16.098	12.203	34	109	*112*	108	0,49
71 u. mehr	866.604	6.159	*9.415*	14.329	11.077	45	101	*95*	96	0,69
Summe	**1,939.905**	**6.105**	***9.872***	**14.915**	**11.284**	**100**	**100**	***100***	**100**	**0,64**
	Männer					Männer				bei 50 %
Bis 18	14.971	1.676	*2.748*	3.364	2.852	2	21	*21*	19	*1,02*
19 bis 25	4.040	2.203	*3.747*	5.710	4.313	0	28	*29*	33	*0,97*
26 bis 30	2.630	2.989	*5.304*	7.729	5.518	0	38	*41*	44	*1,01*
31 bis 40	7.688	5.233	*7.729*	9.041	7.403	1	66	*59*	52	*0,99*
41 bis 50	19.275	6.325	*8.547*	11.984	9.347	2	79	*66*	68	*0,90*
51 bis 60	133.045	9.169	*13.421*	17.219	13.783	16	115	*103*	98	*0,65*
61 bis 70	347.186	9.708	*13.973*	18.267	14.781	41	122	*107*	104	*0,56*
71 u. mehr	314.388	7.729	*12.756*	17.638	14.042	37	97	*98*	101	*0,61*
Summe	**843.223**	**7.961**	***13.037***	**17.530**	**13.866**	**100**	**100**	***100***	**100**	***0,60***
	Frauen					Frauen				bei 75 %
Bis 18	16.449	1.700	*2.789*	3.410	2.953	1	34	*36*	29	1,01
19 bis 25	4.221	2.307	*3.629*	5.397	4.177	0	45	*47*	46	0,95
26 bis 30	2.328	3.422	*5.376*	7.729	5.631	0	67	*69*	65	1,00
31 bis 40	8.950	5.178	*7.667*	8.563	7.333	1	102	*99*	72	0,95
41 bis 50	25.271	5.092	*7.729*	9.837	8.159	2	100	*99*	83	0,82
51 bis 60	174.755	5.952	*8.731*	12.635	9.986	16	117	*112*	107	0,73
61 bis 70	312.492	4.802	*7.826*	12.051	9.338	28	95	*101*	102	0,66
71 u. mehr	552.216	5.370	*7.778*	11.779	9.388	50	106	*100*	100	0,67
Summe	**1,096.682**	**5.072**	***7.777***	**11.817**	**9.299**	**100**	**100**	***100***	**100**	**0,67**

Quelle: Lohnsteuerstatistik 1997; eigene Berechnung ÖIF-hs
[1)] Bruttojahresbezüge gemäß § 25 EStG abzüglich der insgesamt einbehaltenen Sozialversicherungsbeiträge und abzüglich der insgesamt einbehaltenen Lohnsteuer (vor Arbeitnehmerveranlagung), dividiert durch 14.

jüngeren Altersgruppen hinzu, dass auch bei direktem, individuellem Pensionsanspruch Frauen weniger Versicherungsjahre aufweisen als Männer, z. B. wegen Erwerbsunterbrechungen zufolge wahrgenommener Betreuungspflichten. Verstärkt wird diese Wirkung noch durch Aufstiegsbeeinträchtigungen für Frauen (insbesondere für Mütter) und branchenspezifische Entlohnungsunterschiede.

Der Hinweis auf Mütter wird durch folgende Fakten gestützt: Ab den 51-jährigen findet sich zwischen Median und arithmetischem Mittel bei Frauen eine absolut und relativ größere Differenz als bei den Männern (Frauen 14 bis 21%, Männer 3 bis 10%). Das weist auf eine ausgeprägtere Schiefe in der Verteilung der Nettoeinkommen der Pensionistinnen als jene der Männer. Frauen mit eigener Pension und durchgehenden Versicherungsjahren erreichen höhere Eigenpensionen, was durch eine allfällige Witwenpension verstärkt wird. Diese mangelnde individuelle Pensionsabsicherung von Frauen, insbesondere Mütter, stellt auch ein Thema der öffentlichen Diskussion dar (siehe auch vierter Familienbericht 1999, BMUJF).

Der Bund bekennt sich in einem Gesetz „zum schrittweisen Abbau von bestehenden gesellschaftlichen, familiären und wirtschaftlichen Benachteiligungen von Frauen". In diesem Gesetz wird die Bundesregierung verpflichtet, alle zwei Jahre unter anderem über gesetzte „sozialpolitische Maßnahmen, die Benachteiligungen von Frauen im Hinblick auf den Umstand, dass sie Mütter sind oder sein können, ab[zu]bauen" und „allgemeine Maßnahmen zur Existenzsicherung, vor allem für die Fälle des Alters, der Invalidität und der Arbeitslosigkeit" zu berichten. (Gesetz betreffend Berichte über den Abbau von Benachteiligungen von Frauen 1992: § 1f.).

Wie die über weite Dezilbereiche niedrigen Einkommen der Pensionistinnen in Tabelle 4.2 nämlich zeigen, basiert die Existenzsicherung von Frauen heute wohl vielfach über Unterhaltsverpflichtungen bzw. eine entsprechende Hinterbliebenenpension des Partners. Eine Differenzierung nach Altersgruppen verdeutlicht diese Situation (Tabelle 4.3).

4.2.1.2 Haushaltseinkommen

Wird Einkommen in einer (repräsentativen) Befragung ermittelt (Mikrozensen etc.), werden nicht-deklarierte Einkommen beispielsweise mittels eines „Hot-deck"-Verfahrens ergänzt. Hierbei wird AuskunftsverweigerInnen ein Einkommen nach bestimmten sozio-ökonomischen Variablen unterstellt (Wolf 1995: 509). Bei der Einkommenserhebung im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms September 1997 (Arbeitszeitformen) lehnten immerhin 36,3% der PensionistInnen eine Antwort auf die Einkommensfrage ab, bei der Untergruppe der ehemals Freiberuflichen sogar 57,2% (Bauer 1999b: 527).

Im Schnitt ergab der Mikrozensus September 1997 Nettopersoneneinkommen von 12.400 öS (Männer 15.000 öS, Frauen 10.300 öS); diese Werte stimmen damit sehr gut mit den Werten laut Einkommenssteuerstatistik 1997 (siehe Kapitel 4.2.1.1) überein. Beim unteren und mittleren Quartil kommt der Mikrozensus jedoch auf etwas höhere Werte, beim oberen Quartil auf etwas niedrigere Werte (Bauer 1999b: 528).

Als PensionistInnenhaushalte werden hier Haushalte gerechnet, denen nur PensionistInnen und andere nicht-berufstätige Personen, also keine Beschäftigten oder Arbeitslosen, angehören.

Die Umrechnung von Haushaltseinkommen auf Pro-Kopf-Einkommen soll (trotz unterschiedlicher Haushaltsgrößen) unmittelbar oder zumindest eher erkennen lassen, welches Wohlstandsniveau ein bestimmtes Haushaltseinkommen widerspiegelt.

Welche Divisions- bzw. Gewichtungsfaktoren bei der Berechnung von Pro-Kopf-Werten verwendet werden, ist in der sozialpolitischen Forschung allgemein eine viel diskutierte Frage. Grundsätzlich werden sogenannte Äquivalenzzahlen[5] gebildet, um Aspekte wie Kostenvorteile größerer Haushalte zu berücksichtigen, aber auch,

www.parlament.gv.at

um den altersmäßig unterschiedlichen Bedürfnissen[6] Rechnung zu tragen.

Die günstigste Einkommenssituation weisen (gemäß Tabelle 4.4) mit Abstand[7] die Haushalte von pensionierten BeamtInnen auf, deren Median-Pro-Kopf-Einkommen um rund 49% über jenem der ehemaligen ArbeiterInnen und um rund 16% über jenem der früheren Angestellten liegt. Die Gruppe der „nie erwerbstätig Gewesenen", bei der es sich wohl in erster Linie um ältere Witwen handelt, bleibt noch um einiges hinter den ehemaligen ArbeiterInnen zurück. Noch geringere Einkommen werden nur für ehemals Selbständige in der Land- und Forstwirtschaft ausgewiesen. Innerhalb der ehemals Selbständigen zeigt sich auf Haushalts- und auf Pro-Kopf-Ebene für pensionierte FreiberuflerInnen das höchste Einkommensniveau.

Tabelle 4.4:
Nettoeinkommen von PensionistInnenhaushalten[1] 1997 (in öS)

Berufsschicht des Haushaltsvorstandes (zuletzt ausgeübte Tätigkeit)	Netto-Haushaltseinkommen (Median)		Pro-Kopf-Einkommen (Median)	
	ohne FP	mit FP[2]	ohne FP	mit FP[2]
ArbeiterInnen inkl. Vertragsbedienstete[3]	13.300	17.300	10.100	12.900
Angestellte inkl. Vertragsbedienstete[3]	16.100	22.200	12.900	17.600
BeamtInnen	20.800	22.200	15.000	20.200
Summe Unselbständige	**15.500**		**11.700**	
Selbst. in Land- und Forstwirtschaft	9.100		7.900	
Andere Selbständige mit Betrieb	13.500		10.200	
FreiberuflerInnen	24.700		16.000	
Summe Selbständige	**11.300**		**9.100**	
Nie erwerbstätig gewesen	10.100		9.900	
Beruf unbekannt (~35%)	9.900		9.100	
PensionistInnenhaushalte insgesamt	**14.400**	**15.900**	**11.300**	**14.900**

Quelle: Mikrozensus September 1997 (Bauer 1999b: 530f.)
Legende: Ein Vierzehntel des Jahreseinkommens in öS, Pro-Kopf-Einkommen gemäß ÖSTAT-Standard-Skala.
[1] Keine Beschäftigten oder Arbeitslose im Haushalt.
[2] Teilmenge jener Haushalte der Ergebnisse „ohne FP", in denen mindestens eine Person angab, eine Firmenpension (FP) zu beziehen.
[3] Vertragsbedienstete mit Hilfs- bzw. Facharbeitertätigkeit sind den ArbeiterInnen zugeordnet, der Rest der Vertragsbediensteten den Angestellten.

5 In den folgenden Berechnungen wird als Äquivalenzskala die sogenannte „ÖSTAT-Standard-Skala" verwendet. Gewichtungsfaktoren: erste erwachsene Person 1 / jede weitere Person 0,7 / Kinder bis 3 Jahre 0,33 / 0,38 (4 bis 6 Jahre) / 0,55 (7 bis 10 Jahre) / 0,65 (11 bis 15 Jahre) / 0,7 (16 bis 18 Jahre) / 0,8 (19 bis 21 Jahre) / und 0,7 (bestimmte sonstige erhaltene Personen bis maximal 27 Jahre).

6 Aufgrund unterschiedlicher Modelle veränderte Annahmen über die Gewichtung von Kindern wirken sich allerdings bei der Analyse von PensionistInnenhaushalten kaum aus (Wolf 1995: 512).

7 Von der viel kleineren Gruppe (~5% der Zahl der BeamtInnenhaushalte) der FreiberuflerInnenhaushalte einmal abgesehen.

Der Bezug einer Firmenpension (durch mindestens eine im Haushalt lebende Person) hebt das Median-Haushaltseinkommensniveau von PensionistInnen ausgenommen bei BeamtInnen deutlich an. Bei ArbeiterInnen bzw. Angestellten besteht dabei zwischen Netto-Haushaltseinkommen und Pro-Kopf-Einkommen ohne und mit Firmenpensionen kaum ein Unterschied in der Auswirkung[8]. Bei den BeamtInnen hingegen schon:

Die Einkommensvorteile, bezogen auf die verfügbaren Netto-Haushaltseinkommen, fallen im Schnitt um rund 10% deutlich niedriger aus als bei den die Haushaltsgröße und Zusammensetzung berücksichtigenden Pro-Kopf-Einkommen mit im Schnitt einem Drittel mehr an Nettoeinkommen.[9]

Tabelle 4.5:

Individuelle Bruttoalterspensionen[10] sowie Witwen- / Witwerpensionen nach Quartilen und Dezilen 1998

% der Pensionen sind geringer als	Alterspensionen		Witwen- / Witwerpensionen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
10%	8.204	3.673	1.182	3.369
20%	11.129	4.982	1.625	4.789
25%	*12.114*	*5.580*	*1.825*	*5.395*
30%	13.167	6.160	2.010	5.796
40%	15.032	7.357	2.392	6.770
50%	*16.798*	*7.994*	*2.791*	*7.637*
60%	18.641	9.313	3.261	7.992
70%	20.653	10.927	3.863	8.336
75%	*21.864*	*11.941*	*4.253*	*8.967*
80%	23.159	13.223	4.765	9.708
90%	**25.428**	**17.301**	**6.680**	**11.676**

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 1999: Tabelle 3 und 4)
Legende: Dezember 1998, Werte in öS inklusive Ausgleichszulage und Kinderzuschuss; ohne Personen, die eine Pension aufgrund zwischenstaatlicher Abkommen beziehen.

8 ArbeiterInnen inkl. Vertragsbedienstete:
Differenz Netto-Haushaltseinkommen (Median) „ohne FP" vs. „mit FP" = öS 4.000,-- (30%)
Differenz Pro-Kopf-Einkommen (Median)) „ohne FP" vs. „mit FP" = öS 2.800,-- (27%)
Angestellte inkl. Vertragsbedienstete:
Differenz Netto-Haushaltseinkommen (Median) „ohne FP" vs. „mit FP" = öS 6.100,-- (39%)
Differenz Pro-Kopf-Einkommen (Median)) „ohne FP" vs. „mit FP" = öS 4.700,-- (36%)
BeamtInnen:
Differenz Netto-Haushaltseinkommen (Median) „ohne FP" vs. „mit FP" = öS 1.400,-- (7%)
Differenz Pro-Kopf-Einkommen (Median) „ohne FP" vs. „mit FP" = öS 5.200,-- (34%)

9 Firmenpensionen sind bei den BeamtInnen also am Median bei Haushalten mit tendenziell weniger Personen überproportional vertreten.

10 Also ohne jene für Kinder als Waisenpension.

www.parlament.gv.at

4.2.2 Pensionshöhe

Stellt man die Verteilung der Alterspensionsleistungen (vor Steuern und Abgaben) in der gesamten Pensionsversicherung nach Dezilen bzw. Quartilen dar, so ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 4.5).

Vor allem fällt auf, dass die Alterspensionen der Frauen über alle Bereiche (nach wie vor) deutlich unter jenen der Männer liegen (siehe auch Pratscher 1998: 809f.). Die Medianpensionen der Frauen betragen nur etwa die Hälfte der Männerpensionen (7.994 öS ≈ Ausgleichszulage von 7.992 öS gegenüber 16.798 öS). Dies wird einerseits durch niedrigere Aktiveinkommen, andererseits durch Lücken im Versicherungsverlauf bedingt. Bei Witwen-/Witwerpensionen, bei denen die Pensionshöhe der PartnerIn maßgeblich ist, dreht sich das Bild folgerichtig um und die Frauen erhalten höhere Pensionen.

Auch zwischen den Berufsgruppen differiert die Höhe der Pensionsleistungen (Tabelle 4.6).

Neben dem im unterschiedlichen Ausmaß beobachtbaren, vorhin aufgezeigten geschlechtsspezifischen Unterschied zeigt sich, dass BäuerInnen die niedrigsten Pensionen beziehen, gefolgt von ArbeiterInnen und EisenbahnerInnen (Pratscher 1998: 810f.). Die höchsten Pensionen beziehen BeamtInnen und mit ziemlichen Abstand Angestellte und BergarbeiterInnen.

Die Alterspensionshöhe von vormals unselbständig erwerbstätigen Frauen beträgt 1997 (ohne BeamtInnen) im Schnitt nur 58,1% des Betrages für Männer, kaum eine Verbesserung gegenüber 1994, wo sich 56,5% (eigene Berechnung ÖIF-MO basierend auf Kronsteiner / Unger 1995: 525) errechnen ließen. Die Beamtinnen erreichen (Tabelle 4.1) hingegen annähernd den Wert ihrer männlichen Kollegen und damit das mehr als Dreifache des Betrages unselbständig beschäftigter Frauen.

Das Verhältnis zwischen Pension und dem vor der Pension bezogenen Nettoeinkommen zeigt folgende Tabelle 4.7.

Die Ersatzraten liegen bei Neuzugängen des Jahres 1996 im Schnitt bei etwas über drei Viertel (Pratscher 1998: 811). Infolge der instabileren Versicherungsverläufe liegen die Ersatzquoten der

Tabelle 4.6:
Durchschnittliche Höhe der Bruttoalterspensionen 1997 nach Pensionsversicherungsträgern

Berufsgruppe	Männer	Frauen	Insgesamt	ohne zwischenstaatliche Pens.
ArbeiterInnen	12.210	6.471	8.973	10.388
Angestellte	18.965	11.416	14.347	15.274
EisenbahnerInnen	13.378	8.026	10.564	11.623
BergarbeiterInnen	18.940	11.507	18.037	19.566
Summe Unselbständige	15.113	8.785	11.442	12.783
BundesbeamtInnen[1])	32.600	31.000	32.300	
Gewerbliche Wirtschaft	15.175	9.338	12.532	12.772
Bauern / Bäuerinnen	10.096	4.956	7.570	7.630

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Pratscher 1998: 810), Personalinformationssystem des Bundes (PIS) (BMAGS 1998a: 61)
Legende: Dezember 1997, Werte in öS inklusive Ausgleichszulage und Kinderzuschuss.
[1]) Ruhebezüge der BundesbeamtInnen bestehend aus dem Ruhegenuss und den Zulagen nach dem Pensionsgesetz 1965 bzw. nach dem Nebengebührenzulagengesetz, ausgenommen jedoch die Kinderzulage; inklusive Ruhebezüge aus anderen Rechtsordnungen.

Tabelle 4.7:

Einkommensersatzraten des Alterspensionsneuzuganges 1996

Gruppe	In Prozent des letzten Nettoeinkommens		
	Männer	Frauen	Zusammen
ArbeiterInnen	81	74	77
Angestellte	84	74	77
Arbeiter und Angestellte	81	74	77

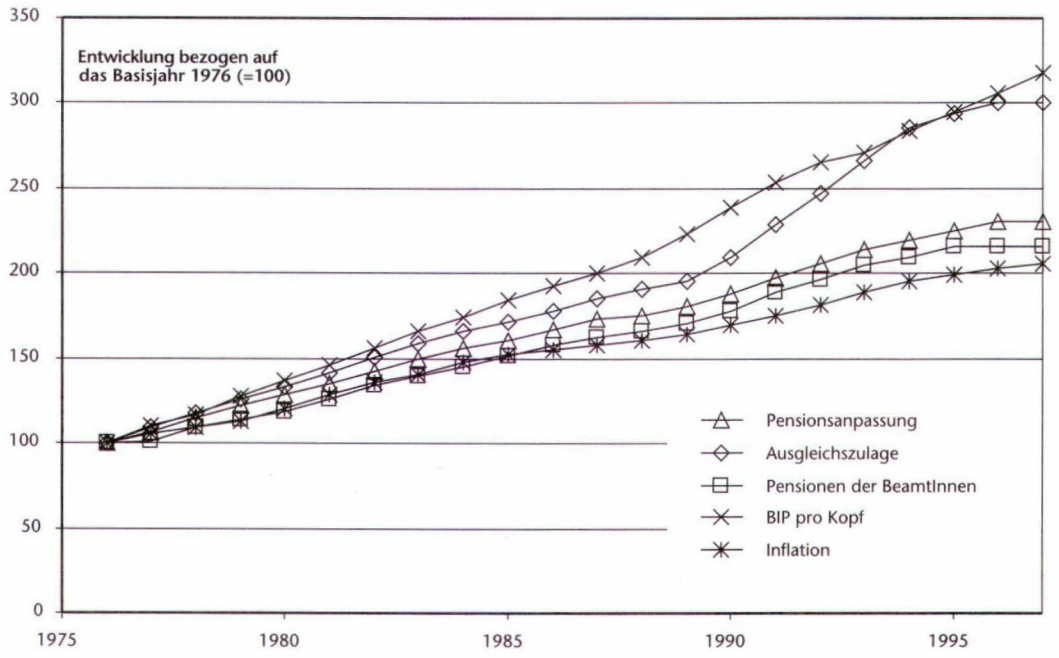
Quelle: Stichprobe des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Pratscher 1998: 811)
Legende: Neuzugangspensionen, die in den drei der Pension vorangegangenen Jahren zumindest eine Beitragsgrundlage aufzuweisen hatten, ohne Zulagen und Zuschüsse.

Frauen deutlich unter jenen der Männer (unter 75%, gegenüber über 80%). Das zwischengeschlechtliche Einkommensgefälle verstärkt sich demnach in der Pension.

Abbildung 4.1 vergleicht die Entwicklung der Pensionsanpassung sowie der Ausgleichszulage ab dem Basisjahr 1976 mit dem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts und der Inflation.

Abbildung 4.1:

Die Entwicklung von Pensionsanpassung, Pensionen der BeamtInnen und Ausgleichszulage im Vergleich zum BIP pro Kopf und der Inflation



Quelle: eigene Zusammenstellung ÖIF-MO (ÖSTAT 1995: 97, BMAGS 1998b: 110, ÖSTAT 1998: 10, 178 + 235, Pratscher 1998: 812)
Legende: Inflation ... Verbraucherpreisindex; Ausgleichszulage Alleinstehende bzw. Ehepaare deckungsgleich; BIP pro Kopf ... Bruttoinlandsprodukt pro Kopf der Bevölkerung.

www.parlament.gv.at

Die Pensionsanpassung erfolgte zwischen 1976 und 1997 im geringeren Ausmaß als die Entwicklung des BIP pro Kopf der Bevölkerung, jedoch in höherem Ausmaß als die Inflation.

Bei der Ausgleichszulage gehen die Erhöhungen weit über die Pensionsanpassung hinaus und haben beinahe eine ebenso starke Dynamik wie das BIP pro Kopf. AusgleichszulagenempfängerInnen steht 1997 gegenüber 1976 real in etwa die Hälfte mehr an Geld für Ausgaben zur Verfügung.

4.2.3 Exkurs: Pensionssystem[11]

4.2.3.1 Verfahren der Pensionsfinanzierung

Grundsätzlich lassen sich als Finanzierungsart zur Alterssicherung beitragsfinanzierte und steuerfinanzierte Systeme unterscheiden, wobei durch Beiträge im Gegensatz zu Steuern konkrete Ansprüche auf Gegenleistung erworben werden (Rürup 1997: 21ff.). Weiters lassen sich Vorsorgesysteme danach unterscheiden, ob sie mit oder ohne Risikoausgleich (etwa bezüglich der Unsicherheit über die individuelle Lebensdauer) arbeiten.

Das österreichische Pensionssystem ist als Beitragssystem konzipiert, wobei ein Teil der Einnahmen durch Steuern finanziert wird, sodass es sich daher genau genommen um ein Mischsystem aus Steuer- und Beitragsfinanzierung handelt (siehe dazu auch in Abbildung 4.2: Entwicklung der Bundesmittel und des Bundesanteils).

Innerhalb der beitragsfinanzierten Pensionssysteme kann in einer groben Typisierung weiter unterschieden werden, ob sie auf dem Umlageverfahren oder dem Kapitalstockverfahren beruhen:

- Das Umlageverfahren ist dadurch charakterisiert, dass die geleisteten Beiträge der Aktivengeneration in der gleichen Periode (z. B. Fiskaljahr) zur Auszahlung für die Pensionsleistung herangezogen werden.
- Das Kapitalstockverfahren unterscheidet sich vom Umlageverfahren darin, dass die geleisteten Beträge nicht periodengleich an die Rentenempfänger ausgeschüttet, sondern während der Erwerbszeit in einem Kapitalstock akkumuliert und zinsbringend angelegt werden. Im Gegensatz zum individuell angesparten Vermögen muss der aus der Summe der individuellen Prämien akkumulierte gesamtwirtschaftliche Kapitalstock – im Falle einer stationären Bevölkerung – jedoch nicht abgeschmolzen werden: Nach einer Aufbauphase könnte sich auch das Entsparen der älteren Generation und das Ansparen nachrückender Jahrgangskohorten gerade ausgleichen.

Volkswirtschaftlich betrachtet lässt sich durchaus argumentieren, dass zwischen diesen beiden Systemen gar kein so großer Unterschied besteht, wie dies auf den ersten Blick den Anschein haben mag: In jedem Fall haben die Pensionsbezieher Anteil am laufenden BIP (entweder über aktuell erwirtschaftete Zinsen und Dividenden oder über aktuelle Beiträge) und beide Alterssicherungssysteme werden damit durch die Wirtschaftskraft der erwerbstätigen Bevölkerung gespeist (Felix 1998: 305). Dieses Argument gilt jedoch streng genommen wohl nur in geschlossenen Volkswirtschaften: Mit Hilfe von Auslandsinvestitionen ließe sich der Kapitalstock vom inländischen BIP und damit (der Argumentationslinie folgend) der inländischen erwerbstätigen Bevölkerung (den Beitragszahlern und damit potenziellen PensionsempfängerInnen) abkoppeln. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen müssen (Rürup 1997: 155) die Chancen, mit Hilfe von Auslandsanlagen die Demografieabhängigkeit kapitalfundierter Pensionen zu eliminieren, allerdings stark relativiert werden.

11 Details zum österreichischen Pensionssystem finden sich z. B. in: Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen (1991): Soziale Sicherung im Alter. Wien, Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen. Oder in: Rürup, Bert (1997): Perspektiven der Pensionsversicherung in Österreich. Darmstadt: Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

4.2.3.2 Bestimmungsfaktoren des Finanzgleichgewichts der Pensionsversicherung

Das Finanzgleichgewicht der Pensionsversicherung wird einerseits durch die demografische Situation und Perspektive, andererseits durch die Beschäftigungssituation bestimmt (Rürup 1997: 28ff.):

Die demografische Entwicklung hängt dabei vom Geburtenverhalten (Fertilität), der Sterblichkeit (Mortalität) und den Wanderungsbewegungen (Migration) ab. Zum Ausgleich des derzeit in Österreich (laut Rürup bei langfristiger Betrachtungsweise) bestehenden Geburtendefizites wären (unrealistische) jährliche Zuwanderungen notwendig, die nach Lage der Dinge mit erheblichen Integrationsproblemen verbunden wären.

Der Erwerbsmarkt ist mit einer Veränderung der Beschäftigungsstruktur (atypische Beschäftigungsformen wie neue Formen der Selbständigkeit oder geringfügig Beschäftigte) und einem Abfall (Demografie) des Beschäftigungsniveaus konfrontiert. Aber (Rürup 1997: 46): „Kollabiert das Beschäf-tigungssystem, kollabiert jedes Pensionssystem, das an Erwerbsarbeit gekoppelt ist."

4.2.3.3 Bestandsaufnahme

Die Pensionsbelastungsquote stieg in den letzten Jahrzehnten von 487 im Jahr 1970 auf 620 im Jahr 1997 PensionsbezieherInnen pro 1.000 Pensionsversicherungsbeitragszahlende (siehe Abbildung 4.2).

Die gesetzliche Pensionsversicherung in Österreich steht vor zwei Problemen (Rürup 1997: 47):

- einem (aktuellen sowie kurz- und mittelfristigen) Finanzierungsproblem als Folge der gestiegenen Erwerbslosigkeit und als Folge des Anwachsens neuer, nichtbeitragspflichtiger Formen der Erwerbsarbeit und einem
- demografischen Problem, welches aus der Verlängerung der Rentenlaufzeiten und ab 2010 bis 2015 einer Verschiebung des BeitragszahlerInnen-RentnerInnenverhältnisses resultiert.

Abbildung 4.2 zeigt dazu die Entwicklung der Bundesmittel sowie des Bundesanteils an der Pensionsversicherung (einschließlich Ausgleichszulagen). Weiters ist das in den letzten Jahren sinkende Alter der PensionszugängerInnen bei gleichzeitigem Ansteigen der Lebenserwartung (Todesalter von PensionistInnen) – woraus die Zunahme der Rentenlaufzeiten resultiert – zu sehen.

Wie gravierend die Folgen der aus den oben angeführten externen Faktoren resultierenden Konsequenzen sind, lässt sich a priori nicht genau vorhersagen, da zum einen die Auswirkungen der demografischen Entwicklung durch ökonomische Entwicklungen sowohl verstärkt als auch abgefedert werden können und zum anderen die Finanzierungsperspektive maßgeblich auch von der konkreten Ausgestaltung des Systems abhängt.

Während der Anteil der Bundesmittel an den Gesamtausgaben der Pensionsversicherung einschließlich Ausgleichszulagen im Zeitraum ab 1970 von rund einem Drittel auf 1997 rund ein Viertel noch leicht abgenommen hat, ist gleichzeitig schon ein starker Anstieg dieser Bundesmittel von rund 11 Milliarden auf rund 66 Milliarden öS zu beobachten (Abbildung 4.2).

4.2.3.4 Reformvorschläge

Als Reformen für das österreichische System bieten sich Systemsubstitution (durch Umstellung auf ein Kapitalstockverfahren) und Systemevolution (Anpassung einzelner Parameter des derzeitigen Umlageverfahrens) an:

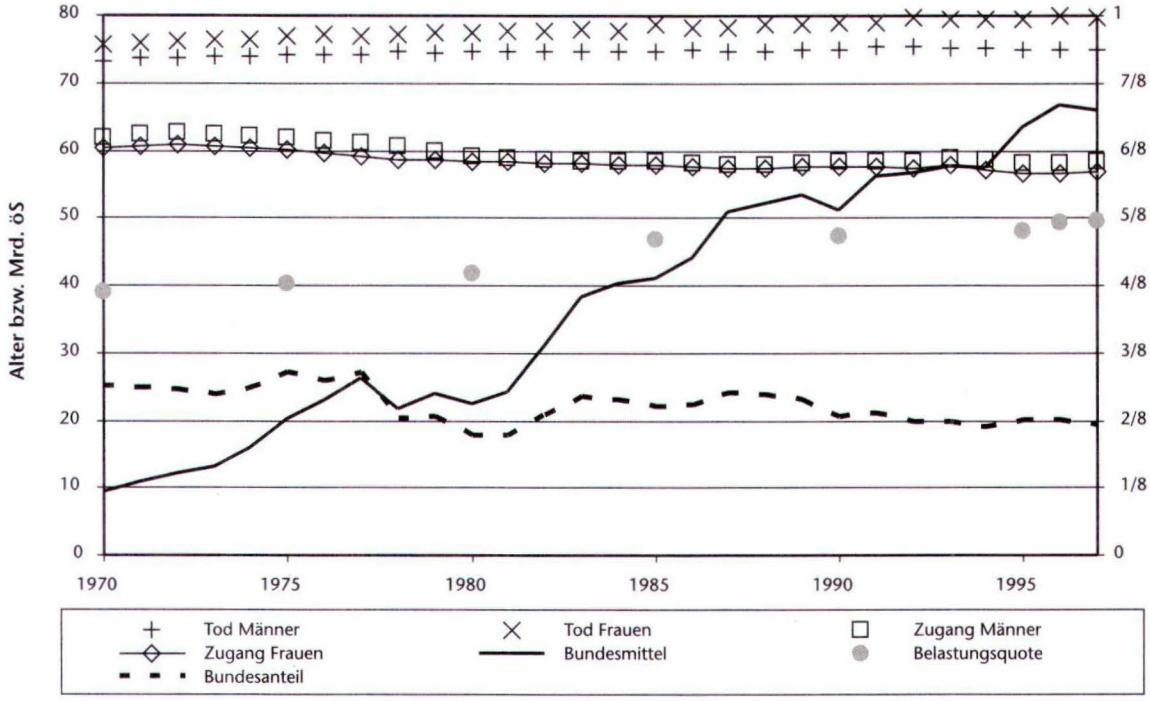
Das (politisch) wichtigste Argument, das gegen eine Umstellung des Finanzierungsverfahrens (auf ein Kapitalstockverfahren) spricht, ist die damit verbundene Mehrbelastung der Übergangsgeneration, die weiterhin die Pensionen der RuheständlerInnen finanzieren und gleichzeitig für ihre eigene Altersversorgung ansparen müsste. Ein (pareto-optimaler) Übergang, bei dem die Übergangsgeneration entschädigt werden kann, ohne dass eine andere Generation schlechter gestellt wird, ist weder theoretisch darstellbar geschweige denn praktisch durchführbar (Rürup 1997: 156).

www.parlament.gv.at

Für eine Systemevolution wird empfohlen (Rürup 1997: 203), die Entwicklung der Restlebenserwartung der 65-jährigen als maßgeblichen demografischen Indikator für etwaige Adaptionen heranzuziehen. Die aus dem Steigerungssatz und der Bemessungsgrundlage bestimmte monatliche Pensionsleistung ließe sich mit Hilfe eines kohortenspezifischen Lebenserwartungsfaktors korrigieren.

Weiters gilt es, das effektive Pensionsantrittsalter dem gesetzlichen anzunähern. Maßnahmen

Abbildung 4.2:
Entwicklung des durchschnittlichen Pensionszugangs, des Todesalters von PensionistInnen, der Bundesmittel, der Pensionsbelastungsquote sowie des Anteils der Bundesmittel an den Gesamtaufwendungen



Quelle: eigene Zusammenstellung ÖIF-MO (BMAGS 1998b: 81ff.), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (BMAGS 1998b: 74)
Legende: Pensionszugang und Tod nur Direktpensionen. Bundesmittel ... Bundesbeiträge + Ausgleichszulagen. Belastungsquote ... PensionsbezieherInnen pro Pensionsversicherungsbeitragszahlende. Bundesanteil ... Bundesmittel pro Gesamtaufwendungen der Pensionsversicherung einschließlich Ausgleichszulagen (ohne Rücklagen und ohne Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats).

12 Die Höhe der in der Vergangenheit geleisteten Beiträge wird durch den Faktor „Bemessungsgrundlage" erfasst, der „Steigerungs(prozent)satz" berücksichtigt die Dauer der Beitragszahlungen bzw. die gesamte Versicherungszeit, also Beitrags- und Ersatzleistungen. Die monatliche Pensionsleistung errechnet sich so aus Bemessungsgrundlage mal Steigerungssatz (Rürup 1997: 188).

hierzu wären vor allem die Förderung altersgerechter spezifischer Arbeitsbedingungen und Anreizsysteme einschließlich eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 1991: 9; ergänzend dazu: Kap. 3.7.2 und 8).

4.2.3.5 Pensionsreform

Die jüngste Pensionsreform (Sozialrechtsänderungsgesetz 1997) sieht bereits einige Maßnahmen im Leistungsrecht vor: Diese treten im Jahr 2000 (neue Steigerungsbeträge, Erhöhung der Bemessungsgrundlage für Zeiten der Kindererziehung) bzw. im Jahr 2003 (schrittweise Anhebung des Bemessungszeitraums in Abhängigkeit vom Pensionsantrittsalter) in Kraft (BMAGS 1998a: 60).

Mit der Einbeziehung der geringfügig Beschäftigten sowie der sogenannten neuen Selbständigen in die Sozialversicherung sind zwei Maßnahmen bereits mit 1. Jänner 1998 in Kraft getreten.

Es dürfte allerdings möglicherweise „unrealistisch" sein, dass das Pensionssystem – wie von der Bundesregierung versprochen – bis zum Jahr 2025 nicht weiter angepasst werden muss. Im Gegenteil könnte schon die nächste Bundesregierung (nach der 1999 endenden Legislaturperiode) Änderungen vornehmen müssen (Kramer 1999: 20):

- Mögliche Maßnahmen zur Anpassung des Umlageverfahrens sind eine Erhöhung der Pensionsbeiträge für Aktive, ein Hinaufsetzen des Pensionsantrittsalters oder eine Senkung der Pensionshöhe in Relation zum Aktivbezug.
- Weiters gibt es noch bestehende „Ungerechtigkeiten" im Pensionssystem, die ausgeglichen werden könnten, wie die unterschiedliche Behandlung zwischen öffentlichem Dienst und Privatangestellten. Diskutieren könnte man auch die Fragen, ob auch für kinderlose Frauen ein früheres Pensionsantrittsalter gelten solle oder die derzeitige Inflexibilität der Möglichkeiten von Erwerbstätigkeit nach dem Pensionsantrittsalter (ab etwa 2015 dürfte sich die Arbeitsmarktlage drehen und Beschäftigungswillige knapp werden).

Unterschiedliche Pensionsantrittsalter für Frauen und Männer sind per Bundesverfassungsgesetz[13] bis weit in das nächste Jahrhundert zulässig. Die niedrigere Altersgrenze der Frauen soll für die vorzeitige Alterspension ab 2019 bis 2028 bzw. für die Alterspension ab 2024 bis 2033 jeweils um 6 Monate erhöht werden (Gesetz betreffend Altersgrenzen von männlichen und weiblichen Sozialversicherten 1992: § 1ff.).[14]

4.3 Vermögen und Ausstattung

4.3.1 Vermögen[15]

Die Ergebnisse einer Studie zum Geldvermögen privater Haushalte in Österreich illustrieren die wesentlichen Unterschiede der Vermögensposition in unterschiedlichen Phasen des Lebens (Mooslechner 1995: 193): Im Querschnitt wird ein langfristiger Vermögensaufbau im Haushalt sichtbar, der bei ei-

13 Mit dem Rückgriff auf ein Bundesverfassungsgesetz will der Gesetzgeber wohl eine besondere Rechtssicherheit schaffen, einerseits weil eine Änderung dieses Gesetzes (wieder) eine Verfassungsmehrheit bräuchte und andererseits, weil der Verfassungsgerichtshof neue Verfassungsbestimmungen nicht aufgrund anderer schon erlassener Verfassungsbestimmungen (z. B. betreffend den Gleichheitsgrundsatz) aufheben kann.

14 Mit diesem Gesetz steht – zwar nicht legistisch, wohl aber realpolitisch – ein anderes Gesetz (siehe dazu die letzten Absätze von Kapitel 4.2.1.1, Personeneinkommen) in Verbindung, in dem sich der Bund zum schrittweisen Abbau von bestehenden gesellschaftlichen, familiären und wirtschaftlichen Benachteiligungen von Frauen bekennt (Gesetz betreffend Berichte über den Abbau von Benachteiligungen von Frauen 1992: § 1).

15 Mit diesem Gesetz steht – zwar nicht legistisch, wohl aber realpolitisch – ein anderes Gesetz (siehe dazu die letzten Absätze von Kapitel 4.2.1.1, Personeneinkommen) in Verbindung, in dem sich der Bund zum schrittweisen Abbau von bestehenden gesellschaftlichen, familiären und wirtschaftlichen Benachteiligungen von Frauen bekennt (Gesetz betreffend Berichte über den Abbau von Benachteiligungen von Frauen 1992: § 1).

www.parlament.gv.at

nem Alter des Haushaltsvorstands zwischen 50 und 60 Jahren seinen Höhepunkt erreicht. Der darauf folgende Vermögensabbau hängt mit der tendenziellen Auflösung der Familienstrukturen zusammen. Das durch eigene Haushaltsgründung bedingte Ausscheiden der Kinder aus dem Haushalt bzw. das Ausscheiden eines Elternteils durch Scheidung, Trennung oder Tod ist normalerweise mit einem Vermögensabfluss verbunden.

Noch mehr als heute vielfach bewusst werden Anlegerentscheidungen künftig vom Motiv der Altersvorsorge beeinflusst sein (Mooslechner 1995: 189). Ausschlaggebend dafür sind Veränderungen der Bevölkerungsstruktur, aus denen sich Probleme für die Finanzierung der gesetzlichen Altersversorgung ableiten.

Betreffend finanzielle Absicherung von PensionistInnenhaushalten zeigt sich gemäß Mikrozensus Juni 1993 (Wolf 1995: 513) folgendes Bild (Tabelle 4.8):

Im Schnitt verfügen PensionistInnenhaushalte zu 23% über zumindest eine Lebensversicherung, zu 24% über zumindest eine Krankenzusatzversicherung und zu 10% über Wertpapiere. Unter den

Tabelle 4.8:

Finanzielle Absicherung der PensionistInnenhaushalte[1] 1993 in Prozent

Unterscheidungsmerkmal (z. B. zuletzt ausgeübte Tätigkeit der HaushaltsvorständIn)	Lebensversicherung[2]	Zusatzkrankenversicherung[2]	Wertpapiere[2]
Alleinstehender Pensionist	18	27	8
Alleinstehende Pensionistin	19	20	4
1 PensionsbezieherIn bei 2 Personen im HH	31	31	8
2 PensionsbezieherInnen bei 2 Personen im HH	36	31	9
ArbeiterInnen	22	16	2
Angestellte	26	32	10
BeamtInnen	31	43	14
Selbst. in Land- und Forstwirtschaft	9	(9)	–
Andere Selbständige mit Betrieb	24	39	(9)
FreiberuflerInnen	(19)	(37)	–
Mind. eine Person im HH mit Firmenpension	34	37	13
Mind. eine Person im HH mit Ausgleichszulage	20	15	(2)
Mind. eine Person im HH mit Hilflosenzuschuss	20	15	(3)
Nie erwerbstätig gewesen	14	17	(3)
Berufsschicht unbekannt	22	23	5
PensionistInnenhaushalte insgesamt	23	24	6
Zum Vergleich: ∑ Erwerbstätigen-HH	54	38	10

Quelle: Mikrozensus Juni 1993 (Wolf 1995: 513ff.)
Legende: Angaben in Prozent nach Unterscheidungsmerkmal. Bei den in Klammern gesetzten Positionen beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als ±42%.
[1] Keine Beschäftigten oder Arbeitslose im Haushalt.
[2] Mindestens eine Person im Haushalt (HH).

Erwerbstätigenhaushalten sind die entsprechenden Werte wesentlich höher: Lebensversicherung 54%, Zusatzkrankenversicherung 38%, Wertpapiere 10%.

Unter den PensionsbezieherInnen besonders gut ausgestattet sind Zweipersonenhaushalte, BeamtInnen sowie Haushalte, in denen mindestens eine Person eine Firmenpension bezieht.

4.3.2 Ausstattung

4.3.2.1 Allgemeines

Bei allen eingesetzten Indikatoren liegen die Ausstattungsstandards der PensionistInnen unter jenen der Beschäftigten (Wolf 1995: 512). Am gravierendsten erscheinen die Unterschiede in den Bereichen Wohnen (siehe Tabelle 4.9), wo 1993 nur 52% der PensionistInnenhaushalte gegenüber 73% der Beschäftigtenhaushalte über eine Wohnung mit Bad und Zentralheizung verfügten, im Bereich privater Verkehr (Tabelle 4.11), wo 79% der Beschäftigtenhaushalte über einen Pkw verfügen, aber nur 33% der PensionistInnenhaushalte und bei den modernen Geräten wie Geschirrspülmaschine, Mikrowellenherd, CD-Player oder Videorekorder (siehe Tabelle 4.10 und Tabelle 4.12). Nur bei wenigen Indikatoren wie Herd, Waschmaschine (siehe Tabelle 4.10), Farbfernsehgerät (siehe Tabelle 4.12), Telefon und Zeitkarte für öffentliche Verkehrsmittel (siehe Tabelle 4.11) zeigen sich (zumindest, was das Vorhandensein anbelangt) vergleichsweise geringe Unterschiede.

Bezieht eine Person im Haushalt eine Firmenpension, zeigen sich vor allem hinsichtlich der Pkw-Zahl Abweichungen nach oben (Wolf 1995: 512): In dieser Gruppe verfügt 1993 fast jeder zweite PensionistInnenhaushalt über einen Pkw (siehe Tabelle 4.11).

Am unteren Ende der Verteilung des Lebensstandards von PensionistInnenhaushalten finden sich AusgleichszulagenbezieherInnen („MindestpensionistInnen"), HilflosenzuschussbezieherInnen[16] und Haushalte, in denen die Bezugsperson nie erwerbstätig gewesen ist (Wolf 1995: 513): Diesen Gruppen gemeinsam sind niedrige Wohnqualität (siehe Tabelle 4.9) mit einem 1993 doppelt so hohen Anteil an Substandardwohnungen, geringe Mobilität (siehe Tabelle 4.11) und häufiges Fehlen von Haushaltsgeräten (Tabelle 4.10) und sonstigen technischen Geräten (siehe Tabelle 4.12).

4.3.2.2 Wohnen

Immerhin 7% der PensionistInnenhaushalte waren 1993 Haushalte mit Ausstattungstyp D, also Substandardwohnungen ohne Sanitärinstallation (siehe Tabelle 4.9). Bei Haushalten mit mindestens einer Person im Haushalt mit Ausgleichszulage bzw. Hilflosenzuschuss ist dieser Anteil mit 14% bzw. 15% sogar in etwa doppelt so hoch. Ähnlich die Zahlen für nie Erwerbstätige mit 13% und alleinstehende Pensionistinnen mit 11% (gegenüber alleinstehenden Pensionisten mit 7%). Bei Zweipersonenhaushalten sinkt dieser Wert auf rund 3% und erreicht damit den Wert der Erwerbstätigenhaushalte.

Auch bei Wohnungen mit Ausstattungstyp A (mit Bad und Zentralheizung) sind Zweipersonenhaushalte mit 62% tendenziell besser gestellt, ein Wert, der auch von BeamtInnen erreicht wird.

In fast einem Viertel der PensionistInnenhaushalte waren 1993 Großreparaturen nötig, in fast 20% lag mindestens eine negative Umweltbelastung (dunkel, feucht, Lärmbelästigung) vor.

Die höchsten Wohnungsstandards der PensionistInnen erreichen – alle hier angeführten Kriterien zusammenfassend – die oberen Angestellten- (ohne Tabelle) und BeamtInnenhaushalte und die Selbständigen außerhalb der Land- und Forstwirtschaft. In diesen Schichten liegen die Anteile der mit Bad und Zentralheizung ausgestat-

16 Die vorliegenden Zahlen stammen aus Juni 1993. Der Hilflosenzuschuss ging im Rahmen des Bundespflegegeldgesetzes laut Übergangsrecht (BPGG 1993 § 38) im Juli 1993 in das Pflegegeld über.

www.parlament.gv.at

teten Wohnungen zwischen zwei Drittel und drei Viertel, Substandardwohnungen treten kaum auf, und auch Umweltbelastungen sowie Reparaturbedürftigkeit der Wohnungen sind seltener als im Durchschnitt (Wolf 1995: 516).

4.3.2.3 Haushaltsgeräte

Das (abgesehen allenfalls von einem Kühlschrank) wohl wichtigste Haushaltsgerät – einen Elektro- bzw. einen Gasherd – besaß 1993 jeder zwanzigste PensionistInnenhaushalt nicht. Bei den Haushalten mit mindestens einer PensionistIn mit Ausgleichszulage waren dies sogar 14% (rund ein Siebentel), bei denen mit Hilflosenzuschuss ein Zehntel (siehe Tabelle 4.10). Alleinstehende Pensionisten verfügen mit 12% fast doppelt so häufig über keinen Elektro- bzw. Gasherd als alleinstehende Pensionistinnen mit 7%.

Tabelle 4.9:
Wohnverhältnisse der PensionistInnenhaushalte[1] 1993 in Prozent

Unterscheidungsmerkmal (z. B. zuletzt ausgeübte Tätigkeit der HaushaltsvorständIn)	Ausstattungstyp A[2]	Ausstattungstyp D[3]	Mind. 1 neg. Umweltbelast.[4]	Großreparatur nötig
Alleinstehender Pensionist	44	7	22	28
Alleinstehende Pensionistin	43	11	19	26
1 PensionsbezieherIn bei 2 P. im HH	62	(2)	16	20
2 Pensionsbez. bei 2 P. im HH	62	3	15	19
ArbeiterInnen	49	6	19	26
Angestellte	59	4	17	21
BeamtInnen	62	(2)	14	16
Selbst. in Land- und Forstwirtschaft	49	(9)	22	30
Andere Selbständige mit Betrieb	66	–	18	18
FreiberuflerInnen	63	–	–	–
Mind. eine P im HH mit Firmenp.	58	(5)	18	22
Mind. eine P. im HH mit Ausgleichsz.	39	14	23	34
Mind. eine P. im HH mit Hilflosenz.	42	15	21	31
Nie erwerbstätig gewesen	43	13	20	27
Berufsschicht unbekannt	50	9	18	22
PensionistInnenhaushalte insgesamt	52	7	18	23
Zum Vergleich: ∑ Erwerbstätigen-HH	73	3	16	19

Quelle: Mikrozensus Juni 1993 (Wolf 1995: 513ff.)
Legende: Angaben in Prozent nach Unterscheidungsmerkmal. Bei den in Klammern gesetzten Positionen beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als ±42%.
[1] Keine Beschäftigten oder Arbeitslose im Haushalt.
[2] Wohnung mit Bad und Zentralheizung.
[3] Substandardwohnung, keine Sanitärinstallation.
[4] Dunkel, feucht, Lärmbelästigung.

Über einen Mikrowellenherd verfügen im gleichen Referenzjahr 17% der PensionistInnenhaushalte, vergleichsweise hoch sind hier auch die Ausstattungen bei Ausgleichszulagen- (12%) und HilflosenzuschussbezieherInnen (15%). Alleinstehende Pensionisten sind nach diesem Kriterium um 5 Prozentpunkte besser ausgestattet als alleinstehende Pensionistinnen.

Die Durchdringung mit Gefriergeräten (Inklusive Kühl-Gefrier-Kombination) ist mit 52% Ausstattung in den PensionistInnenhaushalten sehr hoch. Bei AusgleichszulagenbezieherInnen ist dieser Wert mit 56% sogar noch höher, bei HilflosenzuschussempfängerInnen beträgt er immerhin noch 43%.

Anders die Ausstattung mit Geschirrspülern, wo die Versorgung 1993 bei 15% der PensionistInnenhaushalte liegt (bei Beschäftigtenhaushalten ist die Versorgung mehr als dreimal so hoch). Die Ausstattung mit einer Geschirrspülmaschine gehört (gemeinsam mit Mikrowellenherden) zu den „trennschärfsten" Indikatoren im Bereich der

Tabelle 4.10:
Haushaltsgeräte der PensionistInnenhaushalte[1] 1993 in Prozent

Unterscheidungsmerkmal (z. B. zuletzt ausgeübte Tätigkeit der HaushaltsvorständIn)	Weder E- noch Gasherd in Wohn.	Mikrowellenherd in Wohn.	Gefriergerät[2]) in Wohnung	Geschirrspüler in Wohnung	Keine Waschmaschine im Haus
Alleinstehender Pensionist	12	17	38	11	24
Alleinstehende Pensionistin	7	12	41	7	11
1 PensionsbezieherIn bei 2 P. im HH	4	21	71	23	3
2 Pensionsbez. bei 2 P. im HH	3	24	67	23	3
ArbeiterInnen	5	15	55	11	8
Angestellte	(2)	22	52	23	10
BeamtInnen	(2)	24	56	20	7
Selbst. in Land- und Forstwirtschaft	17	(9)	66	10	10
Andere Selbständige mit Betrieb	(6)	17	56	29	6
FreiberuflerInnen	–	(22)	(53)	(38)	–
Mind. eine P im HH mit Firmenp.	–	22	56	21	6
Mind. eine P. im HH mit Ausgleichsz.	14	12	56	8	12
Mind. eine P. im HH mit Hilflosenz.	10	15	43	8	16
Nie erwerbstätig gewesen	(5)	12	38	8	11
Berufsschicht unbekannt	7	15	49	13	9
PensionistInnenhaushalte insgesamt	5	17	52	15	9
Zum Vergleich: ∑ Erwerbstätigen-HH	2	43	70	47	5

Quelle: Mikrozensus Juni 1993 (Wolf 1995: 513ff.)
Legende: Angaben in Prozent nach Unterscheidungsmerkmal. Bei den in Klammern gesetzten Positionen beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als ±42%.
[1]) Keine Beschäftigten oder Arbeitslose im Haushalt.
[2]) Inklusive Kühl-Gefrier-Kombination.

www.parlament.gv.at

Haushaltsgeräte (Wolf 1995: 513): Die Spannweite (teilweise ohne Tabelle) reicht von rund einem Zehntel bei Arbeitern, Bauern und nie berufstätig gewesenen Personen bis zu rund der Hälfte in den oberen Schichten von Selbständigen außerhalb der Landwirtschaft, Angestellten und Beamten.

Über keine Waschmaschine im Haus verfügen ein Zehntel der PensionistInnen. Bei alleinstehenden Pensionisten steigt dieser Wert bis auf ein Viertel, wenn 2 Personen in einem Haushalt leben, sinkt dieser Wert hingegen auf rund ein Dreißigstel.

4.3.2.4 Kommunikations- und Transportmittel

Die Ausstattung mit Telefonen liegt 1993 mit 86% in den PensionistInnenhaushalten fast an dem Wert der Beschäftigtenhaushalte mit 88% (siehe Tabelle 4.11). Bei Personen mit Ausgleichszulage beträgt der ausgewiesene Wert sogar 87% und liegt somit auch in diesem Bereich, bei jenen mit Hilflosenzuschuss beträgt der Wert immerhin noch 79%.

Während für das Vorhandensein einer Zeitkarte für ein öffentliches Verkehrsmittel naturgemäß eher

Tabelle 4.11:
Kommunikations- und Transportmittel der PensionistInnenhaushalte[1] 1993 in Prozent

Unterscheidungsmerkmal (z. B. zuletzt ausgeübte Tätigkeit der HaushaltsvorständIn)	Telefon	Zeitkarte[2] für öffentl. Verkehrsm.	Pkw im Haushalt	Mehr als 1 Pkw im Haushalt
Alleinstehender Pensionist	76	24	42	0
Alleinstehende Pensionistin	84	21	10	0
1 PensionsbezieherIn bei 2 P. im HH	89	12	60	4
2 Pensionsbez. bei 2 P. im HH	89	20	60	3
ArbeiterInnen	85	15	29	(1)
Angestellte	90	23	39	(2)
BeamtInnen	88	21	53	(3)
Selbst. in Land- und Forstwirtschaft	76	(4)	25	(3)
Andere Selbständige mit Betrieb	89	13	46	(4)
FreiberuflerInnen	81	(31)	(51)	.
Mind. eine P im HH mit Firmenp.	89	29	47	(2)
Mind. eine P. im HH mit Ausgleichsz.	87	11	26	8
Mind. eine P. im HH mit Hilflosenz.	79	8	15	–
Nie erwerbstätig gewesen	83	14	8	–
Berufsschicht unbekannt	85	20	31	(1)
PensionistInnenhaushalte insgesamt	86	18	33	1
Zum Vergleich: ∑ Erwerbstätigen-HH	88	24	79	21

Quelle: Mikrozensus Juni 1993 (Wolf 1995: 513ff.)
Legende: Angaben in Prozent nach Unterscheidungsmerkmal. Bei den in Klammern gesetzten Positionen beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als ±42%.
[1] Keine Beschäftigten oder Arbeitslose im Haushalt.
[2] Mindestens eine Person im Haushalt; Wochen-, Monats-, Jahreskarten; SchülerInnenfreifahrten sind nicht einbezogen.

Stadt-Land-Unterschiede (ohne Tabelle) ausschlaggebend sind, zählt die Ausstattung mit einem Pkw hingegen bei den PensionistInnenhaushalten zu den trennscharfen Indikatoren. Die Spannweite reicht hier von rund 70% in den Schichten mit den höchsten Einkommen bis zu rund 10% bei HilflosenzuschussempfängerInnen, alleinlebenden Pensionistinnen und ehemaligen HilfsarbeiterInnen (Wolf 1995: 515).

Mehr als einen Pkw im Haushalt findet man nur bei 1% der PensionistInnen, jedoch bei 21% der Erwerbstätigen. Für PensionistInnen mit Ausgleichszulage sind interessanterweise mit 8% Ausstattung mit mehr als einem PKW besonders hohe Werte vorzufinden. Werte ohne übergroßen Stichprobenfehler finden sich in Tabelle sonst nur bei Zweipersonenhaushalten mit einer PensionsbezieherIn (4%) und 2 PensionsbezieherInnen (3%).

4.3.2.5 Sonstige technische Geräte

Die Ausstattung der PensionistInnenhaushalte mit Farbfernsehgeräten zeigt 1993 weitgehende Sättigung an. Im Durchschnitt aller Haushalte hat nur jeder zwanzigste PensionistInnenhaushalt kein Fernsehgerät (Wolf 1995: 514).

Tabelle 4.12:
Sonstige technische Geräte der PensionistInnenhaushalte[1] 1993 in Prozent

Unterscheidungsmerkmal (z. B. zuletzt ausgeübte Tätigkeit der HaushaltsvorständIn)	Farb-TV	Kein TV	CD-Player	Heim-computer	Video-recorder
Alleinstehender Pensionist	84	9	10	(3)	19
Alleinstehende Pensionistin	87	7	3	.	8
1 PensionsbezieherIn bei 2 P. im HH	96	(2)	11	3	22
2 Pensionsbez. bei 2 P. im HH	95	(2)	10	(2)	29
ArbeiterInnen	92	4	5	(1)	15
Angestellte	92	3	11	(2)	26
BeamtInnen	96	(2)	14	(3)	24
Selbst. in Land- und Forstwirtschaft	78	(8)	–	–	–
Andere Selbständige mit Betrieb	92	(4)	(4)	–	17
FreiberuflerInnen	84	–	(22)	–	(29)
Mind. eine P im HH mit Firmenp.	94	(3)	9	(2)	26
Mind. eine P. im HH mit Ausgleichsz.	84	7	5	.	7
Mind. eine P. im HH mit Hilflosenz.	88	5	3	.	9
Nie erwerbstätig gewesen	88	(5)	(3)	.	9
Berufsschicht unbekannt	87	(7)	6	(1)	16
PensionistInnenhaushalte insgesamt	90	5	7	1	17
Zum Vergleich: ∑ Erwerbstätigen-HH	92	5	45	14	56

Quelle: Mikrozensus Juni 1993 (Wolf 1995: 513ff.)
Legende: Angaben in Prozent nach Unterscheidungsmerkmal. Bei den in Klammern gesetzten Positionen beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als ±42%.
[1] Keine Beschäftigten oder Arbeitslose im Haushalt.

www.parlament.gv.at

Besonders hohe Ausstattungen mit Farbfernsehgeräten von größer gleich 95% finden sich in Haushalten ehemaliger BeamtInnen und in Zweipersonenhaushalten (siehe Tabelle 4.12). Bei alleinstehenden PensionistInnen (Frauen wie Männer) liegt die Ausstattung hingegen nur rund um 85%.

Von den „modernen" Geräten wie CD-Player, Videorekorder, Videokamera (ohne Tabelle) und Heimcomputer weist 1993 erst der Videorekorder eine weitere Verbreitung auf (Wolf 1995: 514). Jeder sechste PensionistInnenhaushalt verfügt über ein solches Gerät. Überdurchschnittliche Ausstattungsquoten weisen mit rund einem Viertel ehemalige Angestellte und BeamtInnen sowie Haushalte auf, die eine Firmenpension beziehen. In den bestgestellten Gruppen nähert sich die Verbreitung bereits dem Durchschnitt der Erwerbstätigenhaushalte.

Marginal war hingegen 1993 noch die Ausstattung mit Heimcomputern (1%) gegenüber 14% bei den Erwerbstätigenhaushalten.

4.4 Konsum und Ausgaben

4.4.1 Allgemeines

Bei der Konsumerhebung des ÖSTAT werden Verbrauchsausgaben direkt bei den privaten Haushalten erfasst (Kronsteiner 1996: 935): Eine repräsentativ ausgewählte Gruppe von Haushalten wird dabei (Konsumerhebung 1993/94) ersucht, die täglichen Ausgaben während eines 14tägigen Berichtszeitraums sowie die in diesem Zeitraum verbrauchten selbstproduzierten Lebensmittel bzw. Entnahmen aus dem eigenen Betrieb (Bewertung zu Verbraucherpreisen) in ein Haushaltsbuch einzutragen. Weiters werden durch Interviews die in den letzten 12 Monaten vorgenommenen Großanschaffungen erfragt. Darüber hinaus wird versucht, die zusätzlichen, individuellen Konsumausgaben einzelner Haushaltsmitglieder, die nicht unmittelbar an der Haushaltsführung beteiligt sind, zu erfassen (Nebenbudgets). Da die realen Ausgaben für Wohnen bei Eigenheimen, Eigentumswohnungen und Dienstwohnungen nicht erfasst werden können, werden diesen Rechtsverhältnissen fiktive Mietwerte zugeordnet (Kronsteiner 1996: 943).

Ein Vergleich der Hochrechnung einer Konsumerhebung mit den Ergebnissen des privaten Konsums der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) für die gleiche Region und den gleichen Zeitraum vermag die Aussagekraft dieser Art von Erhebung in ihrer Gesamtheit[17] abzuschätzen. Insgesamt stimmen die Ergebnisse der Konsumerhebung 1993/94 und der VGR 1993 gut miteinander überein (Bauer / Raffer 1997: 634): Die jährlichen Konsumausgaben der privaten Haushalte belaufen sich (nach vergleichbarem Konzept) nach der Konsumerhebung auf 952,6 Mrd. öS und nach der VGR 1993 auf 991,8 Mrd. öS, was 96% Übereinstimmung entspricht.

PensionistInnenhaushalte (kein Erwerbstätiger im Haushalt) insgesamt gaben 1994 (siehe Tabelle 4.13) pro Kopf mit 16.000 öS in etwa gleich viel aus wie alle Haushalte gemeinsam mit pro Kopf 16.200 öS (ohne Tabelle, Bauer / Kronsteiner 1997a: 630). Die Ausgaben pro Haushalt sind mit 21.400 öS bei den PensionistInnen allerdings um einiges geringer als bei allen Haushalten gemeinsam mit 31.200 öS. Hier spiegeln sich geringere Haushaltsgrößen wider. Für die Erwerbstätigenhaushalte liegen Pro-Kopf-Ausgaben von 17.000 öS und Haushaltsausgaben von 36.000 öS vor.

Der Anteil der Ernährungsausgaben von PensionistInnenhaushalten entspricht in etwa dem Schnitt österreichischer Haushalte. Dies gilt auch für die Wohnungsausstattung und die Bekleidung. Um rund ein Viertel mehr geben PensionistInnenhaushalte anteilsmäßig für Wohnen ohne Heizung aus. Eine in der Relation besondere Rolle spielen darin die Wohnungsinstandhaltungen (ohne

17 D. h. nicht unbedingt für Teilgruppen, wie z. B. PensionistInnen.

www.parlament.gv.at

Tabelle), wo der Anteil der PensionistInnenhaushalte jenen aller Haushalte gemeinsam um rund 75% übertrifft. Allerdings machen diese Ausgaben bei den PensionistInnen auch nur 3,2% der Gesamtausgaben aus. Ferner geben PensionistInnenhaushalte für Beheizung und Beleuchtung einen überproportional hohen Anteil (in etwa plus 50%) aus. Zusammengefasst geben PensionistInnenhaushalte für die Bereiche „Ernährung", „Wohnen ohne Heizung" und „Beheizung, Beleuchtung" 45,6% ihrer Gesamtausgaben aus, Erwerbstätigenhaushalte hingegen nur 36,3%. Ein gegenteiliges Bild zeigt sich vor allem im Bereich „Verkehr und Nachrichtenübermittlung" (ungefähr minus 25%), aber auch bei „Bildung, Erholung, Freizeit, Sport" (ungefähr minus 20%). Urlaub machen PensionistInnen seltener als beispielsweise Erwerbstätige (siehe Tabelle 4.14). In 72% der PensionistInnenhaushalte machte 1993 kein Mitglied einen Urlaub (innerhalb der letzten zwölf Monate), bei den Erwerbstätigenhaushalten beträgt dieser Anteil 65%. Fernreisen machen PensionistInnen sogar nur halb so häufig.

4.4.2 Unterscheidungsmerkmal Haushaltstyp

Tabelle 4.13 zeigt die Verbrauchsausgaben von PensionistInnenhaushalten nach dem Haushalts-

Tabelle 4.13:
Verbrauchsausgaben von PensionistInnenhaushalten[1] 1993/94 nach dem Haushaltstyp

Verbrauchsausgaben	PensionistInnen insgesamt	Pensionierte Singles männl.	Pensionierte Singles weibl.	2 PensionistInnen	1 PensionistIn mit PartnerIn[2]
Monatl. Ausgaben gew. pro Kopf	16.000	21.100	15.600	16.600	14.800
Monatl. Ausgaben pro Haushalt	21.400	21.100	15.600	28.200	25.200
Ernährung	17,3	14,0	16,7	17,6	18,4
Tabakwaren	0,7	(1,1)	(0,7)	(0,7)	0,6
Wohnen ohne Heizung	20,2	18,4	21,1	20,5	20,2
Beheizung, Beleuchtung	8,1	(9,1)	10,2	6,7	6,4
Wohnungsausstattung	8,3	(4,2)	7,5	8,5	10,0
Bekleidung	10,2	(7,4)	12,3	10,0	9,1
Körperpflege	2,7	(1,6)	3,3	2,5	2,3
Gesundheitspflege	4,7	(4,4)	(4,8)	(5,2)	(4,1)
Bildung, Erholung, Freizeit, Sport	10,5	10,4	11,0	10,4	9,8
Verzehr außer Haus in der Freizeit	3,4	(7,7)	2,9	3,3	3,0
Kommunikation und Transport	12,8	(20,9)	7,7	14,1	15,3
Sonstige Ausgaben	1,0	(0,7)	(2,0)	(0,4)	(0,7)

Quelle: Konsumerhebung 1993/94 (Bauer / Kronsteiner 1997a: 630)
Legende: Ausgaben in öS, restliche Angaben in Prozent dieser Ausgaben; Pro-Kopf-Werte gemäß ÖSTAT-Standard-Skala. Ergebnisse, deren Zufallsfehler (bei einer angenommenen Sicherheit von 95%) ± 30% übersteigt, werden in Klammern ausgewiesen.
[1] Kein Erwerbstätiger im Haushalt.
[2] PartnerIn ist weder in Pension noch erwerbstätig.

typ. Es werden nur PensionistInnenhaushalte berücksichtigt, in denen keine Erwerbstätigen leben (Bauer / Kronsteiner 1997a: 629f.):[18]

Bei den Haushalten von pensionierten Singles weisen Männer um 35% höhere Gesamtverbrauchsausgaben auf als Frauen. Während die Anteile für Ernährung und Wohnen bei alleinlebenden Pensionisten geringer sind, geben sie absolut für diese beiden Bereiche deutlich mehr als Pensionistinnen aus. Aufgrund ihrer ungünstigeren Einkommens- und Vermögenssituation müssen Pensionistinnen eben höhere Anteile an den Gesamtausgaben für diese beiden Bereiche aufwenden. Deutlich mehr (sowohl absolut als auch relativ, allerdings mit teils hohen Zufallsfehlern) geben pensionierte männliche Singles für die Bereiche „Verzehr außer Haus in der Freizeit" sowie „Kommunikation und Transport" aus.

Die Verbrauchsstruktur von Haushalten, in denen zwei PensionistInnen leben, ist bei generell höherem Niveau (plus 12%) Haushalten mit einer PensionistIn und einer PartnerIn, die weder in Pension noch erwerbstätig ist, ähnlich.

Im Zeitvergleich zur Konsumerhebung 1984 (ohne Tabelle) lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Konsumstrukturen auf höherem Niveau im Wesentlichen unverändert geblieben sind.

Der Mikrozensus Juni 1993 hat im Sonderprogramm „Ausstattung der Haushalte" auch die Urlaubshäufigkeit von PensionistInnen erhoben (siehe Tabelle 4.14). In rund der Hälfte der

Tabelle 4.14:

Urlaubsausgaben der PensionistInnenhaushalte[1] 1993 nach dem Haushaltstyp in Prozent

Unterscheidungsmerkmal Haushaltstyp	Kein Haushaltsmitglied machte Urlaub[2]	Fernreise[3]
Alleinstehender Pensionist	64	6
Alleinstehende Pensionistin	68	3
1 PensionsbezieherIn bei 2 P. im HH	61	4
2 Pensionsbez. bei 2 P. im HH	50	7
Mind. eine P im HH mit Firmenp.	51	(5)
Mind. eine P. im HH mit Ausgleichsz.	79	(2)
Mind. eine P. im HH mit Hilflosenz.	85	(1)
PensionistInnenhaushalte insgesamt	71	2
Zum Vergleich: ∑ Erwerbstätigen-HH	65	4

Quelle: Mikrozensus Juni 1993 (Wolf 1995: 513ff.)
Legende: Angaben in Prozent nach Unterscheidungsmerkmal. Bei den in Klammern gesetzten Positionen beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als ±42%.
[1] Keine Beschäftigten oder Arbeitslose im Haushalt.
[2] In den letzten zwölf Monaten.
[3] Mindestens eine Person im Haushalt in den letzten 12 Monaten.

18 Diskrepanzen zwischen den in Tabelle 2 präsentierten Nettoeinkommen (Mittelwert und Jahresvierzehntel) und den in Tabelle 13 angeführten Verbrauchsausgaben (Median, Jahreszwölftel, Bewertung von an sich „kostenlosen" Entnahmen sowie Wohnmöglichkeiten im Eigentum zu Verbraucherpreisen und Auflösung von Vermögenswerten) ergeben sich allein schon aus den (hier schlagwortartig in Klammer angedeuteten) unterschiedlichen Darstellungsinhalten.

Haushalte mit zwei PensionsbezieherInnen sowie in Haushalten, in denen mindestens eine Person eine Firmenpension bezieht, machte mindestens ein Haushaltsmitglied innerhalb der letzten 12 Monate einen Urlaub. Bei Haushalten mit zumindest einem/r AusgleichszulagenbezieherIn sinkt dieser Wert auf 21%, bei Haushalten mit mindestens einem/r HilflosenzuschussbezieherIn sogar auf nur mehr 15%.

4.4.3 Unterscheidungsmerkmal Berufsgruppe

Die monatlichen Haushaltsausgaben (Kronsteiner 1997: 570f.) von ArbeiterpensionistInnen (inklusive frühere Beamte und Vertragsbedienstete, die in ArbeiterInnenverwendung tätig waren) liegen 1994 (siehe Tabelle 4.15) um 11%, die Ausgaben pro Kopf um rund 16% unter jenen der PensionistInnenhaushalte insgesamt (siehe Tabelle 4.13). Mit zunehmender Qualifikation steigen die Ausgaben (ohne Tabelle).

Hingegen liegt (siehe Tabelle 4.15) das Konsumniveau bei Haushalten von pensionierten Angestellten und öffentlich Bediensteten – sowohl pro Kopf als auch pro Haushalt – über dem der PensionistInnenhaushalte insgesamt. Die höchsten Ausgaben tätigen dabei die Haushalte pensionierter öffentlich Bediensteter: Sie geben pro Kopf sogar noch um 10% und pro Haushalt noch um 18% mehr aus als Haushalte von pensionierten Angestellten.

Die pensionierten Bauern (siehe Tabelle 4.15) haben die geringsten Ausgaben (Kronsteiner 1997: 569f.): Pro Kopf sind sie um mehr als ein Drittel niedriger als bei sonstigen pensionierten Selbständigen und liegen damit um 18% unter dem Durchschnitt aller PensionistInnenhaushalte. Auch auf Haushaltsebene weisen pensionierte Selbständige außerhalb der Land- und Forstwirtschaft die deutlich höheren Ausgaben auf. Die Ausgabenanteile sind bei den ehemaligen Landwirten im Bereich Ernährung[19] am größten: Sie liegen um 2 Prozentpunkte über den durchschnittlichen PensionistInnenhaushalten und um 4,1 Prozentpunkte über den sonstigen PensionistInnenhaushalten der Selbständigen.

Der Anteil der Ausgaben für Ernährung an den Gesamtausgaben erweist sich in Tabelle 4.15 überhaupt als trennscharfer Indikator für die Höhe der pro Kopf getätigten Konsumausgaben: Gruppen mit vergleichsweise niedrigen Ausgaben (Berufsgruppe vor der Pension: ArbeiterInnen und Selbständige in Land- und Forstwirtschaft) wenden rund 19% für Ernährung auf, Gruppen mit vergleichsweise höheren Ausgaben (Berufsgruppe vor der Pension: Angestellte, öffentlich Bedienstete und sonstige Selbständige) nur rund 15,5%. Die Ausgaben für Wohnen ohne Heizung bleiben dagegen vergleichsweise konstant zwischen diesen Gruppen, wenn auch wieder ehemalige ArbeiterInnen und Selbständige in Land- und Forstwirtschaft die höchsten relativen Anteile aufweisen.

Was Urlaube betrifft, zeigt sich eine hohe (trennscharfe) Differenzierung zwischen den einzelnen Berufsgruppen (siehe Tabelle 4.16): Die höchste Anzahl an Urlauben tätigen ehemalige FreiberuflerInnen[20], wo in nur 43% der Haushalte kein Haushaltsmitglied innerhalb der letzten 12 Monate einen Urlaub gemacht hat, in 25% der Haushalte wurde sogar eine Fernreise durchgeführt. Einen vergleichsweise niedrigen Prozentsatz an PensionistInnenhaushalten, in denen kein

19 Entnahmen aus dem eigenen Betrieb kommt bei pensionierten Landwirten hohe Bedeutung zu. Diese werden im Rahmen der Erfassung in der Konsumerhebung (wie schon in Kapitel 4.4.1, Allgemeines, erwähnt) ebenso wie fiktive Mieten mit Verbraucherpreisen bewertet (Kronsteiner 1997: 570).

20 Diese Werte weisen allerdings (aufgrund der kleinen Teilgruppe „ehemalige FreiberuflerInnen") einen besonders hohen Stichprobenfehler auf (siehe Legende zu Tabelle).

Tabelle 4.15:
Verbrauchsausgaben von PensionistInnenhaushalten[1] 1993/94 nach Berufsgruppen

Verbrauchsausgaben	Arbeiter-Innen[2]	Angestellte	Öffentlich Bedienstete	Selbst. in Land- und Forstwirt.	Sonstige Selbständige
Ausgaben pro Kopf gew.	13.500	19.400	21.300	13.100	20.500
Ausgaben pro Haushalt in öS	19.100	25.500	30.200	18.100	28.100
Ernährung	19,3	15,6	15,2	19,3	15,2
Tabakwaren	1,1	(0,6)	(0,6)	(0,3)	(0,5)
Wohnen ohne Heizung	20,8	19,3	18,9	21,4	20,3
Beheizung, Beleuchtung	7,9	5,4	(8,1)	(9,3)	(8,2)
Wohnungsausstattung	8,2	(9,0)	(8,9)	(8,4)	(4,5)
Bekleidung	10,0	10,5	8,9	(8,4)	(10,7)
Körperpflege	2,7	2,9	2,5	(1,7)	(2,6)
Gesundheitspflege	3,7	(6,0)	(5,3)	(2,7)	(7,2)
Bildung, Erholung, Freizeit, Sport	8,8	13,7	11,7	10,0	9,9
Verzehr außer Haus in der Freizeit	3,8	3,5	3,4	(3,4)	(3,1)
Kommunikation und Transport	12,2	12,5	16,1	(14,7)	(17,0)
Sonstige Ausgaben	(1,5)	(0,9)	(0,4)	(0,4)	(0,8)

Quelle: Konsumerhebung 1993/94 (Kronsteiner 1997: 569ff.)
Legende: Ausgaben in öS, restliche Angaben in Prozent dieser Ausgaben; Pro-Kopf-Werte gemäß ÖSTAT-Standard-Skala. Ergebnisse, deren Zufallsfehler (bei einer angenommenen Sicherheit von 95%) ± 30% übersteigt, werden in Klammern ausgewiesen.
[1] Kein Erwerbstätiger im Haushalt.
[2] Inklusive ArbeiterInnentätigkeit im Öffentlichen Dienst.

Haushaltsmitglied Urlaub machte, weisen vor allem noch BeamtInnen (49%, eine Fernreise machen 7%) und Angestellte (50%, eine Fernreise machen 7%) auf.

Hohe Prozentsätze von PensionistInnenhaushalten, in denen kein Mitglied in den letzten Monaten einen Urlaub machte, weisen Selbständige in Land- und Forstwirtschaft (87%, für Fernreisen ist kein Nachweis vorhanden) und nie erwerbstätig Gewesene (78%, auch in dieser Gruppe ist kein Nachweis für Fernreisen vorhanden) auf.

Tabelle 4.16:

Urlaubsausgaben der PensionistInnenhaushalte[1] 1993 nach Berufsgruppen in Prozent

Unterscheidungsmerkmal zuletzt ausgeübte Tätigkeit der HaushaltsvorständIn	Kein Haushaltsmitglied machte Urlaub[2]	Fernreise[3]
ArbeiterInnen	71	2
Angestellte	50	7
BeamtInnen	49	7
Selbst. in Land- und Forstwirtschaft	87	–
Andere Selbständige mit Betrieb	63	(8)
FreiberuflerInnen	(43)	(25)
Nie erwerbstätig gewesen	78	–
Berufsschicht unbekannt	67	4
PensionistInnenhaushalte insgesamt	71	2
Zum Vergleich: ∑ Erwerbstätigen-HH	65	4

Quelle: Mikrozensus Juni 1993 (Wolf 1995: 513ff.)
Legende: Angaben in Prozent nach Unterscheidungsmerkmal. Bei den in Klammern gesetzten Positionen beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als ±42%.
[1] Keine Beschäftigten oder Arbeitslose im Haushalt.
[2] In den letzten zwölf Monaten.
[3] Mindestens eine Person im Haushalt in den letzten 12 Monaten.

4.5 Armutsgefährdung

4.5.1 Begriffsbestimmung zur Armutsgefährdung

Von „Armutsgefährdung" anstatt von „Armut" zu sprechen ist im Zusammenhang mit monetären Indikatoren (Einkommen bzw. Ausgaben) zielführender, da niedrige Einkommen oder geringe Ausgaben allein nicht ausreichen, um einen Haushalt als aktuell arm oder sozial ausgegrenzt ein-zustufen (Bauer / Kronsteiner 1997b: 845). Im Folgenden werden verschiedene Dimensionen von Armut erläutert, danach werden Armutsgrenzen, ab denen hier von Armutsgefährdung ausgegangen werden soll, definiert und die mögliche Weiterentwicklung zu einem umfassenderen Konzept von „Sozialer Ausgrenzung" erläutert.

Sieht man Armut als den untersten Rand einer Gesellschaft an, dann kann sie nur im Kontext und in Relation zu den Entwicklungen dieser Gesellschaft gesehen werden, da sie selbst Teil und Ergebnis dieser Entwicklungen ist. Armut hat insofern in jeder Gesellschaft eine andere Gestalt (Wallner 1995: 8f.):

- Armut in Europa bedeutet etwas anderes als Armut in Afrika.
- Armut als Sicherung des Überlebens der Betroffenen ohne umfassende Berücksichtigung der Teilhabemöglichkeiten an gesellschaftlich „normalem" Leben erscheint in einer modernen Gesellschaft als Anachronismus.
- Armut ist untrennbar mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und deren Veränderungen verbunden.

In der Unterscheidung zwischen absoluten und relativen Armutskonzepten gehen absolute Ar-

mutskonzepte von dem Versuch aus, ein zeitlich und räumlich unabhängiges, „objektives" Maß für Armut zu erstellen, das sich an einem physischen Existenz-minimum ausrichtet. Relative Armut bedeutet hingegen einen Mangel an Mitteln, der zur Sicherung des Lebensbedarfs auf den jeweils historisch geltenden, sozialen und kulturellen, typischen Standards einer jeweiligen Gesellschaft beruht. Der Grad des Unterschreitens, der als Armutsgrenze bezeichnet wird, ist normativ zu bestimmen und gilt als das sozio-kulturelle Existenzminimum (Wallner 1995: 13f.).

Die Messung von Armut verlangt die Formulierung von Grenzen, die als Armutsgrenzen oder Existenzminima bezeichnet werden (Wallner 1995: 17f.):

- Als politische Armutsgrenzen gelten gesetzliche Mindestregelungen, wie Mindesteinkommen, Sozialhilfe und für Österreich vor allem der Ausgleichszulagenrichtsatz bei Pensionen.[21]
- Für die Einkommensarmut gelten als Armutsgrenze bzw. sozio-kulturelles Existenzminimum 50% des durchschnittlichen gewichteten Pro-Kopf-Einkommens innerhalb einer Gesellschaft. Einkommensarmutskonzepte betonen die Betroffenheit jüngerer und größerer Haushalte, während bei der Betrachtung der Ausgaben ältere Menschen überrepräsentiert sind.
- Für die Ausgabenarmut zeigen die Ausgaben die Verwendung der für einen Haushalt verfügbaren Mittel, ohne Rücksicht auf die Art der Finanzierung. Als Armutsschwelle gilt wie beim Einkommen die Hälfte der durchschnittlichen Größe innerhalb einer Gesellschaft.

Wie gerade angeführt, gibt es keine allgemeine, normativ festgelegte Armutsschwelle. Konkret sind aber drei Operationalisierungen gebräuchlich (Bauer / Kronsteiner 1997b: 844):[22]

- Bezogen auf das Einkommen: 50% des arithmetischen Mittels der Haushaltseinkommen je Erwachsenenäquivalent (=Pro-Kopf-Einkommen).
- Bezogen auf die Verbrauchsausgaben: 50% des arithmetischen Mittels der Haushaltsausgaben je Erwachsenenäquivalent (=Pro-Kopf-Ausgaben).
- Bezogen auf Ausstattungsindikatoren: Fehlen einer bestimmten Anzahl von allgemein üblichen Ausstattungsindikatoren (z. B. Herd, Telefon, Waschmaschine, Fernsehgerät etc.).

Während man für Armut und Armutsgefährdung von einem statistischen, rein monetär definierten Armutsbegriff, bezogen auf einen bestimmten Zeitpunkt, ausgeht, bezieht das Konzept der sozialen Ausgrenzung[23] auch Veränderungen im Zeitverlauf ein und kombiniert monetäre Ausgaben mit anderen sozialen Indikatoren, wie Wohnsituation, Gesundheit und soziale Teilhabe. Als räum-liche Dimension wird auch einbezogen, inwiefern unzulängliche oder fehlende öffentliche Einrichtungen in einem bestimmten Territorium verschärfend für die Ausgrenzung von Haushalten wirken bzw. diese aufrecht erhalten (Bauer / Kronsteiner 1997b: 845):

So ist Einkommensarmut beispielsweise nicht deckungsgleich mit sozialer Ausgrenzung. Es gibt Bevölkerungsgruppen, die zwar nach der jeweiligen Definition überproportional einkommensarm sind, aber dennoch in das gesellschaftliche Leben eingebunden sind (z. B. StudentInnenhaushalte), während andere Bevölkerungsgruppen, die nicht

21 Die Messung von Armut über politische Armutsgrenzen führt daher zu der paradoxen Situation, dass ein Ausbau der sozialen Sicherung bzw. eine Erhöhung der Mindeststandards (und somit eine Bekämpfung der Armut) per definitionem zu einer Vermehrung von Armut führt, da mit der Zahl der Anspruchsberechtigten auch die Zahl der „Armen" steigt.

22 Der besseren Übersichtlichkeit halber werden im Text bereits erwähnte teilweise Definitionen wiederholt.

23 Sobald Längsschnittsauswertungen (zusammenhängende Daten über mehrere Jahre) aus dem Europäischen Haushaltspanel (ECHP) vorliegen, wird es möglich sein, die zeitliche Veränderung sozialer Ausgrenzung besser zu analysieren (Bauer / Kronsteiner 1997b: 852).

unter die monetären Armutsschwellen fallen, in gewissen Lebensbereichen eine Randexistenz fristen (wie dies möglicherweise bei vielen PensionistInnenhaushalten der Fall sein wird). Das subjektive Armutsgefühl hat nicht selten mehr mit sozialer Ausgrenzung als mit der zur Verfügung stehenden Geldhöhe zu tun (BMAGS 1997: 180).

4.5.2 Einkommensarmut

Gemäß ECHP 1995 (1. österreichische Welle des European Community Household Panels) betrug das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen in Österreich 1994 monatlich (12mal jährlich) 29.700 öS. Daraus resultierte ein durchschnittliches gewichtetes (ÖSTAT-Standard-Skala) Pro-Kopf-Einkommen von 15.500 öS. Die Hälfte dieses monatlichen Pro-Kopf-Durchschnittseinkommens beträgt 7.750 öS und wird im Folgenden als Armutsgefährdungsschwelle benutzt (BMAGS 1997: 182).

Definiert man unter Einbeziehung obiger Vorgaben ältere Menschen als Menschen über 60 Jahre oder älter, so zeigt eine Auswertung des ECHPs 1995, dass 9,9% der Haushalte (n=692), in denen ausschließlich ältere Menschen leben, 10,4% der älteren Menschen (n=1031) und 10,1% der älteren Frauen (n=636) armutsgefährdet sind (eigene Berechnungen ÖIF-MO – Rohdaten ECHP UDP 1995).

Der Ausgleichszulagenrichtsatz der Pensionsversicherung lag (von 14 auf 12 Monate hochgerechnet) für Einzelpersonen 1994 um mehr als 10% über der Schwelle von 7.750 öS, für Paare betrug er ca. 95% von der Schwelle für Haushalte mit 2 Personen.

Von akuter Armutsbetroffenheit ist dann auszugehen (BMAGS 1997: 183), wenn zusätzlich zur oben beschriebenen knappen Einkommenssituation auch Versorgungsdefizite mit elementaren Gütern unserer Gesellschaft zutage treten. Dies betrifft laut Haushaltspanel (BMAGS 1997: 183) „nur" 2% der älteren Menschen. Obwohl bei reiner Einkommensbetrachtung in etwa 10% der älteren Menschen armutsgefährdet sind, gelingt es demnach (auch mit Hilfe der Ausgleichszulage), die akute Armut älterer Menschen (zumindest gemäß dieser Betrachtung) relativ erfolgreich zu unterbinden.

4.5.3 Ausgabenarmut

In diesem Kapitel gelten PensionistInnenhaushalte als armutsgefährdet, wenn ihre Haushaltsausgaben pro Kopf unter 50% des arithmetischen Mittels der Haushaltsausgaben pro Kopf aller (nicht nur jener der PensionistInnen) Haushalte liegen. Haushalte, deren Haushaltsausgaben pro Kopf mindestens 150% des arithmetischen Mittels betragen, werden als ausgabenstark bezeichnet (Bauer / Kronsteiner 1997b: 847).

1994 waren 31,9% der Haushalte PensionistInnenhaushalte. Unter den armutsgefährdeten Haushalten sind PensionistInnenhaushalte mit 42,3% leicht überproportional vertreten, unter den ausgabenstarken Haushalten mit 30,3% hingegen leicht unterproportional (Bauer / Kronsteiner 1997b: 848).

Gemäß Konsumerhebung 1993/94 sind 16,5% der Haushalte armutsgefährdet. Unter den PensionistInnenhaushalten sind dies sogar 21,9%. Besonders armutsgefährdet sind dabei ehemals Selbständige mit 23,5% Armutsgefährdung innerhalb dieser Gruppe, hingegen beträgt die Armutsgefährdung innerhalb der ehemals Unselbständigen „nur" 19,4% (liegt damit aber immer noch einiges über dem Österreichschnitt). Als ausgabenstark gelten 15,1% aller Haushalte und 14,3% aller PensionistInnenhaushalte. Etwas höher liegt dieser Anteil mit 16,3% unter den ehemals Selbständigen und mit 15,6% unter den ehemals Unselbständigen (eigene Berechnungen ÖIF-MO, basierend auf Bauer / Kronsteiner 1997b: 848).

Armutsgefährdete PensionistInnenhaushalte konsumierten 1994 im Schnitt 5.910 öS pro Kopf und Monat (siehe Tabelle 4.17)[24]. Diese Haushalte geben damit nur 36,9% jener Summe aus, die PensionistInnenhaushalte im Schnitt pro Kopf auf-

www.parlament.gv.at

wenden (vergleiche mit Tabelle 4.13). Besonders hohe Anteile an den Gesamtausgaben haben in den armutsgefährdeten PensionistInnenhaushalten die Ernährung mit 30,7% und das Wohnen ohne Heizung mit 31,8%. Nach Einbeziehung der Beheizung und Beleuchtung mit 4,9% verbleibt nur mehr ein Drittel der Gesamtsumme für Posten wie „Bildung, Erholung, Freizeit, Sport", „Verzehr außer Haus in der Freizeit", „Kommunikation und Transport" oder anderes.

Das Konsumprofil innerhalb der armutsgefährdeten PensionistInnenhaushalte unterscheidet sich, was die Gruppe der ehemals Selbständigen und jene der ehemals Unselbständigen betrifft, kaum mehr voneinander.

Mit 37.200 öS pro Kopf und Monat konsumieren ausgabenstarke PensionistInnenhaushalte mehr als doppelt so viel wie der Durchschnitt der PensionistInnenhaushalte (vergleiche mit Tabelle 4.13). Dieser Wert ist damit sogar noch um einiges höher als jener der Erwerbstätigenhaushalte von 34.000 öS (Bauer / Kronsteiner 1997b: 849). Die Konsumanteile von Ernährung (10,6%), Wohnen ohne Heizung (16,5%) und Beheizung und Beleuchtung (10,2%) machen – obwohl in den absoluten Summen wesentlich höher – bei diesen ausgabenstarken PensionistInnenhaushalten insgesamt nur etwas mehr als ein Drittel der Verbrauchsausgaben aus, verglichen mit zwei Drittel bei den armutsgefährdeten PensionistInnenhaushalten. Dementsprechend höhere Beträge stehen ausgabenstarken PensionistInnenhaushalten für andere Verbrauchsausgaben zur Verfügung.

4.5.4 Ausstattungsarmut

Von Ausstattungsarmut[25] kann beispielsweise gesprochen werden, wenn ein Haushalt in einer Substandardwohnung lebt (BMAGS 1997: 181): Für Österreichs PensionistInnenhaushalte traf dies 1993 auf 7% zu (siehe Tabelle 4.9). Ebenfalls 7% der alleinstehenden Pensionisten leben in einer Wohnung ohne Sanitärinstallation, bei den alleinstehenden PensionistInnen sind dies sogar 11%. Der einkommensmäßige „Erfolg" der Ausgleichszulage – das weitgehende Anheben über die Armutsgrenze (siehe Kapitel 4.5.2, Einkommensarmut) – bestätigt sich beim Ausstattungsmerkmal Wohnung nicht. PensionistInnenhaushalte mit zumindest einer AusgleichszulagenbezieherIn sind 1993 mit 14% doppelt so häufig von einer Substandardwohnung betroffen wie der Schnitt der PensionistInnenhaushalte.

Über keinen Herd verfügen 1993 5% der PensionistInnenhaushalte (für Details siehe Tabelle 10), über kein Telefon 14% (Tabelle 4.11) und über keinen Fernsehapparat 5% (Tabelle 4.12).

Am unteren Ende der Verteilung des Lebensstandards von PensionistInnenhaushalten finden sich zusammengefasst AusgleichszulagenbezieherInnen („MindestpensionistInnen"), HilflosenzuschussbezieherInnen und Haushalte, in denen die Bezugsperson nie erwerbstätig gewesen ist (Wolf 1995: 513): Diesen Gruppen gemeinsam sind niedrige Wohnqualität (siehe Tabelle 4.9) mit einem 1993 doppelt so hohen Anteil an Substandardwohnungen, geringe Mobilität (siehe Tabelle 4.11) und häufiges Fehlen von Haushaltsgeräten (Tabelle 4.10) und sonstigen technischen Geräten (siehe Tabelle 4.12).

4.5.5 Soziale Ausgrenzung

Mit Hilfe des ECHPs (ECHP UDP 1995) lassen sich Teilaspekte sozialer Ausgrenzung, wie das mögliche Vorhandensein eines Zusammenhangs[26] zwischen Armutsgefährdung und (eingeschränk-

24 Der entsprechende Wert für Erwerbstätigenhaushalte beträgt 6.410 öS (Bauer / Kronsteiner 1997b: 849).

25 Teilweise wiederholen sich hier Darstellungen aus Kapitel 4.3.2 Ausstattung.

26 Eine Mutmaßung über eine Wirkungsrichtung wie z. B. „Armut schadet der Gesundheit" bzw. umgekehrt „Krankheit verursacht Armut" oder gar eine weitere Größe, die auf beide (beispielhaft angeführten) Variablen Einfluss nimmt, wird hier nicht angestellt.

Tabelle 4.17:
Verbrauchsstruktur der armutsgefährdeten bzw. ausgabenstarken PensionistInnenhaushalte

Verbrauchsausgaben gewichtet pro Kopf	Armutsgefährdete[1] in öS	Armutsgefährdete[1] in %	Ausgabenstarke[2] in öS	Ausgabenstarke[2] in %
PensionistInnenhaushalte insgesamt				
Insgesamt	5.910	100,0	37.200	100,0
Ernährung	1.810	30,7	3.960	10,6
Wohnen ohne Heizung	1.880	31,8	6.150	16,5
Beheizung, Beleuchtung	290	4,9	3.790	10,2
Bildung, Erholung, Freizeit, Sport	421	7,1	3.910	10,5
Verzehr außer Haus in der Freizeit	225	3,8	1.160	3,1
Kommunikation und Transport	313	5,3	6.900	18,5
ehemals Selbständige				
Insgesamt	5.780	100,0	44.000	100,0
Ernährung	1.890	32,7	3.790	8,6
Wohnen ohne Heizung	1.960	34,0	6.590	15,0
Beheizung, Beleuchtung	284	4,9	4.430	10,1
Bildung, Erholung, Freizeit, Sport	322	5,6	5.290	12,0
Verzehr außer Haus in der Freizeit	141	2,4	879	2,0
Kommunikation und Transport	326	5,6	10.260	23,3
ehemals Unselbständige				
Insgesamt	5.960	100,0	36.200	100,0
Ernährung	1.890	31,7	4.030	11,1
Wohnen ohne Heizung	1.810	30,4	6.120	16,9
Beheizung, Beleuchtung	229	3,8	3.220	8,9
Bildung, Erholung, Freizeit, Sport	469	7,9	3.800	10,5
Verzehr außer Haus in der Freizeit	241	4,0	1.270	3,5
Kommunikation und Transport	348	5,8	6.540	18,1

Quelle: Konsumerhebung 1993/94 (Bauer / Kronsteiner 1997b: 850)
Legende: Pro-Kopf-Werte gemäß ÖSTAT-Standard-Skala.
[1] 50% des arithmetischen Mittels der Pro-Kopf-Ausgaben aller (nicht nur PensionistInnen-) Haushalte.
[2] 150% des arithmetischen Mittels der Pro-Kopf-Ausgaben aller Haushalte.

ten) sozialen Kontakten bzw. gesundheitlicher Beeinträchtigung, ein wenig beleuchten.

Bei sozialen Kontakten zeigt sich, dass (obwohl dies im Prinzip nicht unbedingt mit Kosten verbunden sein muss) armutsgefährdete ältere Menschen seltener Leute treffen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, als nicht armutsgefährdete ältere Menschen. Unter den Armutsgefährdeten treffen laut Auswertung (Tabelle 4.18) 18,4% seltener als einmal im Monat bis nie andere Leute, während dies beim Rest der älteren Menschen „nur" bei 16,4% der Fall ist. Innerhalb dieser Gruppen haben

www.parlament.gv.at

Tabelle 4.18:
Armutsgefährdung und soziale Kontakte bei älteren[1] Menschen

Häufigkeit, mit der nicht gemeinsam wohnende Leute getroffen werden		
	Armutsgefährdete[2]	Nicht Armutsgefährdete
An den meisten Tagen	21,1%	14,6%
Ein- oder zweimal die Woche	35,1%	45,4%
Ein- oder zweimal im Monat	25,4%	23,7%
Seltener als einmal im Monat (nicht nie)	14,9%	10,7%
Nie	3,5%	5,7%
Wenn Leute seltener als einmal im Monat getroffen werden: Vorhandensein von sprachlichem (auch telefonischem) Kontakt innerhalb der letzten Woche.		
	Armutsgefährdete[2]	Nicht Armutsgefährdete
Ja	76,2%	86,1%
Nein	23,8%	13,9%

Quelle: eigene Berechnungen ÖIF-MO (Rohdaten ECHP UDP 1995),
Legende: n=1.031.
[1] Nur Menschen im Alter ≥ 60 im Haushalt. 2) Pro-Kopf-Einkommen (netto; gemäß ÖSTAT-Standard-Skala) < jährlich 93.000 öS.

Tabelle 4.19:
Armutsgefährdung und Gesundheitszustand bei älteren[1] Menschen

Allgemeiner Gesundheitszustand		
	Armutsgefährdete[2]	Nicht Armutsgefährdete
Sehr gut	5,3%	6,0%
Gut	21,2%	33,9%
Mäßig	42,5%	37,8%
Schlecht	21,2%	17,2%
Sehr schlecht	9,7%	5,1%
Vorhandensein einer Einschränkung in den alltäglichen Verrichtungen durch eine chronische körperliche oder psychische Krankheit bzw. ein Gebrechen oder eine Behinderung		
	Armutsgefährdete[2]	Nicht Armutsgefährdete
Ja, stark	22,1%	14,9%
Ja, in gewissem Maße	25,7%	25,4%
Nein	52,2%	59,7%

Quelle: eigene Berechnungen ÖIF-MO (Rohdaten ECHP UDP 1995),
Legende: n=1.031.
[1] Nur Menschen im Alter ≥ 60 im Haushalt. 2) Pro-Kopf-Einkommen (netto; gemäß ÖSTAT-Standard-Skala) unter < 93.000 öS.

bei den Armutsgefährdeten 23,8% nicht einmal sprachlichen (auch nicht telefonischen) Kontakt, bei den anderen hingegen „nur" 13,9%. Unter Einbeziehung des Telefons verstärkt sich der Trend zu geringeren sozialen Kontakten seitens armutsgefährdeter älterer Menschen demnach sogar noch.

Der Gesundheitszustand von armutsgefährdeten älteren Menschen ist laut eigenen Angaben (Tabelle 4.19) bei 73,5% als mäßig bis sehr schlecht zu bezeichnen und 47,8% sind in den alltäglichen Verrichtungen aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt. Die Vergleichswerte für nicht Armutsgefährdete betragen 60,1% und 40,3%.

4.6 Resümee

Im Folgenden werden als Abrundung dieses Beitrags mittels der Schwerpunkte „Vergleich zur Gesamtbevölkerung", „Armutsgefährdung" und „ältere Frauen" wesentliche Ergebnisse über die Lage älterer Menschen aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht zusammengefasst.[27]

4.6.1 Die Lage älterer Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht

Pensionistinnen am unteren Dezil verfügen 1997 über ein individuelles Nettomonatseinkommen (14mal), das mit 4.279 öS ungefähr nur halb so hoch ist wie jenes der Erwerbstätigen. Diese an und für sich ungünstige Einkommenssituation von PensionistInnen kann in weiten Bereichen dadurch entschärft werden, dass Pensionen auf die Höhe der Ausgleichszulage von (Alleinstehende 1997) brutto 7.887 öS gehoben werden. Die Entwicklung dieser Ausgleichszulage erfolgt in den letzten zwei Jahrzehnten äußerst dynamisch. AusgleichszulagenempfängerInnen steht 1997 gegenüber 1976 real in etwa die Hälfte mehr an Geld für Ausgaben zur Verfügung, während die Pensionsanpassung nur wenig über der Inflation erfolgte. Die sogenannten Ersatzraten der Neuzugangspensionen lagen 1996 ohne Zulagen und Zuschüsse bei rund 75%.

Noch mehr als heute vielfach bewusst werden Anlegerentscheidungen künftig vom Motiv der Altersvorsorge beeinflusst sein. Ausschlaggebend dafür sind Veränderungen der Bevölkerungsstruktur, aus denen sich die vorhin beschriebenen Probleme für die Finanzierung der gesetzlichen Altersversorgung ableiten. Die Ausstattung von PensionistInnenhaushalten mit zumindest einer Lebensversicherung (23%), einer Zusatzkrankenversicherung (24%) und einer Person mit Wertpapieren (6%) lag 1993 aber noch um einiges unter den Erwerbstätigenhaushalten (54%, 38% und 10%).

1993 leben noch vergleichsweise viele PensionistInnen in Substandardwohnungen (7% gegenüber 3% bei den Erwerbstätigen), auch bei Woh-

27 - Auch wenn hier zu den einzelnen Schwerpunkten Ergebnisse bezüglich „Einkommen und Pensionen", „Vermögen und Ausstattung", „Konsum und Ausgaben" sowie „Armutsgefährdung" gemeinsam präsentiert werden, basieren diese vielfach doch auf voneinander unabhängigen Datengrundlagen, sodass sich im sozialen Zusammenhang der Individuen die (wirtschafts- und sozialstatistische) Realität jedenfalls für jene Lebenssituationen, in denen PensionistInnen nicht allein leben, nicht als Summe dieser Ergebnisse beobachten lässt. So kann z. B. ein eher niedriges Pensionseinkommen und ein höheres Pensionseinkommen in einem Haushalt zusammenfallen und somit auf beide Personen ein Äquivalenzeinkommen entfallen, das über der Armutsgrenze liegt.
- Es bedarf ergänzend der Erwähnung, dass die materielle Einkommenssituation der älteren Menschen von biografischen Faktoren und Vorbedingungen abhängig ist.
- Weiters ist grundsätzlich zu beachten, dass die Personengruppe der PensionistInnen heterogen ist – insbesondere gilt dies für junge gegenüber hochbetagte PensionistInnen – aber auch innerhalb der Kohorten besteht große Vielfalt. Unterschiede liegen demnach auch in den Bedürfnissen, so zum Beispiel haben Lebensversicherungen für Erwerbstätige einen anderen Stellenwert als für PensionistInnen, ähnliches könnte für CD-Player gelten.

www.parlament.gv.at

nungen mit Bad und Zentralheizung sind sie wesentlich schlechter ausgestattet (52% zu 73%). Bei Haushaltsgeräten fällt vor allem die geringere Ausstattung mit „moderneren" Geräten auf (Mikrowellenherd: 17% gegenüber 43% oder Geschirrspüler: 15% gegenüber 47%). Die Ausstattung mit Telefonen ist hingegen in etwa gleich, bei den Pkws liegen PensionistInnenhaushalte bei 33% und Erwerbstätigenhaushalte bei 79%. Auch die Ausstattung mit Farbfernsehgeräten ist in etwa gleich. Besonders sind die Unterschiede bei CD-Playern (7% gegenüber 45%), Heimcomputern (1% gegenüber 14%) und Videorekordern (17% gegenüber 56%).

PensionistInnenhaushalte gaben 1994 pro Kopf mit 16.000 öS in etwa gleich viel aus wie Erwerbstätigenhaushalte mit pro Kopf 17.000 öS. Die Ausgaben pro Haushalt sind mit 21.400 öS bei den PensionistInnen allerdings um einiges geringer als bei den Erwerbstätigenhaushalten mit 36.000 öS. Hier spiegeln sich auch geringere Haushaltsgrößen wider. Zusammengefasst geben PensionistInnenhaushalte für die Bereiche „Ernährung", „Wohnen ohne Heizung" und „Beheizung, Beleuchtung" 45,6% ihrer Gesamtausgaben aus, Erwerbstätigenhaushalte hingegen nur 36,3%. Ein gegenteiliges Bild zeigt sich vor allem im Bereich „Verkehr und Nachrichten-übermittlung" (10,5% der Ausgaben gegenüber 13,8%) „Bildung, Erholung, Freizeit, Sport" (12,8% der Ausgaben gegenüber 18,7%). In 72% der PensionistInnenhaushalte machte 1993 kein Mitglied einen Urlaub (innerhalb der letzten zwölf Monate), bei den Erwerbstätigenhaushalten beträgt dieser Anteil 65%. Fernreisen machen PensionistInnen sogar nur halb so häufig.

Ausstattung und Konsum der PensionistInnenhaushalte spiegeln wohl einerseits das geringere Einkommen und die Haushaltsgröße dieser Gruppe im Vergleich zu den Erwerbstätigen wieder, andererseits bei den technischen Geräten andere (Konsum-)Gewohnheiten, und beim Freizeitverhalten sowie der Mobilität auch das fortgeschrittenere Alter.

4.6.2 Die Armutsgefährdung älterer Menschen

Der Ausgleichszulagenrichtsatz der Pensionsversicherung liegt 1994 für Einzelpersonen über der Armutsgefährdungsschwelle 50% des arithmetischen Mittels der Haushaltseinkommen je Erwachsenenäquivalent (=Pro-Kopf-Einkommen), für Paare knapp unter dieser Schwelle.

Rund 10% der Haushalte älterer Menschen (60 Jahre) als auch der älteren Menschen für sich alleine betrachtet gelten gemäß ECHP 1995 einkommensmäßig als armutsgefährdet.

Was Ausgabenarmut betrifft, sind PensionistInnenhaushalte unter den Haushalten leicht überproportional vertreten. Gemäß Konsumerhebung 1993/94 sind 21,9% der PensionistInnenhaushalte armutsgefährdet. In diesen Haushalten fließen zwei Drittel der Ausgaben in die Bereiche „Ernährung", „Wohnen" und „Heizung sowie Beleuchtung". Im Schnitt verbleiben diesen Haushalten damit nur mehr rund 2.000 öS für andere Ausgaben.

1993 waren noch 7% der PensionistInnenhaushalte ohne Sanitärinstallation. Über keinen Herd verfügen 1993 5% der PensionistInnenhaushalte, über kein Telefon 14% und über keinen Fernsehapparat 5%.

Am unteren Ende der Verteilung des Lebensstandards von PensionistInnenhaushalten finden sich zusammengefasst AusgleichszulagenbezieherInnen („MindestpensionistInnen"), HilflosenzuschussbezieherInnen und Haushalte, in denen die Bezugsperson nie erwerbstätig gewesen ist,

Von akuter Armut (zusätzlich zu einer knappen Einkommenssituation auch Versorgungsdefizite) dürften 2% der älteren Menschen betroffen sein.

Bezüglich sozialer Kontakte und gesundheitlicher Beeinträchtigung lassen sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Armutsgefährdung und sozialer Ausgrenzung finden.

4.6.3 Die Lage älterer Frauen im Vergleich zu älteren Männern aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht

Ältere Frauen sind heutzutage aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht auf der Ebene von Individualdaten in sehr vielen hier untersuchten Dimensionen gegenüber Männern benachteiligt, was durch folgende (großteils aus dem vorangegangenen Text entnommene) Beispiele schlagwortartig untermauert werden kann:

- Rund 40% der Pensionistinnen haben laut Lohnsteuerstatistik 1997 ein individuelles Einkommen, das niedriger ist als der Ausgleichszulagenrichtsatz, bei den Männern sind dies hingegen weniger als 20%. Im Schnitt verfügen Frauen über ein individuelles Bruttoeinkommen von 11.555 öS, Männer über eines von 18.561 öS. Ein individuelles Nettoeinkommen von mehr als 10.000 öS erhalten unter den PensionistInnen nicht einmal 40% der Frauen, aber drei Viertel der Männer. Nur jede 61. Pensionistin erzielt 1997 ein Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage zur Sozialversicherung 1996, hingegen immerhin jeder 19. Pensionist.[28]
- Die individuellen Buttoalterspensionen der Frauen liegen 1998 (nach wie vor) deutlich unter jenen der Männer: So betragen die Median-Pensionen (ohne BundesbeamtInnen) nur die Hälfte der Männerpensionen (7.994 öS ≈ Ausgleichszulage von 7.992 öS gegenüber 16.798 öS). Dies wird einerseits durch niedrigere Aktiveinkommen, andererseits durch Lücken im Versicherungsverlauf bedingt. Bei Witwen- / Witwerpensionen, bei denen die Pensionshöhe der PartnerIn maßgeblich ist, dreht sich das Bild folgerichtig um und die Frauen erhalten höhere Pensionen. Die Beamtinnen erreichen hingegen annähernd den Wert ihrer männlichen Kollegen und damit das mehr als Dreifache des Betrages unselbständig beschäftigter Frauen. Infolge der instabileren Versicherungsverläufe liegen die Ersatzquoten der Pensionen von Frauen deutlich unter jenen der Männer (unter 75% gegenüber über 80%). Das zwischengeschlechtliche Einkommensgefälle verstärkt sich demnach in der Pension.
- Unterschiede zwischen Männern und Frauen liegen im Pensionssystem begründet, könnten aber geringfügig auch durch Nebeneinkommen mitbedingt sein. Insbesondere ältere Frauen haben häufig ausschließlich einen abgeleiteten Pensionsanspruch. So liegt der Medianwert bei den 71-jährigen und älteren Pensionistinnen bei 61% der gleichaltrigen Pensionisten, was der Höhe des Anteils der Witwenpension entspricht. Neben dieser Ursache kommt bei jüngeren Altersgruppen (z. B. bei 50- bis 60-jährigen und 60- bis 70-jährigen) hinzu, dass auch bei direktem, individuellem Pensionsanspruch Frauen weniger Versicherungsjahre aufweisen als Männer, z. B. wegen Erwerbsunterbrechungen zufolge wahrgenommener Betreuungspflichten. Verstärkt wird diese Wirkung noch durch Aufstiegsbeeinträchtigungen für Frauen, insbesondere für Mütter, und branchenspezifische Entlohnungsunterschiede.
- Hinsichtlich finanzieller Absicherung zeigt sich (1993), dass alleinstehende Pensionistinnen mit 20% seltener über eine Zusatzkrankenversicherung verfügen als alleinstehende Pensionisten mit 27%. Nur 4% verfügen über Wertpapiere gegenüber 8% bei den Männern.
- Um die Hälfte mehr alleinstehende Pensionistinnen als Pensionisten wohnen 1993 in Substandardwohnungen (11% gegenüber 7%). Pensionistinnen verfügen (mit 7%) jedoch weniger häufig als Pensionisten (mit 11%) über keinen Elektro- oder Gasherd, auch sind sie besser mit Telefonen ausgestattet (84% gegenüber 76%). Wesentlich schlechter als Pensionisten sind Pensionistinnen mit Pkws

28 Hierzu ist jedoch anzumerken, dass die Lohnsteuerstatistik ausschließlich personenbezogene Informationen bietet, daher Einkommen von allfälligen (etwa sogar im gleichen Haushalt lebenden) Partnern und auch Unterhaltsverpflichtungen bzw. -ansprüche unberücksichtigt bleiben.

www.parlament.gv.at

(10% gegenüber 42%), CD-Playern (3% gegenüber 10%) und Videorekordern (8% gegenüber 19%) ausgestattet.

- Niedrigere Einkommen und schlechtere Vermögenssituation wirken sich auch in den Verbrauchsausgaben von pensionierten weiblichen Singles aus: Sie wenden 1994 im Schnitt pro Monat 15.600 öS auf, gegenüber 21.100 öS bei Pensionisten. Die geringeren Gesamtaufwendungen spiegeln sich in höheren Prozentanteilen von Ernährung (16,7%), Wohnen ohne Heizung (21,1%) und Beheizung inklusive Beleuchtung (10,2%) wider. Pensionistinnen lassen demnach in Summe 48% ihres (geringeren) Budgets in diese 3 Bereiche fließen, gegenüber 41,5% bei den Pensionisten. Alleinstehende Pensionistinnen machen weiters seltener Urlaub (kein Urlaub 68% gegenüber 64%) und Fernreisen (3% gegenüber 6%) als alleinstehende Pensionisten.
- Mit laut Auswertung 10,1% in Bezug auf das gewichtete Pro-Kopf-Einkommen armutsgefährdeter älterer Frauen liegen diese sogar etwas besser als der Schnitt der älteren Menschen mit 10,4%.

Ein Schritt zur Besserstellung von Frauen in Richtung einer eigenständigen Altersversorgung wurde mit der jüngsten Pensionsreform (Sozialrechtsänderungsgesetz 1997) durch die Erhöhung der Bemessungsgrundlage für Zeiten der Kindererziehung gesetzt. Mit weiteren Gesetzen bekannte sich der Bund 1992 „zum schrittweisen Abbau von bestehenden gesellschaftlichen, familiären und wirtschaftlichen Benachteiligungen von Frauen" und festigte (da dieses Ziel noch nicht erreicht ist) bis weit in das nächste Jahrhundert verfassungsrechtlich das niedrigere Pensionsalter der Frauen.

5. Die Wohnsituation der älteren Menschen

5.1 Wohnen älterer Menschen

Margareta Mahidi

Die Vorstellung älter zu werden, das Leben aber trotzdem eigenverantwortlich gestalten zu können, wird oft mit dem Verbleiben in Privatwohnungen – „in den eigenen vier Wänden" – verbunden. Damit ist aber nicht so sehr eine Rechtsform gemeint sondern mehr eine Lebensform, in der selbstbestimmtes Leben möglich ist. Das Erhalten der körperlichen und geistigen Gesundheit wird erhofft, um diese Lebensform möglichst bis ins hohe Alter beibehalten zu können.

Wie *Tabelle 5.1* zeigt, lebt nicht nur ein Teil älterer Menschen in Gemeinschaftsunterkünften, sondern auch jüngere Menschen (Studentenheime, soziale Einrichtungen, Gastarbeiterquartiere).

Ab 75 Jahren zeigen die Volkszählungszahlen 1991 ein deutliches Ansteigen der Personen, die in Gemeinschaftsunterkünften leben. In sämtlichen Altersgruppen ist es jedoch der überwiegenden Zahl von Senioren möglich, in Privatwohnungen zu bleiben, nicht zuletzt auch durch eine entsprechende Unterstützung durch soziale Dienste (vgl. Kapitel 9).

Privatwohnungen mit einem Wohnungsvorstand von 60 Jahren und älter werden im weiteren Text dieses Kapitels als Seniorenwohnungen bezeichnet. Der Zunahme der absoluten Zahlen von Seniorenwohnungen in den letzten beiden Dezennien steht eine gewisse Abnahme des Anteils an den Hauptwohnsitz-Wohnungen[1] entgegen (Tabelle 5.2). Dies kann durch ein geändertes Zählungsverhalten der Bevölkerung mitverursacht werden. Während bei der Volkszählung (VZ) 1971 in Mehrgenerationenhaushalten möglicherweise noch

Tabelle 5.1:
Personen in Gemeinschaftsunterkünften und in Privatwohnungen nach Altersgruppen, 1991

Alter	insgesamt	Personen darunter in[1)]		
		Gemeinschafts-unterkünften	Privatwohnungen absolut	Privatwohnungen in %
Insgesamt	**7.795.786**	**135.322**	**7.641.981**	**98,0**
bis29 Jahre	3.206.533	41.344	3.156.192	98,4
30 bis 44 Jahre	1.683.090	26.597	1.651.118	98,1
45 bis 59 Jahre	1.341.435	16.102	1.322.717	98,6
60 bis 64 Jahre	397.810	3.885	393.451	98,9
65 bis 69Jahre	392.626	4.494	387.801	98,8
70 bis 74 Jahre	249.523	4.487	244.847	98,1
75 bis 79 Jahre	242.039	9.258	232.577	96,1
80 bis 84 Jahre	175.518	12.935	162.424	92,5
85 bis 89 Jahre	80.802	10.432	70.276	87,0
90 bis 94 Jahre	22.990	4.798	18.156	79,0
95 Jahre und älter	3.420	990	2.422	70,8

Quelle: ÖSTAT; Volkszählung, Häuser- und Wohnungszählung vom 15.5.1991.
[1)] Die österreichweit auf die Wohnbevölkerung insgesamt fehlenden 18.483 Personen lebten in Privatunterkünften, die nicht der Wohnungsdefinition entsprachen.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.2:
Hauptwohnsitzwohnungen nach Alter des Wohnungsvorstandes,1971, 1981, 1991, 1997

Alter des Wohnungsvorstandes	Hauptwohnsitzwohnungen			
	1971[1]	1981	1991	1997[1]
	absolut			
Insgesamt	2.432.000	2.692.883	2.972.222	3.163.100
bis 29 Jahre	223.600	313.296	381.642	310.100
30 bis 44 Jahre	641.800	758.923	838.654	997.100
45 bis 59 Jahre	643.300	714.259	762.340	864.400
60 Jahre und älter	923.200	906.405	989.586	991.600
	in %			
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
bis 29 Jahre	9,2	11,6	12,8	9,8
30 bis 44 Jahre	26,4	28,2	28,2	31,5
45 bis 59 Jahre	26,5	26,5	25,6	27,3
60 Jahre und älter	38,0	33,7	33,3	31,3

Quelle: ÖSTAT; Volkszählungen bzw. Häuser- und Wohnungszählungen vom 12.5.1971, 12.5.1981 und 15.5.1991; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.-
[1] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

häufig ein Angehöriger der ältesten Generation als Haushalts- und damit auch als Wohnungsvorstand angegeben wurde, könnte diese Tendenz bei den Zählungen 1981 und 1991 geringer geworden sein. Der starke Rückgang des Anteils der Seniorenwohnungen bei der Volkszählung 1981 entspricht auch dem Rückgang des Seniorenanteils an der Wohnbevölkerung gegenüber der VZ 1971 (minus 54.900 bzw. 3,6%).

Aus den integrierten Auswertungen von Volkszählung und Häuser- und Wohnungszählung 1991 ergab sich, dass genau ein Drittel der Hauptwohnsitz-Wohnungen einen Wohnungsvorstand von 60 Jahren oder älter hatten. 1997 liegt der Anteil im Mikrozensus leicht darunter, was durch die hohen Anteile der 30- bis unter 60-jährigen verursacht werden dürfte. Das deutliche Absinken der jungen Wohnungsvorstände unter 30 Jahren ist durch verschiedene Umstände zu erklären: den Rückgang der Geburtenjahrgänge ab den späten 60er Jahren, die Tendenz, wieder länger im elterlichen Haushalt zu verbleiben und einer gewissen Unterrepräsentanz jüngerer Haushalte im Mikrozensus infolge schlechterer Erreichbarkeit.

5.1.1 Wohnungsausstattung

Ähnlich wie sich generell die Wohnungsausstattung in den letzten 30 Jahren markant verbessert hat, haben auch die Wohnungen älterer Menschen eine deutliche Qualitätszunahme erfahren (*Tabelle 5.3*).

1 Die „räumliche" Zuordnung zu einer bestimmten Wohnung bzw. Unterkunft erfolgt in der Demografie bzw. der Sozialstatistik vorwiegend zum „Hauptwohnsitz", der am „Mittelpunkt der Lebensinteressen" gegeben ist.

Tabelle 5.3:

Hauptwohnsitzwohnungen nach Ausstattungstypen, 1971, 1981, 1991, 1997

Jahr	insgesamt	nach Ausstattungstyp in % (Summenspalte=100,0[2])				
		mit Bad einschl. Duschnische u. Zentralheizung	mit Bad einschl. Duschnische	mit WC und Wasserentnahme innerhalb d. Whg.	mit Wasserentnahme innerhalb der Wohnung	ohne WC u. Wasserentnahme innerhalb d. Whg.
		Insgesamt				
1971[1]	2.432.000	14,7	38,2	16,8	14,4	15,8
1981	2.692.883	44,3	32,8	8,7	8,9	5,2
1991	2.972.222	69,7	18,6	4,8	4,5	2,3
1997[1]	3.163.200	69,8	26,2	1,7	1,9	0,3
		Wohnngsvorstände 60 Jahre und älter				
1971	923.214	7,8	31,2	22	16,8	22,2
1981	906.405	27,3	35,9	14,7	13,7	8,4
1991	989.586	60,3	22,4	7,8	6,6	2,9
1997[1]	991.600	75,4	17,6	3,6	3,0	0,4

Quelle: ÖSTAT; Volkszählungen bzw. Häuser- und Wohnungszählungen vom 12.5.1971, 12.5.1981 und 15.5.1991; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.

[1] Absolutzahl gerundet. [2] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Während 1971 erst 8% ihrer Wohnungen über eine Zentralheizung und Bad[2] verfügten, waren es 1997 bereits 75%[3]. Der Anteil des Typs „mit Bad" verringert sich über die Zeit durch Zentralheizungseinbauten bzw. Fernwärmeanschlüsse, wird aber durch Einbauten z. B. von Duschkabinen in Wohnungen vormals ohne Bad wieder aufgefüllt. Der Anteil von Wohnungen ohne jede Installation fällt bald zur Gänze weg, noch nicht jedoch teilsanierte Wohungen, wie *Tabelle 5.4* nach Ausstattungskategorien (Mietrechtsgesetz) zeigt.

Wird innerhalb der Seniorenwohnungen noch untergliedert, was bei Auswertungen aus den Vollerhebungen ohne besonders zunehmendes Fehlerrisiko möglich ist, wird ein starker Rückgang des Anteils der bestausgestatteten Wohnungen (Kategorie A) mit dem Alter erkennbar. Während zwei von drei Wohnungen von Wohnungsvorständen zwischen 60 und 65 Jahren der Kategorie A angehörten, waren es bei den ältesten Wohnungsvorständen nur mehr zwei von fünf. Auch der Anteil der Wohnungen mit Bad bzw. Duschnische,

2 In Tabellen, die Ergebnisse der Großzählungen 1971 und/oder 1981 zum Vergleich heranziehen, muss das Merkmal „Ausstattungstyp" verwendet werden, das gegenüber der heute üblichen „Ausstattungskategorie" unschärfer ist: In den guten Ausstattungstypen sind auch teilsanierte Wohnungen enthalten, die zwar über die ausdrücklich genannten Kennzeichen (Zentralheizung und/oder Bad) verfügen, aber kein WC haben. Diese Unschärfe verursacht auch den Unterschied gegenüber den Zahlen in Tabelle 5.4.

3 Ein gewisser Anteil an der Verbesserung entsteht vermutlich auch durch die 1991 (im Mikrozensus ab 1994) vorgenommene Zuordnung von Wohnungen, die mit Gaskonvektoren bzw. fest installierten Elektroheizungen beheizt werden, zu Ausstattungstyp I. Da diese Heizungsformen vor 1991 aber nicht eigens gefragt wurden, ist dieser Anteil nicht bezifferbar.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.4:

Hauptwohnsitzwohnungen von Wohnungsvorständen ab 60 Jahren nach Altersgruppen und Ausstattungskategorien (in %), 1991

		nach Ausstattungskategorie in % (Summenspalte=100,0[1])			
Alter des Wohnungsvorstandes	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	Bad / Dusche, WC ('B')	WC und Wasserentnahme in der Whg. ('C')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Zusammen	**989.586**	**58,2**	**20,7**	**7,8**	**13,3**
60 bis 64 Jahre	238.896	67,2	19,5	4,2	9,2
65 bis 69 Jahre	241.234	63,6	20,7	5,4	10,3
70 bis 74 Jahre	164.620	58,8	21,8	7,1	12,3
75 bis 79 Jahre	165.321	51,4	22,0	10,3	16,4
80 bis 84 Jahre	117.026	45,7	20,8	13,3	20,2
85 bis 89 Jahre	49.294	42,8	18,5	16,2	22,5
90 bis 94 Jahre	11.805	41,9	16,7	17,7	23,8
95 Jahre und älter	1.390	39,6	16,3	17,8	26,2

Quelle: ÖSTAT; Volkszählung, Häuser- und Wohnungszählung vom 15.5.1991.
[1] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Tabelle 5.5:

Hauptwohnsitzwohnungen von Wohnungsvorständen ab 60 Jahren nach Altersgruppen und Ausstattungskategorien (in %), 1997

		nach Ausstattungskategorie in % (Summenspalte=100,0[1])			
Alter des Wohnungsvorstandes	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	Bad / Dusche, WC ('B')	WC und Wasserentnahme in der Whg. ('C')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Zusammen	**991.600**	**74,4**	**16,8**	**3,6**	**5,2**
60 bis 64 Jahre	210.700	80,8	14,0	1,6	3,6
65 bis 69 Jahre	222.200	77,5	16,4	1,8	4,4
70 bis 74 Jahre	214.700	77,4	15,9	2,6	4,0
75 bis 79 Jahre	162.400	71,5	18,9	4,1	5,6
80 bis 84 Jahre	101.700	65,1	19,3	7,3	8,3
85 Jahre und älter	79.900	59,3	19,7	10,4	10,6

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.
[1] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Tabelle 5.6:
Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Ausstattungstypen, 1981, 1991, 1997

Jahr	insgesamt	nach Ausstattungstyp in % (Summenspalte=100,0[2]) mit Bad einschl. Duschnische u. Zentralheizung	mit Bad einschl. Duschnische	mit WC und Wasserentnahme innerhalb d. Whg.	mit Wasserentnahme innerhalb der Wohnung	ohne WC u. Wasserentnahme innerhalb d. Whg.
1981	1.402.766	32,1	36,0	12,9	12,2	6,7
1991	1.511.954	63,4	22,1	6,6	5,5	2,4
1997	1.545.700	78,2	16,4	2,7	2,3	0,3

Quelle: ÖSTAT; Volkszählungen bzw. Häuser- und Wohnungszählungen vom 12.5.1981 und 15.5.1991; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.
[1] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

jedoch ohne Zentralheizung (Kategorie B) sinkt tendenziell mit steigendem Alter des Wohnungsvorstandes / der Wohnungsvorständin. Die Anteile der schlecht ausgestatteten Wohnungen liegen bei den höheren Altersgruppen besonders hoch. Vor allem lag der Anteil der Kategorie D-Wohnungen 1991 bei den ältesten Wohnungsvorständen noch bei einem Viertel.

Auch wenn ehemals als GastarbeiterInnen nach Österreich gekommene Personen mehr und mehr das Seniorenalter erreichen, dürfte ihr Anteil unter den hoch betagten Personen aber noch relativ gering sein. Es ist also anzunehmen, dass ein Gutteil dieser 3000 Wohnungen mit Wohnungsvorständen im Alter von 90 und mehr Jahren ÖsterreicherInnen gehört.

Tabelle 5.5 mit den Mikrozensus-Ergebnissen von 1997 zeigt gegenüber *Tabelle 5.4* in sämtlichen Altersgruppen eine Zunahme des Kategorie A-Anteils und parallel dazu Abnahmen bei allen schlechter ausgestatteten Wohnungen. Durch Sanierungen dürfte sich in den 90er Jahren auch die Wohnsituation der älteren Menschen kontinuierlich verbessert haben.

Wurden bisher die Wohnungen der 60-jährigen und älteren Wohnungsvorstände betrachtet, wird ab *Tabelle 5.6* die Wohnsituation aller Personen ab 60 Jahren dargestellt, ohne Rücksicht darauf, welcher Altersgruppe der Wohnungsvorstand angehört.

Da Alter und Wohnungsausstattung stark korrelieren, ergeben sich durch das Hinzukommen von Senioren, die in Wohnungen jüngerer Wohnungsvorstände leben, bessere Werte als in *Tabelle 5.3.*

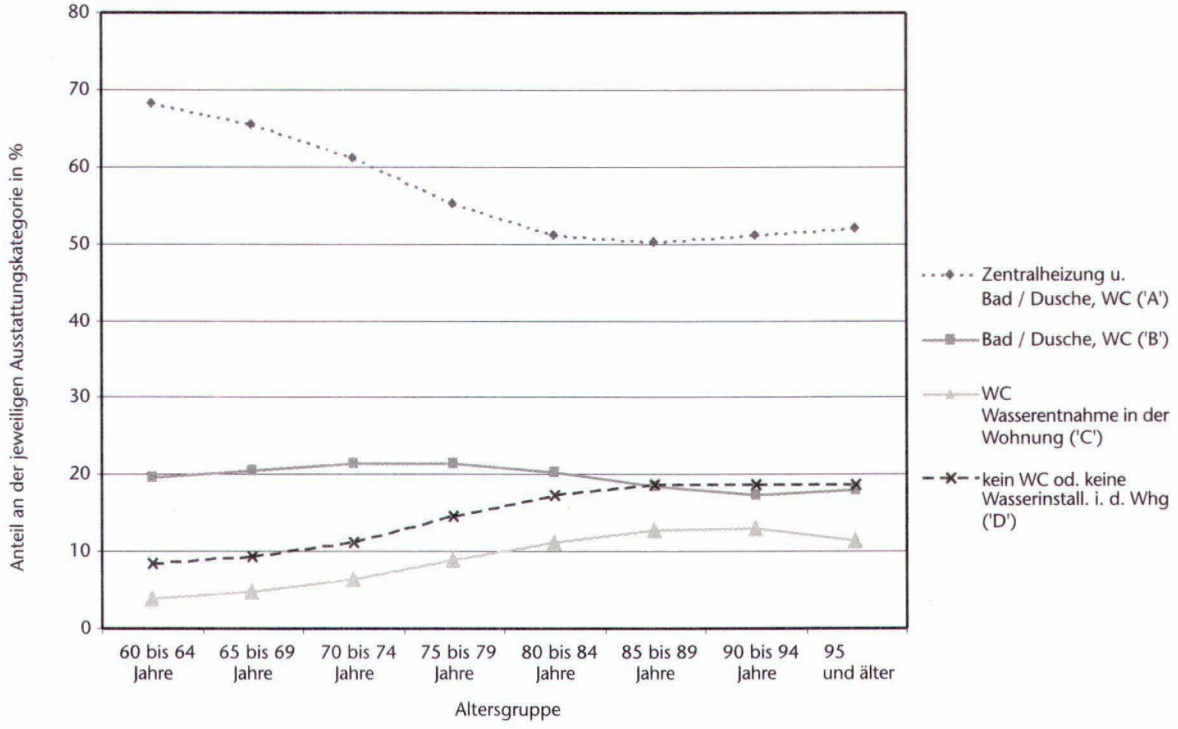
1991 lebten 71% der Wohnbevölkerung (eigentlich der Personen in Privatwohnungen) in bestausgestatteten Wohnungen, 16% in Wohnungen mit Badezimmer bzw. Duschnische (jedoch ohne Zentralheizung), 4% hatten zwar Wasserentnahme und WC in der Wohnung (jedoch keine Zentralheizung, keine Badegegenheit), 9% hatten kein WC in der Wohnung[4] (ohne tabell. Nachweis).

Je älter die betrachtete Personengruppe, desto schlechter war die Wohnsituation (Abb. 5.1).

4 Diese Bedingung war strikt, d. h., auch wenn Wohnungen über eine Zentralheizung bzw. Badegelegenheit verfügten („teilsanierte Wohnungen"), aber über kein WC, blieben sie in Kategorie D.
Bei mangelhaft ausgefüllten Formularen wurde in dieser Frage keine automatische Aufschätzung vergleichbaren Einheiten entsprechend vorgenommen (kein „Hotdeck" in dieser Frage).

www.parlament.gv.at

Abbildung 5.1:
Personen 60 Jahre und älter in Privatwohnungen (Hauptsitz) nach Altersgruppen und Ausstattungskategorien



Während von den 60- bis 64-jährigen noch zwei Drittel in bestausgestatteten Wohnungen lebten, war es bei den ältesten Personengruppen nur mehr die Hälfte. Der Anteil der Kategorie B blieb generell bei rund einem Fünftel, der Kategorie C-Anteil betrug bei den 60- bis 64-jährigen knapp 4%, stieg jedoch in den höheren Altersgruppen auf über 10%. Der Kategorie D-Anteil stieg noch stärker an und erreicht bei den Personen im Alter von 90 Jahren und mehr noch beinahe 20%.

Tabelle 5.7 zeigt deutlich die Verbesserungen der letzten Jahre durch Kategorie-Anhebungen: Von den 60- bis 74-jährigen leben 1997 bereits vier Fünftel in bestausgestatteten Wohnungen, bei Personen höheren Alters geht der Kategorie A-Anteil aber noch zurück. Die Anteile der Personen in Kategorie C und D liegen bei den Personen ab 80 Jahren weiterhin etwas höher.[5]

5 Die Ergebnisse in Kategorie C und D liegen bereits im Bereich des erhöhten Stichprobenfehlers (± 20%).

Tabelle 5.7:
Personen in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen und Ausstattungskategorien (in %), 1997

		nach Ausstattungskategorie in % (Summenspalte=100,0[1])			
Alter	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	Bad / Dusche, WC ('B')	WC und Wasserentnahme in der Whg. ('C')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Insgesamt	**7.936.900**	**83,2**	**12,0**	**1,0**	**3,7**
bis 29 Jahre	2.985.000	84,6	11,6	0,5	3,3
30 bis 44 Jahre	1.916.300	85,7	10,2	0,5	3,6
45 bis 59 Jahre	1.489.900	83,4	11,4	1,0	4,3
60 bis 64 Jahre	350.800	81,9	13,5	1,3	3,3
65 bis 69 Jahre	362.600	79,5	15,4	1,5	3,6
70 bis 74 Jahre	339.000	79,0	15,4	2,2	3,4
75 bis 79 Jahre	233.600	75,0	17,4	3,3	4,3
80 bis 84 Jahre	141.700	70,6	17,2	5,6	6,6
85 Jahre und älter	118.100	66,3	18,1	7,8	7,9

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.
[1] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

5.1.2 Gebäudeart

1991 lebte generell die Hälfte der Wohnbevölkerung in Ein- und Zweifamilienhäusern (40% in reinen Wohngebäuden, 11% in Wohngebäuden mit Sitz eines landwirtschaftlichen Betriebes), 30% in mehrgeschossigen Wohnbauten, 10% in Wohngebäuden mit zusätzlicher anderer Nutzung und 7% in Wohnungen, die in vorwiegend anders genutzten Gebäuden lagen *(Tabelle 5.8)*.

Während die Altersgruppen unter 60 Jahren sich nicht weit von dieser generellen Verteilung entfernen, erreicht der Anteil der Ein- und Zweifamilienhäuser bei den 60- bis 64-jährigen seinen Gipfel. Es sieht so aus, als ermöglichte in diesem Alter der Ausstieg aus dem Berufsleben noch einer gewissen Anzahl von Personen die Verlagerung des Hauptwohnsitzes „ins Grüne". Ab 65 Jahren nimmt der Anteil der Personen in Ein- und Zweifamilienhäusern langsam ab. Im mehrgeschossigen Wohnbau nimmt der Anteil bei Personen ab 80 Jahren ab, die Zunahme der Anteile von Mischbauten bzw. Nichtwohngebäuden bei höheren Altersgruppen kann mit deren größerer Zahl in Wien zusammenhängen.

Nach Bundesländern folgen die Verteilungen der einzelnen Altersgruppen nach der Gebäudeart meist stark der Verteilung im Bundesland (ohne tabellarischen Nachweis): Im Burgenland finden sich – verglichen mit den übrigen Bundesländern – die höchsten Anteile von Personen in Wohngebäuden mit Sitz eines landwirtschaftlichen Betriebes und auch in Ein- und Zweifamilienhäusern, in Tirol lebt der höchste Anteil in kleineren Geschoßwohnbauten (mit 3 bis 10 Wohnungen; 18%), in Salzburg leben 14% der Bewohner von Privatwohnungen in größeren Geschoßbauten (11 oder mehr Wohnungen), was nur von Wien (51%) übertroffen wird.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.8:
Personen in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen und Gebäudeart (in %), 1991

		nach Gebäudeart in % (Summenspalte=100,0[1])					
Alter	insgesamt	Wohngebäude mit Sitz eines landw. Betriebes	Wohngebäude mit 1 oder 2 Wohnungen	Wohngebäude mit 3 bis 10 Wohnungen	Wohngebäude mit 11 oder mehr Wohnungen	Wohngebäude mit zusätzlicher anderer Nutzung	Nichtwohngebäude
Insgesamt	**7.641.981**	**11,4**	**40,4**	**12,3**	**18,5**	**10,0**	**7,4**
bis 29 Jahre	3.156.192	12,7	39,9	12,4	17,3	10,1	7,5
30 bis 44 Jahre	1.651.118	9,2	40,5	12,4	19,7	10,7	7,5
45 bis 59 Jahre	1.322.717	11,3	41,5	11,5	19,1	9,3	7,3
60 bis 64 Jahre	393.451	12,8	43,2	11,5	17,7	8,2	6,5
65 bis 69 Jahre	387.801	10,9	41,5	12,6	19,2	9,1	6,7
70 bis 74 Jahre	244.847	10,0	39,8	13,6	19,7	10,0	7,0
75 bis 79 Jahre	232.577	10,2	38,1	13,4	19,9	10,9	7,5
80 bis 84 Jahre	162.424	10,3	36,9	12,7	20,1	12,0	8,0
85 bis 89 Jahre	70.276	10,8	36,1	12,3	19,4	12,8	8,6
90 bis 94 Jahre	18.156	11,1	35,6	11,2	19,0	13,5	9,5
95 Jahre und älter	2.422	9,3	38,2	10,9	18,3	13,7	9,5

Quelle: ÖSTAT; Volkszählung, Häuser- und Wohnungszählung vom 15.5.1991.
[1] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Auch ältere Personen wohnen in den Bundesländern entsprechend diesen stark von den räumlichen Gegebenheiten geprägten Gebäudeverteilungen. Bemerkenswerte Abweichungen nach Altersgruppen stellen die über dem Bundesland-Durchschnitt liegenden Anteile der Senioren in Ein- und Zweifamilienhäusern in Niederösterreich, im Burgenland und in Vorarlberg dar. In Wien geht der Anteil der Bewohner von großen Geschoßwohnbauten mit zunehmendem Alter etwas zurück, ähnlich aber auch in Niederösterreich und Vorarlberg, wenngleich auf niedrigerem Niveau.

5.1.3 Gebäude ohne Aufzug

Fast 66.000 Senioren lebten 1991 in Wohnungen, die mindestens im 3. Stock oder höher lagen, ohne dass es im Gebäude einen Aufzug gegeben hätte. Eine besondere Erschwernis stellt diese Situation zweifellos für alleinlebende Personen dar (*Tabelle 5.9*).

In *Tabelle 5.10* wurden zusätzlich noch die Ausstattungskategorien dieser Wohnungen untersucht, die von alleinlebenden Senioren bewohnt werden und trotz höherer Lage nicht mittels Aufzug erreichbar waren. Wieder waren die Anteile der Substandard-Wohnungen (Kategorie D) bei den ältesten Frauen (über 2.000 ab 80-jährige in dieser Situation) und Männern am höchsten.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.9:

Alleinlebende Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) mit Lage ab dem 3. Stock[1] nach Geschlecht und Altersgruppen, 1991

Alter	alleinlebende Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (HWS)			
	insgesamt	darunter in Wohnungen im 3.Stock und höher[1)]		
		zusammen	darunter in Gebäuden ohne Aufzug	
			absolut	in %
		Insgesamt		
Zusammen	**450.176**	**66.471**	**26.370**	**39,7**
60 bis 64 Jahre	63.488	10.446	4.018	38,5
65 bis 69 Jahre	94.334	14.710	5.619	38,2
70 bis 74 Jahre	78.355	11.181	4.531	40,5
75 bis 79 Jahre	93.847	12.855	5.346	41,6
80 bis 84 Jahre	75.366	10.542	4.311	40,9
85 Jahre und älter	44.786	6.737	2.545	37,8
		Frauen		
Zusammen	**375.719**	**55.650**	**21.965**	**39,5**
60 bis 64 Jahre	46.813	7.822	2.944	37,6
65 bis 69 Jahre	79.030	12.288	4.666	38,0
70 bis 74 Jahre	67.798	9.603	3.877	40,4
75 bis 79 Jahre	80.746	11.103	4.603	41,5
80 bis 84 Jahre	64.001	9.065	3.702	40,8
85 Jahre und älter	37.331	5.769	2.173	37,7
		Männer		
Zusammen	**74.457**	**10.821**	**4.405**	**40,7**
60 bis 64 Jahre	16.675	2.624	1.074	40,9
65 bis 69 Jahre	15.304	2.422	953	39,3
70 bis 74 Jahre	10.557	1.578	654	41,4
75 bis 79 Jahre	13.101	1.752	743	42,4
80 bis 84 Jahre	11.365	1.477	609	41,2
85 Jahre und älter	7.455	968	372	38,4

Quelle: ÖSTAT; Volkszählung, Häuser- und Wohnungszählung vom 15.5.1991.
1 Exklusive HWS-Wohnungen, die unabhängig von der Stockwerkslage im ausgebauten Dachgeschoß liegen.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.10:
Alleinlebende Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) mit Lage ab dem 3. Stock[1)] ohne Aufzug nach Ausstattungskategorien, Geschlecht und Altersgruppen, 1991

Alter	alleinlebende Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (HWS) in Wohnungen im 3.Stock und höher[1)] ohne Aufzug				
		nach Ausstattungskategorie			
	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	Bad / Dusche, WC ('B')	WC und Wasserentnahme in der Whg. ('C')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
			Insgesamt		
Zusammen	**26.370**	**10.979**	**4.621**	**3.580**	**7.190**
60 bis 64 Jahre	4.018	2.057	719	371	871
65 bis 69 Jahre	5.619	2.848	1.122	515	1.134
70 bis 74 Jahre	4.531	2.051	880	512	1.088
75 bis 79 Jahre	5.346	2.061	909	761	1.615
80 bis 84 Jahre	4.311	1.300	635	844	1.532
85 Jahre und älter	2.545	662	356	577	950
			Frauen		
Zusammen	**21.965**	**9.180**	**3.844**	**2.996**	**5.945**
60 bis 64 Jahre	2.944	1.581	547	246	570
65 bis 69 Jahre	4.666	2.396	945	426	899
70 bis 74 Jahre	3.877	1.776	745	443	913
75 bis 79 Jahre	4.603	1.781	776	662	1.384
80 bis 84 Jahre	3.702	1.090	532	719	1.361
85 Jahre und älter	2.173	556	299	500	818
			Männer		
Zusammen	**4.405**	**1.799**	**777**	**584**	**1.245**
60 bis 64 Jahre	1.074	476	172	125	301
65 bis 69 Jahre	953	452	177	89	235
70 bis 74 Jahre	654	275	135	69	175
75 bis 79 Jahre	743	280	133	99	231
80 bis 84 Jahre	609	210	103	125	171
85 Jahre und älter	372	106	57	77	132

Quelle: ÖSTAT; Volkszählung, Häuser- und Wohnungszählung vom 15.5.1991.
[1)] Exklusive HWS-Wohnungen, die unabhängig von der Stockwerkslage im ausgebauten Dachgeschoß liegen.

5.1.4 Gemeindetypologie

Ein Fünftel der Senioren in Privatwohnungen lebt nach den Mikrozensus-Ergebnissen 1997 (*Tabelle 5.11*) in Wien, je ein weiteres Fünftel in ländlichen Gemeinden mit niederer Agrarquote bzw. mit mittlerer Agrarquote (Agrarquote 7% bis unter 15%). Mit zunehmendem Alter nehmen die Anteile in den ländlichen Gemeinden ab, in Wien zu: von den über 85-jährigen leben mehr als ein Viertel in Wien.

Tabelle 5.12 nach der Gemeindetypologie zeigt unterdurchschnittliche A-Anteile bei mittlerer Agrarquote (7 bis unter 15%), wobei dies jedoch hauptsächlich durch das Fehlen einer Zentralheizung entsteht (s. überdurchschnittliche B-Anteile).

Der hohe D-Anteil in Wien sticht hervor, wobei bei der Gesamtgruppe der Senioren auch Nicht-Österreicher sind (erfahrungsgemäß werden viele der Wiener Substandardwohnungen jetzt von

Tabelle 5.11:
Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen Gemeindetypologie, 1997

	Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (HWS)						
		nach Gemeindtypologie in % (Summenspalte=100,0[1])					
Alter	insgesamt	unter 20 000 Einw.; Agrar-quote 15 u. mehr Proz.	unter 20 000 Einw.; Agrar-quote 7.0-14.9 Proz.	unter 20 000 Einw.; Agrar-quote 3.0-6.9 Proz.	unter 20 000 Einw.; Agrar-quote bis 2.9 Proz.	20 000 und mehr Ein-wohner (ohne Wien)	Wien
Insgesamt	**1.545.700**	**6,3**	**19,7**	**16,4**	**20,1**	**17,4**	**20,1**
60 bis 64 Jahre	350.800	6,9	20,8	18,4	20,5	16,0	17,4
65 bis 69 Jahre	362.600	6,2	21,3	18,2	20,4	15,6	18,3
70 bis 74 Jahre	339.000	6,1	18,8	16,4	20,2	18,0	20,5
75 bis 79 Jahre	233.600	5,8	18,3	14,0	20,6	20,0	21,3
80 bis 84 Jahre	141.700	6,2	18,2	12,6	19,8	20,5	22,8
85 Jahre und älter	118.100	6,9	18,1	13,7	17,4	16,9	27,0

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.
[1] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.12:

Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Gemeindetypologie und Ausstattungskategorien (in %), 1997

Gemeindetypologie	Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (HWS) insgesamt	nach Ausstattungskategorie in % (Summenspalte=100,0[1]) Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	Bad / Dusche, WC ('B')	WC und Wasserentnahme in der Whg. ('C')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Insgesamt	**1.545.700**	**77,4**	**15,6**	**2,7**	**4,2**
unter 20 000 Einw.; Agrarquote 15 u. mehr Proz.	97.600	80,4	13,5	1,9	4,1
unter 20 000 Einw.; Agrarquote 7.0-14.9 Proz.	303.800	74,3	19,5	2,7	3,5
unter 20 000 Einw.; Agrarquote 3.0-6.9 Proz.	253.000	76,9	17,7	3,3	2,1
unter 20 000 Einw.; Agrarquote bis 2.9 Proz.	311.000	77,6	17,9	2,0	2,5
20 000 und mehr Einwohner (ohne Wien)	269.500	79,2	15,2	2,7	2,9
Wien	310.800	78,3	8,9	3,3	9,4

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.
[1] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Angehörigen der ehemaligen Gastarbeiternationen bewohnt).

5.1.5 Sozioökonomische Einheit und Wohnsituation

Die Angaben der Bevölkerung zur Ausbildung und zur Stellung im (Vor-)Beruf werden bei den Volkszählungsauswertungen in einem Merkmal „sozioökonomische Einheit", der die betrachteten Personen angehören, zusammengefasst. Wirtschaftlich erhaltene Personen, also z. B. Hausfrauen, die keine Eigenpension beziehen, werden dabei der sozioökonomischen Einheit des „Erhalters" zugeordnet.

Zwischen sozioökonomischem Status und der Wohnsituation, ausgedrückt durch die Ausstattungskategorie, besteht ein hoher Zusammenhang. Zur Verdeutlichung werden in den *Tabellen 5.13 und 5.14* zwei extreme sozioökonomische Gruppen gegenübergestellt: als Vertreter der Personen mit höherer Ausbildung und auch höherer (vor-)beruflicher Stellung (des Erhalters / der Erhalterin) Angestellte und Beamte mit Hochschulausbildung und als Vertreter der Personen mit geringerer Ausbildung und schwacher (vor-)beruflicher Stellung HilfsarbeiterInnen-Haushalte herausgegriffen. Bei geringerer Schulbildung bzw. beruflicher Stellung sind die Kategorie A-Anteile in allen Altersgruppen viel niedriger, die Kategorie D-Anteile relativ hoch, je älter die Personen, umso höher.

Diese Auswertungen waren nur mehr für die Volkszählung 1991 möglich, bei der kommenden

Tabelle 5.13:
Frauen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen, ausgewählter sozioökonomischer Einheit (aus dem Vorberuf), Geschlecht und Ausstattungskategorien 'A' bzw. 'D' (in %), 1991

Alter, sozioökonomische Einheit (aus Vorberuf)	Frauen ab 60 Jahren in Privatwohnungen		
		nach Ausstattungskategorie in % (Summenspalte=100,0)	
	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Insgesamt	**934.235**	**58,8**	**12,9**
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	17.338	81,2	4,2
Hilfsarbeiter	97.839	48,7	18,7
60 bis 64 Jahre	29.670	66,7	8,7
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	5.099	84,4	3,7
Hilfsarbeiter	24.571	54,4	14,9
65 bis 69 Jahre	31.839	63,1	10,1
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	5.418	82,5	3,6
Hilfsarbeiter	26.421	51,7	15,8
70 bis 74 Jahre	18.966	58,5	12,4
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	3.147	80,8	3,7
Hilfsarbeiter	15.819	48,2	18,2
75 bis 79 Jahre	17.509	52,5	16,3
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	2.129	76,3	5,2
Hilfsarbeiter	15.380	43,1	22,0
80 bis 84 Jahre	11.412	49,1	19,1
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	1.034	75,0	6,4
Hilfsarbeiter	10.378	40,8	26,3
85 bis 89 Jahre	4.558	49,1	19,7
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	400	72,8	7,3
Hilfsarbeiter	4.158	39,9	27,4
90 Jahre und älter	1.223	52,0	18,9
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	111	64,0	13,5
Hilfsarbeiter	1.112	40,6	27,5

Quelle: ÖSTAT; Volkszählung, Häuser- und Wohnungszählung vom 15.5.1991.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.14:

Männer ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen, ausgewählter sozioökonomischer Einheit (aus dem Vorberuf), Geschlecht und Ausstattungskategorien 'A' bzw. 'D' (in %), 1991

	Männer ab 60 Jahren in Privatwohnungen		
		nach Ausstattungskategorie in % (Summenspalte=100)	
Alter, ausgewählte sozioökonomische Einheit (aus Vorberuf)	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Insgesamt	**577.719**	**65,5**	**9,5**
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	25.421	83,9	3,6
Hilfsarbeiter	46.155	47,2	17,6
60 bis 64 Jahre	21.828	70,0	8,1
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	7.164	87,3	3,3
Hilfsarbeiter	14.664	49,7	18,5
65 bis 69 Jahre	17.608	68,7	8,0
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	6.698	84,7	3,4
Hilfsarbeiter	10.910	50,1	16,3
70 bis 74 Jahre	10.866	65,6	8,9
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	4.198	83,7	3,4
Hilfsarbeiter	6.668	48,8	15,3
75 bis 79 Jahre	10.879	60,1	11,3
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	3.902	81,5	3,8
Hilfsarbeiter	6.977	43,2	17,8
80 bis 84 Jahre	6.975	55,1	13,9
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	2.303	78,6	4,5
Hilfsarbeiter	4.672	40,1	18,8
85 bis 89 Jahre	2.769	53,0	15,9
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	911	78,4	5,2
Hilfsarbeiter	1.858	38,9	21,0
90 Jahre und älter	651	52,0	17,0
darunter			
Angestellter, Beamter m. Hochsch. u. verw. Lehra.	245	76,7	6,9
Hilfsarbeiter	406	44,8	21,2

Quelle: ÖSTAT; Volkszählung, Häuser- und Wohnungszählung vom 15.5.1991.

Volkszählung ist keine Befragung der Pensionisten nach dem Vorberuf mehr geplant.

Im Anhang werden in *Anhang-Tabellen 5.1* und *5.2* alle Kategorie-Anteile für weibliche und männliche Senioren in allen Altersgruppen ausgewiesen, welche den Trend der Übersicht voll bestätigen. In diesen Tabellen finden sich auch 278.000 Frauen ab 60 Jahren ohne Vorberufsangabe, die großteils alleinlebende Hausfrauen bzw. Witwenpensionistinnen sind. Nur für 6.700 Männer gab es keine Vorberufsangabe, sodass für die restlichen 570.000 Männer ab 60 Jahren der Zusammenfall von sozial schwächerer Position und schlechter Wohnsituation auffallend erkennbar ist.

5.1.6 Wohnungsaufwand

Wohnungsaufwandsergebnisse liegen aus dem Mikrozensus vierteljährlich vor und werden als Jahresdurchschnitt noch besser abgesichert. Sie enthalten jeweils Miete bzw. Rückzahlungen und Betriebskosten.

Generell sinkt der Wohnungsaufwand, je länger der entsprechende Vertrag zurückliegt (Miete wird, zumal wenn nicht indexiert, aber auch bei Wertsicherung – infolge meist niedrigerer Ausgangswerte – bei langer Vertragsdauer günstiger; Eigentumswohnungen werden nach Ende der Darlehensrückzahlungen billiger). Dadurch sind ältere Wohnungsvorstände eher begünstigt. Außerdem sind die Wohnungen der hochbetagten Personen selbst innerhalb der Kategorien A und B oft in älteren Gebäuden, deren Standard wohl auch hinter dem der Objekte der letzten 20 Jahre zurückbleibt. Nicht nur je Wohnung *(Tabelle 5.15)*, sondern auch bei der Berücksichtigung der Wohnungsgröße im Aufwand pro m² *(Tabelle 5.16)* zeigt sich diese Tendenz.

Tabelle 5.15:
Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand für entgeltlich benutzte Hauptwohnsitzwohnungen nach Alter des Wohnungsvorstandes und Ausstattungskategorien, 1997

Alter des Wohnungsvorstandes	Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand pro entgeltlich benutzter HWS-Wohnung in S				
		nach Ausstattungskategorie			
	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	Bad / Dusche, WC ('B')	WC und Wasserentnahme in der Whg. ('C')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Insgesamt	**3.880**	**4.295**	**2.838**	**1.960**	**1.926**
bis 29 Jahre	4.159	4.537	3.079	2.456	2.125
30 bis 44 Jahre	4.538	4.942	3.177	2.364	2.212
45 bis 59 Jahre	3.893	4.310	2.848	2.208	1.867
60 bis 64 Jahre	3.250	3.593	2.573	1.710	1.629
65 bis 69 Jahre	2.960	3.209	2.536	1.660	1.535
70 bis 74 Jahre	2.941	3.198	2.434	1.797	1.662
75 bis 79 Jahre	2.848	3.150	2.496	1.743	1.577
80 bis 84 Jahre	2.611	2.973	2.160	1.929	1.461
85 Jahre und älter	2.564	3.023	2.379	1.625	1.558

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.16:
Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand pro m2 entgeltlich benutzter Hauptwohnsitzwohnung nach Alter des Wohnungsvorstandes und Ausstattungskategorien, 1997

Alter des Wohnungsvorstandes	Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand pro m² entgeltlich benutzter HWS-Wohnung in S				
		nach Ausstattungskategorie			
	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	Bad / Dusche, WC ('B')	WC und Wasserentnahme in der Whg. ('C')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Insgesamt	**56,8**	**59,5**	**44,9**	**43,2**	45,1
bis 29 Jahre	68,5	72,0	53,1	52,3	52,9
30 bis 44 Jahre	63,4	65,7	49,8	52,9	51,2
45 bis 59 Jahre	53,6	55,7	43,3	48,0	43,7
60 bis 64 Jahre	47,2	49,5	39,5	40,6	37,3
65 bis 69 Jahre	44,7	46,2	39,7	40,5	37,6
70 bis 74 Jahre	45,3	47,1	38,6	38,3	38,5
75 bis 79 Jahre	43,5	45,5	38,9	39,9	34,2
80 bis 84 Jahre	42,9	46,0	34,3	45,4	34,3
85 Jahre und älter	43,9	47,8	39,7	32,9	36,2

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.

Generell sinken die Quadratmeterentgelte, je älter die Wohnungsvorstände, in allen ausreichend groß besetzten Teilgruppen[6] in allen Kategorien. Die relativ hohen Entgelte von Kategorie D-Wohnungen (vor allem auf den Quadratmeter bezogen) entstehen durch die starke Nachfrage nach Billigwohnungen. Nicht-Österreicher, Alleinerzieherinnen und StudentInnen machen einander auf diesem Wohnungsteilmarkt starke Konkurrenz. Damit entsteht ein Verkäufer-Markt, auf dem die Anbieter gegenüber den Nachfragern eine weit stärkere Position haben. Die Kategorie D-Wohnungen im Bereich der Seniorenwohnungen werden teilweise von ehemaligen Gastarbeitern, teilweise von hochbetagten Österreichern bewohnt.

In *Tabelle 5.17* und *5.18* wird der Wohnungsaufwand je Wohnung bzw. je Quadratmeter für Seniorenwohnungen nach Gemeindetypen untergliedert. Dies wurde einer Gliederung nach Bundesländern vorgezogen, da bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Ausstattungskategorie der Seniorenwohnungen fast alle Ergebnisse im Bereich des erhöhten Stichprobenfehlers lägen. Durch die geringe Zahl von entgeltlich benutzten Wohnungen tritt dieses Problem vor allem in den ländlichen Gemeinden auch bei diesen Ergebnissen auf, nur bei niedrigster Agrarquote und in den größeren Gemeinden ist ausreichende Häufigkeit gegeben.

6 Die Anzahl der Wohnungen in Kategorie C bzw. D ist bei Untergliederung der Seniorenhaushalte nach dem Alter des Wohnungsvorstandes jeweils bereits im Bereich des erhöhten Stichprobenfehlers.

Tabelle 5.17:
Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand für entgeltlich benutzte Hauptwohnsitzwohnungen von Wohnungsvorständen 60 Jahre und älter nach Gemeindetypologie und Ausstattungskategorien, 1997

Gemeindetypologie	Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand pro entgeltlich benutzter HWS-Wohnung 60-jähriger Wohnungsvorstände in S				
		nach Ausstattungskategorie			
	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	Bad / Dusche, WC ('B')	WC und Wasserentnahme in der Whg. ('C')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Insgesamt	**2.904**	**3.225**	**2.448**	**1.741**	**1.570**
unter 20 000 Einw.; Agrarquote 15 u. mehr Proz.	2.657	3.659	2.375	1.103	720
unter 20 000 Einw.; Agrarquote 7.0-14.9 Proz.	2.320	2.908	2.287	1.172	932
unter 20 000 Einw.; Agrarquote 3.0-6.9 Proz.	2.558	2.958	2.226	1.795	1.040
unter 20 000 Einw.; Agrarquote bis 2.9 Proz.	2.861	3.276	2.274	1.714	1.659
20 000 und mehr Einwohner (ohne Wien)	3.086	3.390	2.491	1.795	1.535
Wien	2.903	3.151	2.748	1.832	1.646

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.18:
Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand pro m² entgeltlich benutzter Hauptwohnsitzwohnung von Wohnungsvorständen 60 Jahre und älter nach Gemeindetypologie und Ausstattungskategorien, 1997

Gemeindetypologie	Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand pro m² entgeltlich benutzter HWS-Wohnung 60-jähriger Wohnungsvorstände in S				
		nach Ausstattungskategorie			
	insgesamt	Zentralheizung u. ä., Bad /Dusche, WC ('A')	Bad / Dusche, WC ('B')	WC und Wasserentnahme in der Whg. ('C')	kein WC od. keine Wasserinstall. i. d. Whg. ('D')
Insgesamt	**44,8**	**47,0**	**38,5**	38,6	36,2
unter 20 000 Einw.; Agrarquote 15 u. mehr Proz.	46,7	63,4	33,3	31,3	14,2
unter 20 000 Einw.; Agrarquote 7.0-14.9 Proz.	36,9	44,1	32,9	25,2	25,1
unter 20 000 Einw.; Agrarquote 3.0-6.9 Proz.	39,9	43,3	36,5	38,8	18,3
unter 20 000 Einw.; Agrarquote bis 2.9 Proz.	43,9	47,1	37,7	42,0	32,7
20 000 und mehr Einwohner (ohne Wien)	46,8	49,4	38,4	39,8	36,3
Wien	45,1	46,0	42,7	39,9	39,6

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 1997.

Tabelle 5.19:
Haushalte mit Haushaltsvorstand ab 60 Jahren: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? September 1992, Juni 1998

Einrichtungen	Von 100 Seniorenhaushalten können ... die genannten Einrichtungen innerhalb von 15 Minuten zu Fuß erreichen	
	September 1992	Juni 1998
Praktischer Arzt, Ambulatorium	72,1	75,9
Apotheke	62,0	67,9
Lebensmittelgeschäft	85,0	84,7
Postamt	70,2	72,3
Geldinstitut (nicht Postamt)	74,4	77,8
Öffentliches Verkehrsmittel	91,0	95,7
Gasthaus, Restaurant	85,1	92,6
Kulturelle oder religiöse Einrichtungen	–	78,8
Öffentlicher Park	–	48,5

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus.

5.1.7 Erreichbarkeit bestimmter Einrichtungen

Inwieweit selbstbestimmtes Wohnen bis ins hohe Alter möglich ist, hängt nicht nur von der Ausstattung der eigenen Wohnung ab, sondern auch davon, ob bestimmte Einrichtungen in zu Fuß erreichbarer Nähe liegen. Deshalb gehört dieser Fragenblock zu den im Mikrozensus immer wieder gestellten Fragen, zuletzt im Sonderprogramm vom Juni 1998, von dem auch in anderen Kapiteln berichtet wird.

Tabelle 5.19 zeigt Auswertungen vom September 1992[7] und vom Juni 1998. Die Situation hat sich gegenüber 1992 noch etwas verbessert:

Drei Viertel aller Haushalte können einen praktischen Arzt, zwei Drittel eine Apotheke binnen 15 Minuten zu Fuß erreichen. Eine Haltestelle eines öffentlichen Verkehrsmittels kann von 96% der Seniorenhaushalte binnen 15 Minuten erreicht werden, wobei dies jedoch noch nichts über die Frequenz des Verkehrsmittels aussagt. Die Anbindung an den öffentlichen Verkehr in fußläufiger Entfernung eröffnet aber auf alle Fälle den Zugang zu weiteren Einrichtungen. 85% der Seniorenhaushalte können mit 15 Minuten Gehzeit ein Lebensmittelgeschäft erreichen. Annähernd drei Viertel erreichen in diesem Zeitraum auch ein Postamt oder ein Geldinstitut. Ähnliche Gehzeiten sind auch für kulturelle oder religiöse Einrichtungen gegeben. Die Erreichbarkeit eines öffentlichen Parks ist zweifellos nur in größeren Gemeinden bzw. Städten von Bedeutung.

7 Nach der Erreichbarkeit kultureller bzw. religiöser Einrichtungen wurde damals nicht gefragt; bei Haushalten in Kleingemeinden wurde angenommen, dass diesen mindestens soviel Frei- / Grünräume zur Verfügung stehen wie Haushalten in Großgemeinden, die einen Park in 15 Minuten erreichen können: Anteil ergab damit 83%.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.20:

Alle Haushalte: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? (Altersgruppe des Haushaltsvorstandes) Juni 1998

	Alle Haushalte					
		innerhalb der Altersgruppe des Haushaltsvorstandes in % Summenzeile=100,0[1)]				
Einrichtungen	absolut	insgesamt	bis 19 Jahre	20 bis 39 Jahre	40 bis 59 Jahre	60 Jahre Jahre
Insgesamt	**3.189.400**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Lebensmittelgeschäft, praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, Apotheke	2.141.400	67,1	88,0	70,5	65,9	65,1
Lebensmittelgeschäft, praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Apotheke	282.000	8,8	9,4	9,1	9,0	8,4
Lebensmittelgeschäft, Apotheke,v nicht praktischer Arzt bzw. Ambulat.	55.300	1,7	–	1,8	1,7	1,7
Lebensmittelgeschäft, nicht praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Apotheke	275.200	8,6	2,5	7,8	8,7	9,4
praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, Apotheke, nicht Lebensmittelgeschäft	17.900	0,6	–	0,4	0,5	0,8
praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Apotheke, nicht Lebensmittelgeschäft	36.800	1,2	–	0,8	1,2	1,5
Apotheke, nicht praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Lebensmittelgeschäft	4.100	0,1	–	0,0	0,1	0,2
nicht Lebensmittelgeschäft, nicht praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Apotheke	376.700	11,8	–	9,6	12,9	12,8

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus.

[1)] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen. Zu lesen: Von allen Seniorenhaushalten können 65,1% sowohl ein Lebensmittelgeschäft, als auch einen praktischen Arzt (Ambulatorium) und eine Apotheke in 15 Minuten erreichen.

In *Tabelle 5.20* werden aus dem Mikrozensus-Sonderprogramm vom Juni 1998 Unterschiede zwischen Haushalten mit jüngerem bzw. älteren Haushaltsvorstand untersucht, wobei auch eine Verkreuzung von Einrichtungen vorgenommen wurde. Vor allem bei Haushaltsvorständen unter 40

Tabelle 5.21:
Haushalte mit Haushaltsvorst. ab 60 Jahren: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? (Gemeindetypologie) Juni 1998

Einrichtungen	absolut	insgesamt
Insgesamt	**993.600**	**100,0**
Lebensmittelgeschäft, praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, Apotheke	647.100	65,1
Lebensmittelgeschäft, praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Apotheke	83.600	8,4
Lebensmittelgeschäft, Apotheke, nicht praktischer Arzt bzw. Ambulatorium	17.000	1,7
Lebensmittelgeschäft, nicht praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Apotheke	93.800	9,4
praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, Apotheke, nicht Lebensmittelgeschäft	8.200	0,8
praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Apotheke, nicht Lebensmittelgeschäft	15.000	1,5
Apotheke, nicht praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Lebensmittelgeschäft	2.200	0,2
nicht Lebensmittelgeschäft, nicht praktischer Arzt bzw. Ambulatorium, nicht Apotheke	126.800	12,8

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus.
[1] Gebietsstand 1.1.1993, Bevölkerung Volkszählung 1991.
[2] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.
Zu lesen: Von allen Seniorenhaushalten können 65,1% sowohl ein Lebensmittelgeschäft, als auch einen praktischen Arzt (Ambulatorium) und eine Apotheke in 15 Minuten erreichen.

Haushalte mit Haushaltsvorst. ab 60 Jahren innerhalb der Gemeindetypologie[1] in % (Summenzeile=100,0[2])						
Gemeinden unter 20.000 Einwohnern					Gemeinden ab 20.000 Einw.	
	Agrarquote					
zusammen	15% u. mehr	7-14,9%	3-6,9%	bis 2,9%	ohne Wien	Wien
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
52,1	34,3	48,7	44,9	64,5	72,7	91,8
11,5	13,6	10,3	13,6	10,4	6,4	2,3
1,2	0,1	0,4	1,2	2,1	3,5	1,5
13,1	16,6	14,4	15,0	9,7	8,1	1,4
0,7	–	0,6	0,3	1,2	1,1	0,9
1,5	0,2	0,6	2,3	1,9	2,0	1,1
0,1	–	–	0,1	0,2	0,4	0,4
19,8	35,1	24,9	22,6	9,9	5,7	0,7

Jahren ist der Anteil der Haushalte, die sowohl Lebensmittelgeschäft als auch Arzt und Apotheke binnen 15 Minuten in fußläufiger Entfernung haben, besonders hoch, bei Haushaltsvorständen ab 40 Jahren liegt dieser Anteil nur mehr bei knapp zwei Drittel. Wobei auch aus *Tabelle 5.19* ersichtlich ist, dass vor allem das Fehlen einer Apotheke im näheren Umkreis dies verursacht, ein Umstand, der aber durch die „Hausapotheken" der praktischen Ärzte bisher weniger nachteilig war. Die am schlechtesten versorgte Gruppe kann in 15 Minuten weder Lebensmittelgeschäft, noch Arzt, noch Apotheke zu Fuß erreichen, was vor allem bei abnehmender Mobilität[8] zum Problem wird (siehe auch Anhang-Tabelle 5.3 von alleinlebenden Senioren).

Tabelle 5.21 zeigt, um wieviel niedriger die Anteile mit guter Versorgung in den kleinen Gemeinden, vor allem bei höherer Agrarquote sind, während die Anteile schlecht versorgter Senioren-

8 Siehe „Senioren & Mobilität", hrsg. vom Verkehrsclub Österreich in der Reihe „Wissenschaft & Verkehr", Wien 1999.

www.parlament.gv.at

Tabelle 5.22:
Haushalte mit Haushaltsvorst. ab 60 Jahren: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? (Gemeindetypologie)
Juni 1998

Einrichtungen	absolut	insgesamt
Insgesamt	**993.600**	**100,0**
öffentliches Verkehrsmittel, Postamt, Geldinstitut	693.900	69,8
öffentliches Verkehrsmittel, Postamt, nicht Geldinstitut	17.500	1,8
öffentliches Verkehrsmittel, Geldinstitut, nicht Postamt	70.900	7,1
öffentliches Verkehrsmittel, nicht Geldinstitut, nicht Postamt	168.300	16,9
Postamt, Geldinstitut, nicht öffentliches Verkehrsmittel	5.000	0,5
Postamt, nicht Geldinstitut, nicht öffentliches Verkehrsmittel	1.600	0,2
Geldinstitut, nicht öffentliches Verkehrsmittel, nicht Postamt	3.000	0,3
nicht öffentliches Verkehrsmittel, nicht Geldinstitut, nicht Postamt	33.500	3,4

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus.
[1] Gebietsstand 1.1.1993, Bevölkerung Volkszählung 1991.-
[2] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.
Zu lesen: Von allen Seniorenhaushalten können 69,8% sowohl ein öffentliches Verkehrsmittel als auch ein Postamt und ein Geldinstitut in 15 Minuten erreichen.

Haushalte mit Haushaltsvorst. ab 60 Jahren innerhalb der Gemeindetypologie[1] in % (Summenzeile=100,0[2])						
	Gemeinden unter 20.000 Einwohnern				Gemeinden ab 20.000 Einw.	
	Agrarquote					
zusammen	15% u. mehr	7-14,9%	3-6,9%	bis 2,9%	ohne Wien	Wien
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
63,4	46,1	62,5	59,1	71,3	72,3	84,1
1,8	2,9	2,1	1,3	1,8	2,0	1,4
5,5	2,7	3,9	7,1	6,3	11,6	7,5
22,6	38,4	25,1	25,0	14,9	12,5	6,4
0,7	0,6	0,6	0,6	0,9	0,4	-
0,2	–	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
0,4	–	0,1	0,5	0,5	0,4	0,1
5,4	9,4	5,4	6,1	4,0	0,8	0,3

haushalte in den Gemeinden ab 20.000 Einwohnern sehr gering sind und in Wien fast verschwinden.

In *Tabelle 5.22* werden das Erreichen der Haltestelle eines öffentlichen Verkehrsmittels, eines Postamtes und eines Geldinstituts miteinander verkreuzt.

Die Spannweite guter Erreichbarkeit aller drei Einrichtungen reicht von Versorgung unter der Hälfte der Haushalte (in Kleingemeinden mit höherer Agrarquote) bis zu 84% in Wien. Bei höherer Agrarquote haben zwei von fünf Seniorenhaushalten in fußläufiger Entfernung nur die Haltestelle, nicht aber Geldinstitut oder Postamt.

Der generell guten Erreichbarkeit kultureller bzw. religiöser Einrichtungen oder eines Gasthauses, wie sie *Tabelle 5.19* vermuten lässt, steht die

Tabelle 5.23:
Haushalte mit Haushaltsvorst. ab 60 Jahren: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? (Gemeindetypologie) Juni 1998

Einrichtungen	absolut	insgesamt
Insgesamt	**993.600**	**100,0**
kulturelle bzw. religiöse Einrichtungen, Gasthaus, öffentlicher Park	448.200	45,1
kulturelle bzw. religiöse Einrichtungen, Gasthaus, nicht öffentlicher Park	312.000	31,4
kulturelle bzw. religiöse Einrichtungen, öffentlicher Park, nicht Gasthaus	7.300	0,7
kulturelle bzw. religiöse Einrichtungen, nicht Gasthaus, nicht öffentlicher Park	15.700	1,6
Gasthaus, öffentlicher Park, nicht kulturelle bzw. religiöse Einrichtungen	22.400	2,3
Gasthaus, nicht kulturelle bzw. religiöse Einrichtungen, nicht öffentlicher Park	137.500	13,8
öffentlicher Park, nicht kulturelle bzw. religiöse Einrichtungen, nicht Gasthaus	4.400	0,4
nicht kulturelle bzw. religiöse Einrichtungen, nicht Gasthaus, nicht Park	46.100	4,6

Quelle: ÖSTAT; Mikrozensus.
[1] Gebietsstand 1.1.1993, Bevölkerung Volkszählung 1991.
[2] Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.
Zu lesen: Von allen Seniorenhaushalten können 45,1% sowohl ein kulturelle bzw. religiöse Einrichtungen als auch ein Gasthaus und einen öffentlichen Park in 15 Minuten erreichen.

www.parlament.gv.at

Haushalte mit Haushaltsvorst. ab 60 Jahren innerhalb der Gemeindetypologie[1] in % (Summenzeile=100,0[2])						
Gemeinden unter 20.000 Einwohnern					Gemeinden ab 20.000 Einw.	
	Agrarquote					
zusammen	15% u. mehr	7-14,9%	3-6,9%	bis 2,9%	ohne Wien	Wien
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
25,8	10,9	16,3	20,6	41,2	57,6	83,5
43,8	44,5	49,0	48,1	35,9	23,0	7,1
0,4	-	0,3	0,1	1,0	1,4	0,9
2,1	7,9	2,4	1,4	1,1	1,6	0,3
1,3	-	0,3	1,3	2,5	2,2	4,7
19,7	22,2	24,3	22,2	13,1	10,5	2,0
0,4	0,4	0,2	0,3	0,7	0,7	0,4
6,5	14,1	7,3	6,0	4,6	3,1	1,2

weniger günstige Situation in ländlichen Gemeinden laut *Tabelle 5.23* entgegen. (Auf die Erreichbarkeit eines öffentlichen Parks wird im Text nicht eingegangen.)

Weniger als die Hälfte der Angehörigen von Seniorenhaushalten können in den Kleingemeinden fußläufig eine Kirche und ein Gasthaus erreichen. Wenn man die Kontaktmöglichkeiten auf die Frage nach der Erreichbarkeit eines Gasthauses beschränkt, kommt in den meisten ländlichen Gemeinden noch rund ein Fünftel hinzu.

Die Mikrozensus-Befragung im Juni 1998 ergab, dass in Österreich hochgerechnet 443.000 Senioren in privaten Einpersonenhaushalten leben. Wie für diese große Zahl (fast die Hälfte der Seniorenhaushalte) die Erreichbarkeit der entsprechenden Einrichtungen aussieht, wird im Anhang in den *Anhang-Tabellen 5.3* bis *5.5* dargestellt.

5.2 Wohnformen im Alter

Christiane Feuerstein, Margarete Havel

5.2.1 Einleitung

Weit über 90% der älteren Menschen leben „in den eigenen vier Wänden". Das Führen eines eigenen Haushalts ist nicht nur für alte Menschen Ausdruck eigener Kompetenz. Unter dem für die Gerontologie zentralen Konstrukt der Kompetenz versteht man jene „Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung eines selbstständigen, selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens in einer anregenden, unterstützenden und die selbstverantwortliche Auseinandersetzung mit Anforderungen fördernden Umwelt" (Kruse 1996; in: Zweiter Altenbericht 1998: 19). Die Selbstverantwortung und Selbstständigkeit bei der Bewältigung des Alltags trägt nicht nur zu höherer Zufriedenheit bei, sondern ist auch Voraussetzung für ein Leben mit „Intimität auf Abstand" zwischen den Generationen (Rosenmayr).

Wohnzufriedenheit hat einerseits eine individuelle und andererseits eine gesellschaftliche Komponente. Die Wohnbedingungen und Wohnformen der individuellen Lebensbiografie bilden die Grundlage dafür, welche Wohnbedingungen das Gefühl der Zufriedenheit mit dem Wohnen vermitteln. Daneben gibt es in jeder Gesellschaft Vorstellungen über ein „angemessenes" Wohnen. Zu den funktionalen Aspekten – wie Austattung, Standard, Lage – einer Wohnung treten aber auch emotionale und soziale Aspekte, die nicht zu unterschätzende Kriterien für subjektive Wohnzufriedenheit bilden; das sind Aspekte wie Vertrautheit mit der Wohnung und der Einrichtung, Sicherheit in der Wohnung und in der Wohnumgebung, Möglichkeiten der Aufrechterhaltung bestehender Kontakte. Jedoch wird Wohnzufriedenheit und Wohnqualität nicht nur durch die Qualität der Wohnung im engeren Sinn bestimmt, sondern auch durch die Wohnumgebung. Aus Zeitbudgetanalysen wissen wir, dass mit zunehmendem Alter das nähere Wohnumfeld an Bedeutung gewinnt: Ältere Menschen (aber auch Frauen mit Kindern und Erwerbslose) verbringen im Vergleich zu jüngeren Erwerbstätigen weit mehr Zeit in der Wohnung und die Freizeitaktivitäten dieser Gruppen konzentrieren sich stärker auf die Wohnung und die Wohnumgebung (vgl. Zweiter Altenbericht 1998: 160ff.).

Zwischen Wohnsituation und Gesundheitszustand alter Menschen besteht ein Zusammenhang. Es ist bekannt, dass gesundheitsschädliche Wohnverhältnisse wie z. B. feuchte, schlecht geheizte Wohnungen, unhygienische Zustände zu negativen Effekten führen. Am extremen Fall der Wohnungslosigkeit zeigen sich die fatalen Auswirkungen auf alle Lebensbereiche wie Gesundheit, soziale Kontakte, Zugang zur Hilfe, Altern und Sterben (vgl. Zweiter Altenbericht 1998: 106).

Wenn spezifische Wohnansprüche von bestimmten Bevölkerungsgruppen wie Ältere, Behinderte und vorübergehend bewegungsbehinderte Menschen (Menschen mit Gipsbein) politisch unberücksichtigt bleiben, so kann man nur von einer strukturellen Rücksichtslosigkeit sprechen. Bisher müssen körperliche Veränderungen – wie z. B. Bewegungs- und Sinneseinschränkungen im Alter – von den Menschen durch die Anpassung an die Umwelt bewältigt werden. Diese Kompensation kann einerseits als Kompetenz gesehen werden, andererseits als Risiko, wenn bei mangelnder Anpassung an die Wohnumwelt die Unfallgefahr steigt. Das Unfallrisiko älterer Menschen ist vor allem in schlecht ausgestatteten Wohnungen wesentlich höher als bei gut ausgestatteten Wohnungen (vgl. Rehberg 1993). Angesichts von rund 1.000 tödlichen Stürzen von Senioren jährlich und etwa 860.000 Spitalstagen, die durch Stürze älterer Menschen verursacht werden, und einer unbekannt hohen Anzahl von Fällen der Pflegebedürftigkeit kommt der Ausstattung und Qualität der Wohnung und Wohnanlage offensichtlich eine hohe Bedeutung für das Unfallgeschehen zu. Die Unfall-

folgekosten sind zwar nicht genau ermittelt, dürften aber vor allem durch den erforderlichen hohen Pflegeaufwand in die Milliarden gehen.

Zur Vermeidung von Wiedereinweisungen in die stationäre Pflege nach dem „Dreh-Tür-Effekt" müssen die Wohnverhältnisse die häusliche Pflege ermöglichen. Bei vielen Hilfestellungen (insbesondere bei der Körperpflege oder bei der Verwendung von Bewegungshilfen wie Rollstühlen) werden fehlende Lifte, ungünstige Grundrisse, zu enge Badezimmer zum unüberwindbaren Hindernis. Viele alte Menschen müssen ihre Wohnung verlassen und in die Anstaltspflege gehen, obwohl sie unter anderen Wohnbedingungen auch zu Hause gepflegt werden könnten.

Die folgenden Ausführungen haben vorwiegend deskriptiven Charakter. Nach einer kurzen Beschreibung der traditionellen Wohnformen wird überblicksartig auf die wohnrechtlichen Rahmenbedingungen für den Neubau und die Adaptierung von Altbauobjekten im Hinblick auf die barrierefreie Gestaltung eingegangen, und im besonderen die Rechtsproblematik der zielgruppenspezifischen Belegung im Miet- und Eigentumsbau aufgezeigt. Die umfangreichen baurechtlichen und fördertechnischen Regelungen für barrierefreies Bauen können ebenfalls nur in groben Zügen dargestellt werden. Anschließend werden beispielhafte „neue" Wohnformen, die sich im letzten Jahrzehnt auch in Österreich etablieren konnten, als Alternative zu institutionalisierten Wohnformen vorgestellt; hier werden auch drei Projekte aus Deutschland und eines aus den Niederlanden aufgenommen, da diese international anerkannt sind und in Österreich vergleichbare Projekte fehlen. Es fällt zudem auf, dass im Vergleich zu den gut dokumentierten und teilweise evaluierten internationalen Wohnprojekten für junge und alte Menschen (u. a. ExWoSt-Informationen zum Forschungsfeld „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier" Nr. 9, 1992-November) in Österreich sozial-empirische Wohnforschung nur in geringem Umfang vorhanden ist. Wohnungen haben aber eine lange Lebensdauer, Stadtplanungen prägen Wohnquartiere auf Jahrzehnte. Eine zukunftsorientierte Wohn- und Siedlungspolitik benötigt daher mehr als andere Politikbereiche Informationen über sich abzeichnende gesellschaftliche Veränderungen. Hier ist mit Nachdruck auf den notwendigen Forschungsbedarf für situationsspezifische und quartiersbezogene Konzepte für alle Altersgruppen hinzuweisen, denn „die interindividuell variierenden Bedürfnisse im Alter und die Heterogenität der Bevölkerung in Hinsicht auf die allerunterschiedlichsten Bedürfnisse, die entstehen, erfordern es, von solchen Uniformierungstendenzen wie ‚altengerecht' Abschied zu nehmen, sich auf die je spezielle Individualität von Einzelpersonen bzw. Gruppen einzustellen, und damit auch von den Vorstellungen über uniformierte Musterwohnungen und Vereinheitlichung von Serienproduktion abzukommen"(Amann 1993: 91). Auch wenn wir in unseren Ausführungen immer wieder auf die spezifischen Bedürfnisse der älteren Menschen eingehen, so sind wir doch der Meinung, dass alle baulichen und organisatorischen Maßnahmen, die den Alltag der älteren Menschen unterstützen, auch allen anderen Altersgruppen zugute kommen.

5.2.2 Traditionelle Wohnformen

Wohnformen sind immer ein Spiegel der gesellschaftlichen und sozialen Verhältnisse und somit einem zeitlichen Prozess unterworfen. Die Anzahl der in einem Haushalt zusammenlebenden Personen war im Laufe der Jahrhunderte vielen Schwankungen unterworfen, wodurch sich auch die Anforderungen an Wohnungsgröße, Wohnungszuschnitt und Wohnungsausstattung änderten.

Auch die Lebens- und Wohnsituation im Alter ist von diesem Prozess nicht ausgeschlossen und die uns bekannten Lebens- und Wohnformen, wie Verbleib in der eigenen Wohnung und Betreuung durch Familienangehörige oder Pflegepersonal der mobilen Dienste, die Übersiedlung in ein Pensionisten-, Alters- oder Seniorenheim sowie die

Unterbringung in einem Pflegeheim sind als Teil einer historischen Entwicklung zu betrachten.

5.2.2.1 Wohnen zu Hause

Die meisten älteren Menschen leben in ihren „normalen" Wohnungen, und die Mehrzahl dieser Menschen will auch hier bleiben. Viele leben schon seit Jahren in der gleichen Wohnung und die gewachsenen sozialen Beziehungen und bekannten Einrichtungen in der Wohnumgebung erleichtern das Führen des eigenen Haushalts. Eine größere Zahl älterer Menschen ist aber auch gezwungen, in ihrer alten Wohnung zu bleiben, weil der Umzug in eine kleinere, besser ausgestattete Wohnung nicht leistbar ist. Neue Mietwohnungen sind wesentlich teurer als alte, die Kosten für den Baukostenzuschuss und der Übersiedlungsaufwand kommen noch dazu. Zumindest im kommunalen und gemeinnützigen Wohnbau müsste es kurzfristig möglich sein, attraktive Wohnungstausch- und Umzugsangebote zu formulieren, um letztlich auch wieder größere Wohnungen für kinderreiche Haushalte zur Verfügung zu haben. Hier ist Wohnpolitik und Wohnungswirtschaft gefordert, Anreize zur Unterstützung der Mobilität zu entwickeln.

Auch pflegebedürftige ältere Menschen werden mehrheitlich zu Hause betreut. Oft sind die schlechten Wohnverhältnisse mitverantwortlich, dass Pflegebedarf zunimmt oder überhaupt erst entsteht. „Bedenklich muss stimmen, dass hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen häufiger als beschwerdefreie in Wohnungen leben, die nicht der Ausstattungskategorie A zuzurechnen sind und sich auch hinsichtlich sonstiger Ausstattungsmerkmale als defizitär erweisen [...]. Gerade sie würden die Annehmlichkeiten im besonderen Maße brauchen, um die durch die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit entstehenden körperlichen und psychischen Einbrüche sowie den dadurch bedingten Verlust von Außenkontakten und sozialer Integration durch verbesserte Wohnungsausstattung zumindest zum Teil zu kompensieren" (Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997: 49).

Im Kapitel 5.1 wird genauer über die Wohnsituation der älteren Menschen in Österreich hinsichtlich der Ausstattung, Größe und Aufwand der Wohnungen berichtet. Die Bedeutung der sozialen mobilen Dienste für die Betreuung zu Hause kann hier nur hervorgehoben werden, aber über Aufgaben und Qualität der Dienstleistungen wird an anderer Stelle des Berichts ausführlicher geschrieben.

5.2.2.2 Institutionalisierte Wohnformen

Unter institutionalisierte Wohnformen fallen Heime und heimähnliche Wohnformen. Diese werden in diesem Kapitel nicht ausführlich diskutiert, müssen aber bei der Darstellung von Wohnformen für ältere Menschen der Vollständigkeit halber aufgenommen werden, weil sie im Vergleich zu den „neuen" Wohnformen für ältere Menschen weitaus mehr Wohnplätze anbieten und als ergänzende Wohnangebote nicht wegzudenken sind. Institutionalisierte Wohnformen werden aber immer wieder kritisiert, weil die Institution in der Regel viel zu groß ist (mehr als 200 Wohnplätze sind nach wie vor üblich), die Organisation und Wirtschaftlichkeit im Vordergrund steht, die Bedürfnisse der Bewohner/Innen nicht Priorität haben, Mitsprache und Selbstorganisation selten angeboten und unterstützt werden. In Seniorenwohnhäusern und Pflegeheimen ist noch immer eine umgekehrte Proportionalität zwischen Selbstständigkeit der Bewohner/Innen und Betreuungsangebot festzustellen. Hohes selbstständiges Wohnen ist gekoppelt mit geringer Betreuung; hohe Betreuung ist dagegen gekoppelt mit wenig Wohnen; d. h. der individuelle Wohnbereich wird kleiner und ist im Mehrbettzimmer nicht mehr vorhanden (vgl. Zweiter Altenbericht 1998: 124). Selbstständiges Wohnen und Betreuung darf jedoch kein Nullsummenspiel sein; d. h. wenn jemand versorgt werden will oder muss, dann darf er nicht seine Selbstständigkeit und damit Individualität durch den Einzug in eine Institution verlieren. Im Bereich der institutionalisierten Wohnformen ist daher eine

www.parlament.gv.at

Weiterentwicklung des Betreuungsangebots und eine Neuorientierung notwendig, um eine individuelle Betreuung, eine Selbstorganisation und Mitwirkung der Betroffenen in kleineren Einheiten zu gewährleisten. Bei der Planung und Ausgestaltung von neuen Wohn- und Pflegeheimen sollten kleinere Einheiten mit mehr Wohncharakter geschaffen und mehr Wert auf die stärkere Einbindung der Betroffenen gelegt werden.

Auch im Bereich der institutionalisierten Wohnformen fehlt es an empirischen Untersuchungen und verlässlichen Evaluationsstudien im Hinblick auf die Eignung und Akzeptanz der räumlich-sozialen Strukturen durch die Nutzer.

5.2.3 Rechtsgrundlagen und Wohnbauförderung

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Wohnen im Alter werden einerseits durch die Wohnrechte, hier insbesondere durch Miet-, Wohnungsgemeinnützigkeits- und Wohnungseigentumsrecht – was das Verhältnis Bewohner/Innen und Hauseigentümer betrifft – und andererseits durch die Verfahrensrechte wie Wohnbauförderungsgesetz und Bauordnung definiert. Der Bereich Heime und Pflege wiederum wird durch die Sozialhilfegesetze und die in mehreren Bundesländern bereits erlassenen Alten- und Pflegeheimverordnungen abgedeckt. Auf die spezifischen Regelungen für Heime wird aber im Rahmen dieses Kapitels nicht eingegangen.

Zu den wichtigsten Rechtsgrundlagen für den Wohnungsbau in Österreich gehören die Bauordnungen und die Wohnbauförderungsrichtlinien der einzelnen Bundesländer. Da sie Teil der Landesgesetzgebung sind, gelten in jedem der neun Bundesländer eigene Bestimmungen. Die ÖNORMEN sind Richtlinien, die vom Österreichischen Normungsinstitut für verschiedene Fachgebiete herausgegeben und in ganz Österreich verwendet werden.

Im Folgenden sollen nur jene rechtlichen Aspekte erläutert werden, die Auswirkungen auf die Wohnsituation der älteren Menschen haben. Eine umfassende Darstellung der sehr komplexen rechtlichen Zusammenhänge kann an dieser Stelle nicht geleistet werden.

Fast die Hälfte der Alleinlebenden über 60 Jahre und ein Drittel der Mehrpersonen-Haushalte leben in Mietwohnungen (HWZ 1991 aus: Statistische Nachrichten 11/1998). Da die Gruppe der über 60-jährigen im Schnitt häufiger als Jüngere in Gebäuden lebt, die vor 1918 erbaut wurden, häufiger in schlechterer Ausstattungskategorie, häufiger mit Einzelofenheizung und häufiger in Gebäuden ohne Lift als die Jüngeren, ist die Betrachtung der wohnrechtlichen Situation bei Wohnungsanpassung und die Frage der hausseitigen Sanierung wesentlich. Darüber hinaus ist auch die Rechtsnachfolge zwingend geregelt, was für die Nachbelegung von spezifischen Wohnformen bedeutend ist.

5.2.3.1 Einblick ins Mietrechtsgesetz

Mietwohnungen unterliegen der vollen oder teilweisen (Vermietung von Einfamilienhäusern, ungeförderte Neubauten, Eigentumswohnungen nach 1945) Anwendbarkeit des Mietrechtsgesetzes (MRG). Der Kündigungsschutz des MRG gilt für beide Fälle. Das heißt, dass unbefristete Mietverhältnisse vom Vermieter nur aus wichtigen Gründen (geregelt im § 30 MRG) gekündigt werden können.

5.2.3.1.1 Adaptierung der Wohnung

Im Vollanwendungsbereich des MRG ist der Hauptmieter einer Wohnung berechtigt, das Mietobjekt unter bestimmten Voraussetzungen zu verändern und zu verbessern. Für wesentliche Veränderungen besteht eine Verständigungspflicht. Lehnt der Vermieter nicht innerhalb von zwei Monaten ab Einlangen der Verständigung ab, gilt die Zustimmung als erteilt. Der Vermieter hat sodann auch den Bauplan zu unterschreiben, wenn die geplante Veränderung baubehördlich bewilligt werden muss. Dieser kann seine Zustimmung nicht

verweigern, wenn die Verbesserung dem Stand der Technik entspricht, eine einwandfreie Ausführung gewährleistet ist, der Hauptmieter die Kosten trägt und keine Schädigung des Hauses erfolgt (§ 9 Abs. 1 MRG). Pflichten, die sich aus anderen Rechtsverhältnissen (z. B. Bauordnung) ergeben, bleiben hier unberücksichtigt. Diese Voraussetzungen sind jedenfalls gegeben, wenn es sich um Verbesserungen handelt wie den Einbau von WC, Bad, Zentralheizung sowie Verbesserungen, die von einer Gebietskörperschaft aus öffentlichen Mitteln gefördert werden. Pflichten, die sich aus anderen Rechtsverhältnissen (z. B. Bauordnung) ergeben, bleiben hier unberücksichtigt (oder davon unberührt). Selbst das Anbringen von Antennen, Satellitenanlagen u. a. kann nicht wirksam untersagt werden. Der Vermieter kann seine Zustimmung unter bestimmten Voraussetzungen an die Verpflichtung des Mieters, zur Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes abhängig machen. Sämtliche Veränderungen, die fix mit dem Gebäude verbunden werden, gehen damit ins Eigentum des Vermieters über. Der Mieter hat aber unter bestimmten Voraussetzungen bei Beendigung des Mietverhältnisses Anspruch auf Ersatz dieser Aufwendungen (§ 10 MRG). Im Teilanwendungsbereich sind die Veränderungen des Mietgegenstandes vertraglich zu regeln.

Verweigert der Eigentümer die Zustimmung zu Verbesserungsmaßnahmen, kann der Hauptmieter die Zustimmung über die Schlichtungsstelle erwirken (§ 9 i. V. m. § 37 MRG). Nicht alle Maßnahmen, die ein barrierefreies Wohnen ermöglichen, sind aber im § 9 Abs. 1 u. 2 erfasst, d. h. dass die Zustimmung des Vermieters nicht immer erzwungen werden kann. Darüber hinaus besteht daher für solche Adaptierungen auch kein Ersatzanspruch der Investitionen nach § 10 MRG.

5.2.3.1.2 Adaptierung des Hauses

Hausseitige Verbesserungen wie der Einbau eines Personenaufzugs sind grundsätzlich vom Vermieter durchzuführen soweit die Kosten aus den in den vorausgegangenen 10 Kalenderjahren erzielten Mietzinsreserven einschließlich der Zuschüsse, die zur Finanzierung der nützlichen Verbesserung gewährt werden, gedeckt werden können und andere Erhaltungsarbeiten nicht erforderlich sind. Dem Vermieter trifft daher neben der Erhaltungspflicht auch eine Pflicht zur Verbesserung des Hauses, wenn die Verbesserungsarbeiten sinnvoll und zweckmäßig sind und überdies die Finanzierung notwendiger Erhaltungsarbeiten gesichert ist. Das Mietrechtsgesetz räumt der Mehrheit der Mieter auch die Durchsetzung von Verbesserungsarbeiten (z. B. Gegensprechanlage, Lift etc.) über einen Antrag bei der Schlichtungsstelle ein, wenn die rechtlichen, technischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten erfüllt sind. Weiters muss die Finanzierung, die Zweckmäßigkeit im Hinblick auf den Hauszustand und keine übermäßige Beeinträchtigung der anderen Mieter vorliegen. Auf Antrag auch nur eines Mieters hat der Vermieter im Miethaus einem den Stand der Technik entsprechenden Behindertenaufzug zu errichten, wenn und soweit eine solche Maßnahme bei billiger Abwägung aller Interessen dem Vermieter auch zumutbar ist; die Kosten der Herstellung und Erhaltung dieser Anlage hat der Mieter, der den Antrag gestellt hat, dem Vermieter zu ersetzen (§ 4 Abs. 5).

In der Praxis wird der Eigentümer eines Miethauses nur dann einen Lift einbauen, wenn im Dachgeschoß neue Wohnungen entstehen, die Finanzierung des Liftes gefördert wird oder durch anteilige Kostentragung (Aufzugsgemeinschaft) gesichert ist. In Althäusern ist in den letzten Jahren vermehrt die Bildung von Aufzugsgemeinschaften zu beobachten. Die Benützung des Aufzuges mit Schlüsselbetrieb steht nur jenen Mietern zu, die sich an den Investitions-, Erhaltungs- und Betriebskosten beteiligen. Das kann zu Problemen führen,

wenn die Aufzugsgemeinschaft nur aus wenigen Beteiligten besteht und die Kosten dadurch sehr hoch sind. Sämtliche Regeln der Aufzugsgemeinschaft unterliegen der freien Vereinbarung wie die Höhe der Kostenanteile, der Eintritt von neuen Gemeinschaftern, der Austritt und die Höhe der Ablöse u. a.

In den letzten Jahren wurden vermehrt nicht verbrauchte Erhaltungsbeiträge in die Miethäuser investiert, um diese Beträge nicht an die Mieter zurückzahlen zu müssen. Weiters wirkte sich auch der steuerliche Anreiz für den Einsatz der Hauptmietzinsreserve positiv auf die Sanierungstätigkeit in Althäusern aus. In Zukunft ist jedoch zu befürchten, dass die Hauptmietzinsreserven laufend verbraucht werden, um keine steuerlichen Nachteile zu erleiden und große Finanzierungsbeträge (z. B. für den Einbau eines Liftes) daher nicht mehr angespart werden. Solange Mittel aus der Hauptmietzinsreserve zur Verfügung stehen, dürfen die Mieter durch Sanierungsarbeiten nicht finanziell belastet werden. Wenn jedoch substanzerhaltende Sanierungen notwendig sind, wofür die Hauptmietzinsreserven nicht ausreichen, kann der Vermieter im Rahmen eines § 18-Verfahrens eine Erhöhung der Miete zur Finanzierung der Sanierungsarbeiten durchsetzen.

5.2.3.1.4 Rechtsnachfolge

Sowohl im Voll- als auch im Teilanwendungsbereich können die Hauptmietrechte bei dauerhaftem Verlassen der Wohnung (§ 12 MRG) als auch im Todesfall des Hauptmieters (§ 14 MRG) an eintrittsberechtigte Personen (Ehegatten oder Verwandte in gerader Linie) abgetreten werden. Es gibt jedoch bestimmte Anspruchsvoraussetzungen (gemeinsamer Haushalt für eine bestimmte Dauer). Was auf der einen Seite einen besonderen Schutz des Hauptmieters und seiner Rechte darstellt, erweist sich bei der Belegung von zielgruppenspezifischen Wohnformen – wie Betreutes Wohnen (siehe Kapitel 5.3.1) – als Nachteil. Die Mietrechtsabtretung an eintrittsberechtigte Personen kann derzeit im Mietrecht nicht verhindert werden. Die Belegung altersgerechter Wohnungen ist daher nur bei der Erstbelegung steuerbar. Da es sich hier um zwingendes Recht handelt, kann es auch nicht vertraglich abbedungen werden.

Ungeklärt ist derzeit die Koppelung des Mietvertrages mit einem Betreuungsvertrag. Hier ist eine baldige Klärung der Rechtssituation notwendig.

5.2.3.2 Einblick ins Wohnungseigentumsgesetz

Wohnungseigentum bedeutet, mit mehreren Personen gemeinsam eine Liegenschaft zu besitzen und sich gegenseitig das Recht auf Nutzung und Verfügung einer bestimmten Wohnung einzuräumen. Der Wohnungseigentümer ist anteiliger Miteigentümer einer Liegenschaft. Er ist nicht Eigentümer der Wohnung an sich, sondern hat nur ein ausschließliches Nutzungs- und Verfügungsrecht. Aus der Miteigentümerschaft ergibt sich die Verantwortlichkeit aller Eigentümer für die allgemeinen Teile der Liegenschaft (Dach, Fassade, Außenfenster, Kamine, Stiegenhaus, Grünflächen etc.). Für die Umsetzung von ordentlichen und außerordentlichen Maßnahmen sind unterschiedliche Mehrheitsverhältnisse im Gesetz vorgesehen. Für einzelne Fälle werden Minderheitenrechte eingeräumt (§ 13 WEG).

5.2.3.2.1 Adaptierung der Wohnung

Der Wohnungseigentümer ist berechtigt, Veränderungen im Wohnungsverband durchzuführen, ohne dafür die Zustimmung der anderen Miteigentümer einholen zu müssen. Dies gilt zumindest solange, als die Änderung zu keiner Schädigung oder Beeinträchtigung schutzwürdiger Interessen der anderen Miteigentümer führen und auch keine Gefährdung der Sicherheit von Personen oder Sachen mit sich bringen. Das äußere Erscheinungsbild des Hauses darf durch Umbauarbeiten oder sonstige Änderungen in der Wohnung nicht beeinträchtigt werden, da anson-

sten die Zustimmung aller Miteigentümer notwendig wäre.

Der Wohnungseigentümer ist unter bestimmten Voraussetzungen zu Änderungen an der im Wohnungseigentum stehenden Wohnung berechtigt; auch wenn diese allgemeine Teile der Liegenschaft betreffen und er die Kosten trägt (§ 13 Abs. 2 Z. 2 u. 3 WEG). Veränderungen innerhalb des Wohnungsverbandes, die einer baubehördlichen Bewilligung bedürfen oder die Inanspruchnahme oder Veränderung allgemeiner Teile des Hauses zur Folge haben, erfordern die Zustimmung aller Eigentümer der Liegenschaft. Ähnlich wie im MRG kann die fehlende Zustimmung für bestimmte Veränderungen über den Außerstreitrichter ersetzt werden (§ 13 Abs. 2 WEG i. V. m. § 26).

5.2.3.2.2 Adaptierung des Hauses

Hausseitige Verbesserungsmaßnahmen wie der Einbau eines Aufzuges verlangen mindestens die Mehrheit (§ 14 Abs. 3 WEG), aber praktisch Einstimmigkeit, weil sowohl die Akzeptanz der Miteigentümer für die hohen Investitionskosten und die Unterfertigung der Baupläne von allen Miteigentümern erforderlich ist. In Wohnanlagen mit einem hohen Anteil von vermieteten Wohnungen, in Anlageobjekten und Objekten mit Mehrheitseigentümern ist es mitunter unmöglich, für bestimmte Adaptierungen – wie z. B. den Einbau eines Aufzuges – die Einstimmigkeit aller Miteigentümer zu erreichen.

Auch der nachträgliche Einbau eines Treppenliftes beispielsweise erfordert die Zustimmung aller Miteigentümer – auch jener, die ihre Wohnungen vermietet haben oder nicht auf dieser Stiege wohnen – und das dauert erfahrungsgemäß sehr lange. In einem konkreten Fall überlebte die antragstellende Wohnungseigentümerin den Ausgang des Verfahrens nicht.

5.2.3.2.3 Rechtsnachfolge

Die Errichtung von spezifischen Wohnungen für bestimmte Zielgruppen (z. B. ältere Menschen) und die Übertragung ins Eigentum ist problematisch zu beurteilen, da nur der Erstkauf gesteuert werden kann, aber auf die Veräußerung und die Erbfolge kein Einfluss genommen werden kann.

5.2.3.3 Einblick in die Bauordnung

In Österreich sind die Bauvorschriften Teil der Landesgesetzgebung der einzelnen Bundesländer, die in einzelnen Bereichen unterschiedliche Festlegungen treffen können. Die Bauordnung des einzelnen Bundeslands kann durch Nebengesetze und Durchführungsverordnungen noch ergänzt werden und bildet die rechtliche Grundlage für den **Neu-, Zu- und Umbau von Gebäuden**. Gewisse Grundprinzipien sind jedoch in allen Bundesländern gleich. So ist die Bauordnung ein öffentliches Recht, das durch die Verwaltungsbehörden der einzelnen Bundesländer exekutiert wird. Die Behörde kann nur auf Grund eines Antrags oder eines amtlichen Anlasses ein Verfahren einleiten, das immer durch einen Bescheid der zuständigen Verwaltungsbehörde abzuschließen ist. Für jedes Verfahren, das mit einem Baubescheid endet, ist in Wien die Zustimmung des Eigentümers erforderlich. Ausgenommen hiervon sind bauliche Maßnahmen, für die eine Bauanzeige genügt. Hierzu zählen:

„1. der Einbau oder die Abänderungen von Badezimmern
2. der Einbau oder die Abänderung von Sanitäranlagen
3. Loggienverglasungen
4. alle Bauführungen in Wohnungen oder Betriebseinheiten, die nicht von Einfluss auf die statischen Verhältnisse des Hauses sind, keine Änderung der äußeren Gestalt der Baulichkeit bewirken, gemeinsame Teile der Liegenschaft nicht in Anspruch nehmen und nicht die Umwidmung von [...] betreffen." (BO für Wien, 1996: § 62(1)). Für die Praxis bedeutet dies, dass ein Mieter auch gegen den Willen seines Vermieters bauliche Adaptierung an seiner Wohnung vornehmen kann, sofern sie den aufgezählten Kriterien entsprechen.

Darüber hinaus können, wie dies z. B. in der „Bauordnung für Wien" (Stand 18.9.1996) in § 106a geschehen ist, „Anforderungen an Gebäude zur besseren Benützbarkeit der Gebäude durch körperbehinderte oder auf Grund ihres Alters gebrechliche Menschen" definiert werden. In diesem Paragrafen ist festgehalten, dass alle Gebäude, unabhängig von den in ihnen vorgesehenen Nutzungen für körperbehinderte Menschen gefahrlos und möglichst ohne fremde Hilfe zugänglich sein sollten. Gebäude mit Aufenthaltsräumen (ausgenommen: Einfamilienhäuser, Reihenhäuser o. ä.) müssen außerdem so gestaltet sein, dass:

- Höhenunterschiede zwischen der öffentlichen Verkehrsfläche und dem Hauseingang mit einer Rampe überwunden werden (Höhenunterschiede bis drei cm bleiben außer Betracht).
- Rampen und Türen eine problemlose Nutzung ermöglichen (Definition von: Breite, Haltegriffe, Steigungen, waagrechte Fläche).
- Aufzüge mit definierten Mindestmaßen sollten möglichst ohne Höhenunterschied vom Eingangstor zu erreichen sein. Etwaige Höhenunterschiede sind durch Rampen auszugleichen. Vor den Aufzugstüren muss ein Kreis mit dem Radius von mindestens 70 cm gewährleistet sein.
- In Gebäuden, die öffentlichen Zwecken dienen, ist in jedem Geschoß eine Toilette mit definierten Mindestmaßen für Behinderte vorzusehen.

Alle diese Maßnahmen erleichtern auch älteren Menschen, die in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt sind, die Benutzung von Gebäuden und das Erreichen ihrer Wohnung.

5.2.3.4 Einblick in die Wohnbauförderung

Die **Finanzierung** einer baulichen Maßnahme im Bereich des Wohnungsbaus wird durch Eigen- und Fremdkapital und u. U. aus Mitteln der Wohnbauförderung erfolgen. In unterschiedlicher Weise wird in allen Bundesländern die Errichtung von Wohnhäusern, Wohnungen, Heimen, Eigenheimen und Kleingartenhäusern durch Neu-, Zu-, Um- oder Einbau aus den Mitteln des Bundeslandes gefördert. Da die Wohnbauförderung Landesgesetz ist, gelten in jedem Bundesland andere Förderungsrichtlinen. Die Förderungsrichtlinien unterliegen zwar alle demselben Grundprinzip, doch kann durch die Definition der Förderungsvorausetzungen politischer Einfluss geltend gemacht werden. In allen Förderungsrichtlininen wird zwischen **Subjekt- und Objektförderung** unterschieden. Die Subjektförderung kann nur von einer natürlichen Person beantragt werden und muss für den Förderungswerber persönlich bestimmt sein. Bei der Objektförderung werden die Errichtungs- bzw. Investionskosten eines Gebäudes gefördert; der Förderungswerber und die durch die Förderung begünstigte Person müssen nicht identisch sein, dies ist z. B. der Fall, wenn ein Bauträger, eine natürliche oder juristische Person (wie z. B. gemeinnützige Bauvereinigungen, gewerbliche Bauträger, Gemeinden) mit Sitz im Inland, geförderte Wohnungen errichtet. Förderungsberechtigt sind nur Personen bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze. Die zum Erhalt einer Förderung berechtigenden Kriterien sind von Bundesland zu Bundesland verschieden. Die Baukosten dürfen eine vom jeweiligem Bundesland festgelegte Höhe nicht überschreiten.

Alle Förderungsrichtlinien unterscheiden zwischen dem **Neubau** und der **Sanierung** von Gebäuden. In jedem Bundesland wird von der Landesregierung eine Institution bestimmt, die über die Vergabe der Förderungsmittel entscheidet, in Wien ist dies der „Grundstücksbeirat", in der Steiermark der „Wohnbautisch" für Neubauten.

Auf die Förderungsmodalitäten zur Errichtung und Sanierung von Heimen, die entweder ständig oder nur vorübergehend genutzt werden, wird im Folgenden nicht näher eingegangen. Die Finanzierung des Baues und der Erhaltung von Heimen unterscheidet sich in zwei wichtigen Punkten vom sonstigen Wohnungsbau. Zusätzlich zu den Kosten für die Wohnflächen wird auch die Errichtung der Gemeinschaftsräume in die förderbaren Kosten miteinbezogen. Jedoch haben Bewohner/Innen von

Heimen bzw. von Wohnungen in Objekten, die als Heim gefördert wurden, keinen Anspruch auf Wohnbeihilfe. Zwischen dem „Betreiber des Heims", dies kann auch ein Verein sein, und den Bewohner/Innen wird ein Nutzungsvertrag abgeschlossen, der nicht dem Mietrechtsgesetz unterliegt und dem Bewohner/Innen daher weniger Rechte einräumt (keine Kontrolle der Betriebskostenabrechnung etc.).

Da ein Vergleich der unterschiedlichen Förderungsrichtlinien aller Bundesländer den Umfang einer eigenen Studie einnehmen würde, beziehen sich alle weiteren Ausführungen auf das Wiener Wohnbauförderungs- und Wohnhaussanierungsgesetz (WWFSG in der Fassung von 1995). Unter Kapitel 3.2.4.3 werden einige Aspekte zum Thema „Wohnbauförderungsrichtlinien und ältere Menschen" zusammengefasst.

Der erste Teil des Gesetzes beschäftigt sich mit der Errichtung von **Neubauten**, im zweiten Teil werden die Förderungsmodalitäten zur **Sanierung** bestehender Bausubstanz dargelegt.

5.2.3.4.1 Wohnbauförderung des Landes Wien bei Neubauten

Zu den förderbaren Objekten im Sinne des Gesetzes zählen Miet- und Eigentumswohnungen mit einer Nettonutzfläche von maximal 130 m² (für Haushalte mit 6 Personen und mehr maximal 150 m²), weiters Eigenheime, Kleingartenwohnhäuser und Einrichtungen, die die Stadt Wien im überwiegenden Interesse der Bewohner/Innen der geförderten Wohnungen errichtet, wie z. B. Kindergärten. Innerhalb des geförderten Gebäudes können auch Geschäfte und Gemeinschaftseinrichtungen mit Förderungsmitteln errichtet werden, wobei ihre Fläche, je nach Förderungsart, ein Viertel der geförderten Gesamtnutzfläche nicht überschreiten darf. Einrichtungen der Stadt Wien für soziale Dienste im Sinne des Wiener Sozialhilfegesetzes, wie z. B. Gesundheits- und Sozialbezirkszentren oder geriatrische Tageszentren müssen bei der Berechnung des Flächenanteils nicht berücksichtigt werden. Auf diese Weise soll die Errichtung dezentraler Einrichtung gefördert werden.

Die Ausstattung der Wohnungen soll unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen, technischen und rechtlichen Bedingungen „dem jeweiligen Stand der Technik, insbesondere hinsichtlich des barrierefreien Bauens" und „den Bedürfnissen einer zeitgemäßen Haushalts- bzw. Heimführung" (WWFSG § 3 (1)) entsprechen.

Der Förderungswerber und die durch die Förderung begünstigte Person müssen nicht identisch sein. Je nach Förderungsart kann der Förderungswerber eine natürliche oder juristische Person sein. Durch die Förderung können nur natürliche Personen begünstigt werden, deren Einkommen bestimmte Höchstgrenzen nicht übersteigt und die über ein Mindesteinkommen (kann durch Bürgschaft ersetzt werden) verfügen. Sie müssen der Wohnungsbenützer sein und den Nachweis der Aufgabe der Vorwohnung erbringen. Zusätzlich zur Miete muss an den Bauträger der Wohnungen ein Finanzierungsbeitrag (Baukostenzuschuss) gezahlt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen kann nach 10 Jahren an geförderten Mietwohnungen Eigentum begründet werden.

Das Wohnbauförderungsgesetz unterscheidet zwischen Objekt- und Subjektförderung. Die zwei Formen der **Subjektförderung** sind die Wohnbeihilfe (WWFSG § 20) und das Eigenmittelersatzdarlehen (WWFSG § 17-19). Sie sind vom Mieter einer geförderten Wohnung zu beantragen. Wohnbeihilfe erhalten jene Mieter, die in einer geförderten Wohnung leben und durch den Wohnungsaufwand unzumutbar belastet werden. Basis für die Berechnung der Wohnbeihilfe ist das Familieneinkommen. Im Gegensatz zu allen anderen im Gesetz vorgesehenen Förderungsmöglichkeiten besteht auf die Wohnbeihilfe ein Rechtsanspruch. Das Eigenmittelersatzdarlehen können Mieter beantragen, die auf Grund ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit (Familieneinkommen und

Haushaltsgröße) nicht in der Lage sind, den Finanzierungsbeitrag zu leisten.

Der Antrag auf **Objektförderung** wird durch den Bauträger der Wohnungen gestellt. Es gibt keinen Rechtsanspruch auf diese Förderung. Für jede Förderungsart gibt es eigene Richtlinien über die Förderungshöhe, die Förderungsdauer und evtl. mit der Annahme der Förderung verbundene Eigentumsbeschränkungen. Die Errichtung von Neubauten kann auf folgende Arten gefördert werden:

a Förderungsdarlehen durch das Land (WWFSG § 12+13)
b Zuschüsse (WWFSG § 14)
c Nichtrückzahlbare Beiträge (WWFSG § 15)
d Bürgschaft für Kredite bei Geldinstituten (WWFSG § 16)

5.2.3.4.2 Wohnbauförderung des Landes Wien bei Sanierungen

Das Land Wien fördert die Sanierung von Wohnungen und Gebäuden, wenn nach der Sanierung mindestens die Hälfte der Gesamtnutzfläche Wohnzwecken dient und mindestens die Hälfte der Wohnungen eine Nutzfläche von mindestens 22 m² und höchstens 150 m² aufweist. In geförderten Objekten darf 15 Jahre lang kein Wohnungseigentum begründet werden.

Gefordert ist eine Ausstattung der Wohnung, „die bei größter Wirtschaftlichkeit des Bauaufwandes unter Bedachtnahme auf die Betriebs- und Instandhaltungskosten und bei einwandfreier Ausführung nach dem jeweiligen Stand der Technik, insbesondere hinsichtlich des Schall-, Wärme-, Feuchtigkeits- und Abgasschutzes, den zeitgemäßen Wohnbedürfnissen entspricht" (WWFSG § 34 (1) Abs. 3). Ein Hinweis auf die Bedachtnahme von Anforderungen, die ältere oder behinderte Personen an ein Gebäude stellen, fehlt völlig und dies, obwohl gerade ältere Menschen häufig von Sanierungen betroffen sind.

Der Gesetzgeber unterscheidet vier Formen der Sanierung:

1. **Einzelverbesserungsmaßnahmen** sind Verbesserungsmaßnahmen an und in einem Gebäude, die keine durchgreifende Sanierung darstellen. Wenn es sich um Sanierungsmaßnahmen handelt, die das ganze Haus betreffen, wie z. B. der Einbau eines Lifts, der Einbau von Schallschutzfenstern, der Anschluss an die Fernwärme o. ä., ist der Antrag auf Förderung vom Liegenschaftseigentümer bzw. Bauberechtigtem zu stellen. Da Mieter in der Regel nicht bauberechtigt sind, können von ihnen solche Maßnahmen nicht durchgesetzt werden. Für Sanierungsmaßnahmen innerhalb der Wohnung kann sowohl der Mieter als auch der Eigentümer um Förderung ansuchen. Mieter erhalten jedoch ausschließlich Annuitätenzuschüsse.
2. **Sockelsanierung**

   2a) Die **Sockelsanierung** ist eine (schrittweise) Sanierung eines Gebäudes bei Aufrechterhaltung von Miet- und sonstigen Nutzungsverhältnissen. Bei der Sanierung der allgemeinen Teile des Hauses werden Erhaltungsarbeiten im Sinne des Mietrechtsgesetzes weniger hoch gefördert wie Verbesserungsarbeiten. Der Antrag auf Förderung kann nur vom Eigentümer der Liegenschaft gestellt werden.

   2b) **Sockelsanierung mit Standardanhebung der einzelnen Wohnungen:**
   Mit der Sockelsanierung kann eine Standardanhebung der Wohnungen (Wohnungszusammenlegung, Einbau von Sanitärinstallationen und einer Heizung o. ä.) verbunden werden. Mieter, die im Rahmen dieser Sanierung den Standard ihrer Wohnung anheben, erhalten Annuitätenzuschüsse. Sanierte und nicht-sanierte Wohnungen können im selben Gebäude auch nach der Sanierung noch vorkommen.
3. Die **Totalsanierung** ist die Sanierung eines zur Gänze leer stehenden Gebäudes. Förderungsanträge können nur vom Hauseigentümer gestellt werden. Vorteile dieser Sanierungsform für den Eigentümer sind der rasche Baufortschritt und die einheitliche Anhebung des Wohnungsstandards,

der nach der Sanierung eine Erhöhung der Mieteinnahmen bringt. Das ist auch ein Motiv, das manche Hausbesitzer dazu bewegt, die vorhandenen Mieter mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zum Auszug zu bewegen, wovon ältere Menschen eher betroffen sind, weil sie nicht ausreichend über ihre Rechte informiert sind.

4. Die **Blocksanierung** ist eine Maßnahme zur städtebaulichen Strukturverbesserung durch eine liegenschaftsübergreifende gemeinsame Sanierung mehrerer selbstständiger Gebäude oder die Sanierung einer Wohnhausanlage mit mehreren Stiegenhäusern. Gerade die liegenschaftsübergreifende Sanierung hat sich in der Praxis als äußerst schwierig erwiesen, da es zu viele Einspruchsmöglichkeiten gibt und kein Hauseigentümer zur Teilnahme gezwungen werden kann.

Die Förderung kann auf verschiedene Arten gewährt werden:

1. rückzahlbares Darlehen des Landes (unterschiedliche Laufzeiten, unterschiedliche Prozentsätze an den Gesamtbaukosten, unterschiedliche Zinssätze);
2. nicht rückzahlbare, einmalige Zuschüsse zu den Baukosten durch das Land;
3. Annuitätenzuschüsse für ein bei einem Kreditinstitut aufgenommenes Darlehen.

5.2.3.4.3 Wohnbauförderungsrecht und ältere Menschen

In den Förderungsrichtlinien der meisten Bundesländer wird von „älteren und behinderten Personen" gesprochen. Ähnlich wie in der ÖNORM B1600 wird nicht zwischen „älteren" und „behinderten" Personen differenziert. Als programmatische Forderung ist in fast allen Richtlinien die Berücksichtigung der Bedürfnisse behinderter und älterer Menschen, bzw. „die Beachtung der geltenden Rechtsvorschriften, [...], insbesondere hinsichtlich des barrierefreien Bauens" (WWFSG § 3 (1)) die Voraussetzung für den Erhalt der Förderung.

Viel differenzierter sind hingegen die Förderungsvoraussetzungen in der Steiermark im Steiermärkischen Wohnbauförderungsgesetz von 1993 festgehalten. Gemäß § 5 Förderungsvoraussetzungen darf in der Steiermark die Errichtung von Gebäuden mit mehr als zwei Wohnungen nur dann gefördert werden, wenn:

- „in zumutbarer Entfernung öffentliche oder private Dienstleistungs- und Versorgungseinrichtungen vorhanden sind" (Steiermärkisches Wohnbauförderungsgesetz (1993) § 5 (1) Abs. 2);
- „auf die Bedürfnisse behinderter und alter Menschen bedacht genommen wird, in dem bauliche Barrieren vermieden werden. Insbesondere müssen bei den Gebäuden der Eingang und das Erdgeschoß stufenlos erreichbar sein; wird ein Personenaufzug eingebaut, so muss dieser stufenlos erreichbar sein, einen stufenlosen Zugang zu allen Geschossen ermöglichen und eine für einen Rollstuhl ausreichend bemessene Kabinengröße aufweisen" (Steiermärkisches Wohnbauförderungsgesetz (1993) § 5 (1) Abs. 8);
- „die Beteiligung der Wohnungswerber zumindest in Form einer laufenden umfassenden Information gewährleistet ist; zu diesem Zwecke ist grundsätzlich vor Ausstellung der Förderungszusicherung die Bildung einer Interessengemeinschaft und eines Bauausschusses nachzuweisen" (Steiermärkisches Wohnbauförderungsgesetz (1993) § 5 (1) Abs. 11).

Alle im Folgenden angeführten Förderungsmöglichkeiten sind als finanzielle Hilfen für Behinderte konzipiert worden. In einigen Bundesländern muss eine gutachterliche Stellungnahme der im jeweiligen Bundesland zuständigen Fachstelle für „Barrierefreies Bauen" eingeholt werden, um eine höhere Förderung zu erhalten. Sinngemäß werden sie nun auch auf ältere Menschen angewendet, die eine vergleichbare Behinderung haben. Das heißt aber, dass präventive bauliche Maßnahmen derzeit nicht gefördert werden.

In den Förderungsgesetzen der einzelnen Bundesländer konnten folgende konkrete spezielle Förderungsmaßnahmen gefunden werden:

www.parlament.gv.at

- Bei der Berechnung der Wohnbeihilfe wird der zumutbare Wohnungsaufwand (das ist ein Prozentsatz vom monatlichen Haushaltseinkommens) für behinderte Menschen niedriger angesetzt (Subjektförderung);
- Erhöhung der förderbaren Gesamtkosten in unterschiedlich hohen Prozentsätzen;
- Erhöhung der Darlehensförderung u. U. bis zu 100%;
- Förderung von Sanierungsmaßnahmen für behinderte Menschen mit höheren Annuitätenzuschüssen, unabhängig davon ob es sich um Miet-, Eigentumswohnungen oder Eigenheime handelt;
- Erhöhung der förderbaren Nutzfläche;
- Einmalzuschüsse und „Härtedarlehen".

Wenn eine bundesweite Vereinheitlichung der Förderungsmöglichkeiten angestrebt wird, müsste man zuvor eine Übersicht über die Förderungsgesetze der verschiedenen Bundesländer erarbeiten. In diesem Zusammenhang sollte jedoch nicht die Festlegung der Förderung einzelner baulicher Maßnahmen im Vordergrund der Überlegungen stehen, sondern der Gedanke der Anpassbarkeit der Wohnung, wie er in Kapitel 5.2.4 ausgeführt wird. Inwieweit es allerdings möglich sein wird, die Länder zur Aufgabe ihrer Kompetenzen zu bewegen, ist nicht abschätzbar.

Bei der Vergabe der Wohnbauförderung wird von einem relativ langen Zeitraum der Rückzahlung bei einem kontinuierlich bleibenden Haushaltseinkommen ausgegangen. Für Personen, die relativ kurz vor ihrer Pensionierung in eine geförderte Wohnung ziehen, kann sich daher nach Eintritt der Pension und einem dadurch reduzierten Haushaltseinkommen, der für die neue Wohnung erforderliche Wohnungsaufwand (Miete etc.) gemessen am Haushaltseinkommen unverhältnismäßig steigern. Projekte, die neue Wohnformen u. a. für ältere Menschen anbieten, und für die Wohnbauförderung in Anspruch genommen werden soll, brauchen daher höhere Zuschüsse und andere Förderungsmodalitäten, um die Übersiedlung für die Betroffenen attraktiv zu machen.

5.2.3.5 ÖNORM B1600 und ältere Menschen

Die vom österreichischen Normeninstitut herausgegebenen ÖNORMEN sind Regeln der Technik, qualifizierte Empfehlungen, deren Anwendung grundsätzlich freiwillig ist. Sie stellen den jeweils aktuellen Stand der Technik dar und spiegeln die wirtschaftlichen Gegebenheiten wider. ÖNORMEN können jedoch gemäß § 5 des Normengesetzes in Form eines Gesetzes oder einer Verordnung vom Bund oder von einem einzelnen Bundesland für verbindlich (öffentliches Recht) erklärt werden. Es muss jedoch eine bestimmte Fassung der ÖNORM für verbindlich erklärt werden, es ist nicht zulässig, auf eine ÖNORM in „ihrer jeweils gültigen Fassung" zu verweisen. Im Privatrecht können die Vertragspartner Normen zum Teil des Vertragsinhalts machen. Für den hier behandelten Themenkreis sind die ÖNORM B1600 „Planungsgrundsätze für Barrierefreies Bauen" und die ÖNORM B1601 „Planungsgrundsätze für spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen" relevant (siehe Kapitel 5.2.4).

In einigen Bundesländern sind Teile der ÖNORM B1600 – allerdings z. T. in modifizierter Form – in die Bauordnung des jeweiligen Landes übernommen worden. Die ÖNORM B1600 ist jedoch bis jetzt in keinem Bundesland für verbindlich erklärt worden.

5.2.4 Barrierefreies Bauen – anpassbare Wohnung

Mit dem Thema „Wohnen im Alter" ist die Frage nach der „altersgerechten Gestaltung" der Wohnung und des Wohnumfeldes verknüpft. Derzeit wird dieser Begriff meist dann verwendet, wenn die „Bedürfnisgerechtheit" eines Gebäudes oder einer Wohnung im Hinblick auf alte Menschen betont werden soll. Es gibt zwar keine

Rechtsverbindlichkeit für diesen Begriff, er ist weder eine geschützte Bezeichnung, noch verbindlich kodifiziert, jedoch geben die ÖNORMEN und eine umfangreiche Literatur wichtige Hinweise, was man alles unter diesem Begriff verstehen könnte.

Die ÖNORM B1600 „Planungsgrundsätze für Barrierefreies Bauen" und die ÖNORM B1601 „Planungsgrundsätze für spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen" können weitgehend als verbindliche Planungsgrundsätze angesehen werden. Die beiden ÖNORMEN definieren klare bauliche Anforderungen an ein Gebäude. Die grundlegenden Anforderungen an ein Gebäude sind in stark reduzierter Form:

- stufenloser Zugang zum Hauseingang, zum Lift und bis zur Wohnung
- die Mindestbreite aller Türen mit 80 cm
- die Möglichkeit des Wendekreis für einen Rollstuhl (Durchmesser: 150 cm) an allen wichtigen Stellen
- Behindertengerechte Gestaltung des Sanitärbereichs, d. h. Anfahrbarkeit von WC und Waschtisch mit dem Rollstuhl bzw. Möglichkeit der entsprechenden Adaption

Der in der ÖNORM B1600 verwendete Begriff „Barrierefreies Bauen" versucht nicht nur, die aus verschiedenen Behinderungsformen resultierenden baulichen Anforderungen in einem Begriff zusammenzufassen, sondern verweist auch darauf, dass „für vorübergehend bewegungsbehinderte Menschen (wie Gipsverbandträger, Schwangere, Personen mit Kinderwagen oder Lasten) sowie für Kinder und alte Menschen" (ÖNORM B1600, 1994: 1) eine barrierefreie Umwelt nützlich ist.

Man kann sicher darüber diskutieren, inwieweit es sinnvoll ist, ergänzend zu der bestehenden Norm eine eigene Norm zu entwickeln, die sich nur mit den Erfordernissen des „altersgerechten" Bauens beschäftigt. Gegen diesen Vorschlag spricht jedoch die Tatsache, dass ein Maßnahmenkatalog konkreter, spezifischer baulicher Forderungen nur für eine genau definierbare Zielgruppe erstellt werden kann. Die älteren Menschen sind jedoch, wie bereits erwähnt, eine durch ihre körperlichen und zum Teil auch mentalen Defizite sehr schwer definierbare Gruppe. Dies beginnt bereits mit dem Begriff „Alt", die Abgrenzung dieses Begriffs wird immer unschärfer. „Die Altersgrenzen verändern sich, die alten Marken sozialrechtlicher Herkunft verlieren an Bedeutung und werden durch divergierende Zeitbestimmungen vielfacher Pfade in den Ruhestand aufgeweicht. ‚Älter sein' und ‚zu alt sein' werden diffuse Begriffe, dehnbar vom 35. bis zum 80. Lebensjahr. Dabei scheint es, als würden die Übergänge ins Alter individualisiert. Der Strukturwandel des Alters selbst zeigt Facetten der Detaillierung, wenn nicht Porösität, die von einer (subjektiven und objektiven) zeitlichen Herabsetzung des ‚Alters' über die sogenannte Entberuflichung (Alter ohne Berufstätigkeit und Vielfalt der Möglichkeiten, das Berufsleben zu beenden) bis hin zu Feminisierung des Alters, Singularisierung, sich weitender Hochaltrigkeit und Biographiezentriertheit reicht" (Amann 1997: 11).

Selbst wenn man von der Problematik der Definition des Begriffes „Alt" einmal absieht, müsste eine solche Norm Antworten für folgende Fragen finden: Auf welche Arten körperlicher und geistiger Einschränkungen, die im Alter auftreten können, aber nicht müssen, kann mit baulichen Maßnahmen reagiert werden? Wo sollen diese baulichen Maßnahmen vorgesehen werden, in jeder Wohnung, in öffentlichen Gebäuden, im öffentlichen Raum?

In Ergänzung zu dem Begriff „Barrierefreies Bauen", wie er in der ÖNORM B1600 verwendet wird, wäre es daher sinnvoll, die Begriffe „anpassbare Wohnung" oder „anpassbares Bauen" zu verwenden, da sie nicht an einer (nicht eindeutig präzisierbaren) Zielgruppe orientiert sind. Zwar fehlt auch diesem Begriff die Rechtsverbindlichkeit, doch bietet seine Verwendung folgende Vorteile:

- er suggeriert keine Optimierung der baulichen Situation für eine bestimmte Gruppe von Menschen;

- er erlaubt ein Eingehen auf die individuelle Situation und das Setzen gezielter einzelner, differenzierter Maßnahmen;
- es ließe sich eine Reihe von konkreten baulichen Maßnahmen, wie z. B. die folgenden Forderungen mit diesem Begriff verbinden:
  - Die Grundrissdisposition kann durch versetzbare Trennwände verändert werden. Wohnungen können in mehrere kleinere oder wenige größere Zimmer unterteilt werden;
  - eine der ÖNORM B1600 entsprechende Adaption des Sanitärbereichs sollte gewährleistet sein.
  - Etwaige Stufen beim Eingang ins Haus, beim Zugang zum Lift, bei Balkonen und Terrassen sollten durch Rampen leicht überbrückbar sein;
  - der spätere Einbau eines Lifts muss in jedem Haus auch dann möglich sein, wenn dies von der Bauordnung nicht gefordert wird;
  - jede Wand in einer Wohnung ist so auszubilden, dass das nachträgliche Anbringen von Haltegriffen problemlos möglich ist;
  - auch in öffentlichen Bereichen sollten entsprechende Adaptierungen möglich sein (Rampen, Sitzgelegenheiten, Haltestangen etc.).

Die Liste dieser Forderungen ließe sich beliebig fortsetzen, ebenso wäre eine Differenzierung in unbedingt erforderliche und wünschenswerte Maßnahmen möglich. Die baulichen Maßnahmen für eine „anpassbare Wohnung" verursachen geringe Mehrkosten, wenn sie beim Neubau vorgesehen werden. Bei der späteren Wohnungsadaptierung reduzieren sich dafür die Kosten in zweifacher Weise. Zum einen erfordert die bauliche Adaption geringere finanzielle Mittel, zum anderen können volkswirtschaftlich betrachtet teure Aufwendungen für Heime gespart werden, da den älteren Menschen ein längerer Verbleib in ihrer Wohnung ermöglicht wird.

Ein weiterer Vorteil der Methode der „Anpassung" kann darin gesehen werden, dass sie sich nicht nur auf die Gruppe der älteren Menschen beschränkt, sondern allgemein eine Optimierung der baulichen Situation für alle Lebensalter und für unvorhergesehene Lebenssituationen anstrebt.

5.3 „Neue" Wohnformen für ältere Menschen

Das gestiegene Interesse an gemeinschaftlichen Formen des Wohnens im Alter ist vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung zu sehen: Immer mehr Menschen werden älter, viele alte Menschen leben allein, mit zunehmendem Alter verschlechtert sich der Gesundheitszustand und der Anspruch an Betreuung und Pflege steigt stark an. Neben den selbstständigen Wohnformen mit Unterstützung von professionellen Betreuungsdiensten und den organisierten Wohnangeboten in heimähnlichen Wohnprojekten sind im In- und Ausland neue Wohnformen entstanden, die als Ergänzung zu den institutionalisierten Wohnformen zu sehen sind:

- *Betreutes Wohnen*
- *Integriertes Wohnen*
- *Gemeinschaftliches Wohnen / Selbstorganisierte Wohnprojekte*
- *Mehrgenerationen-Wohnen*
- *Seniorenwohngemeinschaften*

Für die Entwicklung „neuer", der Selbstbestimmung förderlicher Wohn- und Lebensverhältnisse für ältere Menschen ist ein planvolles und koordiniertes Zusammenspiel von Betreuung und baulicher Umgebung erforderlich. Stadtplanung und Architektur können „wesentlich dazu beitragen, in dem sie auf den vier Ebenen

1. Ebene der individuellen Wohnungen
2. Ebene der Hausgemeinschaft (Mikroumfeld)
3. Ebenen des Nahumfeldes bis zu 10 Minuten Erreichbarkeit (Mesoumfeld)
4. Ebene des weiteren Umfeldes (Makroumfeld),

die die Selbstbestimmung fördernden Faktoren berücksichtigen" (Kliemke, 1995: 103).

Die individuelle Wohnung sollte auf jeden Fall dem heute im sozialen Wohnungsbau üblichen Ausstattungsstandard entsprechen. Weiters sollte die Wohnung eine funktionale Trennung von Schlafen und Wohnen erlauben, d. h. zumindest über zwei Zimmer verfügen. Die Küche kann auch als Wohnküche nutzbar sein. In jedem Fall sollte die Wohnung ausreichend groß sein, um Gäste zu bewirten, evtl. auch zu beherbergen. Ein aktiver Naturbezug, wie ein ausreichend großer Balkon, Loggia oder Terrasse ist wünschenswert. Die Sanitärräume sollten so gestaltet sein, dass eine der ÖNORM entsprechende Adaptierung leicht möglich ist. Auf ausreichende Bewegungsflächen und die Möglichkeit auf Wunsch Haltestangen anbringen zu können sollte geachtet werden.

Auf der Ebene des Mikroumfeldes sollte die stufenlose Erreichbarkeit des Hauseingangs sowie der Wohnungstüren selbstverständlich sein. Ausreichende Bewegungs- und Begegnungsräume wären wünschenswert, ebenso Abstellflächen für Fahrräder und Gehhilfen im Eingangsbereich.

Im fußläufig noch zu erreichenden Bereich außerhalb des Hauses sollten die wichtigsten Einrichtungen wie Läden, Post, Bank und Gasthaus liegen, die notwendig sind, um ein eigenständiges Leben zu führen. Die im Nahbereich liegenden Grünflächen sollten differenzierter gestaltet sein, was ihren Naherholungswert erhöhen würde.

Auf der Ebene des Wohnquartiers (Makroumfeld) ist eine gute Verkehrserschließung des unmittelbaren Quartierumfeldes durch den öffentlichen Personennahverkehr erwünscht. Die soziale Infrastrukturplanung, zu der z. B. Tagespflegeeinrichtungen oder Sozialstationen zählen, muss qualitativ und quantitativ auf die Größe des Wohngebiets abgestimmt werden. Sie sollte nicht nur den sozialen, sondern auch den geografischen Schwerpunkt des Quartiers bilden, weiters sollten die Angebote miteinander vernetzt werden.

Alle in den folgenden Kapiteln dargestellten Projekte leisten auf allen oder mehreren dieser Ebenen einen wichtigen Beitrag.

5.3.1 Betreutes Wohnen

Das „Betreute Wohnen" kombiniert ein bauliches Konzept mit einem Betreuungskonzept. Die Wohnungen können, gefördert oder frei finanziert, als Miet- oder Eigentumswohnungen erstellt werden. Das Spektrum der angebotenen Betreuungsleistungen reicht von einer Notrufeinrichtung bis zu Dienstleistungsverträgen mit einem Träger sozialer Hilfe. Es besteht nach derzeitiger Rechtslage jedoch keine Möglichkeit, verbindlich einen Vertrag über Serviceleistungen mit einem Mietvertrag zu koppeln.

Merkmale und Typen

Ein wesentliches Merkmal der Projekte des „Betreuten Wohnens" liegt in einer Entkoppelung von Wohnen und Betreuung. Es lassen sich mehrere Typen von Modellen des „Betreuten Wohnens" unterscheiden (Zweiter Altenbericht 1998: 114):

nach der Anordnung

- alle Wohnungen in einer Wohnanlage;
- eingestreute Wohnungen in verschiedenen Wohnanlagen.

nach der Art der Betreuung

- Wohnungen ohne Betreuung (bei individuellem Bedarf ambulante Dienste);
- Wohnungen mit begrenzter Betreuung;
- Wohnungen mit umfassender Betreuung;
- Internes oder externes Angebot von Betreuungsleistungen bzw. interne Vermittlung von externen Diensten;
- Gruppierung von Altenwohnungen um ein Pflegeheim oder ein Altenservicezentrum.

Entscheidend für die Attraktivität der Wohnanlage sind folgende Voraussetzungen:

- der Standort (zentral, gute Infrastruktur und Verkehrserschließung);
- Charakter der Wohnanlage (Überschaubarkeit);
- Zugang zur Wohnung (barrierefrei, rollstuhlgerecht);

www.parlament.gv.at

- der Wohnungsgrundriss (ca. 55 m² große 2-Raum-Wohnungen mit barrierefreiem Bad);
- hohe Betreuungssicherheit (Grundservice und Wahlservice);
- technische Voraussetzungen (Anschluss an 24-Stunden Notrufsystem);
- in der Nähe eines Altenzentrums oder Pflegeheims (für Kurzzeitpflege).

Betreuungsleistungen und Vertragsbedingungen

Der ungeschützte und offene Begriff des „Betreuten Wohnens" führt dazu, dass weder Betreuungsleistungen noch Betreuungsverträge überprüfbar oder vergleichbar sind. In manchen Projekten werden Mischverträge bzw. kombinierte Miet- und Betreuungsverträge vereinbart, in denen die Überprüfung der einzelnen Leistungsbestandteile von den Nutzer/Innen nicht möglich ist, bzw. viele Betroffene sind über die Vertragsbestandteile nicht ausreichend informiert. Folgende Fragen sind daher zu stellen:

- Sind die Betreuungsangebote transparent?
- Ist die Preisgestaltung transparent?
- Besteht Wahlfreiheit von Betreuungsleistungen?
- Wie ist die Vertragsdauer geregelt? (Kündigung)

Im Sinne einer besseren Transparenz der Betreuungsleistungen wird die Entwicklung von Qualitätskriterien und die Ausarbeitung von Musterverträgen angeregt. Da es in Deutschland schon Erfahrungen mit dieser Wohnform gibt, sollte man diese in die Überlegungen miteinbeziehen. Ziel des „Betreuten Seniorenwohnens" ist es, „selbstständiges Wohnen und eigenständige Haushaltsführung vor dem Hintergrund größtmöglicher Sicherheit zu fördern und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit möglichst zu verhindern oder doch hinauszuzögern" (Qualitätssiegel Baden-Württemberg 1996: 11).

Das 1996 herausgegebene „Qualitätssiegel Baden Württemberg" definiert vier Leistungsbereiche: Bauwerk und Umfeld, Grundservice, Wahlservice und Vertragsgestaltung. Betreiber entsprechender Wohnanlagen können freiwillig um eine Zertifizierung ihrer Anlage entsprechend des Prüfsiegels ansuchen, eine rechtliche Verpflichtung dazu besteht nicht. Der Sinn einer Koppelung von Wohnbauförderung und Qualitätsanforderungen ist fraglich, da viele Träger auch ohne solche Finanzierungshilfen auskommen. Die Ausarbeitung solcher Richtlinien sollte nur auf Basis einer entsprechenden Grundlagenforschung erfolgen, um zu verhindern, dass das „Betreute Wohnen" zu einer neuen institutionalisierten Wohnform wird.

Das Interesse an betreuten Wohnungen ist hoch, da selbstständiges Wohnen mit der Möglichkeit, bei Bedarf Hilfe zu erhalten, verbunden wird. Diese Hilfe und vor allem die Grenze der Hilfe müssen genau definiert sein, um falsche Erwartungen – verbunden mit Enttäuschungen – zu vermeiden. Diese Wohnform eignet sich für ältere Menschen, die auf Grund baulicher Barrieren, wie z. B. eines fehlenden Liftes, nicht in ihrer Wohnung bleiben können, oder die, vor allem im ländlichen Bereich, von der bestehenden Infrastruktur sehr weit entfernt leben. Das „Betreute Wohnen" ist kein „Pflegeheim light", sodass in bestimmten Pflegesituationen (z. B., wenn Pflege rund um die Uhr erforderlich ist) eine Übersiedlung in ein Heim notwendig sein kann.

5.3.1.1 Betreubares Wohnen in Oberösterreich

Alle Länder haben sich mit der Einführung des Pflegegelds 1993 mit dem Bund verpflichtet, zum Aufbau der erforderlichen stationären, teilstationären und ambulanten Sachleistungen „Bedarfs- und Entwicklungspläne zur Pflegevorsorge" zu erstellen. Diese sogenannten BEPs der Länder befinden sich im BM für Arbeit und Soziales und werden voraussichtlich im Herbst 1999 als österreichweite Übersicht vom ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit) präsentiert. Die Einsichtnahme in diese Unterlagen zum Thema „Sonder-

wohnformen" hätte den Rahmen dieser Arbeit bei weitem überstiegen. Hier soll daher nur das oberösterreichische Modell des „Betreuten Wohnens" beispielhaft dargestellt werden. Grundlage ist das Papier „Betreubares Wohnen in Oberösterreich", September 1998, herausgegeben vom Büro Landesrat Ackerl.

5.3.1.1.1 Neue Strategie in Oberösterreich

Die Bedarfs- und Entwicklungspläne haben einen Zeithorizont bis zum Jahr 2010 und sollen in 5-Jahres-Abständen überprüft werden. Neben den für solche Pläne üblichen Kriterien – Erhebung des derzeitigen Angebotes, Hochrechnung nach der demografischen Entwicklung u. a. – wurde in Oberösterreich aber auch die Änderung der bisherigen Strategie der Pflegevorsorge als notwendig erachtet. Das bisherige Angebot war geprägt von relativ vielen Heimplätzen – nicht alle waren pflegegerecht – und dem Ausbau mobiler Dienste. Aufgrund mangelhafter Information und Vernetzung wurden diese „Entweder-Oder-Angebote" nicht optimal genützt. Viele Bewohner/Innen mit relativ geringem Betreuungsbedarf leben in Heimen, weil ihre Wohnsituation nicht altersgerecht ist (kein Lift, schlechte Heizung, schlechte Nahversorgung).

Oberösterreich setzt daher den künftigen Schwerpunkt auf „Betreubares Wohnen" und gibt als Planungsziel bis zum Jahr 2010 den Bau von 2.500 betreubaren Wohnungen vor. Gleichzeitig wurde ein umfangreiches Heimbauprogramm gestartet, das zwar keine quantitative Auswertung des derzeitigen Angebotes (11.000 Heimplätze für 1,4 Millionen Einwohner), sondern eine qualitative Steigerung zum Ziel hat. Jeder oberösterreichische Heimplatz muss in Zukunft für Schwerstpflege geeignet sein, was einen Um- und Neubau von rund 3.000 Plätzen mit einem Investitionsvolumen von etwa 2,5 Milliarden Schilling erfordert.

Die für die Altenhilfe zuständigen 15 Sozialhilfeverbände – das sind alle Gemeinden eines Bezirkes und die drei Statutarstädte Linz, Wels und Steyr – waren in die Vorarbeiten des BEP miteinbezogen und verfügten daher über Informationen zum „Betreubaren Wohnen". Voraussetzung für die Möglichkeit, dass gebrechliche Personen länger in der eigenen Wohnung bleiben können, ist der gleichzeitige Ausbau der mobilen Dienste in den Bezirken. Daher müssen die Gemeinden, die „Betreubares Wohnen" anbieten wollen, eine Abstimmung mit dem für mobile Dienste zuständigen gesamten Sozialhilfeverband vornehmen.

5.3.1.1.2 Begriffsdefinition

Unter „Betreubarem Wohnen" werden wohnbaugeförderte Mietwohnungen in besonderer Ausführung für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen verstanden, die im jeweiligen Sozialhilfeverband oder Sozialsprengel mit sozialen Diensten versorgt werden. Die altersgerechten, barrierefreien Wohnungen stellen sicher, dass die Organisation der sozialen Dienste in Kombination mit dem Wohnen effizient geleistet werden kann. „Betreubares Wohnen" erfordert daher nicht nur bauliche Konzepte, sondern auch von Sozialträgern erarbeitete Betreuungskonzepte.

5.3.1.1.3 Finanzierung und Förderung

Um die Zielgruppe der Älteren mit geringem Einkommen zu erreichen, wurde in Oberösterreich eine besondere Förderungsform geschaffen. Von der Wohnbauförderung werden Mietwohnungen, die vom Sozialreferat als „Betreubare Wohnungen" deklariert werden, bis zu 100% der nach Wohnbaubestimmungen förderbaren Kosten gefördert. Die Baukosten dürfen maximal 18.000 öS / m² ohne Grundkosten betragen. Vom Sozialreferat werden für jene Kosten, die darüber hinaus gehen – z. B. Lifteinbau in einem zweigeschossigen Haus – Subventionen bis zu 30% dieser Mehrkosten gegeben. Wird von der Standortgemeinde das Grundstück finanziert und zu günstigen Bedingungen an gemeinnützige Bauträger vergeben, so schlägt sich das in günstigen Bau- und Mietkosten nieder. Die Miete und der Bereitstellungzuschlag, der die Notruf- und Grundbetreuungskosten

www.parlament.gv.at

deckt, belastet daher auch einkommensschwächere Personen nicht sehr. Nachteil dieses Förderungsmodells ist, dass es keine Mischung der Generationen gibt, denn die Kostenbelastungen für junge und alte Haushalte wären unterschiedlich hoch.

5.3.1.1.4 Belegung, Kosten und Rechtsform

Die Wohnungsvergabe erfolgt über die Gemeinde. Die durchschnittliche Miete beträgt 3.500 öS bis 4.500 öS pro Monat, der Bereitstellungszuschlag für das Grundservice bewegt sich zwischen 600 öS und 1.000 öS pro Wohnung. Noch nicht gelöst ist das Problem der Rechtsform. Werden die Wohnungen als Mietwohnungen vergeben, so ist die zielgruppenspezifische Belegung über den Erstbezug hinaus nicht gesichert, da im Mietrechtsgesetz eine Weitergabe möglich ist (siehe Kapitel 5.2.3.1.4). Werden daher die Wohnungen über einen Sozialträger in Form eines Benützungsvertrags vergeben, ist wohl die Zielbelegung gesichert, aber die Bewohner/Innen haben keinen Anspruch auf Wohnbeihilfe.

5.3.1.1.5 Bauliche Voraussetzungen

Bei der Konzeptentwicklung in Oberösterreich wurden ausländische Erfahrungen mit betreuten Wohnformen, im besonderen jene von Baden-Württemberg / Deutschland (siehe Kleeblatt-Konzept), berücksichtigt: Es werden keine Ein-Raum-Wohnungen gefördert, sondern nur Wohnungen mit getrenntem Wohn- und Schlafraum; die Wohnung muss barrierefrei sein; die Nasszelle darf mit keiner Badewanne, sondern muss mit bodenbündigen Duschen ausgestattet sein. Die Größe der Wohnung soll ca. 50 m² betragen, Erker oder Balkon und ein Abstellraum erhöhen die Attraktivität der Wohnung. Wichtige Voraussetzung für das Gelingen ist die gute Lage des Wohnhauses, um Geschäfte und öffentliche Verkehrsmittel fußläufig zu erreichen.

5.3.1.1.6 Betreuungskonzept

Da es beim „Betreubaren Wohnen" nicht nur um den Bau altersgerechter Wohnungen geht, sondern auch um eine Qualität der Pflegevorsorge, wird als Fördervoraussetzung ein verbindliches Betreuungskonzept vom Betreiber eines Seniorenwohnhauses verlangt. Damit ist nicht nur das Vorhandensein einer Notrufanlage in jeder Wohnung gemeint, sondern auch eine vertragliche Bindung zu einer Einrichtung, die eine fachlich geeignete Person (meist Altenfachbetreuer) zu bestimmten Zeiten für alle Hausbewohner/Innen zur Verfügung stellt. Die Leistung von Sozialen Diensten wie Hauskrankenpflege und mobile Altenbetreuung für bestimmte Personen nach individuellem Bedarf ist jedoch nicht inkludiert. Sie wird von den im Sozialsprengel damit beauftragten Wohlfahrtsorganisationen durchgeführt. In der Regel werden die Betreuungsverträge für das Seniorenwohnhaus mit jenen Anbietern gemacht, die ohnedies im regionalen Sprengel tätig sind (z. B. Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Volkshilfe). Es gibt aber auch Projekte, bei denen mit Alten- und Pflegeheimen eine Kooperation eingegangen wird. Dies bietet den Vorteil, dass Heimressourcen mitbenützt werden können und der Personaleinsatz effizienter ist. Für die Hausbewohner/Innen bietet sich die Möglichkeit, im Heim Leistungen „zuzukaufen", wie z. B. Mittagessen, Wäschereinigung, Teilnahme an Veranstaltungen u. a. m.

Die Kosten für den Notruf oder „Rufhilfe" – eine Zusatzeinrichtung zum Telefon mit monatlichen Kosten in Oberösterreich von ca. 250 öS – und die Kosten des vertraglich vereinbarten „Grundservices" – in erster Linie Personalkosten der Mitarbeiter, die sich um die Mieter kümmern – werden im „Bereitstellungszuschlag" verrechnet, der je nach Modell etwa 600 öS bis 1.000 öS beträgt. Die unterschiedlichen Betreuungsverträge sollten zur Rechtssicherheit für alle Beteiligten legistisch geregelt werden. Außerdem werden „Qualitätskritierien" für die Betreuung und Musterverträge gefordert.

5.3.1.1.7 Derzeitiger Projektstand

Seit 1996 wurden in Oberösterreich etwa 350 Wohnungen fertiggestellt, 200 Wohnungen sind derzeit in Bau und 800 Wohnungen in Planung. Die Projekte umfassen 8-30 Wohnungen und werden fast ausschließlich von gemeinnützigen Bauträgern errichtet. Bei einigen Neubauten von Alten- und Pflegeheimen wird ein Seniorenwohnhaus mitgeplant. Ältere Bezirksalten- und Pflegeheime, die aufgrund der in Oberösterreich festgelegten Höchstzahl von 120 Plätzen in Altenheimen rückgebaut werden müssen, nützen dies, um frühere „Wohntrakte" für Seniorenwohnungen zu nützen.

In kleineren Gemeinden kann der Wunsch nach „Betreubarem Wohnen" nicht immer erfüllt werden. Der Bedarf wird oft sehr unrealistisch gesehen und die Wirtschaftlichkeit ist bei kleinen Projekten mit 3-5 Wohnungen nicht gegeben. Zum Problem werden besonders die Folgekosten (z. B. Liftbetriebskosten) und der Bereitstellungszuschlag, was letztendlich zu höheren Kosten oder geringerer Qualität führt. In Oberösterreich sollen in Seniorenwohnhäusern auch andere kommunale Angebote untergebracht werden wie Seniorenclub, Sozialstation für den Sprengel, Arztordination, Café u. a., aber das Land fordert eine klare Kostentrennung zwischen Geschäftslokalen und Wohnungen. Zusatzräumlichkeiten für Kurzzeitpflege, Pflegebad, Gymnastik, Tagesbetreuung etc. sind nur dann wirtschaftlich, wenn sie laufend genützt werden und fachlich geeignetes Personal zur Verfügung steht. Dies wird aber nur in Anbindung an ein Alten- und Pflegeheim gewährleistet.

5.3.1.1.8 Bedarfsanalyse und Evaluierung

Voraussetzung für die 100%ige Förderung eines Wohnhauses mit „Betreubarem Wohnen" ist die Durchführung einer Bedarfsanalyse. In den Bedarfs- und Entwicklungsplänen wurden für jede der 445 Gemeinden Oberösterreichs theoretische Bedarfszahlen errechnet. Vor Bau eines Seniorenwohnhauses und der Einreichung um eine 100%ige Förderung muss eine konkrete Bedarfserhebung in der Gemeinde durchgeführt werden. Die Zahl der konkreten Interessenten in Kombination der theoretischen Bedarfszahlen geben einen realistischen Wert. Erfahrungsgemäß sollten mindestens ein Drittel mehr Interessenten als Wohnungen gemeldet sein, da ältere Menschen nach Fertigstellung des Hauses sich oft anders entscheiden. Der Auftrag zur Evaluation der „Betreubaren Wohnungen" wurde vom Sozialreferat vergeben und die Ergebnisse werden im Jahr 2000 vorliegen.

5.3.1.2 Betreutes Wohnen am Bauernhof für ältere Menschen

Vom Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft wurde in Oberösterreich in Kooperation mit den sozialen Diensten, den Landwirtschaftskammern, den landwirtschaftlichen Fachschulen und dem Österreichischen Kuratorium für Landtechnik und Landentwicklung noch ein weiteres Wohnmodell für ältere Menschen erarbeitet. Mit der Initiative „Betreutes Wohnen am Bauernhof für ältere Menschen" wird älteren Menschen nicht nur eine Alternative zum Altenheim angeboten, sondern auch den betreuenden (ehemaligen) Bäuerinnen ein neues Betätigungsfeld erschlossen.

5.3.1.2.1 Bauliche Voraussetzungen

Genaue bauliche Voraussetzungen wurden nicht definiert, da die zu adaptierende bauliche Situation von Hof zu Hof sehr unterschiedlich sein kann. Folgende Richtlinien sind aber bei der Adaption zu beachten:

Den betreuten älteren Menschen wird ein eigenes Zimmer oder eine eigene kleine Wohnung mit Kochmöglichkeit zur Verfügung gestellt. Die Wohnungen sollten im Erdgeschoß liegen, andernfalls müssen sie über einen Treppenlift erreichbar sein. Jede Person hat das Recht ihre eigenen Möbel mitzubringen. Wenn Räume rollstuhlgerecht oder barrierefrei gestaltet werden, sind die entsprechenden Angaben der ÖNORMEN einzuhalten. Die Wohnungen müssen über eine Notrufanlage oder ein anderes Notrufsystem verfügen. Das Haus

www.parlament.gv.at

selbst sollte stufenlos zugänglich sein, auch die Außenbereiche, wie Terrasse, Garten sollten leicht erreichbar sein, ebenso die Gemeinschaftsbereiche. Innerhalb und außerhalb des Hauses sollte es ausreichend Sitzmöglichkeiten geben.

Der Bereich, in dem die bäuerliche Familie lebt, soll räumlich von den Seniorenwohnungen getrennt sein, jedoch nahe dem Bauernhaus situiert.

5.3.1.2.2 Betreuungskonzept

Die an diesem Programm teilnehmenden Bauernhöfe müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- sie dürfen die Landwirtschaft nur noch als Nebenerwerb betreiben;
- die den älteren Menschen angebotenen Wohnungen müssen bestimmte bauliche Voraussetzungen erfüllen und
- die betreuende „Bäuerin" muss über eine Ausbildung als Altenhelferin o. ä. verfügen.

Die rechtliche Vertragssituation gestaltet sich so: „Zwischen dem Roten Kreuz und der Bäuerin besteht ein Dienstvertrag, zwischen dem älteren Menschen und dem Sozialhilfeverband wird ein Betreuungsvertrag abgeschlossen und zwischen der Bäuerin und den älteren Menschen gibt es einen Mietvertrag. Der Betreuungsvertrag garantiert dem älteren Menschen zwei Stunden Beratung pro Monat durch die Bäuerin und Rufhilfe vom Roten Kreuz" (Scholl 1998: 27) Die Frage nach den Grenzen der Betreuung stellt sich auch hier wieder, zumal die Betreuung aufgrund der räumlichen Nähe auf eine Person reduziert wird.

5.3.1.3 Seniorenprojekt Spitzham, Brixlegg

Die Gemeinde Brixlegg in Tirol realisierte ein Wohnprojekt mit sechs barrierefreien Mietwohnungen für ältere Menschen. Die Wohnungen sind zwischen 52 m² und 62 m² groß und rollstuhlgerecht ausgestattet. Der Mietpreis liegt bei 100 öS / m², die Betriebskostenpauschale bei ca. 800 öS. Die Wohnung im Obergeschoß ist über einen Treppenlift erreichbar. Im Wohnhaus ist auch eine Ergotherapeutenpraxis untergebracht. Der zweite Bauabschnitt soll im Jahr 2000 fertiggestellt werden. Die Betreuung der Bewohner/Innen wird nach Wunsch und Bedarf ambulant durch den Sozial- und Gesundheitssprengel der Gemeinde geleistet.

5.3.1.4 Kleeblatt GmbH, Ludwigsburg / Deutschland

Das oberösterreichische Modell des „Betreubaren Wohnens" orientierte sich an dem Kleeblatt-Konzept des Landes Baden-Württemberg in Deutschland, das auf mehr als zehn Jahre Erfahrung zurückblicken kann. Dieses Konzept wurde auch in den Modellversuch zur „Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen" aufgenommen. Zahlreiche Projekte in Ludwigsburg werden unterstützt, damit alte Menschen länger in den eigenen vier Wänden wohnen können, damit ältere Menschen sozial integriert bleiben und sich für ihre eigenen Interessen engagieren können, damit Pflegebedürftigkeit nach Möglichkeit verhindert, gelindert und verzögert werden kann.

Hervorzuheben am Kleeblatt-Konzept ist, dass trotz geringer Heimplatzgröße, die Projekte sowohl hinsichtlich der Investition als auch im Betrieb nicht unwirtschaftlich sind. Voraussetzung ist allerdings, dass zumindest sechs kleine Einheiten gleichzeitig geplant und gebaut werden.

5.3.1.4.1 Bauliche Voraussetzungen

In den letzten Jahren wurden in jedem Stadtteil Ludwigsburg (460.000 Einwohner) und den Randgemeinden insgesamt 17 Heime mit 24-26 Plätzen gebaut, kombiniert mit Kurzzeitpflege, Tagesbetreuung und betreuten Wohnungen mit unterschiedlicher Anzahl (7-40 Wohnungen).

Alle Kleeblatt-Häuser bauen auf einem Idealgrundriss auf, der an die städtebaulichen und topografischen Gegebenheiten des jeweiligen Standorts angepasst wird. Die spezifische innere Aufgliederung der Räume, die das Haus in die drei Bereiche (Erlebnisbereich, Funktionsbereich,

Wohnbereich) teilt, wird jedoch bei allen Projekten beibehalten. Den Mittelpunkt des Hauses bildet der Erlebnisbereich. In dem multifunktionalen Raum, der durch flexible Trennwände unterteilbar ist, finden alle gemeinschaftlichen Aktivitäten und Veranstaltungen statt. Um ihn gruppiert sich ein innerer Ring von Funktionsräumen, dazu zählen das Pflegebad, die Personalräume, die Abstell- und Geräteräume sowie die Küche. Der Wohnbereich mit im Durchschnitt 14 Einzel- und 6 Doppelzimmern bildet einen zweiten, äußeren Ring. Jedes der Zimmer verfügt über eine eigene Klingel, eine Notrufmöglichkeit und eine barrierefrei gestaltete Nassgruppe. Das Pflegebett gehört zu Standardausstattung der Zimmer, die übrigen Möbel können von den Bewohner/Innen selbst mitgebracht werden.

5.3.1.4.2 Betreuungskonzept

Das Dienstleistungsangebot bietet eine Grundversorgung sowie Zusatz- und Wahlleistungen. In der Grundversorgung sind hauswirtschaftliche Dienste wie Winterdienst und Gartenpflege, Hausreinigung und Überwachung aller technischen Einrichtungen eingeschlossen. Überwachung, Betrieb und Wartung der Notrufanlage werden vom Hausmeister übernommen, dieser kann auch im Notfall Erste Hilfe organisieren. Die Bereitstellungspauschale in den Kleeblatt-Häusern beträgt 190 DM. Die Berechnung der Pauschale ergibt sich aus 153 DM Personalkosten für Notruf und ständige fachliche Ansprechpartnerin sowie 37 DM für Sachkosten (z. B. anteilige Betriebskosten für Benützung der Heimeinrichtungen). Zusätzliche Leistungen wie Essen, Wohnungsreinigung und Waschen u. a. müssen gesondert bezahlt werden, wobei für Pflegeleistungen das Pflegegeld sowie Einkommen und Erparnisse verwendet werden.

Im Gegensatz zu den 17 Kleeblatt-Häusern, die ein wirtschaftlich ausgereiftes Konzept haben, sind in den letzten Jahren viele „Service-Häuser" mit betreuten Wohnungen gescheitert. Die wirtschaftliche Lebensfähigkeit dieser Projekte hängt u. a. mit einem „Verbund" zu ohnedies vorhandenen Ressourcen (z. B. Pflegeheim) und einem professionellen Management zusammen. Das Scheitern von „Service-Häusern" ist für jene Bewohner/Innen besonders tragisch, die sich im Vertrauen auf die Betreuungssicherheit zum Umzug in derartige Häuser entschlossen haben.

5.3.1.5 Anton-Pieck-Hofje in Romolen / Niederlande

Dass sich das „Betreute Wohnen" für Menschen, die ihren Alltag selbstständig und auch mit Unterstützung bewältigen, durchsetzen kann, darüber besteht kein Zweifel. Aber welche Wohnmöglichkeiten haben verwirrte, altersdemente Personen? Die Wohnprojekte der Groupe Saumon (frz. *saumon* = der Lachs – Metafer für das Schwimmen gegen den Strom), die bereits in sechs verschiedenen europäischen Ländern realisiert sind, halten sich an bestimmten Leitlinien fest, deren Besonderheit in der Einbindung der Betroffenen in alle Entscheidungsprozesse, besonderem Respekt vor der Würde der Bewohner/Innen, Recht auf Risiko, Eingehen auf die Bedürfnisse der Bewohner/Innen durch die Betreuer liegen.

Eines dieser Projekte ist der Anton-Pieck-Hofje in den Niederlanden (Brasse et al. 1993: 148ff.). Er liegt inmitten eines urbanen Viertels in Haarlem. Hier leben an Altersdemenz leidende Menschen so selbstständig wie möglich.

5.3.1.5.1 Bauliche Voraussetzungen

Um den unmittelbaren Kontakt zu fördern, hat man als Baustruktur die Hofform gewählt. Hier leben die Menschen nebeneinander und einander zugewandt. Im Erdgeschoß leben jene, die ständiger Betreuung bedürfen, im ersten Stock sind vierzehn weitere Appartements untergebracht, die für die selbstständig lebenden Partner/Innen der Altersdementen und Mitarbeiter/Innen zur Verfügung stehen. Das zweigeschossige Gebäude liegt im Zentrum der Stadt und die Lage ist bewusst dort gewählt, um die Voraussetzungen für nachbar-

schaftliche Kontakte zwischen den Bewohner/Innen des Viertels, den Betreuten und ihren Besuchern zu schaffen. Da die Bewohner/Innen des Stadtteils in die Planung miteingebunden waren und somit die Reformvorstellungen der Hofje-Initiatoren kannten und unterstützten, ist dieses Wohnhaus nicht nur in das Gemeinwesen integriert, sondern wird für das Viertel auch als Bereicherung empfunden.

5.3.1.5.2 Betreuungskonzept

Der Anton-Pieck-Hofje ist als Alternative zum herkömmlichen Pflege- und Altenheim konzipiert. Es besteht eine administrative Trennung zwischen dem Heim- und Anstellungsträger einerseits und dem Wohnbauverein als Vermieter und Hausbesitzer andererseits. Die Vernetzung der Beteiligten beruht auf Kooperationsverträgen:

- Die altersdementen wie die selbstständig lebenden Hofje-Bewohner/Innen müssen sich beim Einzug keinen Altenheimverträgen unterwerfen, sondern schließen normale Mietverträge ab.
- Ein Nutzungsvertrag zwischen der Vermieter- und der Heimträgerorganisation gewährleistet die langfristige und ausschließliche Nutzung des Hofjes zum betreuten Wohnen für Altersdemente unter Aufsicht des Trägervereins.
- Ein Kooperationsvertrag zwischen diesen beiden Trägern und den Mitgliedern des „Runden Tisches" stützt das betreute Wohnen im Hofje durch individuell jeweils verschieden anfallende Hilfeleistungen von außen ab.
- Eine komplexe Vertragskonstruktion verpflichtet das Ministerium für Soziales, Kultur und Gesundheit, die Nordholländische Landesregierung, die Familienfürsorge, den Mobilen Sozialen Dienst, die Regionalkrankenkasse, den Ambulanten Pflegedienst des Wohlfahrtvereins und die Bewohner/Innen mit monatlichen Beiträgen zur Modellfinanzierung für die ersten fünf Jahre. Diese Vertragskonstruktion ist deshalb besonders wichtig, um in der Aufbauphase den Betrieb finanziell abzusichern.

Grundprinzip des Konzepts ist „warme zorg" – der „gelassene Umgang" mit Altersdementen, was heißt, dass Altersdemente eine vertraute, häusliche Umgebung brauchen; es nur wenige Regeln, Ge- und Verbote geben sollte; nicht mit psychologischen oder medizinischen Zwangsmaßnahmen gearbeitet werden darf; Betreuer und Angehörige eine „nicht-professionelle" Haltung entwickeln müssen.

Ein besonders Merkmal des Konzepts „warme zorg" ist auch, dass die Angehörigen der Bewohner/Innen ihre Verwandten nicht einfach an die Institution abgeben, sondern in die Betreuung zumindest temporär eingebunden werden.

5.3.2 Integriertes Wohnen

Ziel des „Integrierten Wohnens" ist es, durch die gesteuerte Vergabe der Wohnungen eine differenzierte Bewohnerstruktur zu erzielen. Nicht nur alte und junge Menschen zählen zu den Bewohnern solcher Projekte, sondern auch Behinderte, Ausländer, Menschen unterschiedlich hoher Einkommensgruppen. Grundprinzip des integrierten Wohnens ist aber nicht nur ein Belegungsmix, sondern auch das Einbeziehen des städtebaulichen Umfelds in die Überlegungen, um nachteilige Monostrukturen zu vermeiden, die durch die Konzentration auf bestimmte Personengruppen entstehen könnten. Am Beispiel des deutschen Projektes in Kempten lässt sich dieses Prinzip nachvollziehen.

5.3.2.1 Projekt Altenmarkt IV, Salzburg

Ursprünglich als Modellprojekt des Mehrgenerationen-Wohnens konzipiert ist das Projekt Altenmarkt IV, ein Wohnhaus für Behinderte und ältere Menschen. Hier befinden sich 11 behindertengerechte Wohnungen (à 54,4 m²), ein Lift, ein Gemeinschaftsraum mit Sanitärzelle, ein Gymnastikraum und zwei Therapieräume. Im Betreuerzimmer gibt es auch eine Übernachtungsmöglichkeit. Die Unterstützung der Bewohner/Innen wird durch mobile Dienste sichergestellt.

5.3.2.2 Projekt Eben II, Salzburg

Durch den Umbau eines ehemaligen Gasthauses wurde ein Mehr-Generationen-Wohnprojekt geschaffen. Das Objekt liegt in zentraler Lage im Gemeindegebiet. Sämtliche Versorgungseinrichtungen sind von diesem Standort aus fußläufig in wenig Minuten erreichbar. Hier war beabsichtigt, für die Zielgruppe der Alleinerziehenden und älteren Menschen Wohnungen zu bauen, nun sind aber teilweise Behinderte und alte Menschen eingezogen. Das Projekt umfasst 22 zum überwiegenden Teil rollstuhlgerechte Mietwohnungen und einen Gemeinschaftsraum samt Bibliothek, Arztuntersuchungszimmer, Bad und Geschäft. Das Wohnungsangebot reicht von einer Wohnung mit 91 m² über rollstuhlgerechte Zwei-Zimmer-Wohnungen bis zur Garconniere mit 32 m².

5.3.2.3 Integriertes Wohnen in Kempten

Die Initiative für das Projekt „Integriertes Wohnen in Kempten" ging von Fachleuten, Planern, Soziologen (dem deutschen Wohnbund) und einer Genossenschaft aus, die für die Realisierung ein aus fünf „Bausteinen" bestehendes Konzept entwickelten:

1. Das Projektgrundstück sollte zentrumsnah gelegen sein, um eine fußläufige Verbindung zu Geschäften und Behörden zu ermöglichen.
2. Es sollen verschiedene Bewohnergruppen gemischt werden, d. h. die Eigentums- und Mietwohnungen und die Wohnungen für ältere Menschen werden nicht an einer Stelle des Gebäudes konzentriert, sondern über den ganzen Gebäudekomplex verteilt. Allen Bewohnern steht ein Gästeappartement und ein Gemeinschaftsraum zur Verfügung.
3. Mithilfe einer Expertenbefragung soll ein auf das Nutzungskonzept abgestimmtes Raumprogramm erarbeitet werden.
4. Eine Kooperation mit den örtlichen mobilen Hilfsdiensten wird angestrebt.
5. Partizipation der zukünftigen Bewohner/Innen ist obligat. Der Wohnbund versuchte durch Partizipation bereits vor Bezug der Wohnungen einen Gruppenbildungsprozess einzuleiten, um so eine Gemeinschaft der Bewohner/Innen zu initiieren. Diese Maßnahme sollte den Kontakt und die gegenseitige Hilfsbereitschaft unter den zukünftigen Bewohnern fördern.

5.3.2.3.1 Bauliche Voraussetzungen

In einem 1980 zum Sanierungsgebiet erklärten Stadtviertel an der Iller entstand eine Wohnanlage mit 65 Wohnungen, von denen nach den Richtlinien des Sozialen Wohnungsbaus 29 als Mietwohnungen und 32 als Eigentumswohnungen errichtet wurden. In dem in drei Teile gegliederten Gebäude sind außerdem ein Café, eine therapeutische Wohngemeinschaft für spastisch gelähmte Jugendliche und eine Tagespflegestation für ältere Menschen untergebracht. Das zu Beginn von Bewohner/Innen betriebene Café wurde inzwischen von einem Pächter übernommen. Das Gästeappartement wird vom Bewohnerverein selbst verwaltet.

Die Wohnungen sind fast alle entsprechend der DIN 18025 barrierefrei gestaltet, die Treppe in den Maisonettewohnungen ist breit genug für den unproblematischen Einbau eines Treppenlifts.

5.3.2.3.2 Betreuungskonzept

Ein Betreuungskonzept im klassischen Sinne gibt es natürlich nicht, da es sich um einen Wohnbau handelt. Doch wurde parallel zu baulichen Planung ein „Netzwerk der Hilfe" als Bindeglied zwischen den Bewohner/Innen und den Anbietern sozialer Dienstleistungen entwickelt, das inzwischen in die Stiftung „Wohnhilfe – gemeinnützige Stiftung für ein würdiges Wohnen in jedem Alter" übergeleitet wurde. Die Stiftung bietet mit Hilfe eines Mitarbeiters der Genossenschaft die Vermittlung sozialer Dienste und Handwerkern für Reparaturarbeiten im Bereich der Wohnungen an. Um diese Vermittlung in Anspruch nehmen zu können, ist für jede im Haushalt lebende Person ein geringfügiger monatlicher Beitrag zu entrichten.

www.parlament.gv.at

Weiters gibt es einen Bewohnerverein, der gemeinsame Aktivitäten und Feste organisiert und eine Bewohnerinformation herausgibt.

Die von der deutschen Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung erstellte Evaluierungsstudie kommt zu dem Ergebnis, „dass für die Informations- und Meinungsbildungsprozesse fachliche und organisatorische Unterstützung erforderlich ist. Dieser zusätzliche und z. T. hohe Koordinierungsaufwand hat bessere Bedingungen für das kontinuierliche Engagement der Beteiligten, für die Projektqualität und für die Einhaltung der Zeitpläne geschaffen, sich also qualitativ ‚ausgezahlt'" (ExWoSt – Informationen, 1996: 4).

5.3.3 Gemeinschaftliches Wohnen / Selbstorganisierte Wohnprojekte

Unter diesen Begriffen lassen sich eine Vielzahl von Wohnprojekten einordnen, die auf unterschiedlichen Konzepten, Zielen und Nutzergruppen basieren. Eine Besonderheit von „Gemeinschaftlichen Wohnprojekten" besteht darin, dass das Zusammenleben über den nachbarschaftlichen Kontakt hinausgeht. Die Kontakte zwischen den künftigen Bewohner/Innen werden schon vor Bezug gepflegt, die gemeinsamen Interessen gesucht und gemeinsame Nutzungskonzepte erarbeitet.

Hier handelt es sich nicht um eine Zufallsgemeinschaft wie etwa beim „Betreuten Wohnen", sondern um eine Wahlgemeinschaft. Lebensform und Wohnform haben einen engen Zusammenhang. So erhofft man sich von der gegenseitigen Hilfe nicht nur mehr Sicherheit, sondern durch das Gewähren solcher Hilfen auch mehr Lebensqualität. Im Vordergrund stehen häufig gemeinsame Aktivitäten mit Gleichgesinnten. In den meisten Fällen sind gemeinschaftliche Wohnprojekte selbstorganisiert.

Um der Problematik der Qualitätssicherung zu begegnen, ist die Einbeziehung der potentiellen Bewohner/Innen in den Planungsprozess und die Mitsprache und Mitentscheidung über Gestaltung der Wohnung und auch des Gebäudes sinnvoll. Besonders in Österreich wurde dieses Partizipationsmodell von einigen Architekten, u. a. Ottokar Uhl, Fritz Matzinger, Georg Reinberg und Martin Trebersburg in unterschiedlicher Intensität angewendet. Durch den partizipativen Prozess soll „bedarfsgerechte Qualität" sichergestellt werden.

Beim „Integrierten Wohnen in Kempten" wurden nicht nur die künftigen Nutzer/Innen, sondern auch die Verwaltung und die sozialen Träger in das Partizipationskonzept einbezogen. Intermediäre Berater wurden zur Vernetzung der Kommunikation und Moderation eingesetzt. So versuchte man, Qualitätskriterien für die spezielle Situation zu definieren, ohne in die Gefahr der Institutionalisierung zu geraten.

Definierte Qualitätsnormen sind vor allem für die Marktwirtschaft wichtig, da auf diese Weise Produkte miteinander vergleichbar werden. Da der Wohnungsmarkt inzwischen in Westeuropa weitgehend gesättigt ist, d. h. kein quantitativer Bedarf an Wohnraum besteht, sondern ein qualitativer, ändert sich die gesamte Situation am Wohnungsmarkt. Phänomene, wie wir sie aus anderen Bereichen der Wirtschaft kennen, halten nun auch auf dem Wohnungsmarkt Einzug: „Produkte" werden entwickelt, für die dann Käufer gesucht werden. Bei selbstorganisierten gemeinschaftlichen Projekten handelt es sich jedoch um Bauvorhaben, bei denen die Bewohner/Innen in unterschiedlicher Art und Weise am Planungs- und Gestaltungsprozess beteiligt waren. In keinem Fall wurde ein fertiges „Produkt" oder ein fertiges Gebäude den zukünftigen Nutzern angeboten. In Anbetracht der geänderten sozialen und wirtschaftlichen Lage ein zukunftsweisender Ansatz. Auf welche Bereiche die zukünftigen Nutzer/Innen Einfluss nehmen können, ist bei den Projekten recht unterschiedlich, z. B.:

- Bewohnerbeteiligung bei Erstellung des Raumprogramms und bei der Auswahl des Architekten bzw. Teilnahme an der Jury bei Architektenwettbewerben;

- Mitsprache bei der Festlegung der Bebauungsstruktur und des Erschließungssystems;
- Gemeinsame Festlegung durch alle Bewohner/Innen, wer welche Wohnung erhält;
- Mitsprache bei der Gestaltung der eigenen Wohnung (Wandpositionen, Farb- und Materialwahl u. a.);
- Mitwirkung bei der Freiraumgestaltung (Garten, Hof, gemeinschaftliche Dachterrasse);
- Erarbeitung von Nutzungsregeln, Pflege- und Reinigungsordnungen;
- Selbstverwaltung.

Die allgemeine Diskussion der Vor- und Nachteile einer partizipatorischen Vorgangsweise und ihr Umfang muss einer eigenen Arbeit vorbehalten werden. Da diese Projekte neue und daher ungewohnte Wege erproben, kann sich der Planungs- und Partizipationsprozess oft über einen längeren Zeitraum erstrecken, der für ältere Menschen jedoch häufig zu lange dauert. Dennoch könnten die Erfahrungen aus diesen Wohnprojekten genutzt und die Elemente der Partizipation bei guter Projektvorbereitung und professioneller Abwicklung auch für ältere Menschen angeboten werden. Schließlich wären auch folgende allgemeine Fragen zu stellen:

Inwieweit können die Wohnvorstellungen zukünftiger Bewohner/Innen Leitbilder für die Planung innovativer Projekte sein? Sind nicht vielleicht auch deren Wohnvorstellungen durch Klischees geprägt? Idealisieren diese unkritisch ihre Vorstellungen so, dass die entworfenen Bilder mehr von ihren Wünschen als von der Realität geprägt sind?

Eine Partizipation, die sich ausschließlich an Bewohnervorstellungen orientiert, kann Gefahr laufen, „romantische Häuserln" zu bauen, die sich ändernden Nutzungswünschen wenig Raum lassen. Ein weiteres Problem ist der Umgang mit den beim Gruppenbildungsprozess auftretenden Konflikten im Umgang mit fremden Ausdrucksformen, anderen Lebenseinstellungen und anderen Wertvorstellungen. Je unterschiedlicher die Einstellungen sind, um so schwieriger wird der Prozess sein.

Wohnprojekte, die neue Wege im Zusammenleben beschreiten wollen, brauchen daher neutrale Begleiter, sogenannte intermediäre Personen. Bei Projekten, in denen die Initiative von einer Gruppe ausgeht, wird diese Rolle oft von einer Person aus der Gruppe ohne besondere Reflexion oder Diskussion übernommen. In den von Planern oder Bauträgern initiierten Projekten („Kopfgeburten") – wie z. B. in Kempten – muss die Rolle dieser neutralen intermediären Berater von den Initiatoren mitgeplant und finanziert werden (Feuerstein 1998: 40f.).

5.3.3.1 Graue Panther Hamburg e. V.

Eines der frühesten Wohnprojekte für ältere und jüngere Menschen ist das seit fast 15 Jahren bestehende Haus der „Grauen Panther Hamburg e. V." in der Lerchenstraße.

„Im *Pantherhaus* gibt es keine Hausordnung, kein Freizeitprogramm und keine Therapie als die, den Alltag gemeinsam zu leben. Es gibt keine Betreuung, keine Sozialarbeit, sondern elf Persönlichkeiten, die sich helfen, die sich streiten, die sich auseinandersetzen, die sich begegnen. [...] Kein Paradies auf Erden, sondern Alltag, Leben, Dasein, selbstbestimmt" (Petersen 1993: 106).

Die „Grauen Panther Hamburg e. V." begannen Ende der 70er Jahre die Unterbringung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in Sondereinrichtungen in Frage zu stellen. Ziel dieser Aktionen war jedoch nicht die Durchsetzung von Verbesserungen und Reformen in einem bestehenden System, sondern die Entwicklung neuer Wohn- und Lebensformen nach eigenen Vorstellungen. Aus diesem Grund ist die Entwicklung und Betreuung von Wohnprojekten, die als gelebte Utopie eine Alternative zur Heimversorgung sein sollen, integraler Bestandteil der Vereinsarbeit. „Die Wohnprojekte sind in dem Bewusstsein eines ganzheitlichen Menschenbildes und in emotionaler Auflehnung gegen eine defizitäre, monetäre und

www.parlament.gv.at

räumliche Aufspaltungspolitik armer und reicher, alter und junger, kranker und gesunder, behinderter und nicht behinderter Menschen entstanden" (Petersen 1997: 2).

Entsprechend dieser Zielsetzung sind in Hamburg inzwischen drei Wohnprojekte mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten entstanden. Den Anfang machte das Haus in der Lerchenstraße, dessen acht unterschiedlich große Wohnungen 1986 bezogen werden konnten.

Sodann zogen 1993 die ersten Bewohner/Innen in die Wohn-Pflege-Hausgemeinschaft in St. Georg ein und 1995 wurde die Hausgemeinschaft Alt und Jung in Hamburg Harburg besiedelt.

Bewohnerstruktur und Motivation beschreibt Ulrike Petersen, eine der Bewohnerinnen der ersten Stunde, so: „Die Hälfte der Wohnungen wird von Älteren, die andere Hälfte von Jüngeren bewohnt; alle sind Mitglieder des Vereins und kennen sich zum größten Teil schon lange, dass inzwischen Nachwuchs dazugekommen ist, hat an der Ursprungsbesetzung bis heute nichts geändert: Die Hausgemeinschaft besteht aus sechs Frauen, einem Kind und vier Männern in einer Altersspanne von anderthalb bis 90 Jahren. Die Menschen, die hier wohnen – ob in Rente, in Arbeitslosigkeit, im Studium oder Beruf – verbindet der Wunsch nach Gemeinschaft und nach echter Nachbarschaft genauso wie der Wunsch auf das eigene Leben, die eigene Art, die persönliche Freiheit" (Petersen 1993: 105).

Alle Häuser wurden im Rahmen des sozialen Wohnungsbaues mit öffentlichen Mittel aus der Wohnbauförderung errichtet bzw. saniert. Die Wohnungsausstattung entspricht den im sozialen Wohnungsbau üblichen Standards. Besondere bauliche Maßnahmen, die auf die zunehmende Immobilität älterer Menschen Rücksicht nehmen, konnten auf Grund mangelnder Finanzierungsmöglichkeiten nicht in allen Projekten realisiert werden.

Zentrales Anliegen der „Grauen Panther Hamburg e. V." ist nicht eine Optimierung des Angebots an notwendigen Hilfeleistungen, sondern eine Förderung selbstbestimmten Handelns und der damit verbundenen Selbstverantwortung. Die Notwendigkeit, partielle Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, soll nicht zu einer Entmündigung der ganzen Person führen.

So schreibt Gerd Becker: „Eigenverantwortung und Solidarität sind hier nicht nur Schlagworte, sondern gelebte Grundsätze. Sie ersetzen die geschriebene Hausordnung. Unterschiedliche Auffassungen – etwa darüber, wie sauber eine Treppe zu sein hat – werden ausgesprochen. Mal durch die Blume, mal direkt. Und weil sich alle um Toleranz bemühen, gibt es wenig Konflikte" (Becker 1989: 20).

Diese Art des Zusammenlebens erfordert von allen Beteiligten nicht nur ein hohes Maß an Toleranz und Kommunikationsbereitschaft, sondern auch das Vertrauen in die von den Mitbewohnern zu erbringende Hilfe. Die Bewohner/Innen müssen außerdem über eine gewisse Risikobereitschaft verfügen, da es eine formelle Sicherheit für solche sozialen Experimente nicht geben kann.

5.3.3.2 Gemeinschaft B.R.O.T., Wien

In Österreich ist mit diesen Modellen wohl am ehesten die Gemeinschaft B.R.O.T. – die Buchstaben stehen für Beten, Reden, Offensein, Teilen – in Wien Hernals vergleichbar. „Ziel dieses Modellprojekts ist es, eine Art Nachbarschaftshilfe, die aus mitmenschlicher Verantwortung im alltäglichen Leben und auf unbürokratische Weise geleistet wird, zu verwirklichen. Benachteiligte Menschen sollen durch diese Hilfe zum eigenständigen Lebensvollzug ermutigt und befähigt werden" (Schattovits 1988: 14).

5.3.3.2.1 Bauliche Voraussetzungen

Im Erdgeschoß des Hauses sind viele der Gemeinschaftseinrichtungen, wie ein großer und ein kleiner Gemeinschaftsraum mit Küche, die Hauskapelle und ein Garten mit großem Spielplatz

situiert. Die Hauskapelle, in der die von einer tiefen, aber unspektakulären Religiosität geprägte Hausgemeinschaft gemeinsame Andachten verrichtet, ist von einem begrünten Innenhof überdacht. Über das ganze Haus sind sechs „Wohnungen auf Zeit" verteilt, die Haftentlassenen, Obdachlosen oder Studierenden zur Verfügung gestellt werden. Die übrigen, zwischen 40 m² und 130 m² großen Wohnungen wurden in einem sehr auf die individuellen Bedürfnisse eingehenden Partizipationsprozess zwischen dem Architekten Ottokar Uhl und den Bewohnern/Innen entwickelt, wobei darauf geachtet wurde, dass Räume den Nachbarwohnungen bei Bedarf zugeordnet werden können. Dieser Prozess der Partizipation ist auch in der äußeren Gestaltung des Hauses ablesbar, da die Bewohner/Innen auch über Art und Größe der Fenster entscheiden konnten. Die Fassade spiegelt so die Einstellung der Bewohner/Innen wieder, die sich als eine „Gruppe von Individuen, die sie auch innerhalb der Gemeinschaft bleiben wollen" sieht.

5.3.3.2.2 Betreuungskonzept

Eine intensiv gelebte Gemeinschaft ersetzt bei diesem Projekt ein „Betreuungskonzept". Die Gemeinschaft wurde auf eine harte Probe gestellt, als eine 90-jährige Mitbewohnerin schwer erkrankte und ein halbes Jahr lang rund um die Uhr intensive Betreuung benötigte. Doch zeigt sich im fast zehnjährigen Zusammenleben immer wieder, dass die älteren Menschen nicht nur Hilfe empfangen, sondern auch Hilfe geben.

Die Initiative für gemeinschaftliche Projekte geht fast immer von einer Kerngruppe von Personen aus, die einander persönlich kennen und in wichtigen Lebensfragen übereinstimmen. Auch wenn die Zahl solcher Gruppenprojekte beschränkt ist, ist ihre Signalwirkung für den konventionellen Wohnungsbau nicht zu unterschätzen. Auch hier gibt es verschiedene Ansätze, im Rahmen des Wohnungsneubaus speziell auf die Bedürfnisse älterer Menschen einzugehen.

5.3.4 Mehrgenerationen-Wohnen

Die Grenzen zwischen den hier beschriebenen Wohnformen sind oft fließend. Gemeinschaft und Integration sind auch wesentliche Bestandteile des „Mehrgenerationen-Wohnens". Eine gesonderte Darstellung dieser Wohnform scheint gerechtfertigt, da das Zusammenleben der Generationen in manchen Projekten einen besonderen Stellenwert einnimmt. Dabei muss die Bedeutung des Begriffes erweitert werden. Die ersten Projekte verstanden sich als eine Weiterführung oder Weiterentwicklung der traditionellen Großfamilie (Großeltern – Eltern – Kind), inzwischen wird der Begriff weiter gefasst und bezieht auch das nicht-familiäre und nicht-verwandtschaftliche Zusammenwohnen mit ein. Die Gemeinschaft kann unterschiedlich große räumliche Dimensionen annehmen, die von einem Haus bis zu einer ganzen Siedlung reichen können.

5.3.4.1 Drei-Generationen-Wohnhaus in Gleisdorf, Steiermark

Vor allem in der ländlichen Region ist die vorherrschende Wohnform die Einfamilienhaus-Siedlung mit allen ihren Nachteilen (wie unzureichende Infrastruktur und Isolation). Im Besonderen davon betroffen sind Jungfamilien – vor allem Frauen mit Kleinkindern – und ältere Personen nach dem Erwerbsprozess. Um diesem Problem zu begegnen, wurde dem Architekten die Aufgabe gestellt, ein Gebäude für das Zusammenwohnen von mehreren Generationen zu entwickeln, welches einerseits jeder Generation möglichst viel Privatheit und andererseits einen flexiblen Freiraum für Gemeinsamkeit bietet.

5.3.4.1.1 Bauliche Voraussetzungen

Das Wohnhaus für drei Generationen wurde 1997 fertiggestellt: eine Familienwohnung mit 147 m², eine Wohnung für die Großeltern mit 88 m² und eine Einliegerwohnung, die temporär vermietbar ist oder später den größer werdenden Kindern oder einem allein lebenden Eltern- und Großeltern-

www.parlament.gv.at

teil zur Verfügung steht. Das Raumkonzept sieht flexible Zu- und Übergänge vor. Das ebenerdige Gästezimmer lässt sich von der Großeltern oder Familiengeneration auch als Krankenzimmer oder zweites Schlafzimmer nutzen. Bei der Realisierung wurde auf Barrierefreiheit geachtet. Jede Wohnung verfügt über eine nicht einsehbare Terrasse.

5.3.4.1.2 Unterstützung innerhalb der Familie

Das Zusammenleben der Generationen ist bereits seit Jahren erprobt. Die gegenseitige Unterstützung ist als klassisch zu bezeichnen. Die Großmutter betreut die Schulkinder und erledigt auch die leichten Gartenarbeiten. Die „schweren" Arbeiten wie Schneeschaufeln und Rasenmähen werden vom jungen Vater gemacht. Das Zusammenleben der Kinder mit den Großeltern bringt für beide Seiten Vorteile. Die Kinder erleben eine aktive Großelterngeneration und die Großeltern sind konfrontiert mit Umgangsformen und Einstellungen der Kinder und Enkel, die oft herausfordern. Der Wohnstandort ist in Zentrumsnähe. Sollte einer der Familienangehörigen professionelle pflegerische Unterstützung brauchen, so kann auf die mobilen Dienste der Gemeinde zurückgegriffen werden (Geißler / Havel 1996: 47f.).

5.3.5 Seniorenwohngemeinschaften

Seniorenwohngemeinschaften sind eine relativ neue, bisher wenig erprobte Form des Wohnens im Alter. Grundidee dieser Wohnform ist das Konzept des „Gemeinschaftlichen Wohnens". Eine kleine Gruppe von älteren Personen geht eine „Wahlverwandtschaft" ein und wohnt gemeinsam in einer Wohnung oder einem Haus. Man teilt nicht nur Haus oder Wohnung, sondern organisiert auch ein Stück des Alltags gemeinsam. Das Interesse an dieser Wohnform hat in den letzten Jahren zugenommen, aber die Zahl der realisierten Projekte ist relativ klein. Die Gründe für dieses Missverhältnis liegen u. a. darin, dass Gruppenkonflikte und Motivationsprobleme durch überlange Planungs- und Realisierungszeiten, juristische und finanzielle Hindernisse die Realisierungschancen vermindern.

Wohngemeinschaften für ältere Menschen können ganz unterschiedlich aussehen. Im zweiten Altenbericht der deutschen Bundesregierung werden Seniorenwohngemeinschaften als „kollektive Wohnformen zumeist nicht miteinander verwandter älterer Menschen in einer gemeinsamen Wohneinheit (Wohnung, Haus), [...] bei der diese entweder vollkommen selbstständig zusammenleben oder auch von jüngeren professionellen Helfern im Rahmen der Altenhilfe betreut werden" beschrieben (Zweiter Deutscher Altenbericht, Bd. 3, 1998: 56).

Funktionierende Seniorenwohngemeinschaften haben sowohl aus Sicht der Bewohner/Innen als auch unter sozialpolitischen Gesichtspunkten zahlreiche Vorteile gegenüber dem Einzelwohnen oder dem Wohnen im Heim. Wohngemeinschaften bieten nicht nur Kontakte und Anregungen, Sicherheit und Betreuung unter Wahrung der Selbstbestimmung sondern auch wirtschaftliche Vorteile.

Typen von Wohngemeinschaften

Nach Art der Organisation unterscheidet man

- selbstorganisierte Wohngemeinschaften, die von den Bewohnern/Innen eigenständig initiiert und getragen werden. Die Mitglieder sehen sich als autonome Gemeinschaft, die ihr Zusammenleben selbstständig regelt. Es wird auf das Selbsthilfepotential der Gemeinschaft gesetzt. Teilweise bestehen Absprachen mit ambulanten Diensten.
- betreute Wohngemeinschaften, die in den ambulanten oder stationären Altenhilfebereich eingebettet sind und einen entsprechenenden Träger haben. Der Träger bringt Kompetenz für Aufbau und Management der Wohngemeinschaft ein. Er übernimmt die Organisation, moderiert bei Konflikten und garantiert die Versorgung. Ziel ist es, den Bewohner/Innen in einem überschaubaren Rahmen soviel Eigenständigkeit und Selbstbestimmung wie möglich zu bieten mit Unterstützung von sozial-

www.parlament.gv.at

pädagogischer, hauswirtschaftlicher und pflegerischer Hilfestellung.

Nach der Zusammensetzung der Bewohner /Innen gibt es

- generationsübergreifende Wohngemeinschaften, in denen das Zusammenleben von Jung und Alt ausdrückliches Ziel ist;
- reine Seniorenwohngemeinschaften, in denen nur ältere Menschen leben;
- Frauen-Wohngemeinschaften, in denen das Zusammenleben von Frauen ausdrückliches Ziel ist. Es sind vor allem Frauen in städtischen Regionen, die eher den Wunsch haben, in Gemeinschaft zu leben.

Die Organisationsform und Disposition des Wohnungsgrundrisses von Wohngemeinschaften können sehr unterschiedlich sein. Meist wohnen drei bis zehn Personen in einer Wohnung zusammen, deren räumliches Zentrum der Gemeinschaftsraum mit der angeschlossenen Küche bildet. Bei allem Interesse am gemeinschaftlichen Wohnen ist es gerade bei kleineren, überschaubaren Gemeinschaften wichtig, dass jeder über einen deutlich gekennzeichneten individuellen Rückzugsbereich verfügt und kein Zwang zu einer ständigen Gemeinsamkeit besteht. Eine der ersten Seniorenwohngemeinschaften in Österreich wurde 1978 in Dornbirn / Vorarlberg eröffnet (Pirhofer 1989: 174). Sechs Frauen im Alter von 75 bis 90 Jahren leben derzeit in einer größeren Wohnung in einem Eigentums-Wohnhaus und werden von einer Betreuerin stundenweise unterstützt. Die Wohnung befindet sich im Erdgeschoß.

5.3.5.1 Betreute Seniorenwohngemeinschaft der MA 47, Stadt Wien

Im Rahmen des 1993 vom Wiener Gemeinderat beschlossenen Maßnahmenpaketes „Hilfe im Hohen Alter" ist unter anderem der Aufbau einer Pflegekette, d. h. verschiedene Formen stationärer, semistationärer und ambulanter Einrichtungen vorgesehen. Unter anderem sollen in einem 10-Jahres-Plan etwa 30 Betreute Seniorenwohngemeinschaften errichtet werden. Derzeit werden 11 Betreute Seniorenwohngemeinschaften von vier Trägerorganisationen (Sozial Global, Wiener Hilfswerk, Wiener Sozialdienste, Volkshilfe Wien) betrieben. Die Betreute Seniorenwohngemeinschaft ist eine Einrichtung, in der Personen gemeinsam leben, die aus physischen oder psychischen Gründen auch mit ambulanter Pflege nicht mehr alleine wohnen können oder wollen und ambulante Betreuung, jedoch keine stationäre Pflege brauchen.

5.3.5.1.1 Bauliche Voraussetzungen

Sie besteht aus einer behindertengerecht ausgestatteten Großwohnung mit ca. vier bis acht Einzelräumen, einem gemeinsamen Wohnraum, einer Küche und ein bis zwei WCs und Bädern. Die getrennte Verrechnung von Wohn- und Betreuungsleistung soll einen Anreiz für die Bewohner/Innen zur gegenseitigen Unterstützung geben und dadurch neben dem Aktivierungseffekt sowohl der öffentlichen Hand als auch den Bewohnern zusätzliche Betreuungskosten ersparen. Die Wohnungen für betreute Seniorenwohngemeinschaften sind entsprechend der ÖNORM B1600 und B1601 alten- und behindertengerecht angelegt. Alle nichtbeweglichen Einrichtungsgegenstände sowie das Mobiliar der Gemeinschaftsräume werden den Bewohnern/Innen von den Trägerorganisationen über den Subventionsweg durch die Stadt Wien zur Verfügung gestellt. Die individuellen Wohnräume sind von den Bewohnern/Innen grundsätzlich selbst einzurichten. Die Errichtungskosten, das sind eventuelle Baukostenzuschüsse, Adaptierungskosten, Ausstattung und Einrichtung etc. werden von der Stadt Wien finanziert. Aufgrund der gegenwärtigen Preissituation am Wohnungsmarkt wird mit Kosten von 150.000 ATS pro Bewohner/in einer Wohngemeinschaft gerechnet.

5.3.5.1.2 Betreuungskonzept

Als Richtlinie für die Betreuung in einer Wohngemeinschaft gilt der Grundsatz: „Sowenig

www.parlament.gv.at

externe Betreuung wie möglich und soviel professionelle Unterstützung wie nötig." Die Mitarbeiter der Sozialen Stützpunkte der Stadt Wien erfassen den Betreuungsbedarf und legen Umfang der Betreuungsleistung fest. Ziel ist, die vorhandenen Fähigkeiten zur Selbstbestimmung in der Lebensführung zu fördern. Der laufende Betriebsaufwand einer Wohngemeinschaft (Miete, Betriebskosten, Pauschale für Erhaltungsarbeiten) werden von den Bewohnern/Innen selbst finanziert. Einkommensschwache Personen können eine Mietbeihilfe der MA 12 beantragen. Die Verrechnung von Pflege- und Betreuungsleistungen wird individuell nach dem jeweils gültigen Kostenbeitragssystem auf Basis des Pflegegeldes und des Einkommens vorgenommen.

5.3.5.1.3 Beispiel von zwei betreuten Seniorenwohngemeinschaften im 22. Bezirk / Wien

Die Wohnungen befinden sich in einem neu gebauten Siedlungsgebiet im 22. Bezirk in Wien. Die Erdgeschoß-Wohnung hat einen Zugang zum Garten und die Wohnung im 2. Stock ist mit Lift erreichbar. In der Erdgeschoß-Wohnung leben 6 Frauen seit 1997 im Durchschnittsalter von 80 Jahren, zwei Personen sind seit Bezug gestorben. Die Wohnung ist rollstuhlgerecht und wird auch von jenen Personen bewohnt, die gehbehindert bzw. beinamputiert sind. Drei Personen haben vorher in einem Pflegeheim gelebt, drei kommen aus Privatwohnungen, die nicht mehr den Bedürfnissen entsprachen. Jede Person bewohnt ein Einzelzimmer, gemeinsam werden das Wohnzimmer mit der Küche, Garten und zwei Badezimmer benützt. Die Sozialträger, Sozial Global und Wiener Sozialdienste, betreuen je eine Wohnung und haben mit der Genossenschaft einen Mietvertrag abgeschlossen. Miete, Strom und Fernwärme für die Wohnung werden auf die Nutzer/Innen aufgeteilt, mit denen Betreuungsverträge abgeschlossen sind. Die monatliche Belastung liegt etwa bei 3.000 ATS bis 5.000 ATS pro Monat, dazu kommen noch die Kosten für eine Heimhilfe für 1 Stunde pro Person pro Tag. Mindestpensionisten unterstützt das Sozialamt durch eine Mietbeihilfe. Zusätzlich kann individuelle Pflegehilfe in Anspruch genommen werden, die über das Pflegegeld bezahlt wird.

Die Belegung der Wohnplätze erfolgt durch die Sozialvereine, die eine Warteliste führen. Um den Kontakt zwischen den „Neuen" und den „Alteingesessenen" herzustellen, werden Besuchstermine vereinbart. Probewohnen und eine „Rund-um-die-Uhr-Pflege" wie in Salzburg am Forellenweg ist in Wien nicht möglich. Ab einer Pflegestufe 5, 6 oder 7 wird individuell entschieden werden, ob der Patient in der Wohngemeinschaft gepflegt werden kann oder in ein Pflegeheim ziehen muss.

Die Erfahrungen in Wien mit den Wohngemeinschaften sind durchwegs positiv. Die kleineren Einheiten bieten nicht nur mehr persönliche Kontakte zwischen den Betreuern und Bewohnern, was nicht nur verwirrten Personen zugute kommt, sondern auch auf mehr Verständnis der „normalen" Mieter/Innen im Haus für die kleinen Schwächen der Bewohner/Innen der Wohngemeinschaft hoffen lässt. Die Bewohner/Innen sind auch in die Aktivitäten und Veranstaltungen des Geriatrischen Zentrums, das sich im gleichen Haus befindet, eingebunden. Auf Wunsch können sie auch den Tag im Geriatrischen Zentrum verbringen (Kostenbeitrag für Essen und Fahrt von 105 ATS und eine Stunde einer Heimhilfe).

Die Wohngemeinschaften werden als Alternative für die großen institutionalisierten Senioren-Wohnhäuser gesehen, weil sie den Bewohnern/Innen mehr Individualität und Freiraum bieten. Nicht alle Bewohner/Innen sind gleich behindert oder gleichzeitig krank, und können daher ihren Alltag mit temporärer Unterstützung selbstständig meistern. Jedoch ist das Bewusstsein der Wohnungswirtschaft, im Besonderen der Wohnungsgenossenschaften, für diese Wohnform noch nicht vorhanden. Hier muss noch mehr Informations- und Aufklärungsarbeit geleistet werden.

5.3.5.2 Seniorenwohnungen am Forellenweg, Salzburg

In einer Neubausiedlung mit 300 Wohnungen am Stadtrand Salzburgs befinden sich eine Seniorenwohngemeinschaft für sechs Personen und ein Seniorenwohnhaus mit acht Wohnungen (à 55 m²) (Geißler / Havel 1997: 16f.).

5.3.5.2.1 Bauliche Voraussetzungen

Die Wohnungen sind zu 50% gefördert und barrierefrei ausgestattet. Die Gemeinschaftswohnung liegt ebenerdig in einem Mietwohnhaus und ist 284 m² groß. Jedem Bewohner steht ein individuelles Appartement von 26 m² zur Verfügung. Für den Bedarfsfall steht ein Betreuerzimmer zur Verfügung. Ein großer Garten, der von der Gemeinschaft gemeinsam mit dem Hausmeister gepflegt wird, gehört ebenfalls zur Gemeinschaftswohnung. Im Seniorenwohnhaus befinden sich acht Ein-Raum- und Zwei-Raum-Wohnungen, die von der Stadtgemeinde mit Nutzungsverträgen vergeben werden. Personen mit Angehörigen in der Siedlung werden bei der Vergabe bevorzugt. Im Tiefparterre gibt es einen Gemeinschaftsraum mit Teeküche, davor ist ein Garten mit Terrasse, der ausschließlich von den Bewohnern betreut wird. Anschließend sind ein Badezimmer, Abstellräume und ein WC untergebracht. Die Wohnungen und das Tiefparterre ist über Lift erreichbar. Jede Wohnung ist mit einer Kochnische, einem Wasch- / Duschraum und einer Loggia ausgestattet. Im Erdgeschoß des Hauses ist das Büro des „Bewohnerservice" untergebracht.

5.3.5.2.2 Betreuungskonzept

Sowohl Seniorenwohngemeinschaft als auch die Seniorenwohnungen haben Heimstatus und werden wie ein Heim geführt, d. h. bei Pflegebedürftigkeit können die Bewohner/Innen in der Wohnung bleiben. Der Magistrat Salzburg hat das Zuweisungsrecht, aber aufgrund von Konflikten bei Neubelegungen ist ab dem Jahr 1999 ein Probewohnen von drei Monaten möglich.

Die Kosten liegen in der WG bei 3.560 ATS inklusive Betriebskosten und Strom, in der Seniorenwohnung bei 4.600 ATS exklusive Strom. Das Grundservice (2 Stunden pro Woche Gesundheitsdienst, 2 Stunden pro Woche Visiten, Reinigung, diverse Aktivitäten) wird vom Verein für ambulante Dienste Lieferung gewährleistet, der mit der Stadt nach Stunden abrechnen muss. Bei Fragen der Verwaltung ist ein Sozialarbeiter im „Bewohnerservice-Büro" Ansprechpartner.

5.3.5.3 Wohnen für Hilfe, Graz

Bei dem Projekt „Wohnen für Hilfe" in Graz handelt es sich um ebenfalls um eine Art Wohngemeinschaft. Es ist als ein „Solidaritätsprojekt der Generationen" konzipiert und soll Wohnraum gegen Hilfeleistungen zur Verfügung stellen. Die Initiative ging von einer Seniorenreferentin der Universität Graz aus, die ein ähnliches Projekt 1988 in Darmstadt kennenlernte. Das Seniorenreferat der Österreichischen Hochschülerschaft stellte in Zusammenarbeit mit der GEFAS (Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des Seniorenstudiums) Steiermark 1994 das Projekt „Wohnen für Hilfe" erstmalig der Öffentlichkeit vor.

Das Projekt richtet sich an zwei Zielgruppen. Wohnraum-Anbieter sind ältere Menschen, die über eine ausreichend große Wohnungen verfügen, aber zur Erleichterung des Alltags kleine Hilfeleistungen benötigen. Hilfe-Anbieter sind wohnungssuchende Studierende, die zumindest einen Teil ihrer Lebenshaltungskosten selbst finanzieren müssen.

In einer Koordinationsstelle, die auch Mustermietverträge ausgearbeitet hat, lernen sich die beiden „Anbieter" kennen. Für den angebotenen Wohnraum ist eine geringe Grundmiete und die anteiligen Betriebskosten zu zahlen. Weiters wird für jeden m² Wohnraum 1 Stunde Hilfe im Monat verrechnet. Da die Hilfeleistungen keine Arbeitsleistungen sind, unterliegen sie weder dem Versicherungs- noch dem Steuergesetz.

Eine von der Koordinationsstelle erarbeitete Checkliste soll die Suche nach zusammenpassenden „Anbietern" erleichtern, denn „es fällt weder den Wohnraumanbietern noch den Hilfe-Anbietern leicht, sich mit einem derartigen Mietverhältnis anzufreunden, da die einen um ihre Privatsphäre fürchten, die Mitbenützung von Küche und Bad kritisch betrachten und in der Sorge leben, dass die heutige Jugend frech, laut und uninteressiert ist. Die anderen haben Angst, vollkommen vereinnahmt und ausgebeutet zu werden, und wollen außerdem nach dem Verlassen des Elternhauses (endlich) unabhängig und unkontrolliert sein". Doch der bisherige Erfolg zeigt, dass im Alltag solchen durchaus berechtigten Ängsten mit Toleranz begegnet werden kann. Auch leistet die Koordinationsstelle einen wichtigen Beitrag zur Lösung eventuell auftretender Probleme.

5.3.6 Resümee

1. Alle Maßnahmen, die zu einer altersfreundlichen Gestaltung der Umwelt beitragen, sollten die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der älteren Menschen in ihrer Wohnung unterstützen. Das Führen eines eigenen Haushaltes ist Ausdruck eigener Kompetenz und trägt zur Zufriedenheit bei. „Die Forderung nach selbstständigkeitsfördernden, gesundheitserhaltenden und sozial-integrierenden Wohnbedingungen gilt nicht nur für Wohnungen, in denen ältere Menschen leben oder die für diese geplant sind. Sie gilt im Grunde für alle Wohnungen" (Zweiter Altenbericht 1998: 245).

2. Neue Wohn- und Betreuungsformen müssen entwickelt werden, weil

- der Bedarf an Unterstützungsleistungen für Hochaltrige zunehmen wird;
- die Unterstützungsleistungen durch den Rückgang der Kindergeneration abnehmen wird;
- die Quote der älteren Menschen ohne Kinder steigen wird;
- immer mehr Frauen erwerbstätig sein werden;
- die räumliche Mobilität weiter zunehmen und
- der Trend zur Singularisierung und Individualisierung in der Gesellschaft anhalten wird.

3. Die Mehrheit der älteren Menschen lebt in ihren „normalen" Wohnungen und will auch dort bleiben. Um eine Unterstützung in hauswirtschaftlicher und pflegerischer Hinsicht zu gewährleisten, sind jedoch bauliche Barrieren zu entfernen. Die Adaptierung des Wohnungsbestandes wird daher die große Aufgabe der Wohnungswirtschaft in den nächsten Jahren sein. Die Förderungsrichtlinien sollten auch prophylaktische Umbaumaßnahmen im Sinne eines barrierefreien Bauens zulassen. Es sind Strategien zu entwickeln, die die Problematik der Wohnungsanpassung in einem größeren Maßstab lösen (für Privateigentümer, gemeinnützigen Wohnbau, kommunalen Wohnbau u. a.).

4. Bei der Errichtung von (geförderten) Neubauten ist darauf zu achten, dass die Wohnungen eine hohe Flexibilität aufweisen, um dem Zyklus des soziografischen Wandels folgen zu können.

5. Durch Belegungsmanagement für verfügbare Wohnungen des Altbestandes und des Neubaus (Einsatz neuer Medien z. B. Internet) werden Zuzugsmöglichkeiten für Personen des persönlichen sozialen Netzes (Verwandte, Freunde u. a.) geschaffen. Eine derart gesteuerte Wohnmobilität verbessert die gegenseitige Erreichbarkeit und Unterstützung. Bei der Belegung neuer Wohnhausanlagen und -gruppen sollte verstärkt darauf geachtet werden, dass diese nicht nur von einer homogenen Gruppe von Bewohnern besiedelt wird (siehe „Integriertes Wohnen in Kempten").

6. Es sind übergeordnete kommunale und regionale Konzepte zu entwickeln, die das Zusammenleben der Generationen fördern und wohnungsbezogene Infrastruktureinrichtungen anbieten; und zwar für die Bereiche Betreuung und Pflege, Kommunikation, kommerzielle Dienstleistungen und Verkehr.

7. Es sollen keine neuen großen institutionalisierten Alten- und Pflegeeinrichtungen gebaut werden. Die vorhandenen sollen ihr Angebot verstärkt auf die Bedürfnisse der Bewohner/Innen anpassen. So hat z. B. Oberösterreich eine Obergrenze von Wohnplätzen in Seniorenwohnhäusern eingeführt. Regionale kleinteilige Wohnangebote für ältere Menschen sind verstärkt zu fördern.

8. Die im Bericht vorgestellten „neuen" Wohnformen stehen am Beginn eines Prozesses, dessen Ende noch nicht abzusehen ist und der auch nicht eindeutig definiert ist. Das Spektrum reicht von selbstorganisierten über die gemeinschaftlich orientierten bis hin zu den von Sozialträgern initiierten und betreuten Wohnformen. Für die Weiterentwicklung der Wohnformen sind u. a. folgende Aspekte im Hinblick auf deren Vor- und Nachteile abzuklären:

- Rechtsnachfolge und Zielgruppenbelegung,
- Betreuungsverträge und Mietverhältnis,
- Koordination zwischen mobilen Diensten, Verwaltern und Bewohnern,
- Einbindung neuer wirtschaftlicher Strukturen wie z. B. Non-profit-Organisationen; u. a. m.

Abschließend ist nochmals auf den großen Entwicklungs- und Forschungsbedarf in Österreich im Bereich „Wohnen für ältere Menschen" hinzuweisen. Es ist nicht nur die Entwicklung und Realisierung innovativer Modellprojekte zu unterstützen, sondern auch deren Begleitung im Planungs- und Nutzungsprozess und deren Evaluierung sicher zu stellen. Darüber hinaus sollten die länderspezifischen Konzepte hinsichtlich altersgerechter Wohnformen aufgrund der „Bedarfs- und Entwicklungspläne zur Pflegevorsorge" überprüft werden. Es sollten nicht nur die Frage der Wirtschaftlichkeit des laufenden Betriebs der Projekte im Vordergrund stehen, sondern auch Aspekte der Eignung und Akzeptanz sozialer und räumlicher Strukturen durch die Bewohner/Innen untersucht werden (vgl. ExWoSt-Programm zum Forschungsfeld „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier" 1992, 1993).

6. Gesund und krank Älterwerden

Josef Kytir, Anita Schmeiser-Rieder, Franz Böhmer, Jeanette Langgassner, Charlotte Panuschka

6.1 Alter ist keine Krankheit

Altern per se wird heute nicht als Krankheit gesehen, sondern Altern erhöht lediglich das Krankheitsrisiko (Häfner, 1994). Der Altersprozess ist außerdem kein rein biologischer Ablauf. Er wird auch kulturhistorisch determiniert. Besondere Bedeutung kommt hier vor allem der Bildung, dem Gesundheitsverhalten sowie der medizinischen Versorgung zu. Sozialpolitisch thematisiert wird insbesondere die Zunahme der Hochbetagten (siehe Kapitel 1), obwohl in diesem Zusammenhang keinesfalls von einem Automatismus zwischen Hochaltrigkeit und zunehmender Pflegebedürftigkeit gesprochen werden kann (dazu: Nave-Herz, 1993). In der sozialgerontologischen Forschung wird besonders die Bedeutung sozialer Ungleichheiten hervorgehoben. Im Rahmen von Ungleichheits-Ansätzen wird etwa auf die Kumulation sozioökonomischer Ungleichheiten und lebenszyklischer Ungleichheiten hingewiesen. Dabei können herkunfts- und sozialisationsbedingte Ungleichheiten – die alle Lebensphasen durchdringen – verstärkt werden, wodurch sich die Benachteiligungen bei bestimmten Gruppen von Betagten kumulieren (nach Höpflinger et al., 1992).

Ein wesentlicher Aspekt des Alters und des Alterns ist seine geschlechtsspezifische Dimension. Die Diskussion in bezug auf Alter(n) wird für Männer und Frauen vor allem öffentlich unterschiedlich geführt. Die gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere auch der Strukturwandel des Alters, zeigen ihre negativen Begleiterscheinungen und Konsequenzen eher bei Frauen, die positiven eher bei Männern. Backes (1994) spricht von einem quantitativ und qualitativ unterschiedlichen Alter(n) von Männern und Frauen:

- „Männer müssen sich mit weniger und Frauen mit mehr grundlegenden Veränderungen bzw. Verlusten lebensbestimmender Aufgaben und Beziehungen auseinandersetzen. Die altersrelevanten Einschnitte konzentrieren sich bei Männern auf einen kürzeren zeitlichen Rahmen als bei Frauen."
- „Die qualitativ-inhaltlichen Anforderungen, die an Männer und Frauen im Laufe des Alter(n)s gestellt werden, unterscheiden sich deutlich: Bei Männern konzentrieren sie sich auf die Themen „Verlust der Erwerbsarbeit und Neubestimmung von Inhalten und Zielen", sowie auf „Bewältigung des Angewiesenseins auf Unterstützung durch andere, in der Regel durch die Partnerin."
- „Bei Frauen stehen darüber hinaus Veränderungen und Verluste in zusätzlichen Bereichen an: Es geht bei Ihnen – nach Auszug der Kinder – um Veränderungen der Hausarbeit, um das Ende der eigenen Erwerbsarbeit und der Erwerbsarbeit des Partners, um die Übernahme von Pflege kranker und / oder alter Familienmitglieder (meist hochbetagter Eltern bzw. Schwiegereltern und später des Partners) und um die Betreuung von Enkeln, also um die Übernahme neuer familiärer Aufgabenbereiche."
- „Im höheren Alter geht es stärker um Hilfebedürftigkeit gegenüber den eigenen Kindern und professionalen Kräften. Darüber hinaus geht es um die Bewältigung des Partnerverlustes, des Alleine-Weiterlebens oder auch des Überganges in ein Alten- oder Pflegeheim" (Backes, 1994).

Aus den Ergebnissen der Berliner Altersstudie geht eine deutlich höhere Funktionsbeeinträchtigung von Frauen hervor, die zudem einen signifikanten Alterseffekt aufweist. Dies bedeutet, dass die Funktionstüchtigkeit von Männern zwischen 70 und 100 Jahren konstant bleibt, bei Frauen hingegen mit zunehmendem Alter geringer wird (Baltes et al., 1996). Typische Altersrisiken, wie Alleinleben, gesundheitliche, materielle und soziale Beeinträchtigungen betreffen Frauen stärker. Andererseits schaffen es Frauen eher als Männer, mit den Beeinträchtigungen des Alter(n)s konstruktiv umzugehen und trotzdem ein zufriedenes Alter zu leben.

Es können jedoch auch keine Verallgemeinerungen gemacht werden und vom Typus älterer oder

www.parlament.gv.at

alter Mann und ältere und alte Frau gesprochen werden, da sich für jeden – Lebens- und Arbeitsverhältnissen, Alter, sozialer Schicht, Biografie, persönlichem Lebensstil und subjektiven Deutungen, nach Region, Lebens- und Wohnumfeld, familiären Bedingungen und persönlichen Interessen entsprechend – die konkrete Lebenssituation als Mann oder Frau im Alter ergibt (Backes, 1994).

Das Alter von 60 oder 65 Jahren stellt in keiner Weise eine physiologische oder psychische Schwelle dar. So gesehen ist heute die Lebensphase, die nach der Pensionierung beginnt, viel zu lange und zu komplex, als dass man sie allein mit dem Begriff „Alter" umfassend beschreiben könnte. Menschen über 60 Jahre unterscheiden sich voneinander mehr als in jedem anderen Lebensabschnitt und weisen auf die extreme Variabilität im Alter hin. Das Altern ist ein lebenslanger Prozess, das Alter ist daher keine eigenständige, isolierte Lebensphase. Es stellt vielmehr die späte Phase eines lebenslangen Entwicklungsprozesses dar.

Altern ist kein einfaches Phänomen, sondern besteht aus einer Reihe von biologischen, sozioökonomischen und psychologischen Vorgängen, die teils koordiniert, teils unabhängig voneinander ablaufen. Die Wechselwirkungen zwischen diesen Vorgängen verdeutlichen die Komplexität aller mit Alter und Altern zusammenhängenden Fragen.

Das historisch neue Phänomen der schnellen Zunahme von Zahl und Anteil älterer Menschen, insbesondere des Anteils der sehr Alten, verlangt nach Ideen, Programmen und Maßnahmen, die geeignet sind, den älteren Menschen medizinische und soziale Leistungen zu garantieren, d. h., ein Altern in Gesundheit, wirtschaftlich und sozial kompetent, zu ermöglichen. Es muss ein Ziel der Gesellschaft sein, Gesundheit bis ins hohe Alter zu bewahren sowie Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Kompeenz zu erhalten. Gesundheit bedeutet aber mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit. Die WHO unterscheidet 5 Dimensionen der Gesundheit:

- physische Gesundheit
- psychische Gesundheit
- soziale Gesundheit
- ökonomischer Status
- Selbsthilfefähigkeit

Besonders die beiden letzten Punkte werden in der Beurteilung der „Gesundheit im Alter" oft zu wenig beachtet. Die Gesundheit kann allerdings mit dem immer höher werdenden Alter nicht Schritt halten. Wir haben quantitativ relativ viel an Lebenserwartung gewonnen, aber wir haben diese gewonnenen Jahre qualitativ noch nicht zu gestalten vermocht. Ohne Zweifel korrelieren Krankheit und Alter, ebenso wie Pflegebedürftigkeit, nicht zwangsläufig. „Altern ist immer ein individuelles Schicksal." Dies ändert nichts daran, dass mit zunehmendem Alter mehr zu diagnostizierende und zu behandelnde Krankheiten festzustellen sind und bei den Hochbetagten die Pflegebedürftigkeit ganz massiv zunimmt.

Historisch gesehen ist der Bedeutungsgewinn der chronisch-degenerativen Erkrankungen gegenüber den akuten Krankheiten der „Preis" für die stark gestiegene Lebenserwartung und das Ergebnis besserer sozialer und ökonomischer Lebensbedingungen sowie der Möglichkeiten der modernen Medizin (Kytir, 1994).

Die vorrangige Determinante für die Mortalität sind chronische Krankheiten, beeinflusst durch Genetik, Lebensstil, Umwelt und das Alter selbst. Die verbleibenden frühzeitigen Todesfälle sind bereits über das 60. Lebensjahr hinaus konzentriert und vor allem auf chronische Krankheiten zurückzuführen. Für die Zukunft könnte jedoch durch wirksame Primär- und Sekundärpräventionsmaßnahmen eine Kompression der Morbidität erreicht werden. Das heißt, dass sich die Morbidität im Alter auf eine relativ kurze Periode vor dem Sterben beschränkt und wir vermutlich bis zum 85. Lebensjahr relativ gesund sein könnten (Fries, 1980, 1989). Aufgrund der biologischen Endlichkeit der menschlichen Lebensspanne sollten medizinische Anstrengungen darauf abzielen, den Beginn chronischer Krankheiten und damit patho-

logisches Altern hinauszuzögern. Es könnte damit die Zeitspanne zwischen körperlicher Hinfälligkeit und Pflegebedürftigkeit und Tod verkürzt werden (Fries, 1989).

Generell ist das empirische Wissen über die Phase der Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit, auch als „viertes Lebensalter" bezeichnet, als gering zu nennen. Relativ klar ist, dass die Häufigkeit von schweren funktionalen Beeinträchtigungen und von Demenzerkrankungen mit dem Lebensalter nicht linear, sondern exponentiell ansteigt. Das heißt, von einhundert 60- bis 70-jährigen sind nur einige wenige pflegebedürftig, bei den über 85-jährigen trifft das auf jede/n Dritte/n zu. Die derzeit in bezug auf diesen vierten Lebensabschnitt gestellten Fragen können nur sehr bedingt beantwortet werden, vor allem auch für die Zukunft (Kytir, 1994). Der primären und sekundären Prävention sind für die zukünftige Ausprägung des vierten Lebensabschnittes große Bedeutung beizumessen. Das Ziel sind gesunde und unabhängige ältere Menschen, die ihre physischen und kognitiven Funktionen so lange als möglich erhalten (nach Speroff, 1993; nach Schmeiser-Rieder et al., 1997).

6.2 Indikatoren zum Gesundheitszustand älterer Menschen

6.2.1 „Self-reported Morbidity"

Neben dem Gesundheitsmikrozensus 1991 liefert die Mitte der 90er Jahre durchgeführte SERMO-Studie (Self-reported Morbidity; Schmeiser-Rieder et al., 1997) Informationen über den Gesundheitszustand der ÖsterreicherInnen mittels eines repräsentativen Bevölkerungssurveys. Die Studie basiert auf regelmäßigen, innerhalb eines Jahres in kurzen Abständen stattfindenden Befragungen.[1]

Vergleicht man die zehn häufigsten Krankheiten (self-reported) der 60-jährigen und älteren mit denen der 45-59-jährigen zum Zeitpunkt der Befragung, sieht man, dass unterschiedliche Krankheiten an erster Stelle stehen. Bei der jüngeren Altersgruppe sind es 9,4% Anteil an allen Befragten „Schäden an der Wirbelsäule" und Fieber (sowohl bei Frauen als auch bei Männern), bei den Senioren steht erhöhter Blutdruck an erster Stelle, mit einer Differenz von 2,3 Prozentpunkten zwischen den Geschlechtern. Bei den Erkrankungen der Hüft- und Beingelenke ist der prozentuelle Anteil an Nennungen bei den ab 60-jährigen fast doppelt so hoch wie bei den 45- bis 59-jährigen. Zudem ist bei den über 60-jährigen ein deutlich höherer Anteil bei den Frauen anzutreffen. Außerdem sind auch Venenentzündungen und Krampfadern bei den Älteren wesentlich häufiger, besonders eklatant bei den Frauen. Während bei den 45- bis 59-jährigen Frauen Herzkrankheiten noch nicht unter den zehn häufigsten momentanen Krankheiten sind – bei den Männern sehr wohl – liegen sie bei den über 60-jährigen Frauen an sechster Stelle (Tabelle 6.1 und Tabelle 6.2).

Auf die Frage nach momentanen Beschwerden geben zum Zeitpunkt der Befragung 13,0% (Anteil an allen Befragten) der 45- bis 59-jährigen Rücken- und Kreuzschmerzen zur Antwort. Diese Beschwerden liegen sowohl bei Männern als auch bei Frauen an erster Stelle. Bei den Männern werden sie im Vergleich zu anderen Beschwerden mit Abstand am häufigsten genannt (13,7% im Vergleich zur zweithäufigsten Beschwerde Schwäche und Müdigkeit mit 5,6%). Frauen dieser Altersgruppe nennen neben Rücken- und Kreuzschmerzen (12,2%) auch noch Schlafstörungen (9,6%), Kopfschmerzen und Migräne (9,0%) sowie Wetterfühligkeit (10,7%) relativ oft (Tabelle 6.3).

In der Altersgruppe der über 60-jährigen liegen

1 Die Erstellung des Konzeptes und des Fragebogens für die Feldarbeit erfolgte am Institut für Sozialmedizin der Universität Wien, ebenso die wissenschaftliche Auswertung und Betreuung. Die Feldarbeiten führte das österreichische Meinungsforschungsinstitut SPECTRA auf Basis des Quotenverfahrens durch. Die Struktur jedes befragten Samples entspricht der Struktur der österreichischen Bevölkerung gemäß der Volkszählung 1991.

www.parlament.gv.at

Tabelle 6.1:

Die 10 häufigsten Krankheiten zum Zeitpunkt der Befragung (45-59-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer)

	Männer	Frauen	gesamt
Schäden an der Wirbelsäule	9,4	9,4	9,4
Fieber	9,4	9,4	9,4
erhöhter Blutdruck	6,9	8,0	7,5
Erkrankung der Hüft-, Beingelenke	6,6	7,0	6,8
Erkr. der Schulter-, Armgelenke	5,5	5,8	5,6
Nervenentzündung	2,4	*	2,3
Herzkrankheiten	2,5	*	*
HNO-Beschwerden	2,0	*	*
Erkältungskrankheiten	2,0	*	2,0
Magen- u. Zwölffingerdarmgeschwür	1,7	*	*
Magenleiden exkl. Geschwür	*	2,5	2,0
niedriger Blutdruck	*	6,0	3,8
gynäkologische Erkrankungen	*	2,8	*
Zuckerkrankheit	*	2,2	*
Venenentzündung, Krampfadern	*	5,4	3,5

* zählt nicht zu den zehn häufigsten momentanen Krankheiten der jeweiligen Befragungsgruppe
Quelle: SERMO-Studie, 1997

Tabelle 6.2:

Die 10 häufigsten Krankheiten zum Zeitpunkt der Befragung (60+-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer)

	Männer	Frauen	gesamt
Schäden an der Wirbelsäule	9,1	11,8	10,8
Fieber	9,1	11,8	10,8
erhöhter Blutdruck	19,3	21,6	20,7
Erkrankung der Hüft-, Beingelenke	12,1	17,8	12,9
Erkr. der Schulter-, Armgelenke	7,4	8,8	8,3
Herzkrankheiten	6,0	8,6	7,6
HNO-Beschwerden	4,1	*	*
Magenleiden exkl. Geschwür	4,5	*	*
niedriger Blutdruck	*	6,3	5,0
Zuckerkrankheit	4,7	8,4	7,0
Venenentzündung, Krampfadern	4,5	13,5	10,0
Augenkrankheiten	*	5,4	4,3

* zählt nicht zu den zehn häufigsten momentanen Krankheiten der jeweiligen Befragungsgruppe
Quelle: SERMO-Studie, 1997

Tabelle 6.3:
Die 10 häufigsten Beschwerden zum Zeitpunkt der Befragung (45-59-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer)

	Männer	Frauen	gesamt
Rücken-, Kreuzschmerzen	13,7	12,2	13,0
Schwäche, Müdigkeit	5,6	5,8	5,7
Schnupfen	5,6	*	5,4
Schlafstörungen	5,2	9,6	7,4
Schmerzen in Hüfte oder Bein	5,2	7,8	6,5
Kopfschmerzen, Migräne	5,1	9,0	7,0
Wetterempfindlichkeit	4,9	10,7	7,8
Husten	4,8	*	*
Schmerzen in Schulter oder Arm	4,8	5,7	5,2
Beinleiden	3,9	5,2	4,5
Kreislaufstörungen	*	8,2	4,1
Nervosität	*	5,3	*

* zählt nicht zu den zehn häufigsten momentanen Beschwerden der jeweiligen Befragungsgruppe
Quelle: SERMO-Studie, 1997

Tabelle 6.4:
Die 10 häufigsten Beschwerden zum Zeitpunkt der Befragung (60+-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer)

	Männer	Frauen	gesamt
Rücken-, Kreuzschmerzen	12,5	17,0	15,3
Schwäche, Müdigkeit	8,5	12,0	10,7
Schnupfen	*	*	*
Schlafstörungen	12,2	19,2	16,6
Schmerzen in Hüfte oder Bein	9,6	15,6	13,3
Kopfschmerzen, Migräne	*	9,8	8,0
Wetterempfindlichkeit	12,9	18,9	16,6
Husten	*	*	*
Schmerzen in Schulter oder Arm	7,1	10,0	8,9
Beinleiden	6,1	11,4	9,5
Kreislaufstörungen	5,6	11,3	9,2
Magenbeschwerden	5,5	*	*
Herzbeschwerden	5,3	7,6	6,8

* zählt nicht zu den zehn häufigsten momentanen Beschwerden der jeweiligen Befragungsgruppe
Quelle: SERMO-Studie, 1997

www.parlament.gv.at

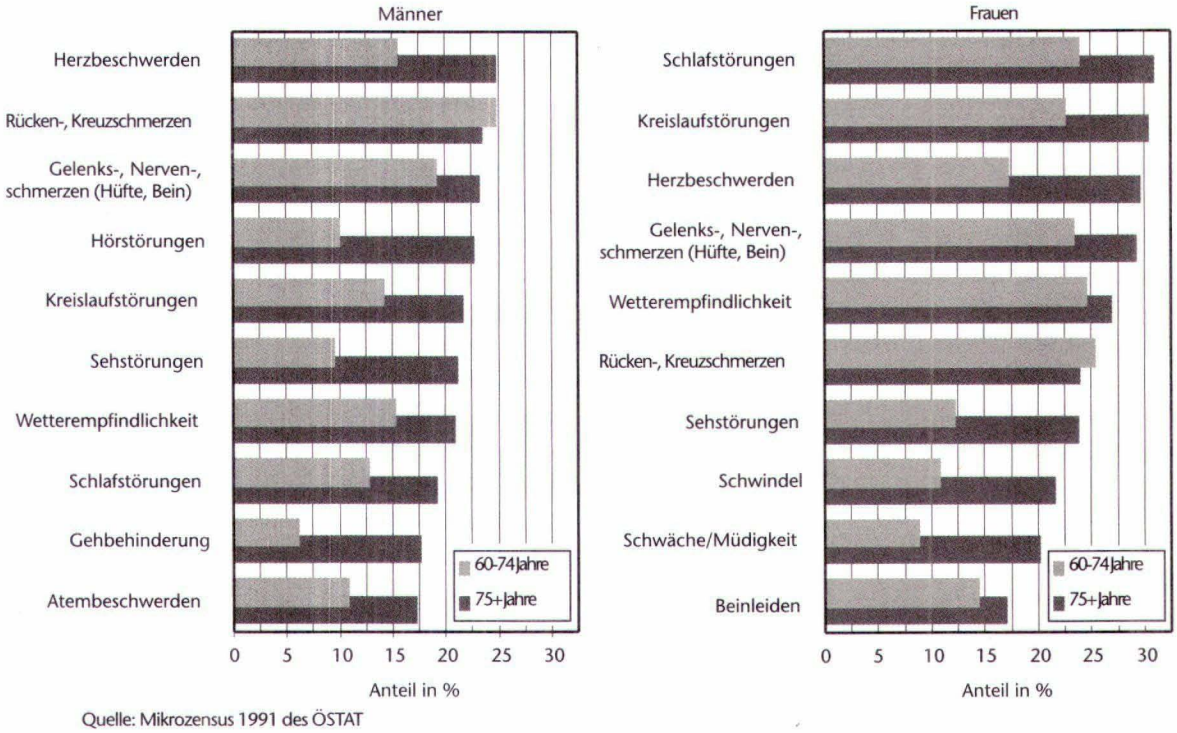
Schlafstörungen und Wetterfühligkeit mit gleich vielen Nennungen (16,6%) an erster Stelle. Rücken- und Kreuzschmerzen (15,3%) werden am zweithäufigsten genannt. Betrachtet man nur die Männer dieser Altersgruppe, ergibt sich ein ähnliches Bild, ähnlich dem Gesamtbild, mit dem kleinen Unterschied, dass alle drei Beschwerden annähernd gleich häufig genannt werden. Bei den Frauen nennt ein wesentlich größerer Anteil (19,2%) als bei den Männern (12,2%) Schlafstörungen als momentane Beschwerde. Auch Wetterempfindlichkeit (18,9%) zählt zu den häufigeren Beschwerden (Tabelle 6.4).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt man bei einer Analyse der entsprechenden Daten des Mikrozensus 1991. Bei den Beschwerden werden im höheren Alter dem Mikrozensus zufolge Herzbeschwerden und Kreislaufstörungen, Schmerzen im Bereich der Gelenke, Nerven und Muskeln, Rücken- und Kreuzschmerzen, Schlafstörungen, Hör- und Sehstörungen sowie Wetterempfindlichkeit am häufigsten genannt (Abbildung 6.1). Frauen geben im höheren Alter deutlich häufiger Beschwerden an als Männer. Mehr als 30% aller Frauen im Alter von 75 und mehr Jahren leiden ihren eigenen Angaben zufolge an Schlafstörungen sowie an Kreislaufstörungen.

6.2.2 Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte

Österreich besitzt ein gut ausgebautes ambulantes und stationäres Gesundheitsversorgungssystem. Ältere Menschen sind in diesen Einrichtungen die zahlenmäßig größte „Konsumentengruppe". So entfallen 53% aller Aufenthaltstage in österreichischen Akutspitälern auf die 60- und Mehrjährigen, und etwas mehr als ein Viertel (26%) aller Krankenhaustage betrifft Patienten/Innen, die 75

Abbildung 6.1: Am häufigsten genannte Beschwerden der 60- bis 74-jährigen sowie der 75- und mehrjährigen Bevölkerung: Personen in privaten Haushalten 1991



Quelle: Mikrozensus 1991 des ÖSTAT

Tabelle 6.5: Häufigkeit und Durchschnittswert der (subjektiv erinnerten) Arztbesuche im Jahr 1991: Bevölkerung im Alter von 45 und mehr Jahren (Prozentwerte)

Alter	Männer						Frauen					
	Nie	1-2	3-5	6 u. m.	insg.	ø	Nie	1-2	3-5	6 u. m.	insg.	ø
Ärzte zusammen												
45-59 J.	17	28	23	33	100	5,9	11	20	27	42	100	7,2
60-74 J.	14	21	24	42	100	7,0	11	17	24	49	100	8,2
75+ J.	11	13	18	57	100	9,8	10	13	18	59	100	10,4
Praktischer Arzt												
45-59 J.	32	31	20	17	100	3,4	27	27	24	22	100	4,0
60-74 J.	26	24	23	27	100	4,6	19	21	25	34	100	5,8
75+ J.	18	15	20	46	100	7,5	16	13	21	50	100	8,2
Fachärzte, Ambulatorien zusammen												
45-59 J.	65	20	7	8	100	2,5	61	19	10	10	100	3,2
60-74 J.	59	21	10	9	100	2,4	53	28	11	9	100	2,4
75+ J.	58	21	9	11	100	2,3	39	40	12	8	100	2,3

Quelle: Mikrozensus Dezember 1991; eigene Berechnungen

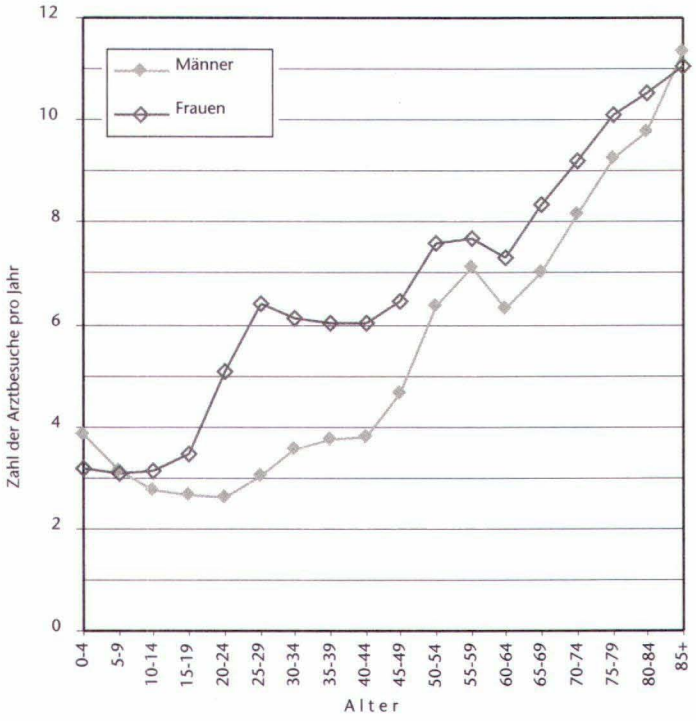
Jahre oder noch älter sind. Weniger ausgeprägt ist die überproportionale Nutzung der Gesundheitseinrichtungen durch ältere Menschen im ambulanten Bereich. Auf die Gruppe der älteren Menschen (60+ Jahre) entfällt rund ein Drittel aller Arztbesuche, und nur jeder achte Patient ist 75 Jahre oder älter

Ein Großteil der erwachsenen Bevölkerung nimmt im Laufe eines Jahres ärztliche Leistungen im Rahmen des ambulanten Gesundheitsversorgungssystems in Anspruch.[2] Zwischen dem mittleren und höheren Erwachsenenalter bestehen diesbezüglich nur geringe Unterschiede. So suchen neun von zehn Frauen im Alter von 45 oder mehr Jahren zumindest einmal im Jahr einen Arzt / eine Ärztin auf (Tabelle 6.5). Bei den Männer tun dies 83% der 45- bis 59-jährigen, 86% der 60- bis 74-jährigen und nahezu 90% der 75+-jährigen. Mit zunehmendem Lebensalter steigt allerdings die Häufigkeit von Arztbesuchen. So gehen etwa ein Drittel der 45- bis 59-jährigen Männer, 42% der 60- bis 74-jährigen und 57% der über 75-jährigen sechsmal oder noch öfter pro Jahr zu einem Arzt. Bei Frauen zeigt sich ein ähnlicher Trend, der Anstieg ist allerdings nicht ganz so stark. Mit zunehmendem Lebensalter steigt insbesondere der Anteil jener, die öfter (hier: sechsmal oder öfter pro Jahr) einen praktischen Arzt aufsuchen. Bei den 75+-jährigen taten dies im Jahr 1991 46% der Männer und die Hälfte aller Frauen. Häufige Facharztbesuche finden sich dagegen auch bei älteren Menschen vergleichsweise selten: Von zehn älteren Menschen geht lediglich eine/r sechsmal oder noch öfter pro Jahr zu einem Facharzt.

2 Die hier berichteten Ergebnisse beruhen auf der Mikrozensus-Frage nach erinnerten Artzbesuchen in den vergangenen 12 Monaten. Dabei lässt sich eine Untererfassung der tatsächlichen Arztbesuche im Ausmaß von einem Viertel bis zu einem Drittel vermuten (siehe dazu Kytir & Köck, 1994).

www.parlament.gv.at

Abbildung 6.2:
Durchschnittliche Zahl (subjektiv erinnerter) Arztbesuche im Jahr 1991 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Mikrozensus Dezember 1991; eigene Berechnungen

So wie beim Krankheitsrisiko besteht auch bei der durchschnittlichen Zahl der Arztbesuche pro Jahr ein klarer Zusammenhang mit dem Lebensalter (Abbildung 6.2). Ältere Menschen (60 und mehr Jahre) gaben im Jahre 1991 im Durchschnitt 8,5 Arztbesuche an. Die Arztbesuchshäufigkeit älterer Frauen lag mit 8,9 etwas höher als jene älterer Männer (7,7 Arztbesuche). Innerhalb der Gruppe der älteren Menschen nimmt die Häufigkeit von Arztbesuchen mit dem Lebensalter allerdings stark zu. Jenseits des 80. Lebensjahres beträgt die Zahl der erinnerten Arztbesuche mehr als zehn. Dieser Anstieg geht dabei ausschließlich auf das Konto eines häufigeren Besuchs von praktischen Ärzten. Sie stellen insbesondere im hohen Alter das wichtigste Element des ambulanten Gesundheitsversorgungssystems dar.

Das Krankenhaus etablierte sich in allen modernen Industriestaaten nach dem Zweiten Weltkrieg zum Zentrum des Gesundheitsversorgungssystems. Diese Entwicklung schlägt sich auch im steigenden Kostenanteil nieder, den der stationäre Sektor innerhalb der Gesundheitsausgaben einnimmt. Derzeit entfällt nahezu die Hälfte aller öffentlichen Gesundheitsausgaben auf den Krankenhausbereich. Im Gegensatz zur großen finanziellen Bedeutung der stationären Gesundheitsversorgung sind Spitalsaufenthalte epidemiologisch gesehen „selte-

ne" Ereignisse. Bezogen auf den Zeitraum eines Jahres erinnern sich 9 von 10 ÖsterreicherInnen (in privaten Haushalten) an keinen einzigen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Krankheit oder Verletzung.[3] Unter den alten (60 bis 74 Jahre) und sehr alten Menschen (75+ Jahre) ist der Anteil jener, die zumindest einmal in den letzten zwölf Monaten stationär behandelt werden mussten, allerdings bedeutend höher. So erinnerten sich 1991 jede/r Sechste 60- bis 74-jährige und nahezu ein Viertel der über 75-jährigen an zumindest einen Krankenhausaufenthalt.

Seit der Einführung einer EDV-gestützten Entlassungsstatistik lässt sich die Inanspruchnahme der stationären Gesundheitseinrichtungen durch die österreichische Bevölkerung im Bereich der Akutkrankenhäuser mit Hilfe epidemiologischer Maßzahlen exakt dokumentieren (siehe dazu Kytir, 1992). Für das Jahr 1997 zeigen sich dabei die folgenden Ergebnisse (Tabelle 6.6, Abbildung 6.3, Abbildung 6. 4 und Abbildung 6.5):

► Bezieht man die mehr als zwei Millionen Entlassungen aus Akutabteilungen österreichischer Krankenhäuser im Jahr 1997 auf die österreichische Wohnbevölkerung, so entfallen auf 1.000 Einwohner im Durchschnitt 250 Spitalsentlassungen. Für Männer beträgt die Entlassungsrate 230, für Frauen 238 (auf 1.000 Einwohner gleichen Geschlechts). Frauen weisen damit insgesamt eine deutlich höhere Entlassungsrate auf als Männer. Für die Gruppe der älteren Menschen trifft das allerdings nicht zu. Die Entlassungsrate der Männer im Alter von 60 und mehr Jahren betrug 1997 562, jene gleichaltriger Frauen 501. Die Zahl der Spitalsaufenthalte steigt im mittleren und höheren Erwachsenenalter bis zum 90. Lebensjahr mit dem Alter kontinuierlich an. Im Jahr 1997 lag die Entlassungsrate bei den 40- bis 44-jährigen unter 200, bei den 85- bis 89-jährigen war sie rund viermal so hoch. Das höhere Sterberisiko der Männer führt dazu, dass Männer ab dem 55. Lebensjahr häufiger von Spitalsaufenthalten betroffen sind als gleichaltrige Frauen.

► Den insgesamt nahezu 17 Millionen Aufenthaltstagen der österreichischen Bevölkerung in Akutkrankenhäusern im Jahr 1997 entsprechen 2,09 Spitalstage pro Einwohner. Der lebensaltersbedingte Anstieg fällt hier noch akzentuierter aus als bei der Entlassungsrate. 40- bis 44-jährige verbrachten im Jahr 1997 im Durchschnitt 1,25 Tage in Akutspitälern, 55- bis 60-jährige bereits doppelt so viele (2,5 Tage) und 70- bis 74-jährige bereits nahezu sechs Tage. Bei den Hochbetagten lag die Zahl der durchschnittlichen Krankenhaustage bei mehr als neun.

► Die durchschnittliche Dauer von Krankenhausaufenthalten liegt bei älteren Menschen ebenfalls höher als bei jüngeren. Die Unterschiede sind aber wesentlich geringer als bei der Entlassungsrate bzw. bei den pro Kopf anfallenden Krankenhaustagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit über zwölf Tagen im höheren Erwachsenenalter rund doppelt so hoch wie im mittleren Erwachsenenalter.

Mitte der 90er Jahre wurden die Finanzierungsmodalitäten der österreichischen Spitäler grundlegend modifiziert. Die Refundierung der Kosten erfolgt seither nicht mehr auf der Basis von Tagespauschalen, sondern als diagnosebezogene Fallpauschalen. Diese Umstellung führte gerade für ältere Menschen zu deutlichen Veränderungen bei der Nutzung der stationären Gesundheitseinrichtungen (Abbildung 6.3 bis Abbildung 6.5). Wie ein Vergleich der Jahre 1990 und 1997 zeigt, stieg die Häufigkeit von Spitalsaufenthalten bei älteren Menschen innnerhalb dieses Zeitraums an, gleichzeitig verringerte sich jedoch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer um rund fünf Tage. Das heißt, ältere Patienten werden jetzt im Durchschnitt zwar

3 Diese Angaben beruhen auf der Mikrozensus-Frage nach erinnerten Spitalsaufenthalten in den vergangenen 12 Monaten. Auch hier ist eine Unterschätzung der tatsächlichen Aufenthalte durch die Art der Fragestellung sehr wahrscheinlich. Das Ausmaß der Untererfassung dürfte aber wesentlich geringer sein als bei den erinnerten Arztbesuchen.

www.parlament.gv.at

Tabelle 6.6:

Entlassungsrate, Spitalstage pro Kopf in der Bevölkerung und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern 1990 und 1997 nach breiten Altersgruppen

Geschlecht/	Entlassungsrate[1]		Spitalstage pro Kopf		Aufenthaltsdauer in Tagen	
Alter	1990	1997	1990	1997	1990	1997
Männer						
45-59 J.	229	261	2,54	2,17	11,1	8,3
60+ J.	448	562	6,00	5,73	13,4	10,2
60-74 J.	390	491	4,99	4,76	12,8	9,7
75+ J.	591	763	8,50	8,47	14,4	11,1
85+ J.	635	846	9,32	9,65	14,7	11,4
Frauen						
45-59 J.	222	259	2,29	2,02	10,3	7,8
60+ J.	366	501	5,54	5,63	15,1	11,2
60-74 J.	301	405	4,08	4,12	13,6	10,2
75+ J.	474	657	7,95	8,08	16,8	12,3
85+ J.	525	728	9,28	9,20	17,7	12,6

[1] Entlassungen auf 1.000 Einwohner

Quellen: Spitalsentlassungsstatistik 1990 und 1997; Demographisches Jahrbuch 1997; eigene Berechnungen

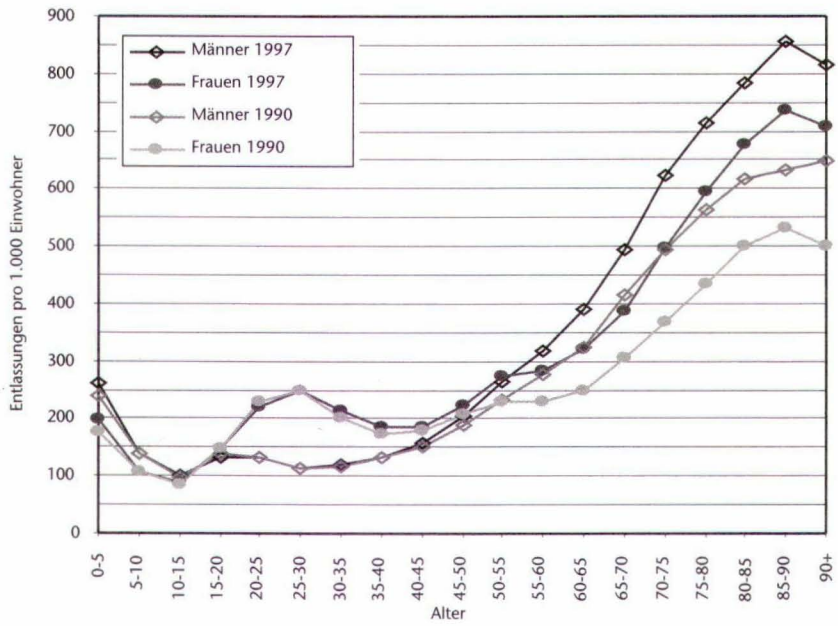
früher aus der Spitalspflege entlassen, sie müssen dafür aber häufiger einen stationären Aufenthalt auf sich nehmen. In Summe hat sich damit die Zahl der Krankenhaustage pro Kopf in der Bevölkerung in den 90er Jahren kaum verändert. Die gesundheitspolitische Zielsetzung einer stärkeren Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich erscheint vor diesem Hintergrund gerade bei älteren Patienten/Innen bislang nicht erreicht.

6.2.3. Medikamentenkonsum

Mit zunehmenden Alter kommt es verstärkt zu gesundheitlichen Störungen. Besonders chronische (das heißt, langdauernde Krankheiten) werden häufiger. So ist es nachvollziehbar, dass mit dem Alter auch der Medikamentenkonsum ansteigt (Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997).

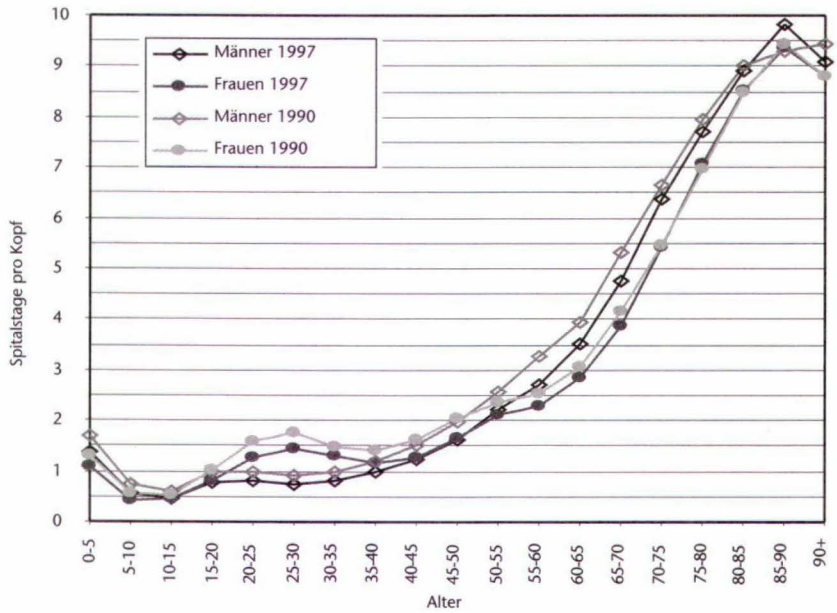
Betrachtet man die Ergebnisse der SERMO-Studie (Self-reported Morbidity; Schmeiser-Rieder et al., 1997) bezüglich der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten, so sieht man, dass bei den Männern und Frauen ab 60 Jahren der Medikamentenkonsum wesentlich höher ist als bei den 45-59-jährigen. Der Frauenanteil ist in beiden Altersgruppen beinahe bei allen Medikamentengruppen höher. Sowohl bei den Männern als auch bei Frauen der über 60-jährigen steht der regelmäßige Konsum von Medikamenten gegen erhöhten Blutdruck an erster Stelle (20,4% bzw. 25,5%). Bei den Männern liegen außerdem noch die Nennungen von Medikamenteneinnahme gegen rheumatische Erkrankungen und Herzbeschwerden über 10%. Bei den Frauen sind es Kopfschmerzen, Schlafstörungen, rheumatische Erkrankungen und Herzbeschwerden (Tabelle 6.7). Im Vergleich dazu geben in der jüngeren Altersgruppe (45- bis 59-jährige) nur 6,6% der Männer und 7,8% der Frauen an, regelmäßig Medikamente gegen

Abbildung 6.3: Entlassungsrate (Entlassungen aus Akutspitälern bezogen auf 1.000 Einwohner) nach Alter und Geschlecht im Vergleich der Jahre 1990 und 1997



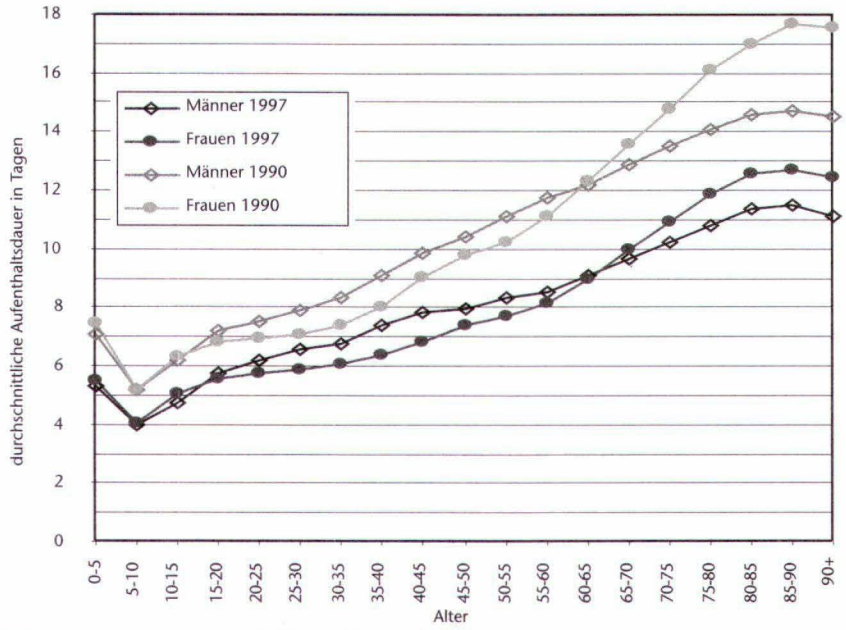
Quellen: Spitalsentlassungsstatistik 1990 und 1997; Demographisches Jahrbuch 1997; eigene Berechnungen

Abbildung 6.4: Spitalstage in Akutspitälern pro Kopf der österreichischen Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht im Vergleich der Jahre 1990 und 1997



Quellen: Spitalsentlassungsstatistik 1990 und 1997; Demographisches Jahrbuch 1997; eigene Berechnungen

Abbildung 6.5: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Aufenthalt in Akutspitälern nach Alter und Geschlecht im Vergleich der Jahre 1990 und 1997



Quellen: Spitalsentlassungsstatistik 1990 und 1997; Demographisches Jahrbuch 1997; eigene Berechnungen

Tabelle 6.7:
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten gegen ... (45-59-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer)

	Männer	Frauen	gesamt
hohen Blutdruck	6,6	7,8	7,2
rheumatische Erkrankungen	6,5	7,5	7,0
Kopfschmerzen	5,7	12,3	9,1
Schlafstörungen	3,7	5,1	4,4
Magenbeschwerden	3,4	3,4	3,4
Herzbeschwerden	3,0	3,4	3,2
Verdauungsstörungen	2,1	2,5	2,3
Nervosität	1,9	5,5	3,8
Asthma	1,7	1,6	1,6
niedrigen Blutdruck	1,4	4,8	3,2
Leistungsstörungen	1,3	0,9	0,7
Cholesterin	0,6	1,6	1,6
sonstige Medikamente	11,3	13,7	12,4

Quelle: SERMO-Studie, 1997

Tabelle 6.8:
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten gegen ... (60+-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer)

	Männer	Frauen	gesamt
hohen Blutdruck	20,4	25,5	23,6
rheumatische Erkrankungen	12,9	17,8	15,9
Kopfschmerzen	6,8	14,4	11,5
Schlafstörungen	7,7	14,8	12,1
Magenbeschwerden	7,4	6,2	6,7
Herzbeschwerden	10,8	14,9	13,3
Verdauungsstörungen	3,2	5,8	4,8
Nervosität	2,8	4,3	3,7
Asthma	2,3	2,2	2,2
niedrigen Blutdruck	3,1	6,0	4,9
Leistungsstörungen	0,7	0,9	0,8
Cholesterin	4,1	4,6	4,4
sonstige Medikamente	16,7	22,3	20,2

Quelle: SERMO-Studie, 1997

Hypertonie einzunehmen, obwohl bei den Männern die Einnahme von Antihypertensiva auch hier am häufigsten genannt wird. Frauen dieser Altersgruppe nennen am häufigsten die regelmäßige Einnahme von Medikamenten gegen Kopfschmerzen (12,3%) (Tabelle 6.8).

Nicht selten greifen ältere Menschen auch zur Selbstmedikation. Selbstmedikation bedeutet die Anwendung von Arzneimitteln seitens des Patienten ohne vorausgehende Verordnung / Verschreibung dieser Arzneimittel durch eine/n Arzt / Ärztin. Keine Selbstmedikation ist die Anwendung von rezeptfreien Arzneimitteln nach Beratung durch eine/n Arzt / Ärztin.

In Österreich sind der OTC-Markt (Over the Counter-Produkte, rezeptfreie Arzneimittel) und der Selbstmedikationsmarkt mit Anteilen von 11% beziehungsweise 9% im Vergleich mit anderen Ländern noch relativ schwach ausgeprägt. Die Selbstmedikation in Österreich ist in den letzten Jahren allerdings stärker gestiegen als der Gesamtmarkt für Medikamente. Von 1995 auf 1996 lässt sich im Bereich der Selbstmedikation ein Zuwachs von über 11% feststellen. Diese Umsatzzuwächse im Bereich der Selbstmedikation sollen vor allem in den Drogerien stattgefunden haben, das OTC-Segment insgesamt wies jedoch einen Rückgang auf (ÖBIG, 1998).

Bei den Indikationsbereichen führen Erkältungskrankheiten vor Hautproblemen, rheumatischen und anderen Schmerzzuständen sowie Verdauungsschwierigkeiten. Um einen umsichtigen und kritischen Umgang mit Medikamenten im Rahmen der Selbstmedikation zu ermöglichen, ist die vollständige und für den Laien geeignete Information besonders bedeutsam. Der Wiener Seniorenbericht spricht sich in diesem Zusammenhang für Erwachsenenbildungseinrichtungen (z. B. Volkshochschulen), Verbraucher- und Konsumenteninformation und Selbsthilfegruppen aus. Einrichtungen für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung könnten vermehrt Probleme

www.parlament.gv.at

der Arzneimitteltherapie im Alter thematisieren, Gesundheits- und Sozialsprengel wichtige Aufklärungs- und Präventionsarbeit in diesem Zusammenhang leisten (Gesundheitswesen der Stadt Wien, 1997).

Gründe älterer Menschen für mehr Selbstmedikation könnten zum Beispiel darin liegen, dass sie jahrzehntelange Erfahrung mit bestimmten Arzneimitteln haben, dass sie auf einen für sie mühsamen Arztbesuch verzichten möchten, oder nicht wegen Kleinigkeiten zum Arzt / zur Ärztin gehen möchten. Eine Umfrage in Deutschland beschäftigte sich mit der Frage, wie die Bevölkerung mit der Gesundheit umgeht, wobei sich fünf Archetypen präsentierten. 26% der Befragten stellten sich als Archetyp „Arztgeher" heraus, dazu gehörten jedoch vor allem ältere Leute mit geringerer Bildung, die auch wegen geringen Beschwerden eine/n Arzt / Ärztin aufgesucht haben (Braun, 1999).

Anders die Motivation zur Selbstmedikation bei älteren Menschen, die zu Vitamin- und Mineralstoffen sowie zu Tonika greifen. Hierbei steht sicherlich die Gesundheitsvorsorge im Vordergrund, eine Form des eigenverantwortlichen Handelns. Gerade in diesem Bereich wird sich die Selbstmedikation voraussichtlich ausweiten, da die Zahl der gesunden Senioren im Steigen begriffen ist und auch der Vorsorgegedanke bei älteren Menschen ein immer zentraler werdendes Thema ist.

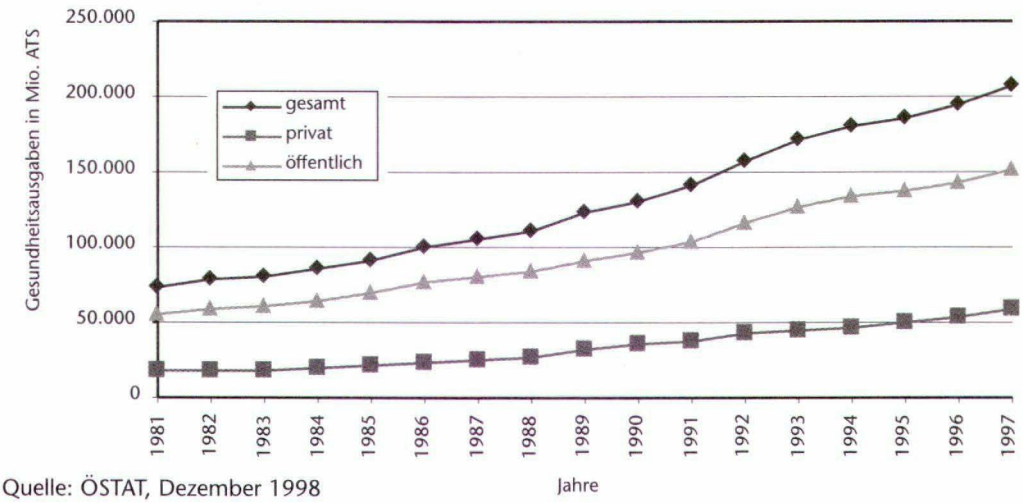
Eine aktuelle volkwirtschaftliche Studie von Theurl (1998) zur Selbstmedikation in Österreich schlussfolgert, dass aufgrund der sich öffnenden Schere von medizinischen Möglichkeiten und finanzieller Machbarkeit die Rationierung von Gesundheitsleistungen im Gesundheitswesen droht. Um diese Maßnahmen zu vermeiden, ist es notwendig, die bestehenden Rationalisierungspotenziale zu nutzen. Maßnahmen der Rationalisierung sind in jedem Fall Maßnahmen der Rationierung vorzuziehen, soweit erstere sinnvoll sind und von den Anbietern akzeptiert werden. Die Förderung der Selbstmedikation wird als wesentlicher Baustein in diese Richtung gesehen. Weiters kann sie auch die Förderung der Selbständigkeit des Konsumenten im Gesundheitswesen unterstützen. In einer Analyse wird davon ausgegangen, dass durch Selbstmedikation etwa 10% der Fälle (jährlich abgerechnete Scheine, die Arztkontakte sind nicht direkt ersichtlich), das sind 3,5 Millionen Fälle, vermieden werden können. In der Statistik der Krankenversicherungen sind je Pflichtversicherten 6,3 Fälle (jährlich abgerechnete Scheine) ausgewiesen. Eine Schätzung des maximalen Entlastungspotentials durch Selbstmedikation ergibt 1,4 Milliarden Schilling, bei 50% Realisierung 712 Millionen Schilling. Das Einsparungspotential der Selbstmedikation wird jedoch in Relation zum Gesamtfinanzierungsvolumen im Gesundheitswesen als begrenzt angesehen (Theurl, 1998).

6.3 Gesundheitsausgaben

In einer älter werdenden Gesellschaft steigen die Gesundheitsausgaben (siehe dazu Kytir, 1997), im öffentlichen wie im privaten Bereich. Dies ist in unserer Gesellschaft auch der Fall, auch wenn ein abnehmender Wachstumstrend bemerkbar ist. Eine altersspezifische Berechnung der Gesundheitsausgaben wurde zuletzt Mitte der 80er Jahre vorgenommen (Fleischmann, 1987), neuere Analysen dazu liegen bislang nicht vor. Klar ist aber, dass es innerhalb der sozialen Krankenversicherung in gleicher Weise wie innerhalb der Pensionsversicherung zu beträchtlichen intergenerationalen Transferleistungen kommt.

Letzten Berechnungen des ÖSTAT zufolge (Stand: Dezember 1998) betrugen die gesamten Gesundheitsausgaben für das Jahr 1997 207,7 Milliarden Schilling. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben ergaben einen Betrag von 151,56 Milliarden Schilling, das sind 73% der gesamten Gesundheitsausgaben. Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben (die Konsumausgaben der private Haushalte für Gesundheit unterteilen

Abbildung 6.6:
Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich 1981-1997



Quelle: ÖSTAT, Dezember 1998

sich in Spitalsdienste, ärztliche Dienste, pharmazeutische Waren, therapeutische Waren – z. B. Heilbehelfe, private Krankenversicherung) betrug 1997 58,8 Milliarden Schilling (Abbildung 6.6).

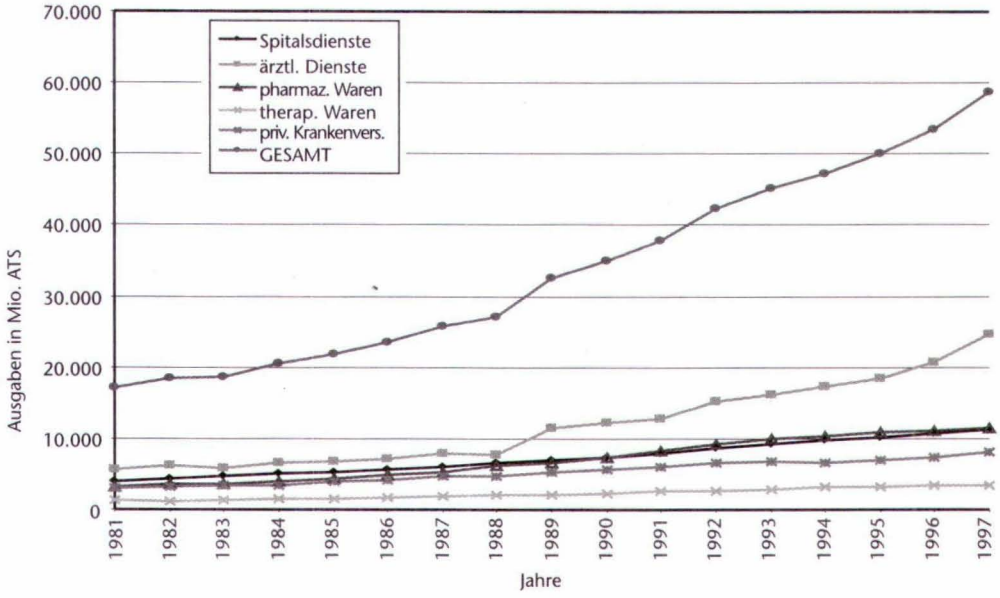
In bezug auf Trends in den Ausgaben ist seit 1981 der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben um 3 Prozentpunkte gesunken. Die Konsumausgaben der privaten Haushalte für die Gesundheit stiegen von 17,9 Milliarden seit 1981 kontinuierlich. 1990 betrugen sie bereits das Doppelte, nämlich 34,97 Milliarden Schilling. Den größten Zuwachs kann man bei Ausgaben für ärztliche Dienste und pharmazeutische Waren erkennen, in beiden Fällen kam es zwischen 1981 und 1997 zu einer Vervierfachung bzw. Verdreifachung der Ausgaben (Abbildung 6.7). Der Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben betrug 1997 28,3% und ist damit seit 1981 um 4 Prozentpunkte gestiegen (ÖSTAT, 1998).

Im internationalen Vergleich steht Österreich mit seinen Gesundheitsausgaben an 10. Stelle, bezogen auf den Prozentanteil des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Der BIP-Anteil beträgt 8%. Den höchsten BIP-Anteil haben die USA (14,2%), gefolgt von Deutschland (10,4%) und Frankreich (9,9%). Die österreichische Quote liegt um 0,3 Prozentpunkte über dem EU-Durchschnitt und um 0,1 Prozentpunkte über dem OECD-Durchschnitt.

In bezug auf den Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben nimmt Österreich den 17. Rang ein. Den höchsten Anteil weist Luxemburg (92,8%) auf, gefolgt von Belgien (87,8%) und Großbritannien (84,3%). Der Wert für Österreich liegt 5,2 Prozentpunkte unter dem EU-Durchschnitt und 0,7 Prozentpunkte unter dem OECD-Durchschnitt (ÖSTAT, 1998).

Der zunehmende Anteil an älteren Menschen in der Bevölkerung kann bislang kaum für den Anstieg der Gesundheitsausgaben herangezogen werden, auch im privaten Bereich. Welchen Anteil am Kostenanstieg präventivmedizinische Maßnahmen für ältere Menschen haben, ist noch nicht erkennbar. Präventivmedizin für ältere Menschen ist ein Bereich, der sich in der Gesundheitslandschaft noch entwickeln und auch budgetär bedacht werden muss.

Abbildung 6. 7:
Entwicklung der Konsumausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit 1981-1997



Quelle: ÖSTAT, Dezember 1998

6.4 Gesundheitsbedrohungen im Alter

6.4.1 Vorbemerkungen

Das Alter und das Altern weisen innerhalb einer Altersgruppe und zwischen den Altersgruppen beträchtliche Unterschiede auf. Diese Unterschiede deuten darauf hin, dass der Alternsprozess selbst unterschiedlich verläuft, dass es sich um verschiedene Konstellationen und Wechselwirkungen handelt. Auch können Individuen und Kohorten unterschiedlich altern. Die beobachteten Streuungen legen nahe, dass Altern kulturell und biologisch weniger stabilisiert ist, als dies für andere Lebensphasen zutrifft.

Altern kann nicht mit Abbau gleichgesetzt werde. Untersucht man Altern in verschiedenen Dimensionen, wird deutlich, dass es sich um einen äußerst vielgestaltigen Prozess handelt, der neben Abbau auch Stabilität und für einzelne Funktionsbereiche sogar Wachstum beobachten lässt.

Beim gegenwärtigen Stand der Alternsforschung wissen wir noch sehr wenig über das Potenzial des Einzelnen und das der Gesellschaft, sich den mit dem Alter und einem wachsenden Altenanteil an der Bevölkerung verbundenen Veränderungen anzupassen. Im Vergleich mit anderen Lebensstufen, etwa der Kindheit oder der Jugend, ist das Alter eine in der menschlichen Zivilisation noch relativ wenig ausdifferenzierte Lebensphase (Baltes et al., 1992).

In der Behandlung Älterer wird der Arzt immer wieder auch mit Fragen zum eigenen Altern, Angst vor Krankheiten, Sterben und Tod konfrontiert. Eine besondere Belastung kann der Umgang mit

multimorbiden und polypathen Patienten sein. Behandlungserfolge im „üblichen Sinn" bleiben meist aus. Die Vielzahl der Erkrankungen können den Arzt verwirren, entmutigen, ihn zur Hilflosigkeit erstarren und an seinen therapeutischen Fähigkeiten zweifeln lassen. Die Grenzen eines zu eng gesetzten medizinischen Denkens und Handelns sind dabei rasch erreicht (Hirsch et al., 1992). Im Alter krank, hilflos oder betreuungsbedürftig zu werden, ist zwar kein neues Lebensrisiko, die Zahl derer, die diesem Risiko ausgesetzt sind, hat sich aber erheblich vergrößert.

Es ist unumstritten, dass wir alle einmal sterben, niemand stirbt jedoch am Alter an sich, sondern wir alle sterben an Krankheiten. Somit ist die Beschäftigung mit Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Krankheiten im höheren Lebensalter von großer Bedeutung.

Im Allgemeinen gelingt es bei jüngeren Patienten aus den Einzelheiten der Anamnese, einer klinischen Untersuchung sowie aus den Ergebnissen laborchemischer, bildgebender und eventuell endoskopischer Verfahren zu einer einzigen abschließenden Diagnose zu gelangen. Beim alten Menschen wird dies nur in seltenen Fällen gelingen, da wir es in der Geriatrie fast ausschließlich mit Patienten zu tun haben, die gleichzeitig an mehreren Krankheiten oder mehreren Leiden laborieren. Diese Multimorbidität ist es, die in der geriatrischen Praxis die richtige Deutung und Zuordnung von Symptomen erheblich erschweren kann (Neumayr, 1992).

Im höheren Alter nimmt die Zahl der Gebrechen und Krankheiten zu; sind es in der Lebensspanne zwischen 65 und 69 Jahren 9% der Bevölkerung, die 7 oder mehr körperliche Beeinträchtigungen aufweisen, so steigt der Anteil bei den über 80-jährigen auf über 30% (Kruse et al., 1992). Parallel dazu wächst der Anteil von Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, ihr Leben eigenverantwortlich zu gestalten (Verlust an Kompetenz), auf fremde Hilfe angewiesen sind, mit zunehmendem Alter pflegebedürftig werden und in Heimen leben.

Die Altersgruppe der über 65-jährigen verzeichnet den höchsten Pro-Kopf-Verbrauch an Ressourcen des Gesundheitswesens. Nach amerikanischen Statistiken des National Health Survey sind 65- bis 75-jährige an 34 Tagen im Jahr in ihrer gewohnten Beschäftigung durch Krankheiten behindert und durchschnittlich 11 Tage bettlägrig. Die Leistungsfähigkeit über 75-jähriger schränken Erkrankungen jährlich mehr als 45 Tage ein und ihre Bettlägrigkeit pro Jahr erhöht sich auf 20 (Steinhagen-Thiessen et al., 1992).

Mit zunehmendem biologischem Alter wächst die Prävalenz gleichzeitig nebeneinander bestehender ruhender Leiden und aktiver Krankheiten. Dieses vielfache Kranksein kann ein einzelnes Organ betreffen (Organpolypathie), andererseits können die verschiedenen Diagnosen alle traditionellen organbezogenen Grenzen der Medizin überschreiten.

Ein geriatrischer Patient ist also ein biologisch älterer Patient, der durch alternsbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet ist, zu Multimorbidität neigt und bei dem besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Hinsicht besteht (Zentraleuropäische Arbeitsgemeinschaft gerontologisch-geriatrischer Gesellschaften, 1990).

Der geriatrische Patient ist durch verschiedene Merkmale charakterisiert:

- biologisches Alter
- das Leiden an mehreren Erkrankungen
- eine veränderte, oft unspezifische Symptomatik
- verlängerte Krankheitsverläufe und eine verzögerte Genesung
- die veränderte Reaktion auf Medikamente (Pharmakokinetik und -dynamik)
- Demobilisierungssyndrome
- psychosoziale Symptome

Darüber hinaus werden die einzelnen Erkrankungen in ihrer Bedeutung von psychosozialen Faktoren bestimmt bzw. modifiziert (Steinhagen-Thiessen et al., 1992).

6.4.2 Multimorbidität, Polypathie, chronische Erkrankungen

Die klinische Forschung beim alten Menschen befasst sich mit Ursachen, Entstehung (Pathogenese), Diagnostik, Prophylaxe und Therapie von Alterskrankheiten. Charakteristisch für diese Krankheiten sind Multimorbidität und chronischer Verlauf. Die Multimorbidität beim alternden Menschen ist dadurch erklärbar, dass von der Abnahme der funktionellen Reservekapazität nicht nur ein einzelnes Organ oder Organsystem, sondern in der Regel mehrere Organe betroffen sind.

Multimorbidität bedeutet daher: „das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer signifikanter Erkrankungen, die behandlungsbedürftig sind" (Schubert, 1973). Der Pathologe Howell fand bereits 1963 unter Berücksichtigung aller Haupt- und Nebenbefunde bei jeweils 100 sezierten Patienten verschiedener Altersgruppen eine mit dem Alter ansteigende Zahl von Diagnosen (Tabelle 6.9).

Tabelle 6.9:
Anzahl Diagnosen pro Patient bei 100 sezierten Patienten:

Alter	Diagnosen pro Patient
65 - 69	5,7
70 - 74	6,4
75 - 79	7,6
80 - 84	8,4

Nach Sektionsstatistiken von Howell kann die Anzahl der pathologisch-anatomischen Gesamtdiagnosen in einzelnen Fällen der Gerontopathologie sogar die Zahl 40 übersteigen. Howell bezeichnete die Obduktion einer älteren Person als eine wahre Entdeckungsreise (Howell, 1963).

Eine analoge Untersuchung zur Anzahl der Haupt- und Nebenbefunde bei einem altersmäßig vergleichbaren Patientenkollektiv wurde 30 Jahre später am Pathologisch-Bakteriologischen Institut der Baumgartner Höhe in Wien durchgeführt; dabei wurden von der in Frage kommenden Altersgruppe (65-84-jährige) 1.181 Obduktionsprotokolle gesichtet und ausgewertet.

Das Ergebnis ist dem von Howell aus 1963 nahezu ident (Tabelle 6.10):

Tabelle 6.10:
Diagnosen pro Patient in 1.181 Obduktionsprotokollen:

Alter	Diagnosen pro Patient
65 - 69	6,4
70 - 74	6,7
75 - 79	7,5
80 - 84	8,3

Nach Selberg (1973) werden pathologisch-anatomisch im Rahmen der Obduktion über 30% mehr Organveränderungen gefunden, als klinisch bekannt waren.

Nach Linzbach (1975) wächst die Anzahl der bei Obduktion nachgewiesenen pathologischen Veränderungen, der Grad der sog. Polypathie, fast überproportional mit den Lebensdezennien an und erreicht bei Hundertjährigen ein gerade noch mit dem Leben zu vereinbarendes Maximum. Dieser Tatbestand der mit fortschreitendem Alter ansteigenden Multimorbiditätsquote beim Menschen ist auch in der Veterinärmedizin bei alten Tieren beobachtet worden.

Wegen der großen klinischen und pathologischen Spielbreite der Alterspolypathien ist die Geriatrie eine ausgeprägte Individualmedizin. Die zahlreichen Variationen und Kombinationsmöglichkeiten der gleichzeitig registrierten Krankheiten und Leiden führen zu einem individuell sehr unterschiedlichen Bild der kranken Betagten. Speziell durch die Summation von chronischen Erkrankungen wird die Gesamtmorbidität der Betagten über 65 Jahren belastet (Zilli, 1973).

Die Multimorbidität des alternden Menschen bedeutet zwar, dass mit zunehmendem Alter häufiger mehrere Krankheiten gleichzeitig angetroffen

werden, nicht aber von vornherein, dass diese auch gleichzeitig behandlungsbedürftig sind. Vielmehr ist es notwendig, Schwerpunkte zu setzen und in einem medikamentösen Ordnungsprinzip bestimmten Erkrankungen und Krankheitssituationen in der Intensität einer Therapie und besonders in der zeitlichen Reihenfolge den Vorzug zu geben. Wie oft zeigt sich dann, dass begleitende Erkrankungen, die konsekutiv klinisch manifest wurden, in die Latenz verschwinden und nicht mehr behandlungsbedürftig sind (Schubert, 1972).

Eine vergleichende statistische Auswertung der veröffentlichten Daten in bezug auf den Morbiditäts- und Letalitätsgrad von Altersmultiaffektionen in den einzelnen Altersstufen ist nur anhand exakter Definitionen einiger Grundbegriffe möglich, dazu gehören: Grundleiden, Haupterkrankungen bzw. Diagnosen, Nebenbefunde, Begleitaffektionen und Todesursachen. Nach den heute noch gültigen WHO-Richtlinien des Jahres 1977 ist als maßgebendes Grundleiden jene aktive Krankheit anzusehen, die das gesamte klinische Geschehen beherrscht und später das direkt zum Tode führende Ereignis einleitet, z. B. der akute Myokardinfarkt bei stenosierender Koronarsklerose.

Als Nebenbefunde gelten die vielen (im Allgemeinen zweitrangigen) Leiden, die als meist ruhende Altersgebrechen im Körper der Betagten schlummern und die Vielfalt der Betroffenen fallweise beeinträchtigen.

Nach Fazekas (1987) ist der Obduzent älterer Verstorbener verpflichtet, nicht nur die Haupterkrankungen, sondern diese zusätzlichen, mitunter gefährlichen Affektionen zu erkennen. Hieraus kann der Kliniker wertvolle Erkenntnisse gewinnen, die bei der zukünftigen Betreuung Hochbetagter bedeutungsvoll sind.

Als eigentliche Todesursache betrachtet man im Rahmen der Altersmultiplizität jene Affektion, die am Ende einer bedrohlichen Krankheitskette für den Tod veranwortlich zu machen ist, z. B. die akute Herzinsuffizienz nach Myokardinfarkt oder die massive Lungenembolie aus einer Beckenvenenthrombose. Vom Standpunkt der Erlangener Pathologen Becker et al. (1977) ist jedoch bei verstorbenen Betagten eine derartige isolierte Todesursache nicht in jedem Fall feststellbar. Vielmehr setzt sich das Todesereignis, speziell bei Höchstbetagten, öfters aus der Summe vieler aktiver Krankheiten und hinzutretender Gebrechen und Krankheitsfaktoren zusammen. Auch die bei älteren Rauchern gleichzeitig auftretenden Mehrfachaffektionen, wie Raucherbronchitis, Lungenkarzinom, periphere Arteriosklerose obliterans und ein etwaiges Ulcus duodeni, gehören in diese Gruppe der mitunter kettenreaktiv sich beeinflussenden Kombinationskrankheiten.

Steinmann hat 1974 auf die prinzipiellen Unterschiede zwischen den Krankheiten in der Jugend und denen im Alter hingewiesen. Ätiologisch sind Krankheiten im Alter eher endogen bedingt, versteckt, kumulativ und haben mehrere Ursachen sowie eine lange Latenzzeit. Ihr Beginn ist schleichend und symptomarm. Sie verlaufen eher chronisch, progressiv mit langer Invalidität und haben eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber anderen Krankheiten. Die individuellen Unterschiede sind hierbei sehr groß. Durchgesetzt hat sich inzwischen die durch Untersuchungen belegte Auffassung, dass Organstörungen im Alter nicht ausnahmslos irreversible Defekte und altersspezifische Abbauerscheinungen sind.

Der überwiegende Teil der Organfunktionsstörungen im Alter wird nicht durch morphologische Alternsvorgänge, alterstypische Regelmechanismen oder verminderte Adaptationsfähigkeit des alternden Organismus verursacht, sondern vor allem durch krankhafte Prozesse.

In der Geriatrie unterscheidet man (Schubert, 1974):

- „Alternde" Krankheiten (Krankheiten, die in früheren Lebensphasen erworben wurden und bis in das hohe Alter bestehen, wie z. B. chronische Atemwegserkrankung, Arthrosen, eben Begleiterkrankungen).

► Primär im Alter auftretende Erkrankungen (Krankheiten, die im höheren Lebensalter zum ersten Mal auftreten und deren Häufigkeit im Alter besonders hoch ist, wie z. B. Katarakt, Prostatahyperplasie).
► Krankheiten, die im Alter ohne wesentliche Altersspezifität neu auftreten (Krankheiten, die in jedem Lebensabschnitt auftreten können, wie z. B. Infektionen; dabei gilt es, die Besonderheiten des alternden Organismus zu berücksichtigen, da sie im Alter oft einen atypischen Verlauf nehmen können).

Alle drei Krankheitsformen können unabhängig voneinander (aber zeitlich synchron) auftreten. Es ist daher nicht erstaunlich, dass Erkrankungen im Alter insgesamt überproportional zunehmen. Hinzu kommt, dass bei jedem Menschen während des Alterns die Anzahl der Erkrankungen, auch an einem Organ allein, sich vermehren kann. Diese Phänomene sind mit Multimorbidität (d. h. Vielfacherkrankungen) gemeint. Schubert (1974) definiert sie „als das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten, die behandlungsbedürftig sind, aber nicht synchron". Abzugrenzen von diesen aktuellen Erkrankungen sind die „ruhenden Leiden", die ebenfalls in vielfältiger und zahlreicher Form beim älteren Menschen anzutreffen sind. Für sie hat sich der Begriff „Polypathie", d. h. Mehrfachleiden, eingebürgert.

Leidet ein Älterer an mehreren akuten Krankheiten (Multimorbidität) gleichzeitig, so kann er zusätzlich auch mehrere ruhende Leiden (Polypathie) haben. Typische Krankheitsketten entstehen vor allem im Wechselspiel zwischen akuter Erkrankung und ruhendem Leiden. Multimorbidität und Polypathie beziehen sich nicht nur auf somatische Erkrankungen, sondern auch auf gerontopsychiatrische und psychosoziale (Schramm, 1988).

Diese Vielfältigkeit unterschiedlichster akuter und ruhender pathologischer Erscheinungsbilder macht es häufig schwer, nicht einer Polypragmasie zu verfallen, sondern eine hierarchisch geordnete und mehrdimensionale Diagnostik und Behandlung adäquat durchzuführen. Nicht von vornherein bedeutet Multimorbidität, dass alle Krankheiten gleichzeitig behandelt werden müssen. Es ist notwendig, Schwerpunkte zu setzen. Oft zeigt sich, dass begleitende Erkrankungen, die konsekutiv klinisch manifest wurden, in die Latenz verschwinden und nicht mehr behandlungsbedürftig sind.

Es hat in der Praxis immer noch eine enorme Auswirkung, organische oder vermeintlich organische Krankheiten vom Somatiker behandeln zu lassen, den Rest vom Psychiater oder Psychotherapeuten. In vielen Institutionen ist diese Trennung noch Realität. Altern ist jedoch kein rein somatisch-biologischer Prozess, sondern umfasst auch die Veränderungen des menschlichen Erlebens und Verhaltens im seelisch-geistigen Bereich und Veränderungen in den Umweltbedingungen. Die Erfassung des Alternsvorganges – so postuliert Lehr (1974) – „verlangt zweifelsohne eine Zusammenarbeit über die Grenzen der einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen hinweg, verlangt einen mehrdimensionalen Einsatz der Forschung, in dem somatische, psychische und soziale Aspekte des Geschehens zu berücksichtigen sind".

Die Gesamtsituation (von Weizsäcker, 1940) des älteren Menschen mitzuerfassen und sich nicht nur auf Teile von ihm, d. h. auf einzelne Krankheiten, zu beziehen, wird vom Geriater seit Jahren gefordert. Die Notwendigkeit ist zwar allen einsichtig, weniger aber ihre Verwirklichung durchsetzbar.

Bei den chronischen Krankheiten im Alter wird zunächst oft eine asymptomatische Phase durchlaufen. Je langsamer die Erkrankung fortschreitet, um so später wird der Schwellenwert der klinisch manifesten Krankheit erreicht. Risikofaktoren bestimmen den Beginn der zunächst latenten Erkrankung und deren Progression. Der Ausschaltung von Risikofaktoren kommt deshalb größte Bedeutung – auch im Alter – zu. Sie führt im optimalen Fall zur vollständigen Prävention, suboptimal zu einer längeren Latenz der Krankheit und zu einer Verkürzung der Morbiditätsphase (Füsgen, 1988).

Bis vor wenigen Jahren waren die chronischen Krankheiten im manifesten Stadium einer wirksa-

men Therapie nicht oder kaum zugänglich. Auftreten und Ablauf dieser Krankheiten konnten nur durch Prophylaxe beeinflusst werden. In jüngster Zeit gibt es jedoch Ansätze für eine medikamentöse Therapie chronischer Krankheiten, wie z. B. Rückbildung arteriosklerotischer Gefäßveränderungen oder Hemmung der Bindegewebsbildung (Fibrosierung) in alternden Organen und Beeinflussung chronisch-entzündlicher Veränderungen der Gelenke (Bruder, 1991).

Die chronischen Erkrankungen, die oftmals Ursache einer frühen Invalidität waren, sind in der Regel nicht durch eine einzige Ursache ausgelöst worden, meist haben mehrere äußere und innere Bedingungen das Krankheitsbild hervorgerufen.

Der alte Mensch ist also das Produkt eines ganzen Lebenslaufes und so besteht in den meisten Erkrankungsfällen eine multifaktorielle Genese. Chronisch krank ist aber nicht nur eine medizinische, psychologische und soziologische, sondern auch eine zeitliche Definition. Chronisch krank ist mit dem Stigma des langen Leidens verbunden, wobei darunter meist eine progressive Verschlimmerung der Krankheit bis zum Tod verstanden wird. Dies trifft aber in vielen Fällen nicht zu. Solcher pessimistischen Auffassung muss heute entgegengehalten werden, dass viele chronisch Kranke doch teilweise kompensierbar oder stabilisierbar sind, also wieder am normalen täglichen Leben teilhaben können.

Der Anteil chronisch kranker Älterer ist nicht nur im stationären Bereich anzutreffen, sondern auch in der Gesamtbevölkerung präsent. Die Anzahl von Personen mit chronischen Zuständen wächst mit dem Alter, betagte Menschen werden nicht nur häufiger von chronischen Leiden betroffen, sondern diese Krankheiten treten beim Älteren häufiger gleichzeitig auf, sodass über die Hälfte der Älteren gleichzeitig an zwei chronischen Krankheiten oder mehr leidet. Es bleibt also festzuhalten, dass die überwiegende Zahl der Krankheiten im Alter – sei es im stationären oder im ambulanten Bereich – einen chronischen Verlauf zeigen und somit für den alten Menschen besondere Anpassungsprobleme ergeben. Chronizität von Krankheiten „bestimmt damit den Bewegungs- und Interaktionsrahmen der Individuen in stärkerem Ausmaß“ (Tews, 1979).

Für die Frage der geriatrischen Betreuung ist es sinnvoll, die chronisch kranken, geriatrischen Patienten in zwei Gruppen einzuteilen: Zur ersten Gruppe zählen Kranke, deren chronisches Leiden aktiv und fortschreitend ist. Für sie ist eine gezielte Therapie und die stationäre Unterbringung erforderlich. Zur zweiten Gruppe gehören Patienten, deren Leiden stagniert, also nicht gravierend pathologisch fortschreitet, aber ebenfalls behandelt werden muss, um den bestehenden gesundheitlichen Zustand zu erhalten.

Es versteht sich von selbst, dass sich entsprechende rehabilitative Maßnahmen in der Geriatrie den verschiedenen Phasen der chronischen Erkrankung anpassen müssen. Das bedeutet für den stationären Bereich: Es muss ein abgestuftes geriatrisches Rehabilitationsangebot bestehen.

Mancher chronisch Kranke kann in einen oft über lange Zeit unveränderten Zustand gebracht werden, dem er sich entsprechend noch vorhandener Leistungsreserven anpassen kann, wodurch sein Dasein wieder befriedigend verläuft.

Die Klinik der Mehrfacherkrankungen im Alter ist durch mehrere Tatbestände gekennzeichnet:

- Die häufig vorhandene Gewöhnung und Akzeptanz durch die Betagten
- Die Kompensationsfähigkeit der vielfacherkrankten Organe
- Zusätzliche psychische und soziale Faktoren

Die Kompensationsfähigkeit von vielseitig erkrankten Organen bei Senioren ist weit größer, als den meisten Klinikern bewusst ist (Selberg, 1973). Deshalb ist eine genaue Berücksichtigung der sich gegenseitig beeinflussenden pathologischen Vorgänge der verschiedenen vorliegenden Altersgebrechen und Krankheiten von seiten des Arztes notwendig (Korrelationspathologie).

Das vielfältige klinische Bild der Multimorbidität wird jedoch nicht nur von somatischen, sondern auch von psychischen und sozialen Faktoren geprägt. Stirbt z. B. der Ehepartner eines in seiner Rüstigkeit bisher durch seine Polypathie kaum beeinträchtigten betagten Patienten, so tritt wegen der nunmehr fehlenden Hilfe, nur aus psychologischen Gründen, nicht selten ein merklicher Vitalitätsverlust mit fallweisem Manifestwerden eines psychoorganischen Syndroms mit nächtlichen Verwirrtheitszuständen auf.

Zusammenfassend erfordert die Geriatrie eine Behandlungshierarchie für eine sinnvolle altersgemäßige Therapie. Notwendig ist dies für die Gesamtheit aller Behandlungsbemühungen. Ein Kranker leidet unter seinem Befinden, nicht unter seinen Befunden, die über ihn gemacht wurden. Dieses Befinden wird geprägt durch Lebensbiografie, Möglichkeiten der Bewältigungsformen von Belastungen und Adaptionsverhalten auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene sowie durch deren enge inter- und transaktionale prozesshafte Verknüpfungen. Dem älteren Patienten dürfte weniger seine Multimorbidität und seine Polypathie wichtig sein. Sie sind Abstraktionen der Professionellen. Für ihn sind sein Husten, seine Hüfte u. a. schmerzhaft und damit aktuell empfindbar.

Das Alter ist eine noch unvollendete Phase der menschlichen Zivilisation mit vielen Schwachstellen, aber auch Chancen – es gilt, das positive Spektrum des im Alter Möglichen zu erweitern. Für den klinischen Bereich scheinen folgende Interessensschwerpunkte auch in Zukunft von Bedeutung zu sein:

- Identifizierung von Risikofaktoren für Krankheitsmanifestation und -verlauf
- Einfluss der Risikofaktoren auf den Krankheitsverlauf (Frage der Kompression der Morbidität)
- Ausschaltung oder Abschwächung von Risikofaktoren durch Umstellung der Lebensweise (Ernährung, körperliche Belastung etc.) und durch Medikamente
- Entwicklung und Prüfung neuer Pharmaka zur Beeinflussung chronischer Krankheiten des Alters
- Erforschung der Bedeutung des sozialen Umfeldes auf Diagnose, Verlauf und Therapie der Alternskrankheiten
- Einfluss von übergeordneten Regulationssystemen (neuroendokrines System, Immunsystem) auf den Ablauf von Alternskrankheiten.

Die Einstellung der Ärzte trägt wesentlich zur Bewältigung der Multimorbidität bei. Der Arzt ist aufgrund seiner Erfahrung bei der Behandlung akuter Krankheiten geneigt, das Ziel aller medizinischen Maßnahmen in der Senkung der krankheitsbedingten Mortalität zu sehen. Ziel aber muss vor allem die Senkung der Morbidität sein, mit der Folge, dass die altersabhängigen chronischen Krankheiten erst in späteren Lebensabschnitten manifest werden und möglicherweise die Krankheitsphase verkürzt wird.

6.4.3 Ausgewählte alterspezifische Krankheiten

6.4.3.1 Morbus Parkinson

Morbus Parkinson ist charakterisiert durch allgemeine Bewegungsarmut (Akinese), wie fehlende Mimik, Trippelgang, durch erhöhten Muskelwiderstand (Rigor) und Zittern (Tremor). Häufig ist diese Krankheit mit psychomotorischen Schwierigkeiten, psychischen Veränderungen oder depressiver Verstimmung verbunden (nach Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997).

Anhaltspunkte über die Häufigkeit in Österreich liefert die Spitalsentlassungsstatistik. Daraus ist ersichtlich, dass die Parkinson-Krankheit eine Alterskrankheit ist. So sind 1997 3.055 Männer und 4.278 Frauen im Alter von 65 Jahren oder älter mit der Diagnose Morbus Parkinson entlassen worden, während es bei den 45-64-jährigen insgesamt nur 693 sind (Tabelle 6.11).

In Wien stieg die Zahl der Aufnahmen von über 60-jährigen Männern mit der Diagnose Parkinson zwischen 1989 und 1994. Lediglich 1995 war ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Bei den Frauen war der Anstieg weniger ausgeprägt (Tabelle 6.12).

Bei der medikamentösen Therapie werden meist verschiedene Präparate kombiniert. Dabei muss

Tabelle 6.11:
Spitalsentlassungen in Österreich 1997 mit der Diagnose Morbus Parkinson

Alter	0 – 14	15 – 44	45 – 64	65 und älter
Männer	1	41	391	3.055
Frauen	1	11	302	4.278
gesamt	2	52	693	7.333

Quelle: ÖSTAT, 1999

Tabelle 6.12:
Stationäre Aufnahme von über 60-jährigen WienerInnen wegen Morbus Parkinson (1989-1995)

Jahr	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Männer	400	445	474	489	498	573	568
Frauen	577	629	677	699	648	679	608
gesamt	977	1.074	1.151	1.188	1.146	1.252	1.176

Quelle: ÖSTAT, nach Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997

Tabelle 6.13:
Stationäre Aufnahme von über 60-jährigen WienerInnen wegen Morbus Parkinson 1993/1995 (nach Altersgruppen, pro 100.000)

Alter	60 – 65	65 – 70	70 – 75	75 – 80	80 – 85	85 und älter
Männer	10,0	158,4	446,9	862,5	1.156,8	1.259,7
Frauen	36,1	111,9	215,7	456,1	614,8	551,5

Quelle: ÖSTAT, nach Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997

besonders auf eventuelle Wechselwirkungen geachtet werden. Eine genaue Überwachung seitens des Arztes ist notwendig. Es sollte aber nicht außer Acht gelassen werden, dass auch mit rehabilitativen Maßnahmen, wie Gymnastik für mehr Beweglichkeit, Sprachtherapie, sozialer Beratung und psychotherapeutischer Hilfe gute Erfolge erzielt werden. Eine Studie am Hanusch-Krankenhaus Wien mit Morbus Parkinson-Patienten zeigte, dass von 129 überlebenden PatientInnen zum Zeitpunkt der Aufnahme 28% vollständig mobil waren. Nach der Rehabilitation zum Zeitpunkt der Entlassung betrug der Prozentsatz 57%. Nur noch 6% von den anfangs 28% waren pflegebedürftig (nach Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997).

6.4.3.2 Osteoporose und Schenkelhalsbruch

Das Risiko, an Osteoporose zu erkranken, steigt mit dem Alter. Osteoporose bedeutet eine Verringerung der Knochenmasse, eine Verminderung der Stärke des Knochens und ein damit verbundenes erhöhtes Frakturrisiko. Besonders betroffen sind Oberschenkelknochen, Wirbelsäule und Unterarm.

Bei Frauen ist die Ursache für die primäre Osteoporose vor allem die Menopause, während bei den Männern andere Faktoren verantwortlich sind, die weitgehend noch unerforscht sind. Es werden aber ähnliche Risikofaktoren wie für Frauen diskutiert. Bei Männern häufiger ist die sekundäre Osteoporose, die meist durch Erkrankungen oder Therapien bedingt ist. Andere häufige Ursachen sind Alkoholkonsum, Hypogonadismus, Kortikoidtherapie und gastrointestinale Beschwerden. Auch geringes Körpergewicht, Bewegungsarmut und Rauchen begünstigen den Knochenschwund und stellen in weiterer Folge Risikofaktoren für Frakturen dar.

Obwohl Osteoporose als Frauenkrankheit gilt, betreffen 30% der Oberschenkelhalsfrakturen und 20% der Wirbelbrüche Männer. Die Female-Male-Ratio beträgt für Wirbelfrakturen 2:1 (Peris et al., 1996; nach Wiener Männergesundheitsbericht 1999). Für Oberschenkelhalsbrüche beträgt sie laut EU 3,71:1.

Die alterspezifischen Inzidenzraten für Schenkelhalsfrakturen betragen in Österreich bei 80-84-jährigen Frauen 138/10.000 und für 80-84-jährige Männer 54/10.000, für 85-jährige Frauen 351/10.000 und für 85-jährige Männer 110/10.000.

In bezug auf die Bedeutung der Osteoporose und der damit verbundenen Frakturen weist die EU auf die demografische Entwicklung hin, die vor allem in der Altersgruppe der 80-jährigen und älteren, die ja am stärksten von Osteoporose betroffen ist, zum Tragen kommt. In der EU wird diese Altersgruppe bei den Männern von 4,5 Millionen (1995) auf 17,4 Millionen im Jahr 2050 ansteigen. Bei den Frauen wird die Zahl der ab 80-jährigen von 8,9 Millionen auf 17,4 Millionen ansteigen. Die EU rechnet mit einem jährlichen Anstieg der Oberschenkelhalsfrakturen zwischen 0,5% und 3%. Die jährliche Anzahl wird von 414.000 (um das Jahr 2000) auf 972.000 im Jahr 2050 ansteigen. Die Female-Male-Ratio wird dabei geringer werden (nach Wiener Männergesundheitsbericht, 1999).

Zur Verbesserung der präventiven Maßnahmen gibt die EU folgende Empfehlungen:

- Mehr Informationen zur Inzidenz und Prävalenz der osteoporotischen Frakturen
- Kohärente Ernährungspolitik in der gesamten EU
- Bereitstellung verbesserter Diagnosemöglichkeiten
- Verbesserungen in der Patientenbetreuung, mit verbessertem Angebot an Gesundheitserziehung der „health professionals" und der Öffentlichkeit
- Vermehrte Förderung von Selbsthilfegruppen

6.4.3.3 Inkontinenz

Inkontinenz ist noch immer ein Tabuthema, obwohl eine große Zahl von Menschen in Österreich davon betroffen ist. Schätzungen bezüglich der Prävalenz der Inkontinenz sind höchst unterschiedlich.

Ab dem 60. Lebensjahr sind bis zu 40% der Frauen von Inkontinenz betroffen. Das Problem kommt bei älteren Frauen etwa doppelt so häufig vor wie bei älteren Männern. Für ältere Männer wird die Inkontinenzprävalenz auf 11 bis 34% geschätzt (Thom, 1998). Laut einer Untersuchung der Wiener Universitätsklinik für Physikalische Medizin und dem Institut für Sozialmedizin der Universität Wien leiden etwa 20% der Frauen zwischen 40 und 60 Jahren laut eigenen Angaben unter Harninkontinenz, wobei 75% diesbezüglich noch nie einen Arzt aufgesucht haben (Uher et al., 1995).

Bei einer Untersuchung in 347 Arztpraxen (niedergelassene praktische Ärzte, Internisten, Urologen) wurden die Ärzte gebeten, jeweils die nächsten 20 über 50 Jahre alten Patienten/Innen, die in die Sprechstunde kamen, intensiv in Hinblick auf Harninkontinenz zu befragen und zu untersuchen (ca. 7.000 Patienten). Die Ergebnisse sind beeindruckend. Jeder zweite über 50-jährige Patient, der sich in ambulanter Behandlung befindet, leidet unter Harninkontinenz (Männer 41%, Frauen 65%). Unter den 50- bis 59-jährigen sind es 27%, unter den 80- bis 84-jährigen 73%.

Vor allem Patienten in der Altersgruppe zwischen 50 und 75 Jahren vermeiden es, über ihr Problem Inkontinenz zu sprechen. Knapp die Hälfte (44,1%) hat darüber noch nie mit dem Arzt gesprochen, obwohl etwa bei 70% von ihnen die Harninkontinenz seit über einem Jahr besteht.

Bei über 25% aller Aufnahmen in ein Altersheim ist Inkontinenz der Grund. 60% aller Bewohner von Senioren-, Alten- und Pflegeheimen, aber auch ein Drittel der zu Hause wohnenden 80-jährigen leiden an Inkontinenz. Inkontinenz ist aber auch ein großes psychosoziales Problem. Die Betroffenen reagieren mit Scham, Schuldgefühlen und Angst vor Rollenverlust und Isolation. Auch Beziehungsstörungen können die Folge sein.

Jedoch kann man bei rechtzeitiger Erkennung des Problems vor allem den häufigsten Formen der Inkontinenz im Alter, nämlich der Drang- und Stressinkontinenz, mit entsprechender Therapie begegnen. Bis zu 86% wären einer Behandlung zugänglich. Dabei können physikalische Maßnahmen (Beckenboden-, Miktions- und Toilettentraining, Autogenes Training), medikamentöse und chirurgische Therapien (z. B. neue Verankerung nach Uterussenkung) eingesetzt werden (Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997).

6.4.3.4 Prostatahypertrophie

Die benigne Prostatahypertrophie zählt zu den häufigsten Erkrankungen der älteren Männer. Ab dem 3. Lebensjahrzehnt ist sie histologisch nachweisbar. Die Inzidenz der klinisch nachweisbaren Prostatahypertrophie steigt von 14% der Männer zwischen 40 und 49 Jahren auf 43% bei den 60- bis 69-jährigen. Die Prävalenz von Beschwerden beim Urinieren wird mit 90% beschrieben (Koskimäki et al., 1998).

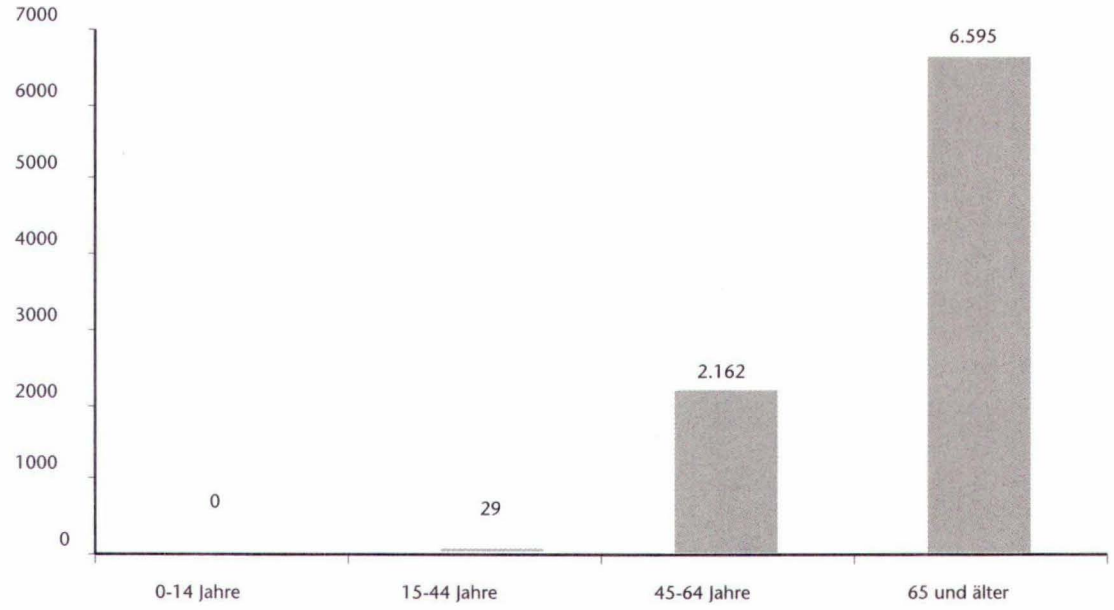
Aus der Spitalsentlassungsstatistik ist ersichtlich, dass in Österreich 1997 8.786 Männer mit der Diagnose benigne Prostatahyperplasie entlassen wurden. Mehr als zwei Drittel davon (6.595) sind 65 Jahre oder älter. 2.162 sind zwischen 45 und 65 Jahre alt (ÖSTAT, 1999) (Abbildung 6.8).

Schwarz et al. (1993) haben die jährlichen Spitalskosten für die Behandlung der benignen Prostatahyperplasie in Österreich für das Jahr 1990 berechnet. Die Summe betrug 306 Millionen Schilling für alle Spitäler. 10.710 Patienten mit 138.761 Pflegetagen wurden registriert. Die Zahl der Männer mit benigner Prostatahyperplasie wird auf 770.000 geschätzt. So wurden die Kosten von 1,3% der Betroffenen verursacht. Die gesundheitlichen und ökonomischen Aspekte der benignen Prostatahyperplasie werden unterschätzt, da eine tatsächliche Erfassung nicht vorliegt (Schwarz et al., 1993, nach Wiener Männergesundheitsbericht 1999).

6.4.3.5 Prostatakarzinom

Weltweit gesehen kommt das Prostatakarzinom in Europa, Nordamerika und Australien am häufigsten vor. Jährlich werden weltweit 400.000 neue

Abbildung 6.8:
Anzahl der Männer in Österreich, die 1997 mit der Diagnose benigne Prostatahyperplasie entlassen wurden (Spitalsentlassungsstatistik 1997)



Quelle: ÖSTAT, 1999

Fälle diagnostiziert. Am häufigsten betroffen sind Männer über dem 70. Lebensjahr (WHO, 1998).

Die Risikofaktoren für das Prostatakarzinom sind weitgehend unbekannt. Eine positive Familienanamnese und hohe Fettzufuhr haben sich bislang in allen Studien als Risikofaktor erwiesen. Das relative Risiko ist besonders bei Familienangehörigen ersten Grades mit Prostatakarzinom erhöht und steigt weiter, wenn mehrere Familienangehörige betroffen sind. Bei positiver Familienanamnese ist das Risiko für ein Auftreten des Karzinoms im jüngeren Alter (vor dem 50. Lebensjahr) besonders erhöht (Wiener Männergesundheitsbericht 1999).

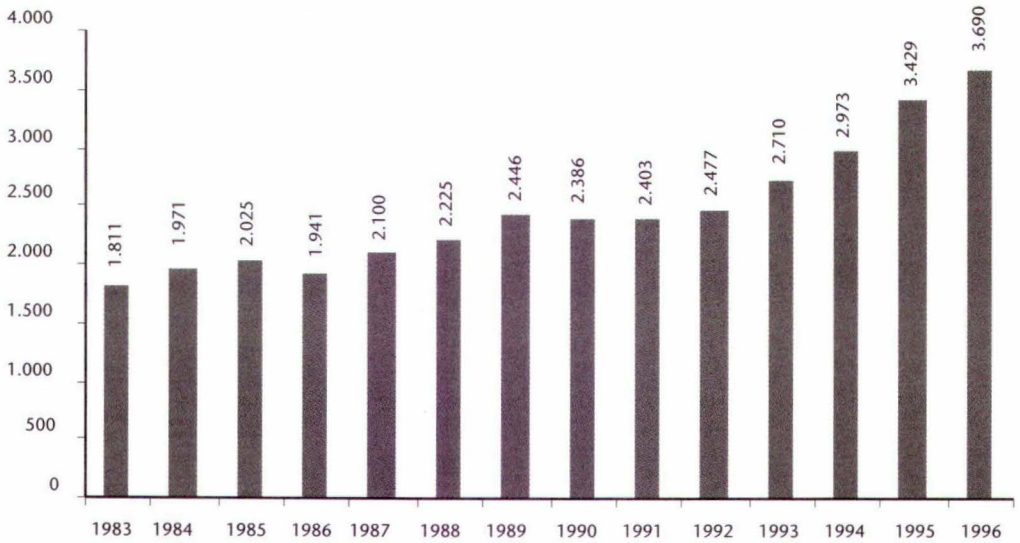
Das Lebenszeitrisiko, unabhängig von genetischen Faktoren, beträgt 10-15% (erhoben in nordamerikanischen Studien). Ein erhöhtes Risiko für ein Prostatakarzinom wird beschrieben für Landwirte, Arbeiter in metallverarbeitenden Betrieben und Mechaniker (Van der Gulden et al., 1992). Jedoch sind die Risikofaktoren auch für diese Bereiche nicht bekannt. Bisher wurden als mögliche Risikofaktoren hoher Fettkonsum, Adipositas, Tabakkonsum sowie Cadmiumexposition diskutiert. Hormonelle und sozioökonomische Faktoren werden ebenfalls diskutiert (Wiener Männergesundheitsbericht 1999).

Betrachtet man die Entwicklung der Inzidenz des Prostatakarzinoms von 1983 bis 1996 in Österreich, sieht man, abgesehen von geringen Schwankungen, eine steigende Tendenz. 1983 lag die Inzidenz bei 1.811 Fällen, 1996 betrug sie schon 3.690 Fälle (ÖSTAT, 1999) (Abbildung 6.9).

1997 starben in Österreich 1.184 Männer an einem Prostatakarzinom. 28% der Verstorbenen waren 85 Jahre alt oder älter. 21% waren zwischen 80 und 84 Jahre alt. 7% der an einem Prostatakarzinom Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt (ÖSTAT, 1999) (Abbildung 6.10).

Abbildung 6.9:

Entwicklung der Inzidenz des Prostatakarzinoms in Österreich 1983-1996

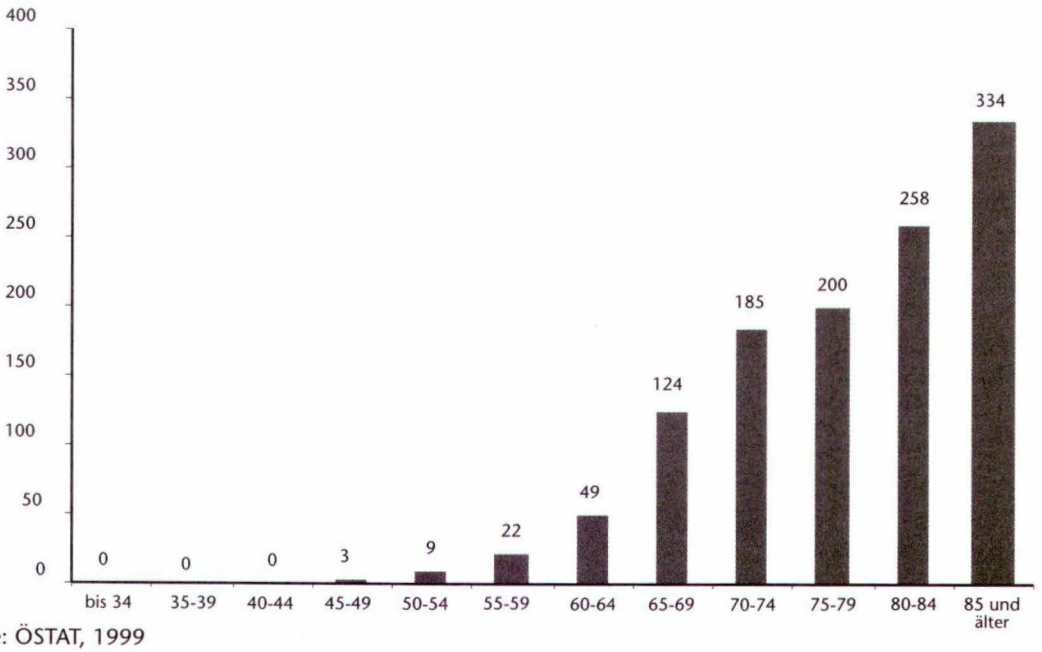


Quelle: ÖSTAT, 1999

Es ist anzunehmen, dass das Prostatakarzinom aufgrund der steigenden Lebenserwartung einen noch stärkeren Einfluss auf die Gesundheit der männlichen Bevölkerung haben wird. Obwohl bislang in wissenschaftlichen Untersuchungen noch nicht geklärt werden konnte, ob durch ein Prostata-

Abbildung 6.10:

1997 in Österreich an Prostatakarzinom Verstorbene nach Alter



Quelle: ÖSTAT, 1999

Screening die Mortalität gesenkt werden kann, wird aufgrund der Häufigkeit des Tumors die Empfehlung eines bevölkerungsweiten Screenings für Männer ab dem 50. Lebensjahr diskutiert (Wiener Männergesundheitsbericht 1999).

6.4.3.6 Demenzerkrankungen

Man unterscheidet zwischen primären und sekundären Demenzen. Primäre Demenzen sind durch eigenständige Gehirnerkrankungen, degenerativer oder vaskulärer Art, bedingt. Dazu zählen Morbus Alzheimer, die senile Demenz vom Alzheimer Typ und die vaskuläre Demenz. Von der vaskulären Demenz spricht man nach einem einmaligen ausgeprägten Hirninfarkt oder nach wiederholten kleineren Hirninfarkten (Multiinfarkt-Demenz). Bei den sekundären Demenzen liegt die Ursache außerhalb des Gehirns, führt aber in weiterer Folge zu Schädigungen des Gehirns (z. B.: akuter Sauerstoffmangel, Vergiftungen mit Alkohol oder Drogen, Mangelerscheinungen etc.; Wiener Seniorengesundheitsbericht).

Zu den Risikofaktoren der Multiinfarkt-Demenz zählen vor allem Bluthochdruck, starkes Rauchen, Diabetes und Übergewicht. Diese sind also im Prinzip die gleichen wie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall. Eine Senkung der Prävalenz der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedeutet auch eine Senkung des Risikos für die Multiinfarkt-Demenz (Wiener Männergesundheitsbericht).

Die Inzidenz der Alzheimer-Krankheit wird für Männer auf 16,5/100.000 geschätzt, für Frauen auf 28,2/100.000. Für die Multiinfarkt-Demnez wird die Inzidenz bei Männern auf 25,1/100.000 und bei Frauen auf 13,4/100.000 geschätzt (McGanical et al., 1993).

Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen kann in Österreich derzeit nur geschätzt werden. Die altersspezifische Prävalenz von Demenzerkrankungen beträgt 4% bei den 70-74-jährigen, ansteigend auf 13% bei den 80-84-jährigen und beträgt 35% bei den 95-jährigen und Älteren (Hofmann et al., 1991).

Aufgrund der Zunahme betagter und hochbetagter Menschen wird es auch zu einem Anstieg der Demenzerkrankungen kommen. In den OECD-Ländern rechnet man mit einer Zunahme von 4,4 Millionen im Jahr 1980 auf 6,14 Millionen zur Jahrtausendwende und mit 12,3 Millionen im Jahr 2050 (Wettstein, 1991).

Haidinger et al. (1992) haben, basierend auf internationalen epidemiologischen Studien, die Entwicklung der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ und der Alzheimer Demenz bis 2050 berechnet. Die Prävalenz der beiden Demenzen wird für das Jahr 2000 auf 662,74/100.000 bei den über 64-jährigen und auf 268,04/100.000 bei den über 84-jährigen geschätzt. Im Jahr 2050 wird sie schon bei 1.505,30/100.000 und 736,16/100.000 liegen (Abbildung 6.11).

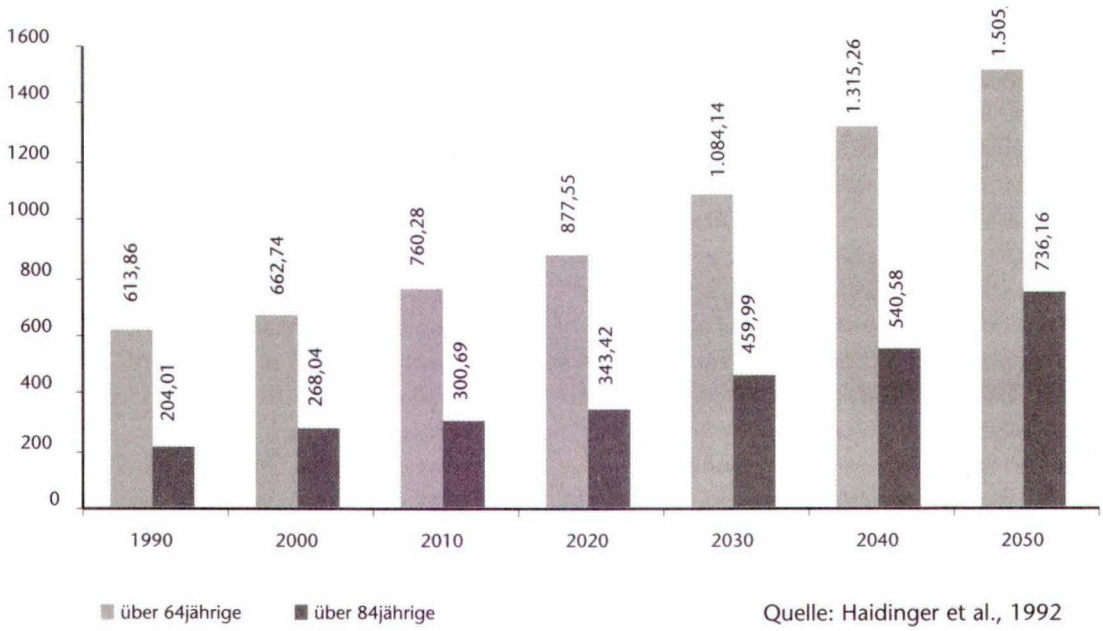
Aber nicht nur der Anstieg der Prävalenz von Demenzen, sondern auch der hohe Hilfebedarf, den Demente zunehmend haben, stellt ein Problem dar. Schwierigkeiten entstehen oft durch falsches Verhalten der Angehörigen. Die Patienten reagieren dann gereizt und aggressiv oder depressiv und ziehen sich zurück (Ermini-Fünfschilling, 1995; nach Wiener Seniorengesundheitsbericht). Helfen können hier Beratung und Therapie, die sowohl den Patienten als auch die Angehörigen ansprechen.

6.4.3.7 Depression, psychische Krankheiten

Die Symptome der Depression sind vielfältig. Die Symptome teilt man nach der dritten Revision des DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DMS-III-R; American Psychiatric Society) ein. Dazu gehören: depressive Stimmungslage, vermindertes Interesse an den üblichen Aktivitäten, signifikante Gewichtsveränderungen, Schlafstörungen, psychomotorische Agitation, Zurückgezogenheit, Müdigkeit und Energieverlust, Gefühl der Wertlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Entscheidungsschwäche, Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche.

Meist sind Depressionen noch von anderen Erkrankungen und Beschwerden, wie Ängstlich-

Abbildung 6.11:
Entwicklung der Prävalenz von Alzheimer-Demenz und seniler Demenz vom Alzheimer-Typ bis zum Jahr 2050 (auf 100.000)



Quelle: Haidinger et al., 1992

keit, Soziopathien oder Drogenmissbrauch, begleitet (Wiener Männergesundheitsbericht 1999).

Im Alter bestehen oft Zusammenhänge zwischen körperlicher Verfassung (Gebrechlichkeit) und der seelischen Befindlichkeit. Vor allem bei den älteren Frauen scheinen sich gesundheitliche Probleme stärker auf die Psyche auszuwirken (Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997). Bei Frauen treten Depressionen wesentlich häufiger auf als bei Männern. Das Verhältnis liegt bei etwa 60 zu 40. Meist werden dafür hormonelle Einflüsse und soziale Faktoren verantwortlich gemacht. Es wird immer noch diskutiert, ob die psychologischen Symptome, über die postmenopausale Frauen berichten, direkt auf den Östrogenmangel zurückzuführen sind, oder ob sie eine Folge der veränderten Lebenssituation sind – die Kinder werden selbständig, die Frauen machen sich Sorgen um die Zukunft etc. Frauen nehmen auch nicht nur häufiger Psychotherapien in Anspruch, sie schlucken auch mehr Psycholeptika und andere Medikamente, die das Zentralnervensystem beeinflussen. Diese Zustände können verschiedenste Ursachen haben.

Aufgrund der höheren Lebenserwartung kommt es häufig dazu, dass Frauen ihren Lebenspartner verlieren. Die Angst alleine zu sein, stellt für viele Frauen ein schwer zu bewältigendes Problem dar. Oft kommt auch noch die Angst über die finanzielle Situation hinzu. Auch sind Frauen öfter von Krankheiten betroffen (Osteoporose, Demenz; fact sheets, 1998).

Im Rahmen der SERMO-Studie gaben 2,2% der Befragten in Wien an, zum Zeitpunkt der Befragung „Niedergedrücktheit" (Depression) zu verspüren. Der Anteil der Frauen ist mit 2,7% höher als der der Männer (1,5%). Die Perio-

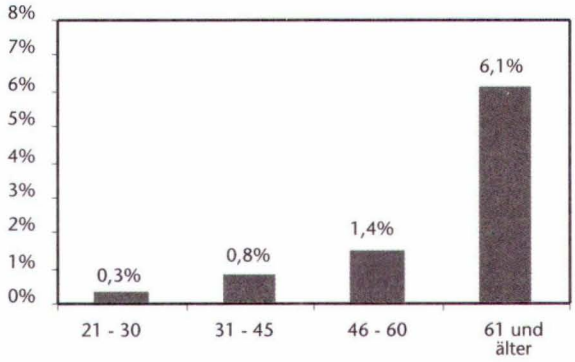
www.parlament.gv.at

denprävalenz für 1995 ergab 5,9% der Befragten in Wien. Besonders auffällig ist der Anstieg der Häufigkeit mit dem Alter. So gaben bei den 46-60-jährigen 1,4% an, an „Niedergedrücktheit" zu leiden, bei den über 60-jährigen waren dies schon 6,1% (Abbildung 6.12).

Vergleicht man Männer und Frauen, so sieht man, dass bis zum Alter von 60 Jahren meist etwas mehr Männer unter „Niedergedrücktheit" leiden als Frauen. Erst ab 61 Jahren steigt die Prävalenz bei den Frauen an. Sie beträgt bei den Männern 3,3% und bei den Frauen 7,6% (Abbildung 6.13).

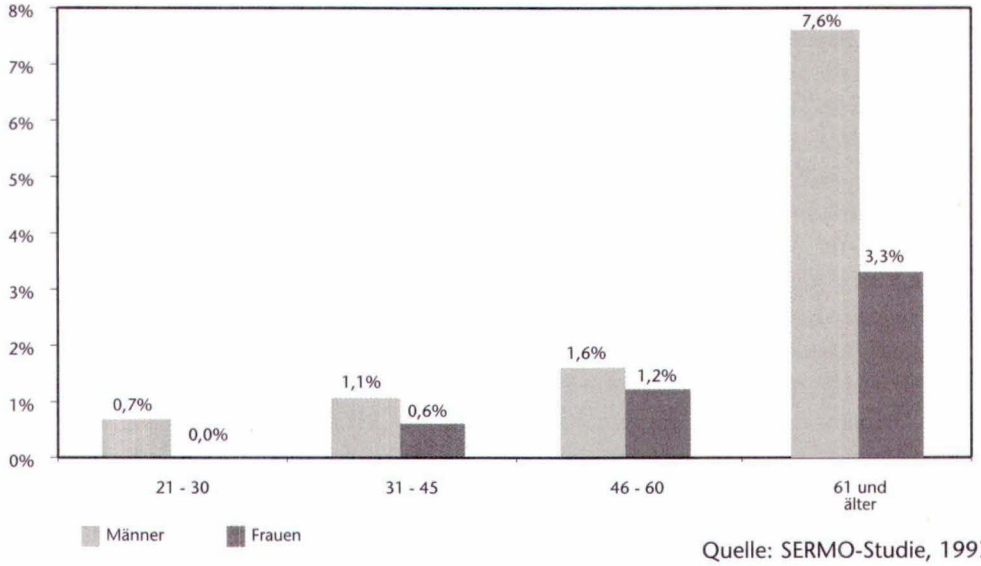
Ebenfalls interessant ist das gemeinsame Auftreten von „Niedergedrücktheit" und anderen Beschwerden. So leiden von momentan „niedergedrückten" Personen 30,8% auch an Schlafstörungen, 24,3% an Nervosität und 34,3% an Schwäche. Bei der übrigen Bevölkerung sind dies weniger als 10%.

Abbildung 6.12:
Punktprävalenz der Niedergedrücktheit (Depression) in Wien nach Alter



Quelle: SERMO-Studie, 1997

Abbildung 6.13:
Punktprävalenz der Niedergedrücktheit (Depression) in Wien nach Alter und Geschlecht



Quelle: SERMO-Studie, 1997

Ebenfalls ein Zusammenhang besteht zwischen Depression und regelmäßigem Medikamentenkonsum. 34% der momentan Niedergedrückten nehmen regelmäßig Medikamente gegen Schlafstörungen, dagegen nur 6,8% der gesamten Wiener Bevölkerung, gegen Nervosität 31,7% (vs. 2,6% der gesamten Wiener Bevölkerung) und gegen Kopfschmerzen 24,2% (vs. 8,0% der gesamten Wiener Bevölkerung) (fact sheets, 1998).

6.4.4 Häufigkeit von Krebserkrankungen

Das beim ÖSTAT geführte „Österreichische Krebsregister" liefert Information über Krebsneuerkrankungen und damit über die sog. Krebsinzidenz. Das Register basiert auf dem Krebsstatistikgesetz von 1969, wonach alle Krebserkrankungsfälle von den Krankenanstalten, Untersuchungsstellen der Gebietskörperschaften zur Früherkennung von Krebserkrankungen sowie Instituten der Pathologischen Anatomie und der Gerichtlichen Medizin an das Krebsregister zu melden sind. Seit Anfang der 80er Jahre kann man von einem hohen, stabilen Erfassungsgrad sprechen. [4]

Jährlich wird bei etwa jedem 50. Österreicher und bei jeder 80. Österreicherin im Alter von 60 und mehr Jahren eine Krebsneuerkrankung diagnostiziert. Insgesamt erkrankten im Jahr 1996 12.786 Männer und 12.298 Frauen in diesem Alter an Krebs.[5] Das entspricht 2,1% der männlichen bzw. 1,2% der weiblichen Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren. Bereinigt um Effekte der unterschiedlichen Altersstruktur haben Männer über 60 Jahre damit ein um etwa 75% höheres Risiko, an einer bösartigen Neubildung zu erkranken als Frauen.

Bei der Krebssterblichkeit ist seit Beginn der 80er Jahre bei beiden Geschlechtern ein kontinuierlich rückläufiger Trend zu beobachten (siehe Abschnitt 7.5.1.2). Die altersstandardisierte Krebsinzidenz[6] bei den über 60-jährigen nahm dagegen keinen so positiven Verlauf (Tabelle 6.14 und Tabelle 6.15). Bei den Frauen kam es zwischen 1983 und 1996 nur zu einem leichten Rückgang der Erkrankungshäufigkeit im Ausmaß von 3%. Bei den gleichaltrigen Männern zeigt sich für diesen Zeitraum sogar ein Anstieg um 8%. Dieser Anstieg ist jedoch auf die Entwicklung in der ersten Hälfte dieser Periode zurückzuführen, während die Krebsinzidenz bei Männern seit dem Jahr 1989 ebenfalls leicht rückläufig ist. Der bei weitem stärkere Rückgang in der Krebsmortalität ist dabei u. a. auf zwei Faktoren zurückzuführen: Zum einen werden Tumore durch Vorsorge und gezieltes Screening früher erkannt, zum anderen kam es in den letzten Jahren zu Verbesserungen in der Behandlung von Krebserkrankungen.

Die häufigste Krebslokalisation der über 60-jährigen Männer ist das Prostatakarzinom. Ein Viertel aller Krebserkrankungen sind auf diesen Tumor zurückzuführen. Danach folgen Darmkrebs und Lungenkrebs (je 16%), Krebs der Harnblase (8%)

4 Krebsregister leiden teilweise unter der Unvollständigkeit der Meldungen. Im Österreichischen Krebsregister werden seit 1983 die sogenannten DCO-Fälle (Death-Certificate-Only) ermittelt und den gemeldeten Neuerkrankungen hinzugezählt. Diese DCO-Fälle sind jene Krebssterbefälle, die zuvor nicht dem Krebsregister gemeldet wurden. Damit wird die Vollständigkeit der Daten verbessert. Einerseits handelt es sich bei den DCO-Fällen um Krebserkrankungen, die erst beim Tod festgestellt wurden (zumeist bei hohen Altersgruppen), andererseits werden nicht-gemeldete Krebsmeldungen entdeckt. Der Anteil der DCO-Fälle an der Krebsinzidenz ist auch ein Indikator für die Vollständigkeit eines Krebsregisters und betrug in Österreich im Jahr 1996 15,5%. Ab dem Berichtsjahr 1997 wurde die Aufarbeitungsmethode der Krebsmeldeblätter im Österreichischen Krebsregister grundlegend geändert (von einer manuellen Erfassung wurde auf eine Eingabesoftware übergegangen). Durch die Umstellung kam es jedoch zu Verzögerungen in der Aufarbeitung, wodurch das letztverfügbare Jahr das Berichtsjahr 1996 ist.

5 Diese Zahlen beinhalten keine Carcinoma in situ-Fälle (also nur invasive Karzinome) sowie keine nicht-melanotischen Hauttumore.

6 Das ist die vom Einfluss der Altersstruktur bereinigte Häufigkeit des Auftretens neu diagnostizierter Krebserkrankungen.

www.parlament.gv.at

Tabelle 6.14:

Altersstandardisierte Krebserkrankungsrate 1983-1996: Männer im Alter von 60 und mehr Jahren

Krebslokalisation <ICD-Code der 9. Rev.>	Altersstandardisierte Erkrankungsrate (auf 100.000 Personen)					Indexwert für 1996	
	1983	1986	1989	1992	1996	(1983 =100)	(Frauen =100)
60+-Jährige insgesamt							
Alle Lokalisationen <140–208>	1.868,4	1.847,0	2.039,4	1.962,8	2.019,9	108	177
Ausgewählte Krebslokalisationen							
B.N. des Magens <151>	220,0	203,5	183,9	160,7	127,3	58	191
B.N. des Kolorektum <153, 154>	289,8	277,4	316,3	317,2	323,5	112	183
B.N. der Leber <155>	45,7	47,2	53,7	58,0	64,3	141	306
B.N. der Bauspeicheldrüse <157>	67,9	68,3	66,6	71,6	68,0	100	139
B.N. der Lunge <162>	390,7	368,2	371,0	348,4	315,6	81	425
B.N. der Prostata <185>	302,3	318,4	400,2	387,8	517,3	171	–
B.N. der Harnblase <188>	138,6	147,0	163,2	149,1	154,0	111	487
60– bis unter 75–Jährige							
Alle Lokalisationen<140–208>	1.453,2	1.454,4	1.636,5	1.555,2	1.660,0	114	174
Ausgewählte Krebslokalisationen							
B.N. des Magens <151>	167,0	153,5	130,1	115,5	96,3	58	222
B.N. des Kolorektum <153, 154>	226,8	207,9	257,2	249,9	260,9	115	196
B.N. der Leber <155>	40,5	42,2	47,8	51,8	58,4	144	356
B.N. der Bauspeicheldrüse <157>	55,7	58,4	54,1	53,9	50,6	91	148
B.N. der Lunge <162>	326,4	319,6	329,9	309,6	284,5	87	424
B.N. der Prostata <185>	188,8	197,3	275,6	249,8	406,2	215	–
B.N. der Harnblase <188>	102,1	117,7	129,4	118,4	118,1	116	516
75+-Jährige							
Alle Lokalisationen<140–208>	3.114,0	3.024,8	3.247,8	3.185,7	3.099,5	100	183
Ausgewählte Krebslokalisationen							
B.N. des Magens <151>	379,0	353,5	345,4	296,4	220,5	58	162
B.N. des Kolorektum <153, 154>	478,5	486,0	493,8	518,9	511,3	107	165
B.N. der Leber <155>	61,0	61,9	71,6	76,5	81,7	134	236
B.N. der Bauspeicheldrüse <157>	104,5	98,0	104,1	124,6	120,4	115	129
B.N. der Lunge <162>	583,5	514,2	494,1	465,0	409,0	70	428
B.N. der Prostata <185>	642,6	681,7	774,1	801,8	850,5	132	–
B.N. der Harnblase <188>	248,2	234,7	264,5	241,1	261,8	105	452

Quelle: ÖSTAT, Krebsregister und Todesursachenstatistik, Arbeitstabellen.

und Magenkrebs (6%). Bei den älteren Frauen tritt der Brustkrebs am häufigsten auf, nämlich bei 23% aller an einem bösartigen Tumor erkrankten Frauen. An zweiter Stelle liegt der Darmkrebs (17%), danach folgen Lungenkrebs (6%), Magenkrebs (6%) und Krebs des Gebärmutterkörpers (5%).

Gegensätzliche geschlechtsspezifische Entwicklungen in der Krebsinzidenzrate sind beim Lungenkrebs zu beobachten. Während die altersstandardisierte Rate bei den über 60-jährigen Männern zwischen 1983 und 1996 um 20% zurückging, stieg sie bei den Frauen um 23%. Durch die gegenläufigen Trends bei Frauen und Männern näherten sich die Lungenkrebsinzidenzraten der Geschlechter zwar tendenziell etwas an, es bestehen aber immer noch enorme Unterschiede: Männer hatten 1996 eine 4,2mal so hohe Erkrankungsrate wie Frauen; 1983 war sie 6,5mal so hoch gewesen. Dieser Trend, der vor allem auf den steigenden Anteil an Raucherinnen zurückzuführen ist, dürfte sich in nächster Zeit fortsetzen.

Weitaus günstiger entwickelte sich für ältere Frauen die Erkrankungsrate an Darmkrebs. Der altersbereinigte Rückgang betrug hier 14%. Bei den Männern wurde dagegen zwischen 1983 und 1996 ein Anstieg im Ausmaß von 12% registriert. Dementsprechend änderte sich auch das Geschlechterverhältnis: die Krebsinzidenzrate ist derzeit (1996) bei den Männern um 83% höher als jene der Frauen (1983: 41%).

Sehr starke Rückgänge bei beiden Geschlechtern sind dagegen beim Magenkrebs zu beobachten. Die altersbereinigte Krebsinzidenzrate verringerte sich seit 1983 bei Männern wie bei Frauen um 42%. Im Vergleich zu den Frauen ist das Risiko an Magenkrebs zu erkranken für Männer damit nach wie vor doppelt so hoch.

Im Gegensatz zum deutlichen Rückgang der Sterberate ist die Inzidenz des Krebses der Harnblase bei den Frauen nur wenig zurückgegangen (–6% gegenüber 1983) und bei den Männern sogar angestiegen (+11%). Allerdings gibt es von Jahr zu Jahr starke Schwankungen, die keinen eindeutigen Trend erkennen lassen. Die Unterschiede im Erkrankungsrisiko zwischen Männern und Frauen sind sehr hoch: Männer haben ein beinahe fünfmal höheres Risiko, am Krebs der Harnblase zu erkranken als Frauen.

Beim Krebs der Bauchspeicheldrüse ist die altersbereinigte Krebsinzidenzrate bei den über 60-jährigen Männern und Frauen seit 1983 stagnierend. Bei den Männern tritt diese Lokalisation häufiger auf als bei den Frauen: Das männliche Erkrankungsrisiko liegt um 40% über jenem der Frauen. Große geschlechtsspezifische Unterschiede treten auch beim Leberkrebs auf: Männer erkranken etwa dreimal so häufig daran als Frauen. Auch der zeitliche Trend ist für Männer ungünstiger: Die altersbereinigten Inzidenzraten sind im Zeitraum 1983 bis 1996 um 41% gestiegen, bei den Frauen dagegen nur um 15%.

Bei Männern war der Lungenkrebs lange Zeit die häufigste Krebslokalisation. In den letzten Jahren wurde der Lungenkrebs vom Prostatakarzinom als „Spitzenreiter" abgelöst. Denn zwischen 1983 und 1996 stieg die altersstandardisierte Erkrankungsrate der über 60-jährigen um insgesamt 71%. Im selben Zeitraum erhöhte sich die Sterberate an Prostatakrebs nur wenig. Der starke Anstieg der dem Krebsregister gemeldeten Erkrankungsfälle dürfte damit hauptsächlich auf die vermehrte Früherkennung (Prostata-Screening) zurückzuführen sein.

Ein ähnliches Phänomen zeigt sich beim weiblichen Brustkrebs. Die Brustkrebssterblichkeit wird seit Anfang der 90er Jahre geringer, während die altersbereinigte Erkrankungsrate stetig zunimmt. Auch hier wurde durch vermehrtes Screening („Mammografie") eine frühere Erkennung erreicht, wodurch die Heilungschancen wesentlich stiegen.

Der stark rückläufige Trend bei der Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs beruht dagegen auf einer gleichfalls massiv verringerten Neuerkrankungsrate bei über 60-jährigen Frauen. Seit 1983 halbierte sich die altersstandardisierte

www.parlament.gv.at

Tabelle 6.15:

Altersstandardisierte Krebserkrankungsrate 1983-1996: Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren

Krebslokalisation <ICD-Code der 9. Rev.>	Altersstandardisierte Erkrankungsrate (auf 100.000 Personen)					Indexwert für 1996	
	1983	1986	1989	1992	1996	(1983 =100)	(Frauen =100)
60+-Jährige insgesamt							
Alle Lokalisationen <140–208>	1.178,1	1.133,6	1.219,9	1.169,9	1.138,7	97	56
Ausgewählte Krebslokalisationen							
B.N. des Magens (151)	115,2	101,2	89,5	81,4	66,6	58	52
B.N. des Kolorektum (153, 154)	205,1	188,5	207,3	189,3	177,1	86	55
B.N. der Leber (155)	18,2	17,5	17,3	20,1	21,0	115	33
B.N. der Bauspeicheldrüse (157)	50,4	50,5	49,3	50,2	48,9	97	72
B.N. der Lunge (162)	60,4	63,2	70,0	67,3	74,3	123	24
B.N. der Brustdrüse (174)	223,0	233,8	268,6	259,0	276,7	124	–
B.N. der Zervix Uteri (180)	48,6	39,6	32,8	31,0	23,2	48	–
B.N. des Corpus Uteri (182)	73,1	67,5	72,6	74,1	69,2	95	–
B.N. d. Ovars u. sonst. Adnexe (183)	61,5	57,7	61,3	61,8	64,2	104	–
B.N. der Harnblase (188)	33,7	32,5	36,8	33,7	31,7	94	21
60– bis unter 75–Jährige							
Alle Lokalisationen<140–208>	982,3	938,6	1.009,1	970,7	952,5	97	57
Ausgewählte Krebslokalisationen							
B.N. des Magens (151)	72,2	65,4	54,1	52,4	43,3	60	45
B.N. des Kolorektum (153, 154)	161,1	142,3	159,1	141,0	132,8	82	51
B.N. der Leber (155)	14,1	13,8	13,0	14,9	16,4	116	28
B.N. der Bauspeicheldrüse (157)	36,1	35,8	30,7	35,9	34,1	94	67
B.N. der Lunge (162)	51,6	57,8	62,1	58,3	67,2	130	24
B.N. der Brustdrüse (174)	210,8	215,8	249,0	237,4	254,9	121	–
B.N. der Zervix Uteri (180)	51,7	40,9	31,4	29,0	22,7	44	–
B.N. des Corpus Uteri (182)	74,6	71,4	76,8	78,2	68,7	92	–
B.N. d. Ovars u. sonst. Adnexe (183)	57,5	52,0	56,1	55,6	58,7	102	–
B.N. der Harnblase (188)	25,2	25,0	27,8	22,1	22,9	91	19
75+-Jährige							
Alle Lokalisationen<140–208>	1.765,2	1.718,7	1.852,5	1.767,5	1.697,2	96	55
Ausgewählte Krebslokalisationen							
B.N. des Magens (151)	244,3	208,5	195,8	168,2	136,4	56	62
B.N. des Kolorektum (153, 154)	337,1	326,9	351,9	334,1	309,9	92	61
B.N. der Leber (155)	30,5	28,7	30,0	35,8	34,6	114	42
B.N. der Bauspeicheldrüse (157)	93,4	94,4	105,2	93,2	93,4	100	78
B.N. der Lunge (162)	86,7	79,6	93,8	94,5	95,6	110	23
B.N. der Brustdrüse (174)	259,7	287,9	327,4	323,7	341,9	132	–
B.N. der Zervix Uteri (180)	39,6	35,7	37,1	37,1	24,6	62	–
B.N. des Corpus Uteri (182)	68,7	55,9	59,7	61,7	70,8	103	–
B.N. d. Ovars u. sonst. Adnexe (183)	73,7	74,8	76,8	80,6	80,6	109	–
B.N. der Harnblase (188)	59,1	55,3	63,8	68,5	58,0	98	22

Quelle: ÖSTAT, Krebsregister und Todesursachenstatistik, Arbeitstabellen.

Inzidenzrate. Der Krebs des Gebärmutterkörpers (Corpus Uteri) sowie der Eierstöcke (Ovar und sonstige Adnexe) lässt dagegen keinen klaren Trend erkennen. 1996 lag die Krebsinzidenz des Corpus Uteri bei den über 60-Jährigen gering unter den Werten von 1983 (–5%), jene der Eierstöcke lag um 4% darüber. Bei beiden Lokalisationen traten dazwischen starke zeitliche Schwankungen auf.

6.4.5 Häufigste Todesursachen[7]

In modernen Industriegesellschaften sterben die meisten älteren Menschen an chronisch-degenerativen Krankheiten. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bilden dabei die bei weitem häufigste Todesursache (Tabelle 6.16). So verstarben in Österreich im Durchschnitt der Jahre 1996/98 insgesamt 54% der Männer und 63% der Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, wobei akute Myokardinfarkte, chronisch-ischämische Herzkrankheiten sowie Hirngefäßkrankeiten ungefähr gleich häufig auftreten. Bei rund einem Viertel (Männer) bzw. einem Fünftel (Frauen) aller Sterbefälle der über 60-jährigen Bevölkerung liegen Krebserkrankungen zugrunde.

Beim Krebs der Bauchspeicheldrüse ist die altersbereinigte Krebsinzidenzrate bei den über 60-jährigen Männern und Frauen seit 1983 stagnierend. Bei den Männern tritt diese Lokalisation häufiger auf als bei den Frauen: Das männliche Erkrankungsrisiko liegt um 40% über jenem der Frauen. Große geschlechtsspezifische Unterschiede treten auch beim Leberkrebs auf: Männer erkranken etwa dreimal so häufig daran als Frauen. Auch der zeitliche Trend ist für Männer ungünstiger: Die altersbereinigten Inzidenzraten sind im Zeitraum 1983 bis 1996 um 41% gestiegen, bei den Frauen dagegen nur um 15%.

Insgesamt 8 von 10 Sterbefälle beruhen damit sowohl bei Männern wie bei Frauen über 60 auf einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder einer Krebserkrankung. Das erreichte Lebensalter spielt dabei kaum eine Rolle (Abbildung 6.14). Allerdings gewinnen Herz-Kreislauf-Erkrankungen im höheren Lebensalter als Todesursache immer mehr an Bedeutung, während der Anteil der Krebssterbefälle immer geringer wird. So sind bei den 60- bis 64-jährigen 40% der männlichen und ein Drittel der weiblichen Sterbefälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen, bei den über 85-jährigen dagegen rund zwei Drittel aller männlichen und beinahe drei Viertel aller weiblichen Sterbefälle. Gleichzeitig nimmt der Anteil der Krebssterbefälle unter den Hochbetagten „nur" noch ein Sechstel bei den Männern und ein Zehntel bei den Frauen ein.

7 Die Zuordnung der Todesfälle zu Todesursachen, also den dem Sterbefall zugrundeliegenden Erkrankungen oder Verletzungen, wird im Rahmen der Mortalitätsstatistik vom ÖSTAT vorgenommen. Bei jedem Sterbefall wird vom Standesbeamten eine Todesanzeige abgefasst, wobei vom Beschauarzt die Todesursache auszufüllen ist (Totenbeschaubefund). Bei etwa einem Drittel der Fälle beruht die angegebene Todesursache auf einem Obduktionsbefund. Die Todesursache wird in weiterer Folge nach der vierstelligen „Internationalen Klassifikation der Krankheiten" (ICD) der Weltgesundheitsorganisation verschlüsselt. Die kodierten Todesursachen beziehen sich auf das direkt oder indirekt zum Tode führende Grundleiden bzw. im Fall einer externen Todesursache auf die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursacht haben (unikausale Todesursachenstatistik). Es ist zu beachten, dass gemäß dieser Definition Symptome oder pathologisch-anatomische Endzustände des Todes wie z. B. Herzversagen, Lebensschwäche etc. nicht als Todesursachen anzusehen sind.

www.parlament.gv.at

Tabelle 6.16a:

Woran sterben ältere Männer? Anteil der Todesursachen-Hauptgruppen sowie ausgewählter Todesursachen im Durchschnitt der Jahre 1996/98 (Prozentwerte)

Todesursache <ICD-Codes der 9. Rev.>	Alter beim Tod in Jahren						
	60 bis 64 J.	65 bis 69 J.	70 bis 74 J.	75 bis 79 J.	80 bis 84 J.	85 und mehr J.	60 und mehr J.
Alle Todesursachen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hauptgruppen der Todesursachen							
Bösartige Neubildungen (B.N.)<140-208>	36,5	34,7	31,3	27,3	21,9	16,1	26,3
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <390-459>	39,7	44,8	49,8	55,0	59,8	64,4	54,3
Krankheiten der Atmungsorgane <460-519>	3,5	4,4	5,5	5,6	6,3	7,0	5,7
Krankheiten der Verdauuungsorgane <520-79>	8,7	6,3	4,7	3,4	2,6	2,3	4,1
Sonstige Krankheiten <001-139, 210-389, 580-799>	5,2	5,5	5,1	6,0	6,6	7,4	6,1
Vergiftungen und Verletzungen <E800-E999>	6,4	4,3	3,6	2,7	2,8	2,8	3,5
Ausgewählte Todesursachen							
B.N.des Magens <151>	2,3	2,5	2,6	2,3	2,0	1,7	2,2
B.N.des Dickdarmes, einschl. Rektum <153, 154>	5,4	4,5	4,3	4,1	3,4	2,4	3,8
B.N.der Bauchspeicheldrüse <157>	2,2	2,1	1,7	1,6	1,1	0,7	1,5
B.N.der Luftröhre,Bronchien und Lunge <162>	10,5	10,5	8,8	6,1	3,7	2,1	6,2
B.N.der Prostata <185>	1,9	2,7	3,4	4,3	4,9	4,6	3,9
B.N.der Harnblase <188>	0,7	0,9	1,1	1,3	1,2	1,0	1,0
Diabetes mellitus <250>	1,6	1,7	1,7	2,2	2,0	1,4	1,8
Akuter Myokardinfarkt <410>	15,9	16,3	15,9	14,7	12,3	8,6	13,4
Chron.ischämische Herzkrankheiten <412-4>	6,2	8,2	9,3	11,4	12,2	13,8	10,8
Hirngefäßkrankheiten <430-8>	6,1	7,1	9,3	12,2	14,5	14,7	11,4
Chronische Leberkrankheit u. -zirrhose <571>	7,0	4,7	3,1	1,9	0,9	0,5	2,5
Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr <E810-9>	0,9	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,4
Unfälle durch Sturz <E880-8>	1,3	0,8	0,9	0,8	1,0	1,6	1,1
Selbstmord und Selbstbeschädigung <E950-9>	3,0	2,0	1,7	1,2	1,2	0,8	1,5

Quelle: ÖSTAT, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung bzw. Todesursachenstatistik

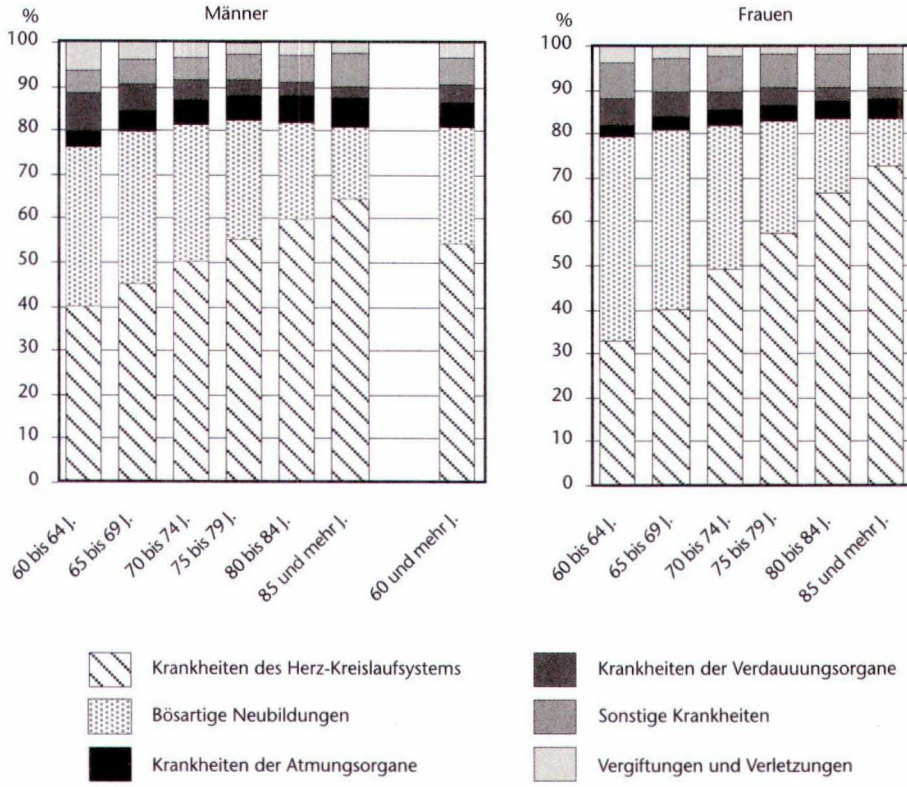
Tabelle 6.16b:

Woran sterben ältere Frauen? Anteil der Todesursachen-Hauptgruppen sowie ausgewählter Todesursachen im Durchschnitt der Jahre 1996/98 (Prozentwerte)

Todesursache <ICD-Codes der 9. Rev.>	Alter beim Tod in Jahren						
	60 bis 64 J.	65 bis 69 J.	70 bis 74 J.	75 bis 79 J.	80 bis 84 J.	85 und mehr J.	60 und mehr J.
Alle Todesursachen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hauptgruppen der Todesursachen							
Bösartige Neubildungen (B.N.)<140-208>	46,4	40,8	32,5	25,5	17,1	10,4	19,5
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <390-459>	32,7	40,0	48,9	57,1	66,1	72,6	63,0
Krankheiten der Atmungsorgane <460-519>	2,7	3,0	3,6	3,6	4,1	5,0	4,2
Krankheiten der Verdauuungsorgane <520-79>	6,2	5,4	4,5	3,8	3,2	2,5	3,4
Sonstige Krankheiten <001-139, 210-389, 580-799>	7,9	7,7	7,7	7,7	7,4	7,4	7,5
Vergiftungen und Verletzungen <E800-E999>	4,1	3,1	2,8	2,2	2,1	2,2	2,3
Ausgewählte Todesursachen							
B.N.des Magens <151>	3,1	2,7	2,0	1,9	1,7	1,1	1,6
B.N.des Dickdarmes, einschl. Rektum <153, 154>	4,4	5,2	4,4	4,0	2,9	1,9	3,0
B.N.der Bauchspeicheldrüse <157>	3,0	2,7	2,4	2,0	1,5	0,7	1,4
B.N.der Luftröhre,Bronchien und Lunge <162>	5,8	5,2	3,9	2,2	1,3	0,6	1,8
B.N.der Brustdrüse <174,5>	10,0	6,7	5,3	3,9	2,3	1,6	3,1
B.N.der Gebärmutter, ausgen.Zervix <179,82>	1,7	1,6	1,4	0,9	0,7	0,4	0,8
B.N.der Zervix uteri <180>	0,9	0,9	0,5	0,3	0,2	0,1	0,3
B.N.des Ovariums und sonstiger Adnexe <183>	3,9	3,2	2,4	1,6	0,9	0,5	1,2
B.N.der Harnblase <188>	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4
Diabetes mellitus <250>	2,4	2,8	2,9	2,9	2,6	2,0	2,4
Akuter Myokardinfarkt <410>	9,7	11,7	12,6	12,3	10,7	7,4	9,7
Chron.ischämische Herzkrankheiten <412-4>	5,0	6,3	8,3	10,5	12,5	15,1	12,2
Hirngefäßkrankheiten <430-8>	7,1	8,0	11,6	14,7	18,3	18,1	15,9
Chronische Leberkrankheit u. -zirrhose <571>	4,3	3,3	2,1	1,3	0,7	0,2	1,0
Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr <E810-9>	0,8	0,5	0,5	0,3	0,2	0,1	0,2
Unfälle durch Sturz <E880-8>	0,8	0,5	0,8	0,9	1,2	1,7	1,3
Selbstmord und Selbstbeschädigung <E950-9>	1,8	1,3	0,9	0,5	0,4	0,2	0,5

Quelle: ÖSTAT, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung bzw. Todesursachenstatistik

Abbildung 6.14:
Anteil der Todesursachen-Hauptgruppen an allen Sterbefällen im Durchschnitt der Jahre 1996/98 nach Alter und Geschlecht (Prozentwerte)



Quelle: ÖSTAT, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

6.5 Positive Trends der letzten Jahrzehnte

6.5.1 Mortalität

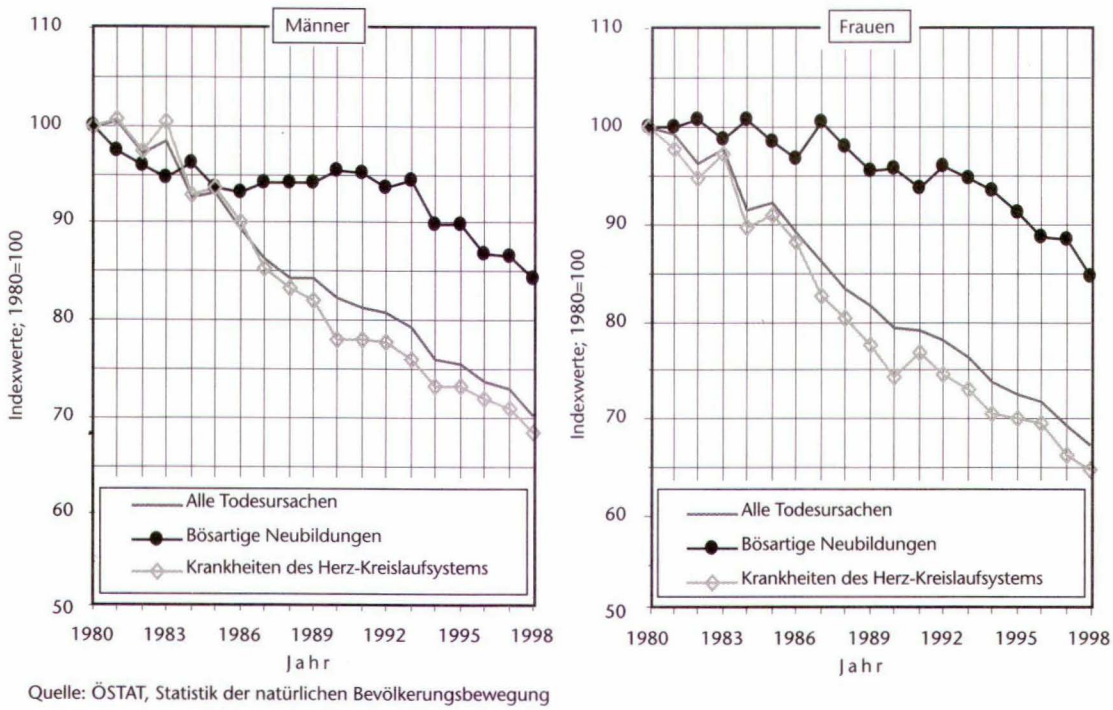
6.5.1.1 Gesamtsterblichkeit

In den letzten Jahrzehnten erhöhte sich die (fernere) Lebenserwartung älterer Menschen in Österreich kontinuierlich (siehe Kapitel 1.2.2). Dieser positive Trend spiegelt sich auch in einer sinkenden Sterberate wider. So betrug der Rückgang der – um Effekte der Zahl und demografischen Zusammensetzung korrigierten – altersstandardisierten Sterberate zwischen den Jahren 1980 und 1998 bei den 60- und mehrjährigen Frauen 33%, bei den gleichaltrigen Männern 30% (Abbildung 6.15). Die „jungen" Alten (60 bis 74 Jahre) profitierten von dieser Entwicklung etwas stärker als die Gruppe der sehr Alten und Hochbetagten: Der Sterblichkeitsrückgang 60- bis 74-jähriger Frauen betrug 38%, jener der über 75-jährigen Frauen 30%. Bei den Männern war der Unterschied etwas geringer (60 bis 74 Jahre: –32%; 75+ Jahre: –28%). Der

Rückgang der Sterberate bei der Bevölkerung unter 60 Jahren betrug zum Vergleich für Männer 40% und für Frauen 38%.

Die höhere Lebenserwartung der Frauen ist auch in den altersstandardisierten Sterbeziffern klar ersichtlich: Das Sterberisiko der Männer über 60 Jahre ist derzeit (1998) um 60% höher als jenes gleichaltriger Frauen. Anders ausgedrückt: Wäre die Altersstruktur der Männer identisch mit jener der Frauen, so wäre die Zahl der männlichen Sterbefälle um 60% höher als jene der weiblichen. Bei den „jungen" Alten (60-74 Jahre) wäre die Zahl der männlichen Sterbefälle sogar mehr als doppelt so hoch wie die der weiblichen, bei den Älteren (75+ Jahre) lägen sie hingegen „nur" um ein Drittel höher. Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede haben dabei sowohl eine biologische Komponente, sie sind aber auch eine Folge risikoreicherer Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholmissbrauch etc.) der Männer.

Abbildung 6.15:
Altersstandardisierte Sterberaten der österreichischen Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren für den Zeitraum 1980 bis 1998 (Indexwerte; 1980=100)



Quelle: ÖSTAT, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Unterschiede im Sterberisiko und damit in der Lebenserwartung bestehen allerdings nicht nur zwischen Männern und Frauen, sondern auch zwischen sozialen Schichten. Internationale Studien belegen mehrfach den Zusammenhang zwischen niedriger sozialer Schicht und höherem Sterberisiko. Für Österreich wurde dieser Zusammenhang, der auch für das höhere Erwachsenenalter gilt, durch die Studie von Doblhammer (1996) erstmals empirisch nachgewiesen. In der Altersgruppe der 65- bis 89-jährigen haben Männer mit Lehre bzw. mit bloßem Pflichtschulabschluss ein um 40% bzw. 47% höheres Sterberisiko als Akademiker. Bei den Frauen ist der Unterschied mit 41% bzw. 58% sogar noch etwas größer (Tabelle 6.17). Mit zunehmender Bildungsstufe wird die „Übersterblichkeit" sowohl bei Männern als auch bei Frauen kontinuierlich geringer. Bei den Frauen bleiben die Unterschiede statistisch signifikant, bei den älteren Männern besteht zwischen Akademikern und Maturanten kein statistisch gesicherter Unterschied im Mortalitätsrisiko. Ob sich die sozialen Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich, insbesondere im höheren Erwachsenenalter, in den letzten Jahrzehnten verstärkt oder verringert haben, lässt sich derzeit nicht ermitteln.

6.5.1.2 Ausgewählte Todesursachen

Herz-Kreislauf-Mortalität

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (einschließlich der Hirngefäßerkrankungen) sind für die überwiegende Mehrzahl der Todesfälle älterer Menschen verantwortlich (siehe Abschnitt 7.4.4). Der größte Teil des Anstiegs der Lebenserwartung beruht daher auf dem Rückgang der Sterblichkeit bei diesen Krankheiten. So ist die altersstandardisierte Sterbeziffer für Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit Anfang der 80er Jahre bei Männern im Alter von 60 und mehr Jahren um 32%, bei Frauen um 35% zurückgegangen.

Innerhalb der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind der akute Myokardinfarkt (Herzinfarkt), die chronisch-ischämischen Herzkrankheiten sowie die zerebrovaskulären Erkrankungen (Hirngefäßkrankheiten) die quantitativ häufigsten Todesursachen. Auf den akuten Myokardinfarkt entfallen bei den Männern 25% und bei den Frauen 15% aller Herz-Kreislauf-Toten; chronisch-ischämische Herzkrankheiten machen weitere 20% bei Männern sowie Frauen aus, Hirngefäßkrankheiten weitere 21% bei den Männern und 25% bei den Frauen.

Tabelle 6.17:
Relatives Sterberisiko breiter Altersgruppen nach höchster abgeschlossener Schulbildung (Hochschule und Hochschulverwandte Lehranstalten=1)

	Höchste abgeschlossene Schulbildung				
Alter in Jahren	HS	AHS und BHS	BMS	Lehre	Pflichtschule
Männer					
35-64 J.	1,00	1,25*	1,44*	1,79*	2,09*
65-89 J.	1,00	1,07	1,16*	1,40*	1,47*
Frauen					
35-64 J.	1,00	1,22	1,32*	1,37*	1,49*
65-89 J.	1,00	1,25*	1,28*	1,41*	1,58*

*Signifikanter Unterschied (95%) zur Bildungsgruppe Hochschule und hochschulverwandte Lehranstalten
**Signifikanter Unterschied (90%) zur Bildungsgruppe Hochschule und hochschulverwandte Lehranstalten
HS: Hochschule und Hochschulverwandte Lehranstalten; AHS: Allgemeinbildende Höhere Schule;
BHS: Berufsbildende Höhere Schule; BMS: Berufsbildende Mittlere Schule
Quelle: Doblhammer, 1996

Tabelle 6.18:
Altersstandardisierte Sterbeziffer insgesamt und für ausgewählte Todesursachengruppen im Zeitraum 1980-1998: österreichische Männer im Alter von 60 und mehr Jahren

Todesursache <ICD-Codes der 9. Rev.>	1980	1985
Alle Todesursachen	6307,4	5879,9
Hauptgruppen der Todesursachen		
Bösartige Neubildungen (B.N.)<140-208>	1385,6	1298,6
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <390-459>	3524,9	3299,6
Krankheiten der Atmungsorgane <460-519>	412,7	442,1
Krankheiten der Verdauuungsorgane <520-79>	337,9	280,5
Sonstige Krankheiten <001-139, 210-389, 580-799>	387,1	338,3
Vergiftungen und Verletzungen <E800-E999>	259,3	220,9
Ausgewählte Todesursachen		
B.N.des Magens <151>	208,7	165,6
B.N.des Dickdarmes, einschl. Rektum <153, 154>	189,0	175,1
B.N.der Bauchspeicheldrüse <157>	63,5	63,8
B.N.der Luftröhre,Bronchien und Lunge <162>	367,6	340,1
B.N.der Prostata <185>	165,4	167,7
B.N.der Harnblase <188>	57,9	63,0
Diabetes mellitus <250>	52,9	71,4
Akuter Myokardinfarkt <410>	828,2	821,2
Chron.ischämische Herzkrankheiten <412-4>	285,7	409,1
Hirngefäßkrankheiten <430-8>	1011,4	941,4
Chronische Leberkrankheit u. -zirrhose <571>	156,2	151,8
Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr <E810-9>	52,6	36,5
Unfälle durch Sturz <E880-8>	97,9	84,0
Selbstmord und Selbstbeschädigung <E950-9>	72,1	69,9

Anmerkung: Altersstandardisiert nach 5-jährigen Altersgruppen; Standardbevölkerung: WHO-Europe.
Quelle: ÖSTAT, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

www.parlament.gv.at

Standardisierte Sterbeziffer auf 100.000 Personen					Indexwert für 1998	
1990	1995	1996	1997	1998	(1980 =100)	(Frauen =100)
5196,4	4761,7	4655,7	4596,8	4432,8	70	160
Hauptgruppen der Todesursachen						
1321,2	1244,2	1202,2	1200,3	1166,3	84	185
2752,9	2576,6	2534,9	2498,5	2408,2	68	146
335,3	272,1	261,1	259,9	255,3	62	225
242,4	214,1	199,9	192,5	178,9	53	170
338,2	291,5	287,1	289,5	266,7	69	131
206,4	163,2	170,5	156,1	157,4	61	243
Ausgewählte Todesursachen						
143,6	115,5	103,9	96,6	95,4	46	206
182,7	178,2	180,1	175,7	159,3	84	173
66,8	69,6	67,9	65,1	65,2	103	144
325,8	290,6	288,2	279,0	278,0	76	430
179,6	188,4	178,8	178,9	168,1	102	-
54,0	50,4	41,5	48,3	51,1	88	433
103,2	90,3	83,2	84,9	69,9	132	110
708,2	608,6	613,4	609,9	583,8	70	209
476,7	516,9	480,3	498,9	505,8	177	152
658,6	529,2	539,5	524,3	493,2	49	122
136,4	121,3	119,1	119,4	108,6	70	293
33,8	20,8	20,5	20,3	17,7	34	188
71,2	49,3	50,8	50,3	53,7	55	170
72,0	66,2	76,0	59,5	63,3	88	439

Tabelle 6.19:
Altersstandardisierte Sterbeziffer insgesamt und für ausgewählte Todesursachengruppen im Zeitraum 1980-1998: österreichische Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren

Todesursache <ICD-Codes der 9. Rev.>	1980	1985
Alle Todesursachen	4106,5	3786,0
Hauptgruppen der Todesursachen		
Bösartige Neubildungen (B.N.)<140-208>	746,2	735,0
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <390-459>	2533,1	2300,1
Krankheiten der Atmungsorgane <460-519>	196,4	181,8
Krankheiten der Verdauuungsorgane <520-79>	178,5	147,0
Sonstige Krankheiten <001-139, 210-389, 580-799>	286,9	272,3
Vergiftungen und Verletzungen <E800-E999>	165,3	149,8
Ausgewählte Todesursachen		
B.N.des Magens <151>	94,5	81,1
B.N.des Dickdarmes, einschl. Rektum <153, 154>	118,7	112,4
B.N.der Bauchspeicheldrüse <157>	47,7	45,8
B.N.der Luftröhre,Bronchien und Lunge <162>	50,3	54,2
B.N.der Brustdrüse <174,5>	101,4	114,7
B.N.der Gebärmutter, ausgen.Zervix <179,82>	41,7	44,2
B.N.der Zervix uteri <180>	19,4	14,0
B.N.des Ovariums und sonstiger Adnexe <183>	47,4	49,7
B.N.der Harnblase <188>	16,4	14,4
Diabetes mellitus <250>	65,1	71,3
Akuter Myokardinfarkt <410>	388,1	373,4
Chron.ischämische Herzkrankheiten <412-4>	182,4	258,3
Hirngefäßkrankheiten <430-8>	805,0	738,1
Chronische Leberkrankheit u. -zirrhose <571>	44,6	42,3
Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr <E810-9>	20,1	17,3
Unfälle durch Sturz <E880-8>	99,3	88,8
Selbstmord und Selbstbeschädigung <E950-9>	27,0	29,4

Anmerkung: Altersstandardisiert nach 5-jährigen Altersgruppen; Standardbevölkerung: WHO-Europe.
Quelle: ÖSTAT, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

www.parlament.gv.at

Standardisierte Sterbeziffer auf 100.000 Personen					Indexwert für 1998	
1990	1995	1996	1997	1998	(1980 =100)	(Männer =100)
3263,3	2980,0	2946,2	2846,1	2763,3	67	62
Hauptgruppen der Todesursachen						
714,3	680,4	660,9	659,6	631,2	85	54
1882,0	1773,4	1760,7	1678,7	1644,6	65	68
146,4	109,0	114,8	116,9	113,3	58	44
128,2	108,2	106,1	103,9	105,1	59	59
282,9	232,8	224,4	219,3	204,2	71	77
109,4	76,2	79,3	67,7	64,9	39	41
Ausgewählte Todesursachen						
65,1	54,9	53,4	51,1	46,2	49	48
109,5	102,8	94,1	93,4	92,3	78	58
48,1	50,5	47,0	49,5	45,4	95	70
57,8	59,5	65,7	66,8	64,6	129	23
118,7	115,8	108,5	108,4	106,4	105	-
33,9	30,7	26,4	26,0	23,0	55	-
12,4	12,3	12,3	9,8	8,1	41	-
48,9	44,2	46,3	41,9	42,5	90	-
14,4	14,6	11,5	11,9	11,8	72	23
105,2	81,5	78,0	71,3	63,3	97	91
326,4	291,6	294,8	285,9	279,2	72	48
307,5	330,0	321,6	312,8	333,1	183	66
524,7	430,8	444,2	423,2	402,7	50	82
43,9	40,5	40,8	38,6	37,0	83	34
15,2	9,0	7,9	8,0	9,4	47	53
56,8	34,6	37,9	31,0	31,5	32	59
25,6	20,9	19,6	17,4	14,4	54	23

Während der letzten beiden Jahrzehnte konnten beim akuten Myokardinfarkt ähnlich starke Reduktionen wie bei der gesamten Herz-Kreislauf-Mortalität verzeichnet werden. Die standardisierte Sterberate sank bei den über 60-jährigen Männern um 30%, bei den gleichaltrigen Frauen um 28%. Bei den Männern wurde zu Beginn der 80er Jahre sogar noch ein Sterblichkeitsanstieg verzeichnet, dafür fiel der darauf folgende Rückgang steiler als bei den Frauen aus. Das Risiko für Männer über 60 Jahre, an dieser Todesursache zu sterben, ist 1,8mal höher als für Frauen der selben Altersgruppe.

Die chronisch-ischämischen Herzkrankheiten (Angina pectoris u. ä.) gehören zu den wenigen Todesursachengruppen, die sowohl bei Männern wie auch bei Frauen einen steigenden Trend aufweisen. Bei den über 60-jährigen Männern erhöhte sich seit Beginn der 80er Jahre die standardisierte Sterberate um etwa drei Viertel, bei den Frauen war die Zunahme sogar noch etwas höher und lag bei 83%. Der Großteil des Anstiegs ist insbesondere auf die Entwicklung in den 80er Jahren zurückzuführen, in den 90er Jahren flachte der Anstieg etwas ab, seit einigen Jahren stagniert die Sterbeziffer. Die Sterberate der Männer liegt dabei um 50% über jener der Frauen.

Hirngefäßkrankheiten zählen zu den quantitativ bedeutsamsten Todesursachen bei älteren Menschen. 16% aller weiblichen und 11% aller männlichen Sterbefälle lassen sich darauf zurückführen. Bei den Hirngefäßkrankheiten war die Verringerung des Sterberisikos in den beiden letzten Jahrzehnten besonders groß. Sowohl bei Männern wie auch bei den Frauen haben sich die Sterbeziffern zwischen den Jahren 1980 und 1998 halbiert.

Krebsmortalität

Bei älteren Männern ist jeder vierte Sterbefall auf eine Krebserkrankung zurückzuführen, bei den Frauen dieser Altersgruppe jeder fünfte Sterbefall. Das Risiko der Männer, an einer bösartigen Neubildung zu sterben, ist (altersstandardisiert) 1,8mal höher als jenes der Frauen. Die letzten Jahrzehnte zeigen für die Krebssterblichkeit – im Gegensatz zur Erkrankungshäufigkeit (siehe Abschnitt 7.4.3) – einen klar rückläufigen Trend: Die altersbereinigte Krebssterbeziffer ist bei Männern im Alter von 60 und mehr Jahren seit 1980 um 16%, jene der Frauen um 15% zurückgegangen. Dennoch ist der Anteil der Krebssterbefälle durch die noch stärkere Reduktion des Sterberisikos bei den übrigen Todesursachen seit Beginn der 80er Jahre um zwei (Männer) bzw. drei (Frauen) Prozentpunkte gestiegen.

Die Sterblichkeitsrückgänge der unter 60-jährigen waren im selben Zeitraum noch höher, nämlich 20% bei Männern und 25% bei den Frauen. Durch das generell geringe Risiko, vor dem 60. Lebensjahr an einer bösartigen Neubildung zu versterben, fällt dies bei der Betrachtung des Sterblichkeitsrückgangs bei der Gesamtbevölkerung jedoch nicht sehr stark ins Gewicht (Männer: –17%; Frauen: –18%).

Die meisten Krebstoten werden bei den über 60-jährigen Männern durch den Lungenkrebs verursacht – ein Viertel aller Krebssterbefälle ist auf diese Lokalisation zurückzuführen. Danach folgen der Darmkrebs (14%) und der Prostatakrebs (15%). Der früher ähnlich stark ins Gewicht fallende Magenkrebs ist heute nur noch für 8% aller Krebssterbefälle verantwortlich (1980/82: 16%). Ebenso zählen der Krebs der Bauchspeicheldrüse sowie der Krebs der Harnblase zu den Krebstodesursachen mit vergleichsweise geringer Bedeutung (6% bzw. 4%). Stark rückläufig ist ebenfalls der Anteil der Lungenkrebssterbefälle, 1980/82 lag er noch bei 27%. Beim Prostatakrebs ist dagegen eine steigende Tendenz zu verzeichnen, 1980/82 lag der Anteil dieser Lokalisation an allen Krebssterbefällen bei 12%.

Bei den Frauen im Alter von über 60 Jahren ist der Brustkrebs die häufigste Todesursache unter den bösartigen Neubildungen (16%), gefolgt vom Darmkrebs (15%). Bereits an dritter Stelle steht der Lungenkrebs. 9% aller Krebssterbefälle sind bei Frauen auf diesen Tumor zurückzuführen. Es fol-

gen Magenkrebs (8%), Bauchspeicheldrüsenkrebs (7%) und Krebs der Eierstöcke (Ovar und sonstige Adnexe; 6%). Im Zeitraum 1980/82 war noch der Darmkrebs die Hauptursache der Krebssterbefälle (16%), gefolgt vom Magenkrebs und Brustkrebs (je 13%).

Derzeit sterben jährlich etwa 1.800 Männer und 700 Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren an Lungenkrebs. Der Trend der beiden letzten Jahrzehnte ist für Männer und Frauen konträr: sinkenden altersstandardisierten Sterberaten bei den Männern stehen steigende Raten bei den Frauen gegenüber. Seit 1980 reduzierte sich die männliche Sterberate an Lungenkrebs daher um 29%, bei den Frauen stieg sie im selben Zeitraum dagegen um ein Viertel an. Ein ähnlicher Trend zeigt sich auch bei Erkrankungshäufigkeit. Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, ist für Männer dennoch bedeutend höher als für Frauen. Die Sterbeziffer der Männer ist 4,3mal höher als jene der Frauen. 1980 lag das Verhältnis bei 7,3:1.

Der Darmkrebs (Dickdarm einschließlich Rektum) ist bei älteren Menschen für 4% aller männlichen und 3% aller weiblichen Sterbefälle verantwortlich. Die Sterblichkeit entwickelte sich seit Beginn der 80er Jahre für Frauen (–22%) wesentlich günstiger als für Männer (–16%). Damit hat sich innerhalb der Senioren die „Übersterblichkeit" der Männer gegenüber den gleichaltrigen Frauen weiter erhöht: Das Risiko, an Darmkrebs zu sterben, ist heute für Männer um beinahe drei Viertel höher als für Frauen.

Magenkrebs weist als Todesursache eine stark rückläufige Tendenz auf. Bei beiden Geschlechtern sank die standardisierte Sterbeziffer auf die Hälfte des Niveaus von 1980. Heute sind zwei Prozent aller Sterbefälle der über 60-jährigen auf diese Krankheit zurückzuführen. Für Männer ist das Risiko, an Magenkrebs zu sterben, doppelt so hoch wie jenes für Frauen.

Der Anteil der Sterbefälle am Krebs der Bauchspeicheldrüse an allen Todesursachen hat sich für die ältere Bevölkerung innerhalb der letzten beiden Jahrzehnte nur gering verändert (leichte Steigung). Der Trend lässt keinen gleichmäßigen Verlauf erkennen und ist (vor allem bei den Männern) starken Schwankungen unterworfen.

Eine eindeutig sinkende Tendenz der Sterberate ist beim Krebs der Harnblase zu erkennen: Bei den Männern liegen die Werte heute (1998) um 12%, bei den Frauen um sogar 28% unter jenen von 1980. Jedoch lässt sich bei der männlichen älteren Bevölkerung in den letzten drei Jahren ein Anstieg der Sterberate an dieser Krankheit beobachten (zwischen 1996 und 1998 um 23%). Generell ist für Männer das Risiko, an dieser Krebslokalisation zu sterben, 4,3mal höher als für Frauen.

1998 entfielen 4% der männlichen Sterbefälle im Alter von über 60 Jahren auf das Prostatakarzinom, das damit die zweithäufigste Krebstodesursache bei älteren Männern ist. Von 1980 bis zu Beginn der 90er Jahre wies die standardisierte Sterberate einen leicht steigenden Verlauf auf, seitdem hat die Sterblichkeit eine sinkende Tendenz. Derzeit liegen die Werte nur gering über dem Sterblichkeitsniveau von 1980 (+2%).

Ähnlich wie bei den Männern beim Prostatakrebs verhält sich die Sterblichkeit der Frauen beim Brustkrebs. 3% aller Todesursachen sind auf diese Krebslokalisation zurückzuführen. Nach einem Höhepunkt im Jahr 1987 (+20% gegenüber 1980) wurde der Anstiegstrend beendet und von einem – zunächst eher flach verlaufenden – Rückgang abgelöst. Seit 1987 sank die standardisierte Sterbeziffer an Brustkrebs um 13% und liegt daher heute nur mehr geringfügig über dem Niveau von 1980. Die Sterberate am Krebs der Eierstöcke (Ovar und sonstige Adnexe) zeigt eine leicht sinkende Tendenz, wenngleich der Trend keinen gleichmäßigen Verlauf nimmt und zwischenzeitlichen Schwankungen unterworfen ist. 1998 lag die Sterblichkeit 10% unter dem Wert von 1980.

Die Mortalität am Krebs der Gebärmutter (ohne Gebärmutterhals) weist bei den über 60-jährigen Frauen seit 1980 eine sinkende Tendenz auf. Die standardisierte Sterberate hat sich in diesem

Zeitraum beinahe halbiert (–45%). Noch stärkere Rückgänge wurden beim Krebs des Gebärmutterhalses (Zervix Uteri) festgestellt. Die standardisierte Sterberate sank während der letzten beiden Jahrzehnte um 60%. Die sehr günstige Entwicklung ist wahrscheinlich zu einem großen Teil auf die vermehrte Früherkennung zurückzuführen („Krebsabstrich").

Alle übrigen Krankheiten

Die Krankheiten der Atmungsorgane, die in erster Linie akute Infektionen (einschließlich Grippe und Pneumonie) sowie chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen umfassen, sind als Todesursache bei Männern und Frauen stark rückläufig. Im Jahr 1998 lag die männliche Sterberate um 38%, die weibliche um 42% unter jener zu Beginn der 80er Jahre. Bei den unter 60-jährigen waren die Rückgänge sogar noch stärker (Männer: –57%, Frauen: –68%) als bei den älteren Menschen. Das Risiko der älteren Männer, an einer Krankheit der Atmungsorgane zu sterben, ist mehr als doppelt so hoch als jenes der Frauen (genau: 2,3mal höher).

Ein ähnlicher zeitlicher Trend lässt sich bei den Krankheiten der Verdauungsorgane beobachten, wobei der Mortalitätsrückgang bei den über 60-jährigen jenem der jüngeren Bevölkerung entspricht. Er betrug bei den Männern –47%, bei den Frauen –41%. Die männliche Sterberate liegt etwa zwei Drittel über jener der weiblichen. Die bedeutendste Einzelursache in dieser Hauptgruppe ist die Leberzirrhose, die bei Männern 60%, bei den Frauen 30% aller Sterbefälle an Krankheiten der Verdauungsorgane ausmacht. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind beträchtlich: etwa dreimal so viele Männer über 60 Jahre sterben an Leberzirrhose als gleichaltrige Frauen. Im Jahr 1980 waren die Unterschiede sogar noch höher (3,5mal). Durch eine stärkere Reduktion der männlichen Sterberate (–30% gegenüber –17% bei den Frauen) seit Beginn der 80er Jahre wurde diese Übersterblichkeit der Männer aber etwas reduziert.

Die geringsten geschlechtsspezifischen Unterschiede treten bei der Sterblichkeit infolge von „sonstigen Krankheiten" auf. Die männliche Sterberate liegt etwa 30% über jener der Frauen. Auch bei dieser Altersgruppe waren die Rückgänge substantiell: Die standardisierte Sterberate sank in den letzten beiden Jahrzehnten bei den Männern über 60 Jahre um 31%, bei den Frauen um 29%. Die Sterbefälle an Diabetes Mellitus, die in dieser Todesursachen-Hauptgruppe enthalten sind, treten im Gegensatz zu den meisten anderen Todesursachen bei beiden Geschlechtern beinahe gleich häufig auf. Das Risiko, an dieser Krankheit zu sterben, ist für Männer etwa ein Zehntel höher als für Frauen. Zu Beginn der 80er Jahre waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede sogar umgekehrt. Die weibliche Sterberate lag beinahe ein Viertel über jener der männlichen. Durch einen zwar mit großen Schwankungen versehenen, aber doch steigenden Trend bei den Männern (heute liegt die Rate um ein Drittel über jener von 1980) und einer für die Frauen seit 1990 sinkenden Tendenz näherten sich die Sterberaten beider Geschlechter an.

Unfalltod und Selbstmord

Jugendliche und junge Erwachsene sind in erster Linie durch exogene Todesursachen wie Unfälle oder Selbstmord gefährdet. Endogene Todesursachen (d. h. Krankheiten) spielen in diesem Alter noch eine verhältnismäßig geringe Rolle. Allerdings steigt nicht nur das Sterberisiko für endogene Ursachen mit dem Lebensalter an, sondern auch das Sterberisiko an exogenen Todesursachen. Es ist für betagte Menschen wesentlich größer als für Jüngere. Die relative Bedeutung von „Verletzungen und Vergiftungen" als Todesursachen sind bei älteren Menschen allerdings wesentlich geringer als im mittleren Erwachsenenalter. Sie sind derzeit für 4% aller männlichen und 2% aller weiblichen Sterbefälle im Alter von 60 und mehr Jahren verantwortlich.

Das Sterberisiko an exogenen Todesursachen hat sich in den letzen beiden Jahrzehnten drastisch

reduziert. Die standardisierte männliche Sterberate sank seit 1980 um 39%, jene der Frauen sogar um 61%. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede haben sich damit noch verstärkt. 1980 war das Risiko der Männer „nur" 1,6mal so hoch wie jenes der Frauen. Derzeit haben Männer ein mehr als doppelt so hohes Risiko, an Vergiftungen und Verletzungen zu sterben (genau: 2,4mal höher).

Drei exogene Todesursachen fallen quantitativ besonders ins Gewicht: Die Sterblichkeit an Kraftfahrzeug-Unfällen, an den Folgen eines Sturzes und der Selbstmord:

- Die Gefährdung älterer Menschen im Straßenverkehr wurde innerhalb der letzten beiden Jahrzehnte hinsichtlich tödlich verlaufender Unfälle geringer: Gegenüber 1980 verringerte sich die standardisierte Sterberate an Kfz-Unfällen bei Männern um zwei Drittel, bei Frauen um die Hälfte (genau: –53%). Derzeit werden nur noch 0,4% aller männlichen und 0,2% aller weiblichen Sterbefälle durch einen tödlichen Verkehrsunfall verursacht. Ältere Männer sterben etwa doppelt so häufig an den Folgen eines Verkehrsunfalls wie ältere Frauen.
- Unfälle durch Sturz sind mit Abstand die häufigste Todesursache unter den exogenen Risiken der Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren. Beinahe ein Drittel aller männlichen und mehr als die Hälfte aller weiblichen exogenen Sterbefälle sind darauf zurückzuführen. Das Risiko ist für Männer um etwa 70% höher als für Frauen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hat in den letzen beiden Jahrzehnten noch zugenommen, da bei den über 60-jährigen Frauen die Mortalitätsrückgänge in diesem Bereich größer waren als jene der Männer. Bei den Frauen liegt die Sterberate derzeit um zwei Drittel unter dem Wert von 1980, bei den Männern um 45%.
- Sehr große geschlechtsspezifische Unterschiede treten bei „Selbstmord und Selbstbeschädigung" auf. Männer im Alter von über 60 Jahre begehen mehr als viermal so häufig Selbstmord wie Frauen. In absoluten Zahlen verübten im Durchschnitt der Jahre 1996/98 421 Männer und 186 Frauen Selbstmord. Generell zählt Österreich zu den Ländern mit den höchsten Selbstmordraten der Welt. Seit Anfang der 80er Jahre hat sich die altersbereinigte Selbstmordrate bei Frauen über 60 Jahren allerdings deutlich verringert und liegt derzeit um 46% unter dem Wert von 1980. In den Jahren 1993 bis 1995 war ein leichter Anstieg in der weiblichen Selbstmordrate zu erkennen, der aber durch den stark sinkenden Trend der Jahre 1996 bis 1998 mehr als kompensiert wurde. Bei den Männern lässt sich ein stagnierender, starken Schwankungen unterworfener Verlauf der Sterbeziffer erkennen. Derzeit liegt die Selbstmordrate der über 60-jährigen Männer um 12% unter dem Wert von 1980. Gerade bei Selbstmorden sind allerdings die sozialen Unterschiede im Sterberisiko besonders hoch. So ist das Selbstmordrisiko 65- bis 89-jähriger Männer bei Pflichtschulabsolventen rund 2,6mal höher als jenes von Akademikern (siehe Doblhammer, 1996).

6.5.2 Subjektive Gesundheitseinschätzung und Lebenserwartung in guter Gesundheit

Der Sterblichkeitsrückgang und damit die längere Lebenserwartung älterer Menschen kann bis zu einem gewissen Grad als ein „objektiver" Indikator für die Verbesserungen der gesundheitlichen Situation im Alter angesehen werden. Allerdings wird innerhalb der Wissenschaft seit mehreren Jahrzehnten ein Streit darüber geführt, ob diese „gewonnenen Jahre" tatsächlich als Beleg für eine Verbesserung des Gesundheitszustands herangezogen werden können oder ob die Verlängerung der Lebensdauer im höheren Erwachsenenalter nicht als eine Folge des „Hinausschiebens" des Todeszeitpunkts bei chronisch kranken und damit funktional entsprechend beeinträchtigten älteren Menschen zu sehen ist. In einer optimistischen Sichtweise wird dabei der Sterblichkeitsrückgang von einer „Kompression der Morbidität" begleitet. Chronische Krankheiten und funktionale Beeinträchtigungen würden dabei erst im hohen

Alter, in der letzten Lebensphase vor dem Tod in massiver Form auftreten (Fries, 1980). Die zweite, pessimistische Sichtweise lässt sich thesenartig als „Expansion der Morbidität" (Verbrugge, 1984) bezeichnen, die ihre Ursachen vor allem in den (unerwünschten) Folgen der Entwicklung des modernen Medizinsystems („Failures of Success"; Gruenberg, 1977) hat (siehe dazu Kytir, 1993, S. 18ff).

In den vergangenen Jahrzehnten versuchten zahlreiche Studien, empirische Belege für oder gegen die skizzierten Sichtweisen einer „Kompression" bzw. einer „Expansion" der Morbidität zu finden. In methodischer Hinsicht führte das zur Entwicklung von Indikatoren, die gleichzeitig die Mortalitäts- und die Morbiditätsverhältnisse in einer Bevölkerung berücksichtigen.[8] Je nachdem, welche Methode dafür Verwendung findet und wie Morbidität konkret definiert wird, bzw. welcher Aspekt von Morbidität im Mittelpunkt des Interesses steht, werden diese Indikatoren als „Lebenserwartung frei von Behinderung", „Lebenserwartung in guter Gesundheit", „demenzfreie Lebenserwartung" etc. bezeichnet. Für viele dieser Indikatoren sind bislang nur unzureichende deutschsprachige Begriffe verfügbar.

Für die österreichische Bevölkerung liegen für das Jahr 1992 Berechnungen über die „behinderungsfreie Lebenserwartung" (Disability-free Life Expectancy – DFLE; Kytir, 1994a) sowie über soziale Unterschiede in der „behinderungsfreien Lebenserwartung" (Doblhammer & Kytir, 1998) vor. Demnach konnten 60-jährige Männer damit rechnen, mehr als 80% ihrer restlichen Lebenszeit ohne funktionale Beeinträchtigungen zu verbringen, während für Frauen dieser Anteil nur bei 72% lag. Mit zunehmendem Alter vergrößern sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede noch, d. h., ein Gutteil der längeren Lebenserwartung von Frauen geht auf das Konto gesundheitlich beeinträchtigter Lebensjahre (Tabelle 6.20).

Zeitliche Veränderungen der behinderungsfreien Lebenserwartung lassen sich für die österreichische Bevölkerung mangels empirischer Grundlagen nicht dokumentieren. Die Darstellung solcher zeit-

Tabelle 6.20:
Behinderungsfreie Lebenserwartung (DFLE) älterer Menschen in Österreich 1992

Alter (in Jahren)	Lebenserwartung frei von Behinderungen		Lebenserwartung mit Behinderungen		Anteil d. behinderungsfreien Lebenserwartung in %	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
60	15,0	16,2	3,4	6,3	82	72
65	11,5	12,2	3,4	6,0	77	67
70	8,3	8,5	3,5	5,9	70	59
75	5,6	5,3	3,4	5,6	62	49
80	3,3	2,9	3,4	4,9	49	37
85	2,2	1,3	2,9	4,2	43	24

Quelle: Kytir, 1992

8 In diesem Bereich hat sich in den vergangenen Jahren sogar ein eigenes internationales wissenschaftliches Netzwerk (REVES – Réseau Espérance de Vie en Santé) etabliert.

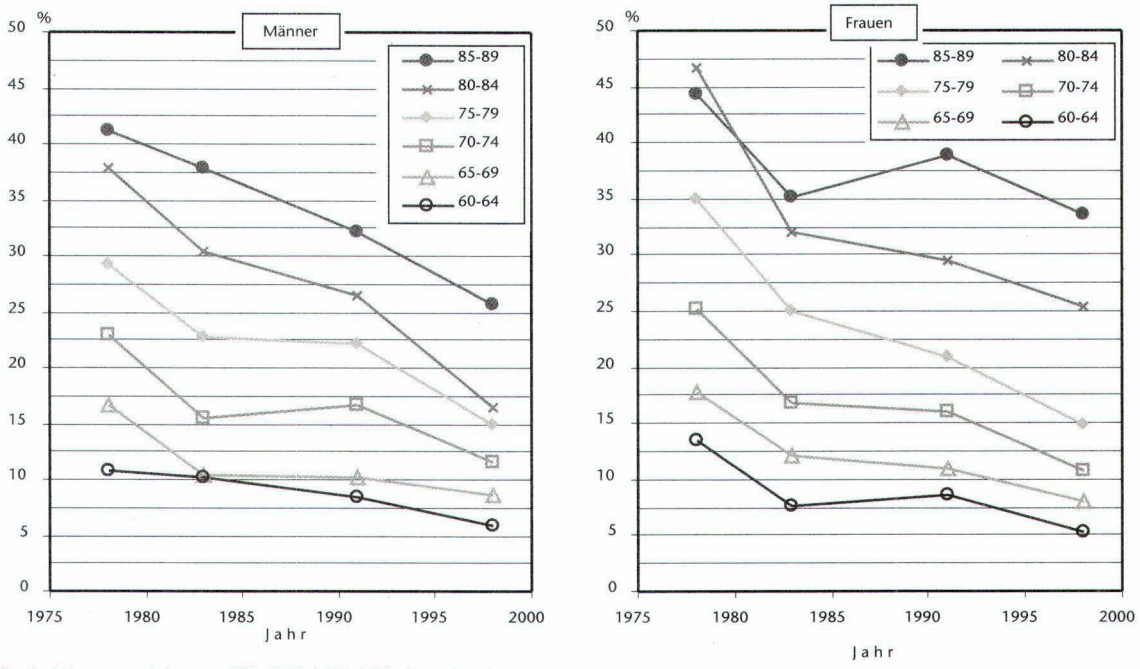
www.parlament.gv.at

licher Trends für die über 60-jährige Bevölkerung ist dagegen anhand eines anderen Indikators, der „Lebenserwartung in guter Gesundheit" (Healthy Life Expectancy – HLE), möglich. Empirische Basis dafür sind Mikrozensuserhebungen aus den Jahren 1978, 1983, 1991 und 1998. In diesen Erhebungen wurde in einer vergleichbaren Form nach der Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands gefragt. Auch die vorgegebenen Antwortkategorien („sehr gut", „gut", „mittelmäßig", „schlecht" und „sehr schlecht") blieben bei den vier Erhebungen gleich.[9]

Zahlreiche internationale Studien belegen, dass die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands einen guten Indikator für die Lebensqualität und die Lebenserwartung darstellt. Es finden sich sogar zahlreiche empirische Hinweise darauf, dass die Gesundheitsbeurteilung ein ebenso guter, wenn nicht sogar ein besserer Prädiktor für die Vorhersage des Sterberisikos oder des Risikos lebensbedrohender Krankheiten ist, als „objektive" medizinische Kriterien. Zeitlichen Trends in der Gesundheitsbeurteilung bzw. in weiterer Folge in der „Lebenserwartung in guter Gesundheit" kommt damit eine große gesundheits- und sozialpolitische Bedeutung zu.

Abbildung 6.16:

Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand mit „schlecht" oder „sehr schlecht" beurteilen: ältere Menschen in privaten Haushalten 1978, 1983, 1991 und 1998



Quelle: Mikrozensuserhebungen 1978, 1983, 1991, 1998; eigene Berechnungen

9 Für eine ausführliche Darstellung der Methode sowie möglicher stichprobenbedingter Verzerrungen der Ergebnisse siehe Doblhammer & Kytir (1999).

Es zeigt sich, dass in den vergangenen zwanzig Jahren (1978 bis 1998) der Anteil jener älteren Menschen, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht" oder „sehr schlecht" einschätzen, deutlich geringer wurde. Dies trifft für die „jungen" Alten ebenso zu wie für die Hochbetagten und gilt für Männer und Frauen in gleicher Weise (Abbildung 6.16). So beurteilten 1978 rund 17% der 65- bis 69-jährigen Männer und 18% der gleichaltrigen Frauen ihren Gesundheitszustand mit „schlecht" oder „sehr schlecht". Bis 1998 hatte sich dieser Wert bei Männern und Frauen mehr als halbiert (auf 8%). Unter den 80- bis 84-jährigen empfanden laut Mikrozensus 1998 lediglich 16% der Männer und 25% der Frauen ihren Gesundheitszustand als schlecht. Zwanzig Jahre vorher war diese negative Beurteilung der eigenen Gesundheit noch doppelt so häufig zu finden. Selbst bei den Hochbetagten 85- bis 89-jährigen kam es zu einer Verbesserung des subjektiv empfundenen Gesundheitszustands, vor allem bei Männern.[10]

Gemeinsam mit dem Rückgang der Sterberaten führte der Trend einer immer besseren Beurteilung des eigenen Befindens zu einem starken Zuwachs der Zahl und des Anteils von in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahren (Tabelle 6.21):

- 60-jährige Männer konnten im Jahr 1998 im Durchschnitt mit weiteren 16,6 Lebensjahren in guter Gesundheit rechnen. Das waren 89% der gesamten statistisch noch erwartbaren Lebenszeit (bis zum 90. Lebensjahr). Zwanzig Jahre zuvor (1978) war bei 60-jährigen Männern die Lebenserwartung in guter Gesundheit um vier Jahre kürzer (12,6 Jahre) und ihr Anteil an der restlichen Lebenszeit betrug nur 80%. Für 75-jährige Männer war die Entwicklung der letzten 20 Jahre noch positiver. Denn der Anteil „gesunder" Lebensjahre an der gesamten Lebenserwartung stieg in dieser Zeitspanne von 67% auf 83%.

10 Für die über 90-jährigen können stichprobenbedingt keine Aussagen getroffen werden.

- Bei den Frauen zeigen sich analoge Trends. 60-jährige Frauen konnten 1978 mit 14,5 Jahren in guter Gesundheit rechnen. Bis 1998 stieg dieser Wert auf 19,2 Jahre (+4,7 Jahre). Der Anteil der in guter Gesundheit verbrachten Rest-Lebenszeit erhöhte sich damit von 75% (1978) auf 87% (1998). Für 75-jährige Frauen verbesserte sich dieses Verhältnis von 60% (1978) auf 78% (1998).

Damit erhöhte sich in den vergangenen Jahrzehnten nicht nur die Lebenserwartung älterer Menschen in Österreich beträchtlich, gleichzeitig verbesserte sich – zumindest im subjektiven Empfinden – auch ihr Gesundheitszustand. Die Ergebnisse unterstützen daher keinesfalls epidemiologische Theorien, die von einer „Expansion" der Morbidität ausgehen. Die skizzierten Trends lassen weiters hoffen, dass die im Zusammenhang mit dem „Ergrauen" der Gesellschaft befürchteten negativen Folgen für das öffentliche Gesundheitswesen auf zu pessimistischen Annahmen über die möglichen Verbesserungen des Gesundheitszustandes älterer Menschen in den wirtschaftlich entwickelten Wohlfahrtsstaaten beruhen.

6.5.3 Resümee

Viele ältere Menschen leben längere und gesündere Leben als je zuvor, deshalb weist eine aktivere Gemeinschaft älterer Menschen darauf hin, dass die „Last" einer alternden Bevölkerung in ein Phänomen von großer sozialer, ökonomischer und kultureller Hoffnung verwandelt werden kann. Die zunehmende Erfahrung mit einer älteren Bevölkerung soll dazu beitragen, die wichtigsten Maßnahmen zu treffen, um die Lebensqualität das ganze Leben hindurch zu optimieren (WHO, 1995). Es bestehen noch wesentliche Defizite in der Altersforschung sowie eine Reihe von Fragen, die noch zu untersuchen sind. Diese Fragen sind den Bereichen wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Auswirkungen der demografischen Alterung, der sozialen Integration und persönlichen Entwicklung im Alter, weiters den Bereichen Gesundheit, Pflege und Betreuung betagter Menschen zuzuordnen.

www.parlament.gv.at

Tabelle 6.21:

Lebenserwartung in guter Gesundheit, Lebenserwartung in schlechter Gesundheit und Anteil der in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre: ältere Menschen in privaten Haushalten 1978, 1983, 1991 und 1998

Alter in Jahren	Männer				Frauen			
	1978	1983	1991	1998	1978	1983	1991	1998
	Lebenserwartung in guter Gesundheit (Jahre)							
60	12,6	13,7**	14,9**	16,6**	14,5	16,4**	17,5**	19,2**
65	9,3	10,5**	11,5**	12,9**	10,8	12,5**	13,5**	15,0**
70	6,7	7,6**	8,5**	9,8**	7,5	9,0**	9,9**	11,1**
75	4,5	5,1**	5,8**	6,9**	4,8	6,0**	6,7**	7,6**
80	2,8	3,2*	3,6**	4,4**	2,8	3,6**	3,9*	4,4*
85	1,3	1,4	1,6	1,7	1,3	1,5*	1,5	1,7
	Lebenserwartung in schlechter Gesundheit (Jahre)							
60	3,1	2,5	2,6	2,0**	4,8	3,4**	3,5	2,8**
65	2,9	2,2**	2,5	1,9**	4,4	3,2**	3,2	2,7**
70	2,6	2,1**	2,3	1,7**	3,9	2,8**	2,9	2,4**
75	2,2	1,9*	1,9	1,4**	3,2	2,4**	2,4	2,1*
80	1,7	1,5	1,4	1,0	2,4	1,7**	1,8	1,7
85	0,9	0,9	0,7	0,6	1,0	0,8	0,9	0,8
	Anteil der Lebensjahre in guter Gesundheit an der restlichen Lebenserwartung in %							
60	80	85**	85	89**	75	83**	83	87**
65	76	83**	82	87**	71	80**	81	85**
70	72	78**	79	85**	66	76**	77	82**
75	67	73**	75	83**	60	71**	73	78*
80	61	68	72	81*	54	67**	68	72
85	59	62	68	74	56	65	61	66

*) Statistisch signifikante Veränderung zum vorangehenden Jahr (Signifikanzniveau 90%)
**) Statistisch signifikante Veränderung zum vorangehenden Jahr (Signifikanzniveau 95%)
Anmerkungen: Aus methodischen Gründen beziehen sich die Angaben auf die Lebenserwartung bis zum 90. Lebensjahr. Empirische Basis der Angaben zum Gesundheitszustand ist die Mikrozensusfrage über die subjektive Beurteilung der eigenen Gesundheit. Eine Einschätzung des Gesundheitszustands als „sehr gut", „gut" oder „mittelmäßig" wird mit „guter Gesundheit" klassifiziert, eine Einschätzung des Gesundheitszustands als „schlecht" oder „sehr schlecht" wird zu „schlechter Gesundheit" zusammengefaßt.
Quelle: Doblhammer, Gabriele / Kytir, Josef: Lebenserwartung älterer Menschen in guter Gesundheit. Trends für Österreich 1978 bis 1998, in: Demographische Informationen 1999/2000 (im erscheinen)

Innerhalb dieser Fragen sind sicherlich geschlechtsspezifische Untersuchungen erforderlich (Schmeiser-Rieder et al., 1997).

Es gibt jedoch einige große Altersstudien, die uns bereits heute wesentliche und vor allem positive Informationen für den Bereich Vorsorgemedizin liefern. Eine dieser Studien ist die Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA). Diese begann im Jahr 1958 und ist die längste noch laufende Langzeitstudie zum Thema Altern. Die Studie ist ausgerichtet auf die Untersuchung von biologischen Prozessen und Verhaltensänderungen von Menschen mit zunehmendem Alter, auf die Beziehungen dieser Veränderungen zueinander, welche Vorgänge Alterungsprozessen zuzuschreiben sind und welche Veränderungen durch Erkrankungen und Umweltfaktoren bedingt sind.

Bis 1978 wurden ausschließlich Männer in die Studie aufgenommen. 1993 waren annähernd 700 Männer und 500 Frauen im Alter zwischen 20 und 90 Jahren in der Studie. Die Teilnehmer werden alle 2 Jahre untersucht. Die gesammelten Daten enthalten Informationen zu Herz-, Lungen- und Nierenfunktionen, Immunsystem, Stoffwechsel und Hormonhaushalt, Körperzusammensetzung, Sinneswahrnehmung, Gedächtnisleistung, Persönlichkeit, Ernährung. Im Folgenden sind einige Ergebnisse der BLSA zusammengefasst:

- Bei Männern entwickeln sich bereits ab dem 30. Lebensjahr Einschränkungen des Hörens doppelt so rasch wie bei Frauen. Es bedarf eingehender Untersuchungen, welche Faktoren zu diesen Einschränkungen führen (Lärm, Bluthochdruck, systemische Erkrankungen, Medikamente). Ab dem 60. bis 70. Lebensjahr nimmt das Hörvermögen von niedrigen Frequenzen ab.
- Etwa ein Viertel der Teilnehmer der BLSA zeigten auch nach dem 70. Lebensjahr keine Einbußen in der Gedächtnisleistung. Man nimmt heute an, dass das Gehirn, ähnlich wie das Herz, mehr Adaptionsleistungen mit dem Alter vollbringt und weniger Leistungsabbau aufweist, als man bisher gedacht hat. In bezug auf das Erinnerungsvermögen zeigten sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer können besser Zahlen aus dem Kurzzeitgedächtnis abrufen, Frauen besser Wörter. Männer und Frauen haben jedoch insgeamt etwa die gleichen Abbaustufen in bezug auf die Gedächtnisleistung. Forscher der BLSA sind auf der Suche nach Früherkennungszeichen für Morbus Alzheimer, und sie haben herausgefunden, dass das unmittelbare visuelle Gedächtnis lange vor anderen Anzeichen beeinträchtigt ist.
- In bezug auf das Wohlbefinden, auch das psychische Wohlbefinden, zeigte sich mittels Tests, dass Personen, die in jüngeren Jahren niedrige Befindlichkeitslevels hatten, auch im Alter bei Tests ähnlich abgeschnitten haben. Personen, die jedoch eher extrovertiert waren, hatten in jedem Lebensalter höhere Testscores.
- Die Fähigkeit, Stress zu bewältigen, nimmt auch mit dem Alter nicht ab.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt hat man folgende generelle Schlussfolgerungen aus der BLSA gezogen: Altern geht nicht mit einer generellen Abnahme von geistigen und körperlichen Fähigkeiten einher und es gibt auch kein generelles Muster des Alterns. Altern ist ein sehr individueller Prozess. Die Studienleiter sehen auch, dass ihre Fragestellungen immer komplexer werden, es keine einfachen Antworten auf ihre Fragen gibt und stets neue Fragen auftreten (National Institute on Aging, National Institutes of Health, Baltimore 1992).

„Centenarians"

Die Zahl der Hundertjährigen hat sich in den letzten Jahrzehnten vervielfacht, in manchen Ländern um mehr als das Zehnfache. Um das Jahr 2000 wird weltweit die Zahl der Hundertjährigen auf etwa 100.000 geschätzt. Etwa 30% davon erreichen das 100. Lebensjahr kognitiv völlig intakt.

In Österreich leben derzeit über 300 Menschen, die das hundertste Lebensjahr bereits erreicht haben. Seit Ende des Zweiten Weltkriegs ist die Zahl der Hundertjährigen enorm gestiegen. So

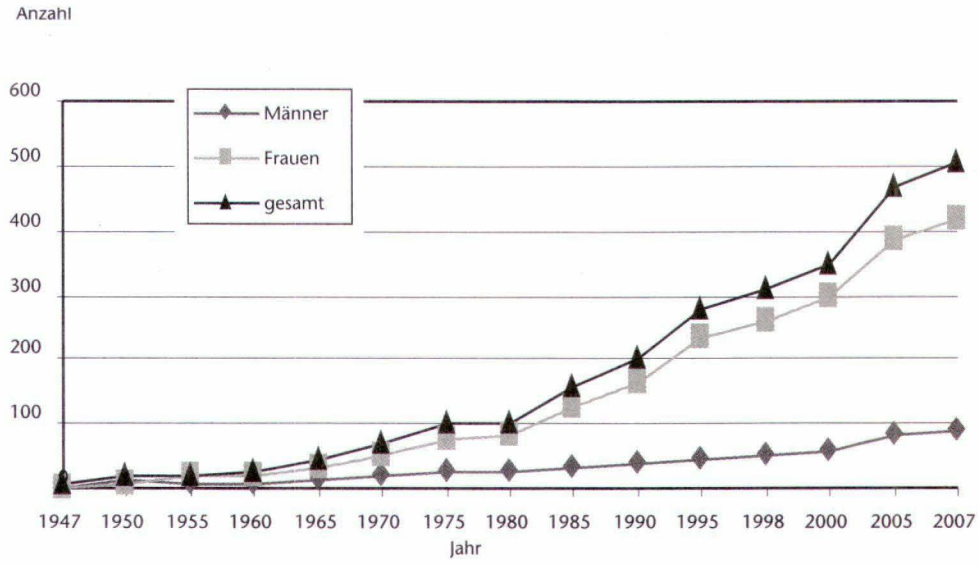
www.parlament.gv.at

waren es 1947 4 Österreicher, 1966 schon mehr als 50 und 1975 100 Personen. Ende der 80er Jahre waren es schon an die 200. Das Geschlechterverhältnis hat sich stark zugunsten der Frauen entwickelt. So ist die Zahl der hundertjährigen Frauen derzeit fünfmal so hoch wie die der Männer. Als Gründe geben Statistiker neben der höheren Lebenserwartung der Frauen die massiven Verluste unter den Männern in den beiden Weltkriegen an. Unter den geschätzten 309 über Hundertjährigen waren zum Stichtag 1.1.1998 50 Männer und 259 Frauen. 2001 werden in Österreich schätzungsweise 380 Personen leben, die über hundert Jahre alt sind. 2002 sollten es bereits mehr als 400, 2007 bereits 500 über Hundertjährige sein (Abbildung 6.17). Der älteste Sterbefall, der zwischen 1947 und 1997 registriert wurde, war eine 112-jährige Frau im Jahre 1994 (ÖSTAT 1999).

In Frankreich gab es 1990 3.853 Hundertjährige, 700 von ihnen wurden klinisch untersucht und mehr als die Hälfte (58%) zeigten einen sehr guten und guten Gesundheitszustand.

Der Mythos des Hundertjährigen besteht darin, dass man gesund und mobil ist, tanzt und reitet, so Bernard Jeune von der Danish Centenarian Study. In der dänischen Studie sieht man ebenfalls bei einem Drittel, dass sie kognitiv intakt sind und relativ unabhängig, jedoch heißt das nicht, dass sie gesund sind. Seine Hypothese ist, dass Hundertjährige bislang immer noch durch Krankheiten sterben und nicht an Altersschwäche. Daraus könnte man auch ableiten, dass Krankheiten noch verstärkt postponiert werden können. Aus verschiedenen Untersuchungen geht hervor, dass Hundertjährige sich unter anderem auch durch größere Toleranz, Optimismus und Ruhe auszeichnen und dass sie kommunikativer sind. Die New England

Abbildung 6.17:
Hundert- und Mehrjährige in Österreich 1947 bis 2007



Quelle: ÖSTAT, 1999

Centenarian Study ergab, dass sie im Vergleich zu denen, die früher gestorben sind, Stress besser bewältigen können. Eines ist allen gemeinsam – regelmäßige moderate Bewegung und Maßhalten beim Essen während des gesamten Lebens. Natürlich sind genetische Faktoren genauso bedeutend. Es scheint, dass Hundertjährige eine Gruppe von Menschen darstellen, bei denen Alterskrankheiten gar nicht oder sehr verspätet auftreten.

Jene Wissenschaftler, die das Phänomen der Hundertjährigen untersuchen, sehen den Weg für ein gesünderes Älter- und Altwerden jedoch in den uns bereits bekannten Faktoren:

- gesundes Essen
- regelmäßige Bewegung
- Vermeiden von Übergewicht
- Nichtrauchen
- Teilnahme an der Gesundheitsvorsorge zur Krankheitsfrüherkennung

Das bevölkerungsweite Einhalten dieser wenigen Lebensstilregeln würde die durchschnittliche Lebenserwartung und die Gesundheitserwartung verbessern.

Das Geheimnis eines langen und gesunden Lebens hat man dennoch noch nicht gefunden. Wesentlich ist, sich der eigenen Gesundheit anzunehmen, seiner persönlichen Risikofaktoren und deren Management (nach Larkin, 1999).

6.6 Präventivmedizinische Themen der Zukunft

Die WHO nennt für die künftige Erhöhung des Gesundheitspotenzials der Bevölkerung die Abhängigkeit desselben von der Prävention und der Reduktion der vorzeitigen Mortalität und Morbidität sowie gesundheitlicher Einschränkungen (WHO, 1998). 1992/93 haben Weltbank und WHO eine Schätzung des Gesundheitszustandes der Weltbevölkerung vorgenommen. Die Bevölkerung über 60 Jahre in den entwickelten Ländern leidet vor allem an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen und Demenzerkrankungen, wie Morbus Alzheimer. Die zukünftige Entwicklung von Inzidenz und Prävalenz dieser Erkrankungen lässt einen Anstieg in der Zahl der Alzheimer-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, osteoporotischen Frakturen sowie Seh- und Hörbeeinträchtigungen erwarten (nach Diczfalusy, 1998; nach Wiener Männergesundheitsbericht 1999).

Trotz der enormen Fortschritte in der Medizin sind die letzten Lebensjahre begleitet von Krankheit und Behinderung. Der Schlüsselfaktor für ein gesundes Altern ist, solange als möglich unabhängig zu bleiben. Das zentrale Anliegen sind Therapie und Prävention jener Erkrankungen und daraus resultierenden Behinderungen, die die ältere Bevölkerung am häufigsten betreffen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Arthritis, Alzheimer-Erkrankung, Angstkrankheiten, Depressionen, Diabetes, eingeschränktes Hör- und Sehvermögen, chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen, Lungenerkrankungen. Gesundheits- und Sozialprogramme sind gefordert, ein gesünderes Älterwerden zu ermöglichen und die Lebensqualität des Alters zu verbessern. Dies schließt gesunden Lebensstil, eine gesundheitsfördernde Umwelt und Gesundheitserziehung auch für ältere Menschen mit ein. Die präventive Funktion der Geschlechtshormone ist bei den Frauen bereits als eine Möglichkeit erkannt worden, gegen Osteoporose, Alzheimer, Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirksam zu werden. Diese Möglichkeiten im Bereich der Männergesundheit sind jedoch bereits Gegenstand intensiver Forschung. Gesunder Lebensstil, damit sind gesunde Ernährung, Nichtrauchen, regelmäßige Bewegung gemeint, hat enormen Einfluss auf ein gesünderes Älterwerden.

Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel im mittleren Alter und in späteren Lebensjahren

sind Prädiktoren, die mit einer verkürzten behinderungsfreien Lebenserwartung verbunden sind. Personen mit gesünderem Lebensstil leben dagegen längere und gesündere Leben (Vita et al., 1998). Die Ergebnisse dieser Untersuchung von Vita et al. zeigen sehr eindeutig, dass Personen mit gesünderem Lebensstil einen besseren Gesundheitszustand im Alter haben, erst in höherem Lebensalter Behinderungen auftreten und der Behinderungsgrad in jedem Lebensalter geringer ist im Vergleich zu jenen mit ungesundem Lebensstil. Dies steht entgegen den Hypothesen und Ergebnissen anderer Untersuchungen, dass ein gesünderer Lebensstil die Morbidität erhöht, da die Menschen älter werden und damit verbunden die Gesundheitsausgaben ansteigen. So sei bei Personen mit geringerem Gesundheitsrisiko die kumulative Lebens-Behinderungszeit größer als bei Personen mit höherem Gesundheitsrisiko, so die bisherigen Theorien (Olshansky et al., 1986). In der Untersuchung von Vita et al. (1998) zeigte sich jedoch ein Unterschied von 5 Jahren in bezug auf das Auftreten von behindernden Beeinträchtigungen zwischen jener Gruppe mit geringem und jener mit hohem Gesundheitsrisiko (bezogen auf Übergewicht, Rauchen und Bewegungsmangel). Für Männer und Frauen wurden sehr ähnliche Ergebnisse gefunden.

Es ist natürlich schwierig auseinanderzuhalten, welchen Einfluss nun die einzelnen Lebensstiländerungen auf den Beginn von Beeinträchtigungen haben, auf Lebens- und Gesundheitserwartung. Weiters sind sozioökonomische Faktoren von wesentlicher Bedeutung in bezug auf den Lebensstil. Ein höherer sozioökonomischer Status und höherer Ausbildungsgrad sind, auf die Bevölkerung bezogen, stets mit einer besseren Gesundheit verbunden (House et al., 1990; Leigh et al., 1994).

6.6.1 Gesundheitsbewusstsein

Für die kommenden Generationen älterer Menschen ist es wesentlich, dass ihr Gesundheitsbewusstsein bereits heute gefördert wird. Gesundheitsbewusstsein ist ein vielzitierter Begriff. Nach Faltermeier (1994) umfasst das Konstrukt „Gesundheitsbewusstsein" biografische und kognitiv-emotionale Komponenten sowie Aspekte der Körperwahrnehmung, der Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen und den sozialen Kontext von Gesundheit. Das Konstrukt „Gesundheitshandeln" bezieht sich auf den bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit und mit Krankheiten, mit dem Körper, mit Belastungen, mit gesundheitlichen Ressourcen und sozialem Gesundheitshandeln sowie gesundheitsbezogenen Veränderungen.

6.6.1.1 Gesundheitsbewusstsein am Beispiel zweier Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Hypertonie und Hypercholesterinämie

Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen in den Industrieländern 50% der Todesfälle. Bluthochdruck und erhöhter Cholesterinspiegel zählen zu den wesentlichen Risikofaktoren. Zur Kontrolle von Risikofaktoren in der Bevölkerung ist es notwendig, Defizite und Schwächen im Wissen und in der Einstellung zu identifizieren, um zielgruppenspezifisch intervenieren zu können. Im Folgenden sind zwei Beispiele für die Evaluierung von Gesundheitskampagnen zu den Risikofaktoren Bluthochdruck und Cholesterin angeführt, die beide das allgemein höhere Gesundheitsbewusstsein der Frauen gegenüber den Männern zeigen, vor allem der über 50-jährigen Frauen. Insgesamt ist die über 50-jährige und über 60-jährige Bevölkerung in bezug auf diese beiden Risikofaktoren am besten informiert und zeigt das größte Gesundheitsbewusstsein.

Blutdruckbewusstsein

In Österreich fand 1978 durch den Österreichischen Herzfonds eine landesweite Aufklärungskampagne zum Thema Blutdruck statt. Diese Aktivitäten wurden durch Begleituntersuchungen ergänzt, um die Einflüsse der Aufklärungskampagne auf Gesundheitswissen und Einstellungen

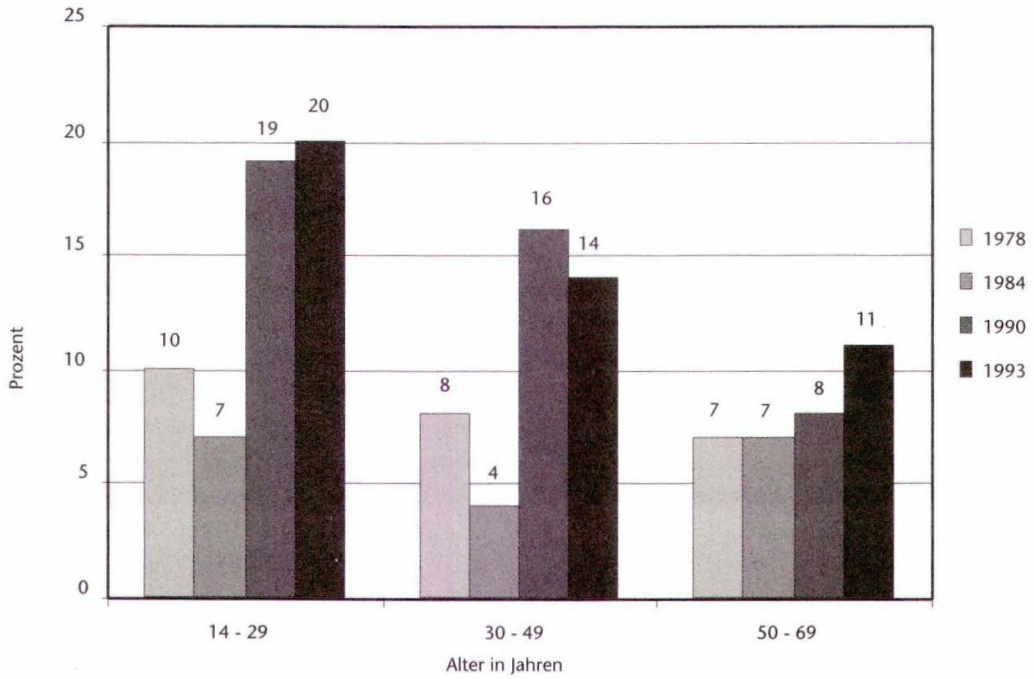
www.parlament.gv.at

wie Gesundheitsverhalten und Krankheitsverhalten zu untersuchen. Über einen Zeitraum von 15 Jahren (1978-93) wurde das Blutdruckbewusstsein der österreichischen Bevölkerung regelmäßig erfasst. Es zeigte sich, dass 1978, im Anschluss an die Blutdruck-Kampagne, das Blutdruckbewusstsein in der Bevölkerung seinen höchsten Stand hatte.

Das Blutdruckbewusstsein verringerte sich mit zunehmendem Zeitabstand zur Kampagne deutlich. Die Zunahme des diesbezüglichen Informationsdefizites ist bei Männern, im Gegensatz zu den Frauen, signifikant. Frauen über dem 50. Lebensjahr waren insgesamt am besten über ihren Blutdruck informiert (Abbildung 6.18 und Abbildung 6.19).

Bei den unter 50-jährigen Frauen zeigte sich jedoch auch ein signifikantes Absinken des Blutdruckbewusstseins. Bei Männern, 50 Jahre und

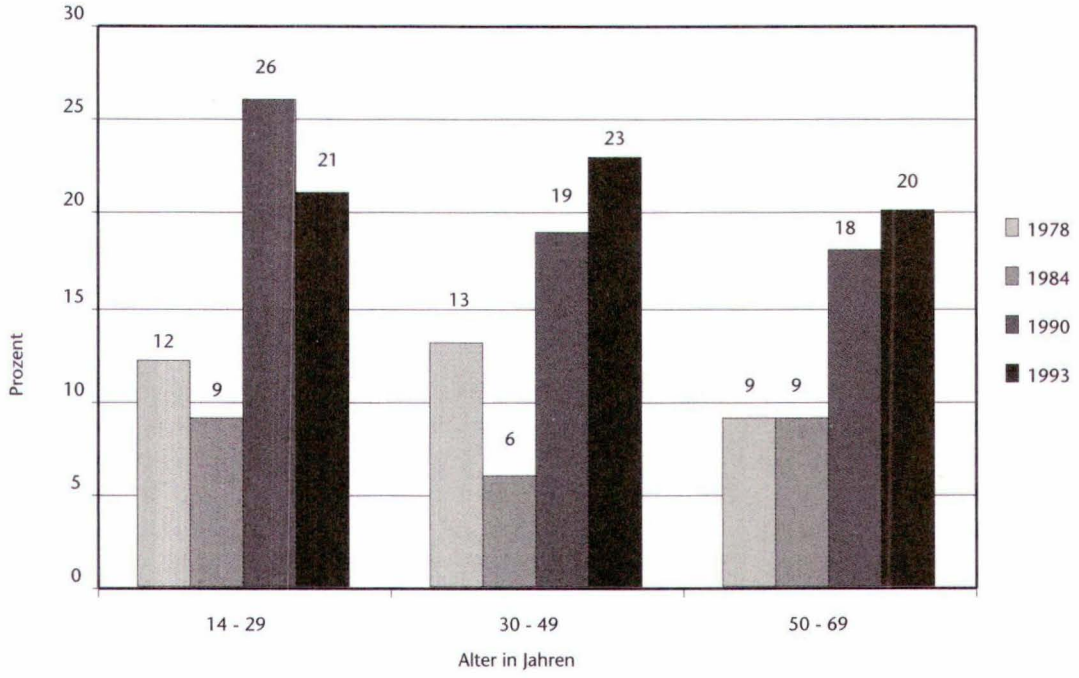
Abbildung 6.18:
Blutdruckbewusstsein (1978-93): Prozentanteil der weiblichen Bevölkerung, die über den eigenen Blutdruck nicht Bescheid weiß



Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1995

www.parlament.gv.at

Abbildung 6.19:
Blutdruckbewusstsein in Österreich (1978-93): Prozentanteil der männlichen Bevölkerung, die über den eigenen Blutdruck nicht Bescheid weiß



Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1995

älter, hat das Informationsniveau zwar nicht signifikant abgenommen (9%, 9%, 18%, 20%), ist aber niedriger als bei den Frauen in dieser Altersgruppe. Als ein weiterer Parameter des Blutdruckbewusstseins wurde die Frage nach der letzten Blutdruckmessung in den Vergleich aufgenommen. 1993 berichten signifikant weniger Probanden von einer in den letzten drei Monaten vor der Befragung stattgefundenen Blutdruckmessung (1978 vs. 1993: gesamt: 49% vs. 34% ($p<0,05$); unter 50-jährige: Männer: 41% vs. 29% ($p<0,05$), Frauen: 44% vs. 26% ($p<0,05$); 50-jährige und älter als 50 Jahre: Männer: 52% vs. 37% ($p<0,05$); Frauen: 69% vs. 51% ($p<0,05$)). Ein geschlechtsspezifischer Unterschied kann in der Altersgruppe der 50-jährigen und über 50-jährigen festgestellt werden. Signifikant mehr Frauen als Männer geben im besagten Zeitraum Blutdruckmessungen an ($p<0,05$).

Internationale Studien haben auch beim Thema Bluthochdruck immer wieder gezeigt, dass sich Frauen gesundheitsbewusster verhalten als Männer. Die Altersgruppe der 50-jährigen und über 50-jährigen, Männer und Frauen, zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung am besten informiert, Frauen noch um einiges besser als Männer (11% der Frauen dieser Altersgruppe können keinerlei Auskunft über ihren Blutdruck geben, im Vergleich zu 20% der Männer) (Schmeiser-Rieder et al., 1995).

1998 wurde eine neuerliche Repräsentativerhebung zur Evaluierung des Blutdruckbewusstseins durchgeführt; es ergaben sich einige Verän-

derungen zur Untersuchung im Jahr 1993. Positiv entwickelt hat sich die Zahl der Personen, die Auskunft zu ihrem Blutdruck geben können, obwohl die Prozentzahl immer noch signifikant unter jener von 1978 liegt. Negativ entwickelt hat sich seit 1993 die Einschätzung von Risikofaktoren für Bluthochdruck. Übergewicht ist der einzige Risikofaktor, welcher nach wie vor von etwa 90% der Bevölkerung als erhöhtes Hypertonierisiko eingeschätzt wird. Anderen Risikofaktoren, wie Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel etc. wird signifikant weniger Bedeutung beigemessen als 1993. Die Angaben zur Häufigkeit der Blutdruckmessung haben sich gegenüber 1993 nicht verändert und liegen signifikant unter dem Prozentsatz von 1978. Dies trifft auch auf die über 50-jährigen zu. 46% der über 50-jährigen gaben 1998 an, dass in den letzten drei Monaten ihr Blutdruck gemessen wurde, 12% geben an, dass sie regelmäßig selber messen. In dieser Altersgruppe sind die Unterschiede in bezug auf die Blutdruckmessung zwischen Männern und Frauen besonders groß, obwohl die Unterschiede seit 1993 geringer geworden sind (Schmeiser-Rieder et al., 2000).

Cholesterinbewusstsein

Zwischen 1986 und 1989 fand in Österreich verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Cholesterin statt. Ein Vergleich von repräsentativen Bevölkerungssurveys von 1986, 1989 und 1990 ging der Frage nach, welchen Einfluss eine derartige Cholesterinkampagne auf das Cholesterinbewusstsein in der Bevölkerung hat.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung, kurz zusammengefasst, zeigten folgendes: Den Begriff Cholesterinspiegel kennen 1986 87%, 1989 96%, 1990 93% der Befragten, Frauen in jedem Jahr zu einem höheren Prozentsatz als Männer. Eine mindestens einmalige Messung des Cholesterinspiegels gaben 49% 1986 an, 54% 1989 und 50% 1990. Wobei 1986 das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ausgeglichen war, 1989 bereits mehr Frauen ihren Cholesterinspiegel bestimmen ließen, 1990 der Prozentsatz der Frauen mit 56% gleich blieb, bei den Männern aber von 51% 1989 auf 42% zurückging.

1986 gaben 13% der Befragten an, erhöhte Cholesterinspiegel zu haben, 1989 24% und 1990 14%. 1986 konnten 56% der Bevölkerung keinerlei Auskunft über den persönlichen Cholesterinspiegel geben, 1989 19%, 1990 bereits wieder 59%, wobei der Anteil der Männer an dieser Gruppe stets höher war. Die über 60-jährigen zeigen das größte Cholesterinbewusstsein in der Bevölkerung. Dies trifft sowohl auf die Angabe zur Häufigkeit der Messungen zu, als auch auf die Kenntnis des Cholesterinwertes nach der Messung. Frauen geben häufiger erhöhte Cholesterinwerte an als Männer. Weniger Männer als Frauen geben eine mindestens einmalige Messung ihres Cholesterinwertes an.

Im Zuge von Cholesterinkampagnen erreichte das Informationsniveau in der Bevölkerung seinen Höchststand. In den Umfragen der nachfolgenden Jahre war wieder ein Absinken zu verzeichnen. Ähnlich wie beim Blutdruckbewusstsein kann daraus gefolgert werden, dass die Kontinuität der Informationsvermittlung nach einer Kampagne wesentlich für die Bildung des Gesundheitsbewusstseins ist, wobei die unterschiedlichen Zielgruppen (jüngere und ältere Personen, Männer, Frauen) Berücksichtigung finden sollen. Die ältere Bevölkerung zeigt das höhere Bewusstsein und das größere Wissen in bezug auf den Risikofaktor Hypercholesterinämie, wobei das höhere Gesundheitsbewusstsein der Frauen sich auch hier dokumentiert (Rieder et al., 1991).

6.6.2 Prävention in der Geriatrie

Die demografische Entwicklung ergibt gesundheitspolitisch Forderungen zur Schwerpunktverlegung auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Präventivmedizin und Lebensstilmedizin. Vielfach sind Krankheitsursachen lebensstilassoziiert und auch Ursache von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Gesundheitsvorsorge muss in jedem Alter betrieben werden, ganz besonders im höheren Alter. Für

www.parlament.gv.at

die Vorsorge- und Sozialmedizin ergibt sich die besondere Herausforderung, eine Gesundheitsvorsorge im Alter zu planen. Es gilt, die für die jüngeren und mittleren Altersgruppen gültigen Richtlinien der Präventivmedizin und allgemeinen Gesundheitsvorsorge auch für das höhere und hohe Alter zu formulieren.

Gesundheitsförderung zielt grundsätzlich darauf ab, die Lebensstile der Menschen bzw. die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen der Menschen zu ändern und die Menschen zu befähigen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen. Sie soll die Menschen dazu befähigen, die Bewahrung ihrer Gesundheit und die Verantwortung für sie zum Bestandteil ihres Alltags zu machen. Dies kann sowohl durch spontanes Handeln oder durch gezielte oder organisierte Maßnahmen geschehen. Umfassender und fortlaufender Zugang zu allen gesundheitsrelevanten Informationen für die gesamte Bevölkerung ist erforderlich und sollte mit allen verfügbaren Möglichkeiten gefördert werden.

Gesundheitsförderung, die auch Ältere miteinschließt und die Vermeidung von Alterspflegedürftigkeit werden in diesem Zusammenhang stets als wichtige gesamt-gesellschaftliche Anliegen behandelt. Diese Aufgabe kann aber nicht allein der Medizin zugewiesen werden und so hat sich ein Zweig der Gesundheitsberufe etabliert, der mit dem Schlagwort „Geriatrie" beschrieben wird. Die Geriatrie befasst sich mit Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Besonders in der Prävention hat die Geriatrie eine sehr wichtige Rolle. Sie hat zum Ziel, ein möglichst gesundes Altern zu ermöglichen.

Die Effekte von Präventionsmaßnahmen in der Bevölkerung lassen sich jedoch unter Umständen erst in 20-30 Jahren in der Bevölkerung ablesen, wie etwa bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wesentlich schneller nachweisbar ist die Wirksamkeit der Unfallprävention. Diese kann spätestens nach 2 Jahren in den einschlägigen Sterblichkeits- und Krankenhausstatistiken überprüft werden. Mit der demografischen Entwicklung wird auch eine Zunahme der absoluten Haushaltsunfälle erwartet; wie die Statistik zeigt, sind besonders Frauen in der zweiten Lebenshälfte im Haushalt gefährdet. Unfälle nach dem 65. Lebensjahr sind auch einer der Gründe für die höhere Mortalität der Männer. Ebenso rasch sind die Präventionseffekte einer effizienten Impfpolitik im Gesundheitswesen nachweisbar.

Insgesamt besteht kein Zweifel daran, dass umfassende Prävention zu einer Reduktion der altersbedingten Abhängigkeit und Betreuungsbedürftigkeit führt (Gesundheits-Vorsorgebericht Niederösterreich, 1999).

Prävention spielt sich auf drei Ebenen ab:

- Primäre Prävention befasst sich mit Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge vor dem Eintritt einer Erkrankung.
- Sekundäre Prävention beabsichtigt eine Früherkennung von Krankheit mit dem Ziel der günstigen Beeinflussung des Verlaufes.
- Tertiäre Prävention soll Rezidive verhindern. Sie dient der Feststellung und Versorgung von Krankheitsfolgen und Behinderung

1. Primärprävention:

dazu gehören :

- Aufklärungsstrategien,
- verhaltensändernde Maßnahmen,
- Maßnahmen des Gesundheitsschutzes,
- Seniorenvorsorge,
- Unfallvermeidung,
- Impfberatung,
- Ernährungsberatung,
- Aktivität im Alter,
- Bewegungstraining.

Will man die Gesundheit bis ins hohe Alter hinein erhalten, muss man auch bereits in jungen Jahren in die Gesundheit investieren. Wir können die zunehmend chronisch-degenerativen Erkrankungen und ihre Konsequenzen, die im hohen

Alter zur Krankenhauseinweisung führen, nicht allein durch kurative Medizin verringern. Es besteht eine Selbstverantwortung des Einzelnen, nicht nur für die Gestaltung seines Lebens, sondern auch für die Erhaltung seiner geistigen und körperlichen Gesundheit. Nur eine breit angelegte, intensive und frühzeitige Aufklärung der Bevölkerung kann die Einstellung dem Alter gegenüber verändern. Dies bedeutet, mit entsprechenden Aufklärungsaktionen nicht erst auf die bereits Älteren abzuzielen, sondern bereits in jüngeren und mittleren Lebensjahren damit zu beginnen. Für Verhaltensänderungen gilt weiterhin – und dies dürfte ebenfalls auf alle Altersgruppen gleichermaßen zutreffen – dass sie am ehesten dort zu erreichen sind, wo ein entsprechendes Bewusstsein hinsichtlich der Notwendigkeit sich zu ändern besteht.

2. Sekundärprävention:

Trotz des signifikanten Rückgang der Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen bleiben kardiovaskuläre Erkrankungen nach wie vor die häufigste Todesursache in industrialisierten Ländern. Es ist daher anzunehmen, dass therapeutische Interventionen, welche das Entstehen kardiovaskulärer Erkrankungen verhindern oder deren Fortschreiten bremsen, Mortalität und Morbidität weiter senken können.

Es hat sich gezeigt, dass dieselben Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen im mittleren Erwachsenenalter auch beim alten Menschen wirksam sind.

So ist heute die atherosklerotische Gefäßerkrankung in der Geriatrie nicht als normaler Alternsprozess aufzufassen, sondern als eine Kumulation des Einflusses von atherogenen Risikofaktoren:

- Rauchen
- Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Hyperlipidämie
- körperliche Inaktivität (begünstigt auch die Osteoporose, daher nicht nur mehr Bewegung in der Kardiologie, sondern auch in der Geriatrie)
- Übergewicht
- psychosoziale Faktoren
- Sozialkontakte

Alter „per se" kann nicht als Kontraindikation für eine medikamentöse Primär- oder Sekundärprävention gelten. In den Zeiten einer koronaren Bypass-Chirurgie im 8. Lebensjahrzehnt muss Primär- und Sekundärprävention im 7. Lebensjahrzehnt ein Thema sein, wo doch gezeigt wurde, dass durch Risikosenkung innerhalb von weniger als zwei Jahren nachweisbar günstige Effekte auf die Mortalität entstehen können.

3. Tertiärprävention:

Die überwiegende ärztliche Aufgabe bezieht sich heute mehr oder weniger auf den multimorbiden, betagten Patienten, der durch seine unterschiedlichen Krankheitsbilder kurzfristig von Abhängigkeit bedroht ist. Auch die Diagnose und Therapie typischer geriatrischer Probleme, inkl. Depression, Inkontinenz und Sturz mit Ursache und Folgen, gehören zur Tertiärprävention.

Das herausragende Ziel zum Problem der sturzbedingten Verletzungen und besonders der Frakturen der älteren Menschen muss unter anderem die Prävention der Stürze sein. Beim derzeitigen Stand der Vorsorgemedizin ist es allerdings unrealistisch, alle jene älteren Menschen, welche ein Risiko für Stürze und Frakturen tragen, erfassen zu können. Zumindest eine Risikogruppe könnte und sollte allerdings besonders überwacht und einem Präventionsprogramm unterzogen werden. Es ist dies eine Gruppe älterer Personen, welche bereits einen Sturz durchgemacht hat. Selbst in dieser Gruppe gefährdeter Personen wird es viele geben, welche den Sturz absichtlich verschweigen oder auch nur unabsichtlich nicht berichten und sich damit einer Erfassung entziehen. Bei allen gestürzten Patienten, die erfasst werden, müssen systematisch alle möglichen exogenen und endogenen Risikofaktoren kontrolliert werden. Tatsächlich

sollten nach einem Sturz eines betagten Menschen sowohl seine Wohn- und Lebensverhältnisse wie auch sein Gesundheitsstatus gründlich untersucht werden.

Wenn präventive Maßnahmen erfolgreich sein werden, bedarf es neuer Konzepte und neuer Strategien, die im jüngeren und mittleren Lebensalter ansetzen müssen, aber genauso auch bei höheren Altersgruppen. In gleicher Weise muss das Bildungswesen lebenslang angelegt sein und Fähigkeiten und Kompetenzen vermitteln, die nicht nur für das Arbeitsleben ausreichen, sondern auch für das Alter rüsten. Vom Aufbau eines qualifizierten und bedarfsgerechten geriatrischen Gesundheitsversorgungssystems könnte ein wesentlicher Beitrag zur Vermeidung, Verminderung oder zum Hinausschieben des Eintritts der Pflegebedürftigkeit erwartet werden.

6.6.3 Vorsorgeuntersuchungen

Auch im Alter sind periodisch wiederkehrende Kontrolluntersuchungen – wie die Vorsorgeuntersuchungen – von großer Bedeutung. Ziel einer Vorsorgeuntersuchung ist die Kontrolle und Bestätigung der Gesundheit ebenso wie das Erkennen von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen im Frühstadium, um rechtzeitig eingreifen und dadurch das Ausmaß der klinischen Manifestation mildern oder Komplikationen verhindern zu können. Die angebotenen Untersuchungsprogramme sind vor allem auf die Erkennung von Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Krankheiten der Atmungsorgane ausgerichtet.

In den Leistungskatalog der Sozialversicherung aufgenommen wurden verschiedene Vorsorgeuntersuchungs- und Gesundheitsförderungsprogramme. Zudem wurden vermehrt gezielte Aktivitäten durch Gesundheitserziehung, -aufklärung und -beratung gesetzt. In Österreich hat jeder Staatsbürger über 19 Jahre das Recht, einmal pro Jahr kostenlos eine Gesundenuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Die Untersuchungen werden von Vertragsärzten durchgeführt. Es handelt sich dabei um ein standardisiertes Vorgehen, das aus einem allgemeinen Untersuchungsprogramm und einem gynäkologischen Programm besteht (Gesundheitswesen in Österreich, 1996).

Ältere Menschen nehmen die Gesundenuntersuchung wesentlich seltener in Anspruch. Die Gründe dafür könnten sein, dass mit dem Alter immer häufiger uncharakteristische Beschwerden zunehmen und als Alterserscheinungen abgetan werden. Damit werden oft wichtige Warnsymptome missachtet. Ein Gesundheitserziehungsprogramm für ältere Menschen, um die Bereitschaft zur Gesundheitsvorsorge im Alter zu stärken, wäre sehr sinnvoll (Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997).

Ältere Frauen gehen immer seltener zur gynäkologischen Vorsorge, wobei ab der Altersgruppe der 60-74-jährigen starke Einbrüche festzustellen sind (Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997). Eine Umfrage der Österreichischen Krebshilfe ergab, dass im Jahr vor der Befragung 49% der 45-59-jährigen Frauen beim Frauenarzt / bei der Frauenärztin waren, in der Altersgruppe der 60-74-jährigen Frauen nur mehr 26%. Insgesamt zeigte diese Untersuchung, dass der Informationsstand der Wiener Frauen bezüglich Krebsvorsorge und deren Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen sowie der Bekanntheitsgrad der Mammografie mit dem Alter abnehmen (Sevelda et al., 1995). Auch bei den Männern ergibt sich ein ähnliches Bild. In Wien gaben etwa 20% der Männer an, dass sie jemals an einer Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten. In bezug auf alle Gesundenuntersuchungen liegt der Männeranteil unter 40%. Auffällige Befunde werden bei Männern häufiger gefunden (Wiener Männergesundheitsbericht 1999).

Bezogen auf die Gesamtzahl sieht man, dass in Österreich wesentlich mehr Frauen als Männer an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen (61,8% vs. 38,2%). Zwischen der Altersgruppe der 19- bis 24-jährigen und der 25- bis 30-jährigen zeigt sich ein

ausgeprägter Anstieg: Bei den Männern 4,7% vs. 18,4% und bei den Frauen 6,4% vs. 19,3%. Die Altersgruppen 25-34, 35-44, 45-54 und 55-64 nehmen einen ungefähr gleich großen Anteil ein. Bei den Altersgruppen der 65-74-jährigen und 75+-jährigen nimmt die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen deutlich ab (Tabelle 6.22).

Eine Chance für die Verbesserung des Vorsorgebewusstseins älterer Frauen und Männer besteht sicherlich in der gesundheitspolitischen, medizinischen und wissenschaftlichen Thematisierung des Älterwerdens. Weiters wird es notwendig sein, zusätzlich zu den jetzt angebotenen Vorsorgeuntersuchungen spezifische für ältere Menschen anzubieten.

6.6.4 Rehabilitation

Die WHO definiert die Rehabilitation in der Geriatrie folgendermaßen: Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Einfluss von Bedingungen, die zu Einschränkungen oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und benachteiligten Personen dazu zu befähigen, eine soziale Integration zu erreichen.

In der Geriatrie ist das Ziel der Rehabilitation nicht so sehr die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustands, sondern das Erreichen größtmöglicher Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Erreichen subjektiven Wohlbefindens. Im Vordergrund steht vor allem das Bemühen um Verbesserung oder Stabilisierung oder das Verhindern einer Verschlechterung. Die Ziele sollten realistisch definiert und an die individuelle physische und psychische Belastbarkeit des Betroffenen angepasst sein (Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997).

1. Präventive Rehabilitation:

Dient zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit und der Verminderung des altersentsprechenden Leistungsabbaus.

2. Allgemeine Rehabilitation:

Bei chronischen Erkrankungen beinhaltet es die aktivierende Pflege und Erhaltungstherapie.

3. Gezielte Rehabilitation:

Sie ist durch ein krankheits- und funktionsbezogenes Vorgehen geprägt, das durch gezieltes Training unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patienten verlorengegangene Fähig-

Tabelle 6.22:

Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 1998 für Österreich

Alter	Männer		Frauen		gesamt	
19 - 24	13.312	*4,7%	28.887	*6,4%	42.199	*5,7%
25 - 34	51.513	*18,4%	87.544	*19,3%	139.057	*18,9%
35 - 44	60.545	*21,5%	93.126	*20,5%	153.671	*20,9%
45 - 54	55.371	*19,7%	82.403	*18,1%	137.774	*18,7%
55 - 64	52.692	*18,8%	77.207	*17,0%	129.899	*17,7%
65 - 74	34.429	*12,2%	56.488	*12,4%	90.917	*12,4%
75 und älter	13.286	*4,7%	28.634	*6,3%	41.920	*5,7%
gesamt	281.148	38,2%	454.289	61,8%	735.437	100%

* Die Prozentsätze beziehen sich jeweils auf die untersuchten Männer bzw. untersuchten Frauen bzw. auf alle Untersuchten

Die letzte Zeile ist von links nach rechts zu lesen

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1999; eigene Berechnungen

www.parlament.gv.at

keiten zurückzugewinnen oder zu kompensieren versucht (oft zusammen mit Tertiärprävention).

Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, eingeschränkte oder benachteiligte Personen zu befähigen, sich ihrer Umwelt anzupassen, sondern auch darauf, in ihre unmittelbare Umgebung und in die Gesellschaft als Ganzes einzugreifen, um ihre soziale Integration zu erleichtern.

50. ASVG-Novelle 27.12.1991, § 154a:

Die Krankenversicherungsträger gewähren, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs. 2, medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

Ein wichtiges Beispiel für eine gezielte Rehabilitation ist die Rehabilitation nach einer hüftgelenksnahen Fraktur und der behandlungsbedürftigen internen Begleiterkrankungen. 90% der Patienten sind älter als 50 Jahre; es handelt sich um eine Volkskrankheit des Alters.

Im Durchschnitt sind 10% der stationären Patienten in Unfallkrankenhäusern ältere Patienten mit einer hüftgelenksnahen Fraktur. Diese haben aber eine wesentlich längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer und machen somit 40 bis 50% aller stationären Patienten in Unfallkrankenhäusern aus.

In einer Statistik aus dem Jahre 1994 der Wiener Universitätsklinik für Unfallchirurgie macht diese Patientengruppe sogar 65% der stationären Patienten aus. Die hüftgelenksnahe Fraktur ist eine eminente Gefahr: Die 1-Jahres-Mortalität schwankt zwischen 14 und 36% (signifikant erhöhte Mortalität zwischen dem 6. und 12. postoperativen Monat). Nur 50 bis 65% der Patienten erreichen den prätraumatischen Mobilitätsgrad. 20% der Patienten bleiben immobil (Unterbringung im Pflegeheim). 10 bis 15% der Patienten können die Wohnung nicht mehr verlassen (in der Wohnung mobil).

Aus der Auswertung einer weiteren Krankenhausstatistik (Wiener Poliklinik) geht hervor, dass das Durchschnittsalter (von 2000 PatientInnen) der in die Wiener Poliklinik aufgenommenen PatientInnen 80,2 +/– 9 Jahre betrug. Der überwiegende Teil waren weibliche Patienten (84,6%). 66,9% der Frauen waren verwitwet; im Vergleich dazu 32,5% der männlichen Patienten. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 25,2 +/– 13,7 Tage, ohne relevante Begleiterkrankung 22,2 Tage, mit relevanter Begleiterkrankung 25,8 Tage, mit interkurrenter Erkrankung 29,6 Tage. Das Patientenalter korreliert in keiner Weise mit der Aufenthaltsdauer oder der Erreichung des Rehabilitationszieles und spiegelt daher das große Rehabilitationspotenzial auch alter Menschen wider. Behandlungsbedürftige, vorwiegend intern-medizinische Begleiterkrankungen haben relevanten und signifikanten Einfluss auf die Aufenthaltsdauer. Die meisten Patienten (86,9%) konnten wieder in ihre frühere Umgebung zurückkehren. Nur 1,6% mussten in einem Pflegeheim untergebracht werden. 1,7% verstarben, 9,2% wurden wegen chirurgischer oder intern-medizinischer Komplikationen an eine entsprechende Krankenhausabteilung transferiert.

Das Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist die Selbständigkeit des Patienten und möglichst viel Lebensqualität für ihn und mit ihm zu erreichen. Es gilt dabei, den Schaden, der durch eine Krankheit im Alter aufgetreten ist, möglichst klein zu halten, den Patienten vor Komplikationen, die im Alter häufig sind zu behüten und seine Eingliederung in der Gesellschaft zu erhalten oder wieder zu erreichen, denn der Erfolg geriatrischer Rehabilitation wird letztlich auch durch das Leben nach der Rehabilitation bestimmt. Von Erfolg spricht man, wenn ein primär gestecktes Ziel erreicht ist, also bedarf es einer Zielsetzung und einer nachfolgen-

den Auswertung. In der Geriatrie und insbesondere bei der Rehabilitation gilt es dabei, die „Gesamtsituation" (von Weizsäcker, 1940) des älteren Menschen mitzuerfassen und sich nicht nur auf Teile von ihm, d. h., auf einzelne Krankheiten zu beziehen.

Erreicht werden soll eine „Restitutio ad optimum":

- Verbesserung oder Erhaltung der Selbstversorgungsfähigkeit
- Verminderung der Hilfsbedürftigkeit
- Verhinderung der Pflegeabhängigkeit

Bei allen Bemühungen geht es vor allem um positive Zielsetzungen, wie die eines menschenwürdigen und erfüllten Lebens im Alter, und um die Entwicklung von zeitgemäßen Programmen für eine Gesellschaft mit einer großen Zahl älterer Menschen.

Das Gesundheitswesen selbst muss institutionell so umgebaut werden, dass lebenslange Prävention, Rehabilitation im Alter und optimale Einrichtungen für ältere Menschen mit chronischen Krankheiten die gegenwärtigen Schwächen der medizinischen Versorgung überwinden. Gesundheit ist individuell und sozial ein unverzichtbares Element der Lebensqualität und lässt sich in jedem Lebensstadium – also auch im fortgeschrittenen Alter – steigern.

7. Freizeit, Bildung, Verkehr

7.1 Freizeitverhalten und Freizeitstile

Franz Kolland

7.1.1 Freizeit und aktives Älterwerden – zur Bestimmung der Freizeit im dritten und vierten Lebensalter

Freizeit ist ein persönliches Verfügungsrecht über Zeit. Für die meisten Menschen bietet Freizeit einen Raum für Tätigkeiten, für Erlebnisse und Erfahrungen, die in anderen Lebensbereichen nicht möglich sind. Voraussetzung für Freizeit ist ein durch die Produktivität erreichter allgemeiner und privater Wohlstand. Freizeit zielt nicht auf Existenzsicherung, sondern auf die Verbesserung der Lebensqualität.

Freizeit im heutigen Begriffsverständnis ist ein Produkt der Industrialisierung des 19. Jahrhunderts. Arbeitszeit und arbeitsfreie Zeit waren in der vorindustriellen Epoche noch eng miteinander verbunden. Im Gegensatz zu heute, wo die Freizeit meist als reiner Privatbereich empfunden wird, der nach Belieben gestaltet werden kann, war die arbeitsfreie Zeit vor der Industrialisierung traditionell und standesmäßig geprägt (vgl. Bässler 1989). Im Vergleich zu vorindustriellen Gesellschaften ist die Freizeit heute weniger leitmotivisch vorgeformt. Ihre geringere rituelle und religiöse Besetztheit erhöht die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten, ermöglicht die Ausbildung vielfältiger Freizeit- und Lebensstile. Freizeit birgt allerdings, wie das übrige Leben auch, neben der Chance zur Selbstbestimmung auch Risiken: Langeweile, Stress, Einsamkeit, Gesundheitsgefährdung, Umweltbelastung (Tokarski 1989).

Der Großteil der Diskussionen um Freizeit betrifft den Aspekt der Verknüpfung von Arbeit und Freizeit. Dabei wird angenommen, dass auch die Freizeit im Alter wesentlich von den Bedingungen der Arbeitsgesellschaft beeinflusst wird. Die Freizeit älterer Menschen wäre damit, genau wie für Erwerbstätige, als sekundär zu bezeichnen. Indikatoren dafür sind, dass die Arbeitsethik in Form der „Geschäftigkeitsethik" (Ekerdt 1986) in die nachberufliche Lebensphase übernommen wird. Neben Arbeitsbedingungen sind es ganz generell auch bestimmte Arbeitshaltungen und -einstellungen, welche in der Arbeitswelt antrainiert werden (Leistung, Disziplin, Pflichtgefühl), die die nicht-beruflichen Aktivitäten beeinflussen (z. B. Do-it-yourself-Tätigkeiten). Das Freizeit- bzw. Konsumverhalten ist auf zwei Wegen mit der im Arbeitsleben erfahrenen Sozialisation verbunden: erstens werden im Arbeitsprozess Kenntnisse und Fertigkeiten erlernt oder nicht, deren Anwesenheit oder Fehlen das Freizeitverhalten beeinflussen; zweitens werden in Abhängigkeit von der Arbeitszufriedenheit Bedürfnisse, Aspirationen, Lebensweisen ausgebildet, die das Freizeitverhalten ebenso beeinflussen. Der Beruf steuert insbesondere die Übung im rechenhaften Handeln bei: im Vorausplanen und Rechenschaftlegen, in Zeiteinteilung und Erfolgskontrolle. Handlungsspielräume im Alter sind davon beeinflusst, inwieweit der / die Ältere die Möglichkeit hatte, während seines / ihres Berufslebens Handlungskompetenz zu erwerben und zu trainieren.

Neuerdings wird in der gerontologischen wie in der Freizeitforschung eine eigenständige Dimension der Altersfreizeit herausgestellt. Dies geschieht mit dem Argument, dass die Übertragung von im Beruf erworbenen Kompetenzen auf die nachberufliche Lebensphase bzw. die Nachwirkung der Berufsarbeit auf das Alter nicht überschätzt werden dürfe. Jacobs / Kohli (1990) warnen hier vor Vereinfachung; die Annahme einer Kontinuität werde immer problematischer, je länger der Ruhestand anhält und je mehr die persönlichen Ressourcen zu seiner Gestaltung zunehmen. Außerdem stellt die Freizeitforschung aufgrund von Beobachtungen fest, dass sich das Sinnvakuum in der Freizeit langsam auffülle (Opaschowski 1990). Immer mehr Menschen finden eine Sinnorientierung außerhalb der Arbeit, definieren sich als Sportler/Innen, Musiker/Innen, Reisende, Hobby-Historiker/Innen.

Ein positives Verständnis von Freizeit im Alter, das jenseits von Ausruhen, Eskapismus und Langeweile liegt, beruht auf Vorstellungen von den Potenzialen des Alters, Kompetenz und Generativität. Unter den Potenzialen des Alters sind die unausgenützten und unausgeschöpften Ressourcen für ein erfülltes, zufriedenes und sinnvolles Leben im Alter gemeint. Kompetenz meint die Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung eines selbstständigen, selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens. Und die Freizeitaktivitäten gelten als Ausdruck kompetenten Alterns. Generativität schließlich bezieht sich auf die Vorstellung von einer stärkeren Teilnahme am Geschick der nachkommenden Generationen, die Übernahme von Verantwortung im Interesse an überdauernden Werten in Gesellschaft und Kultur, unter gleichzeitigem Zurückstellen eigener Bedürfnisse (vgl. Amann 1998, Kleiber / Ray 1993). Konkret sind hier Freiwilligenarbeit bzw. ehrenamtliche Tätigkeit oder die Sorge um die Enkelgeneration gemeint.

Freizeitaktivitäten älterer Menschen sind nicht nur als Beitrag zum Erhalt der Lebenszufriedenheit und zur sozialen Integration zu verstehen, sondern auch als Möglichkeit zur Gewinnung individueller und kollektiver Autonomie. Gemeint sind damit Prozesse der Selbsterfahrung, in denen sich *der / die einzelne* seiner / ihrer Veränderungen „bewusst" wird, Abhängigkeiten und Fremdbestimmtheit reflektiert. Freizeitgestaltung bestimmt die Persönlichkeitsentwicklung, ermöglicht Selbstdarstellung und kann zu sozialem Austausch führen. Aktivitäten im Kultur- und Freizeitbereich erlauben in günstigen Lebenslagen „Selbstvergewisserung", bringen soziale Anerkennung, geben das Gefühl, etwas zu erleben und führen dort, wo das kreative Element hinzutritt, auch zu individueller und gesellschaftlicher Veränderung. Kulturelle Partizipation wird als eine Chance dafür gesehen, dass ältere Menschen ihre Situation nicht als schicksalhaft empfinden, sondern als gesellschaftlich bedingt und damit als sozial und individuell veränderbar (Rosenmayr 1988).

7.1.2 Zeitaufwand für Freizeitaktivitäten

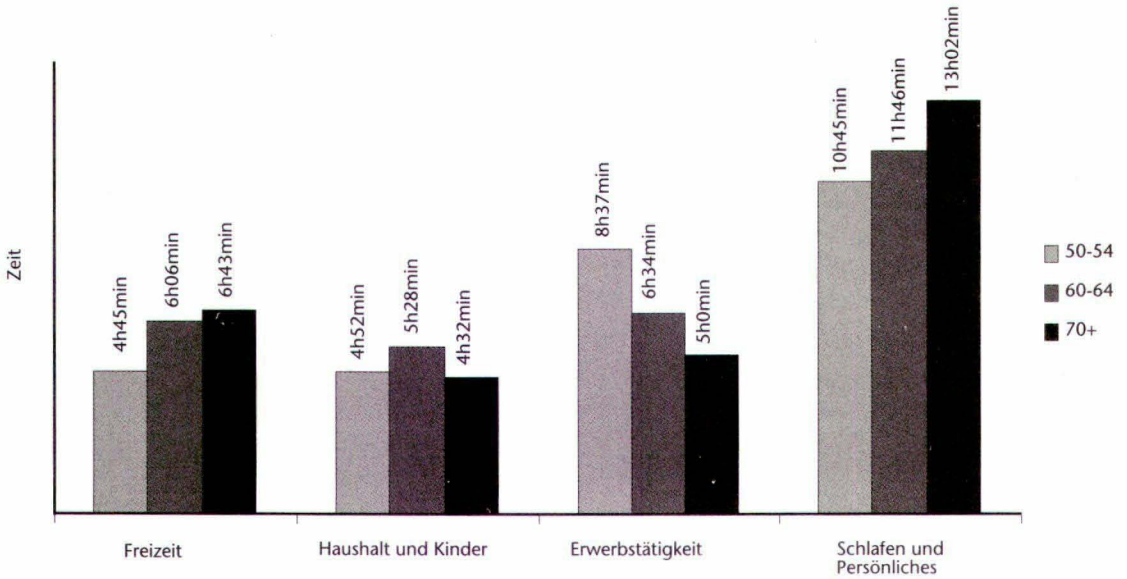
Zeitbudgetdaten sind ein Weg, durch Informationen über Art, Dauer und Verlauf der Zeitverwendung ein Bild der Alltagsgestaltung zu liefern. Die Ergebnisse von Zeitbudget-Erhebungen geben einen Eindruck davon, wie (ältere) Menschen die Ressource Zeit zur Gestaltung der eigenen Daseinsvorsorge einsetzen.

Bei den Älteren und Alten werden die „Zeitmarken" sehr stark vom Haushaltsleben bzw. der Haushaltsarbeit im weiteren Sinn geliefert. Das differierende Ausmaß an freier Zeit von Frauen und Männern wird auf die jeweiligen Geschlechtsrollen mit ihren unterschiedlichen Freiheitsgraden zurückgeführt. Bei den älteren Frauen ist der Vormittag mit Saubermachen, Einkauf, Kochen, Waschen, Bügeln gefüllt. Die Männer verwenden einen Teil ihres Vormittags auch für Tätigkeiten außer Haus und zur Lektüre. Die Nachmittage sind sowohl für Männer als auch für Frauen am ehesten mit Freizeit verknüpft. Die Abende sind dem Fernsehen gewidmet.

Einen genauen Überblick über die Zeitverwendung älterer Österreicher/Innen erhält man anhand der zwei Mikrozensuserhebungen 1981 und 1992 des Statistischen Zentralamtes (ÖSTAT 1995). Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf jenen Personenkreis, der die betreffenden Tätigkeiten am Befragungstag *tatsächlich ausgeübt* hat. Unterschieden werden dabei Tätigkeiten im persönlichen Bereich („Schlafen und Persönliches"), Haupt- und Nebenbeschäftigung außer Haus („Erwerbstätigkeit"), „Haushalt und Kinder" bzw. „Freizeit".

Für beide Erhebungszeitpunkte zeigt sich (siehe folgende Abbildung) im Vergleich der 50-54-jährigen mit den 60-64-jährigen und über 70-jährigen allgemein eine abnehmende Bedeutung der Erwerbstätigkeit (der relativ hohe Zeitanteil an Erwerbstätigkeit bei den über 70-jährigen basiert auf einer sehr kleinen Befragtengruppe von Selbstständigen und freiberuflich Tätigen) und die

Abbildung 7.1:
Zeitverwendung der Ausübenden im Wochendurchschnitt 1992 nach Altersgruppen



Quelle: ÖSTAT 1995: 73ff. Achsen: x-Achse: Lebensbereiche y-Achse: Zeitausmaß
Anmerkung: Durch Mehrfachkodierungen ergeben sich jeweils mehr als 24 Stunden pro Tag.

zunehmende Bedeutung der Bereiche „Freizeit" und „Tätigkeiten im persönlichen Bereich". Zu letzteren zählen Schlafen, Körperpflege, die Einnahme von Mahlzeiten. 1992 stellen wir im Wochendurchschnitt (Montag bis Sonntag) für die 50-54-jährigen einen Freizeitanteil pro Tag von 4 Stunden und 45 Minuten fest, für die über 70-jährigen von 6 Stunden und 43 Minuten.

Mit zunehmendem Alter wird der Unterschied zwischen Freizeitanteil an Wochentagen und jenem an Wochenenden geringer. Im Altersgruppenvergleich verändert sich demnach nicht nur der Anteil der Freizeit, sondern es ändert sich auch das Verhältnis von Freizeit und sonstiger Zeitverwendung im Wochenablauf. Am Wochenende steigt der Freizeitanteil bei Berufstätigen im Vergleich zu den Wochentagen wesentlich stärker an als bei Pensionisten/Innen. Nichtsdestoweniger unterscheidet sich die Zeitverwendung der Älteren am Wochenende von jener während der Woche. Am Wochenende wird mehr geschlafen, gibt es mehr Kontakte zu Verwandten und wird länger ferngesehen. Ältere Männer haben – bezogen auf alle Wochentage – durchschnittlich eine Stunde mehr Freizeit als ältere Frauen. Alleinlebende über 60-jährige verbringen mit Freizeitaktivitäten um eine Dreiviertelstunde mehr Zeit als jene, die in einer Partnerschaft leben (Pomezny 1995). Sie sehen mehr fern und pflegen mehr Kontakt mit Personen außerhalb der Familie als nicht-alleinlebende ältere Personen.

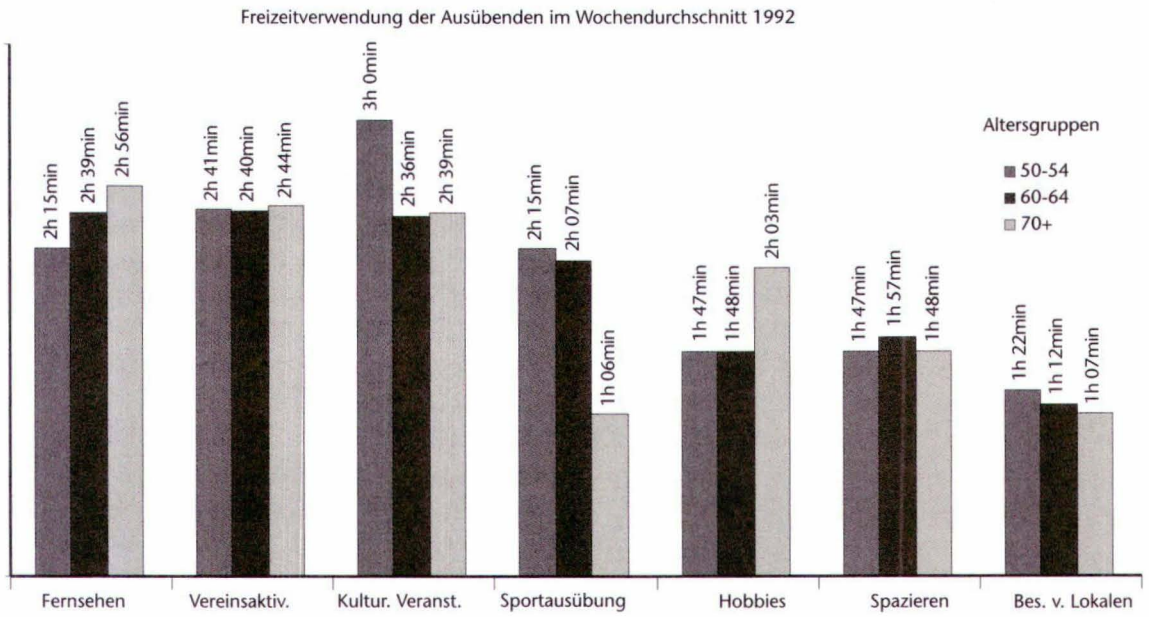
Haushaltstätigkeiten nehmen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben zu und später im Leben wieder ab. Auffällig ist hier, dass zwischen 1981 und 1992 ein deutlicher Anstieg an Personen zu verzeichnen ist, die sogenannten unbezahlten produktiven Tätigkeiten nachgehen. 1992 übten im Wochendurchschnitt pensionierte Frauen 5 1/4 Stunden solche Tätigkeiten aus und pensionierte Männer 3 1/2 Stunden. Bei den Frauen zeigt sich

www.parlament.gv.at

dabei zwischen 1981 und 1992 eine Zunahme von einer halben Stunde, bei den Männern von einer Stunde (ÖSTAT 1995: 38).

Bei der Freizeitverwendung selbst ist hervorzuheben, dass im Altersgruppenvergleich die Zeit für Verwandten- und Bekanntenbesuche einen U-förmigen Verlauf zeigt, d. h. 55-69-jährige geben mehr Zeit für Verwandten- und Bekanntenbesuche an als die 50-54-jährigen und die über 70-jährigen. Männer mit 60 Jahren und älter haben durchwegs mehr dieser Kontaktzeiten als gleichaltrige Frauen. Der Unterschied wird mit zunehmendem Alter noch deutlicher. Dies gilt auch für telefonische Kontakte. Wer telefoniert, tut dies im Durchschnitt täglich etwas mehr als eine halbe Stunde, wobei in allen Altersgruppen ab 50 die Männer mehr Zeit dafür aufwenden als die Frauen. Bei Vereinsaktivitäten ist kein Einfluss des Alters hinsichtlich der dafür verwendeten Zeit erkennbar (siehe folgende Abbildung). Ehrenamtliche Tätigkeit wird allerdings nur von einer Minderheit unter den Älteren ausgeübt. Für die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen wenden die Älteren durchschnittlich 2 1/2 Stunden auf. Der Zeitanteil für aktive Sportausübung und die Zeit für den Besuch von Lokalen nimmt mit zunehmendem Alter ab. Umgekehrt nimmt die Zeit, die für Fernsehen, Hobbies, Ausruhen und Lesen aufgewendet wird, mit höherem Alter zu. 1992 haben 86% der über 70-jährigen Befragten in ihr Tagebuch eingetragen, dass sie ferngesehen haben. Für diese Tätigkeit haben sie rund drei Stunden täglich aufgewendet. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine neuere deutsche Studie zur Zeitverwendung im Alter (vgl. Küster 1998: 85). Einem Hobby sind laut dieser Studie 14% der Befragten nachgegangen, wofür sie mehr als zwei Stunden pro Tag verwendeten. 55% der über 70-jährigen gaben Lesen als Freizeitbeschäftigung an, wobei überwiegend das Lesen von Zeitungen und

Abbildung 7.2:
Ausgewählte Freizeitaktivitäten in ihrem Zeitumfang



Quelle: ÖSTAT 1995: 73ff. Achsen: x-Achse: Freizeitaktivitäten, y-Achse: Zeitaufwand

Zeitschriften gemeint war. Diese Aktivität umfasste etwa 1 1/4 Stunden. Spazierengehen ist eine Aktivität, die zwar zeitmäßig im Alternsverlauf wenig Veränderung aufweist, aber dafür mit zunehmendem Alter von mehr Personen ausgeübt wird.

Die *soziale Konstruktion des Zeitbudgets*, d. h. die relative Unabhängigkeit von individuellen Vorstellungen, wird durch die Tatsache belegt, dass Personen mit höherer Schulbildung, mit höherem Einkommen und guter Gesundheit über weniger Freizeit verfügen. Wer sich jedoch gesundheitlich belastet fühlt, gibt ein großes Freizeitbudget an. Nach dem Familienstand verfügen Verheiratete über das geringste Ausmaß an Freizeit, Verwitwete haben die meiste Freizeit. Personen aus Mehr-Personen-Haushalten und dörflichem Milieu geben weniger Freizeit an als Personen aus Ein-Personen-Haushalten und aus städtischer Umgebung. Viel Freizeit haben subjektiv gesehen die über 75-jährigen, ältere Bewohner von Ein-Personen-Haushalten, Personen mit Pflichtschulabschlüssen, Befragte in Großstädten bzw. Angehörige der unteren sozialen Schichten.

7.1.3 Ausstattung und Ausgaben

7.1.3.1 Sport- und Freizeitgeräte

Die folgende Tabelle zeigt die Ausstattung der Haushalte über 50-jähriger nach den im September 1998 im Rahmen des Mikrozensus „Freizeitkultur" erhobenen Daten (vgl. ergänzend: Kap. 4.3). Erstens fällt auf, dass die 50-59-jährigen bei der Mehrheit der hier abgefragten Geräte eine über dem Durchschnitt der österreichischen Haushalt liegende Ausstattung aufweisen, während die über 60-jährigen unterdurchschnittlich über Unterhaltungsgeräte im Haushalt verfügen. Zweitens ist ein starker Unterschied hinsichtlich der Ausstattung zwischen den verschiedenen Generationen von Kommunikationsmedien gegeben, wobei sich auch

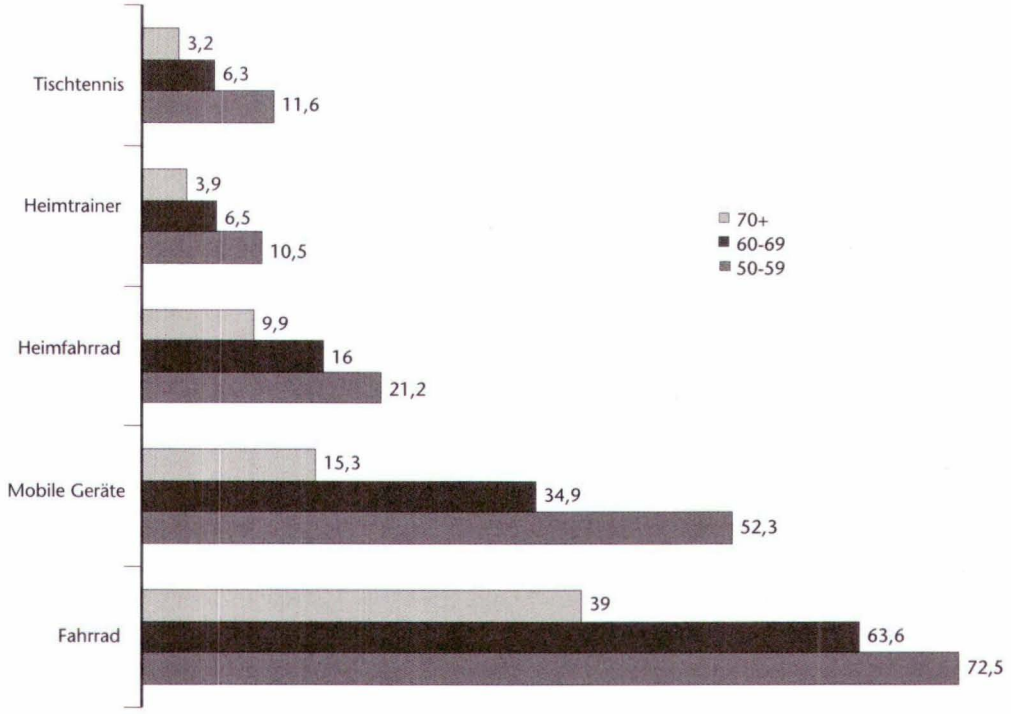
Tabelle 7.1:
Ausstattung mit Unterhaltungsgeräten nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)

Gerät	Alle Haushalte	Altersgruppen		
		50-59 Jahre	60-69 Jahre	70 u. älter
Fernsehgerät	96,7	97,9	98,3	96,8
Kabelfernsehen	34,2	35,6	32,8	30,1
Eigene Satellitenempfangsanlage	30,5	36,5	34,2	21,3
Gemeinschaftssatellitenanlage	8,1	7,3	6,9	7,4
Teletext (TV oder Video)	54,7	62,7	48,0	30,4
Videorecorder	62,8	70,4	53,4	32,2
Videokamera	15,5	18,2	10,4	6,1
Videospiele	17,1	16,6	7,3	3,8
PC / Laptop	23,9	24,8	11,4	5,7
Telefonmodem für PC / Laptop	5,3	4,6	1,8	1,2
Internetanschluss	4,8	4,4	1,7	1,1
HiFi-, Stereo-, Kompaktanlage	64,0	63,2	50,0	35,5
CD-Player (auch in Anlage integriert)	58,6	62,6	41,2	23,0

Quelle: ÖSTAT: Mikrozensus Freizeitkultur 1998

www.parlament.gv.at

Abbildung 7.3:
Ausstattung mit Sportgeräten nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)



Quelle: ÖSTAT: Mikrozensus „Freizeitkultur" 1998

deutliche Kohorteneinflüsse zeigen. Während in mehr als zwei Drittel der Haushalte der 50-59-jährigen ein Videorecorder vorhanden ist, verfügt nur jeder vierte Haushalt der 50-59-jährigen über einen PC; bei den über 70-jährigen steht ein solcher nur in jedem 20. Haushalt.

Und wie sieht die Ausstattung mit Sportgeräten aus? Am häufigsten findet sich in den Haushalten über 50-jähriger ein Fahrrad. In 72,5% der Haushalte der 50-59-jährigen steht ein Fahrrad zur Verfügung. Bei den über 70-jährigen ist in 39% der Haushalte ein Fahrrad vorhanden. Die Grafik zeigt weiters, dass in jedem zehnten Haushalt der über 70-jährigen ein Heimfahrrad steht und in 3,9% ein Heimtrainer, worunter z. B. ein Mini-Stepper zu verstehen ist. Mobile Sportgeräte wie Alpinschi, Tennisschläger etc. sind in mehr als der Hälfte der Haushalte der 50-59-jährigen vorhanden und in jedem sechsten Haushalt der über 70-jährigen.

Deutliche Unterschiede bestehen in der Ausstattung zwischen Haushalten mit weiblichen und männlichen Haushaltsvorständen. In Haushalten mit weiblichen Haushaltsvorständen ist der Anteil jener, die über Sportgeräte verfügen, im Allgemeinen niedriger. So findet sich in Haushalten mit weiblichem Vorstand bei über 70-jährigen zu 31% ein Fahrrad, zu 10% ein mobiles Sportgerät (Schi etc.) und zu 6% ein Heimfahrrad. In Haushalten mit einem männlichen Vorstand über 70 Jahren ist der Anteil der Fahrradbesitzer 50%, der der Besitzer mobiler Sportgeräte 22% und der Anteil der Heimfahrradbesitzer 15%.

7.1.3.2 Ausgaben für Freizeitaktivitäten

Nach der Konsumerhebung 1993/94 (Kronsteiner 1997) zeigt sich, dass die Haushaltsausgaben der Pensionisten/Innenhaushalte (monatlich 21.400 ATS bzw. 1.555 Euro) deutlich unter dem Durchschnitt aller Haushalte liegen (31.200 ATS bzw. 2.267 Euro). Im Durchschnitt aller Haushalte werden 12,7% der monatlichen Verbrauchsausgaben für Bildung, Erholung, Freizeit und Sport ausgegeben, in Pensionisten/Innenhaushalten hingegen nur 10,5%. Von diesen 10,5% werden 5,1% für Sport und Freizeit aufgewendet, 3% für Urlaub, 2,2% für Kultur und Unterhaltung und 0,2% für Bildung.

Während in Haushalten pensionierter Arbeiter/Innen pro Kopf rund 13.500 ATS (981 Euro) an Budget zur Verfügung stehen und davon 8,8% für Bildung, Erholung, Freizeit und Sport ausgegeben werden, beträgt das Budget pro Kopf in Angestelltenhaushalten 19.400 ATS (1.410 Euro) und in Beamten/Innenhaushalten pro Kopf 21.300 ATS (1.548 Euro). Ausgegeben werden davon für Bildung, Erholung, Freizeit und Sport in Haushalten pensionierter Angestellter 13,7%, in Haushalten pensionierter Beamter / Beamtinnen 11,7%. Je höher der Bildungsstatus, desto höher die Ausgaben für Bildung, Freizeit, Sport und Erholung. In Pensionisten/Innenhaushalten, in denen der Haushaltsvorstand nur über einen Pflichtschulabschluss verfügt, beträgt der entsprechende Anteil der Ausgaben 9,1%, in Haushalten, in denen der Vorstand als höchste abgeschlossene Schulbildung Matura aufweist, betragen die Ausgaben 13,5% des Haushaltsbudgets.

7.1.4 Aktivitätsbereiche

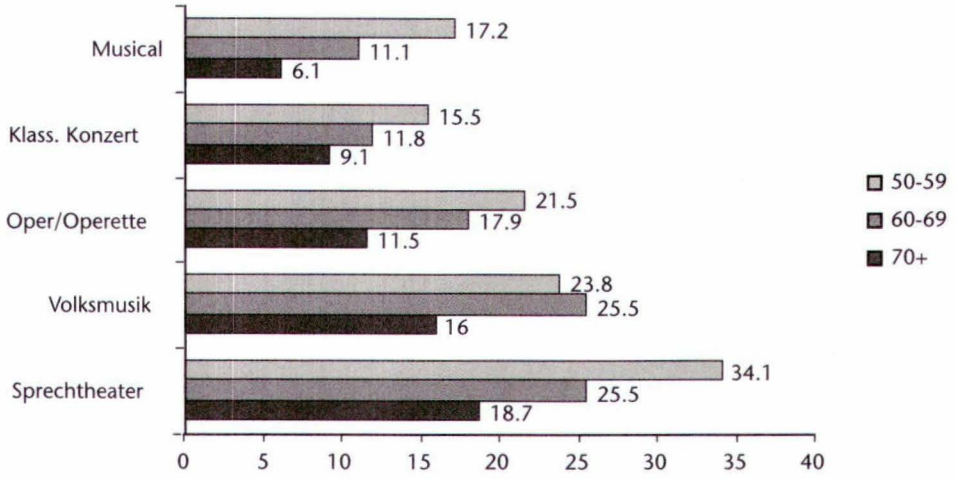
7.1.4.1 Kulturelle Veranstaltungen

Das Interesse für kulturelle Veranstaltungen und die Häufigkeit der Besuche pro Jahr stehen in einem deutlichen Zusammenhang mit dem Alter der Befragten. Wie die Mikrozensuserhebung 1998 des Österreichischen Statistischen Zentralamtes belegt, nimmt das Interesse an allen abgefragten Veranstaltungstypen im höheren Alter ab. Die Abbildung 7.4 zeigt etwa, dass der Theaterbesuch von 34,1% bei den 50-59-jährigen auf 18,7% bei den über 70-jährigen zurückgeht. Der Anteil der Opern- und Operettenbesucher/Innen bzw. Besucher/Innen von klassischen Konzerten nimmt bis zum mittleren Lebensalter hin zu. Er liegt bei den 50-59-jährigen am höchsten und geht dann zurück, wobei der Rückgang vor allem auf den überproportionalen Rückgang der Einmalbesucher/Innen zurückzuführen ist. Das Interesse an Volks- und Blasmusikkonzerten nimmt ebenfalls mit dem Alter zu und ist am höchsten bei Personen zwischen 50 und 70 Jahren. Der Besuch von Musicals ist am häufigsten bei den 20-29-jährigen und geht danach stetig zurück. Je älter die Befragten, desto geringer ist auch die Frequenz der Besuche – der Gelegenheitsbesuch steigt. Kulturelle Beteiligung ist deutlich schichtabhängig. Den stärksten Einfluss hat der Faktor Schulbildung, d. h. je höher die Schulbildung, desto häufiger die Teilnahme. Unter Einbeziehung des Faktors Schulbildung verliert das Lebensalter seinen signifikanten Einfluss auf das kulturelle Verhalten. Hinsichtlich geschlechtsspezifischen Verhaltens zeigt sich, dass Frauen zwischen 50 und 70 Jahren mit Ausnahme von Volksmusikkonzerten anteilsmäßig alle angeführten Kulturveranstaltungen häufiger besuchen. Bei den über 70-jährigen gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Im Vergleich der beiden Mikrozensuserhebungen 1992 und 1998 ist eine Art Fahrstuhleffekt beobachtbar, d. h. sowohl bei den 50-59-jährigen als auch bei den über 70-jährigen ist ein gestiegenes Interesse an den abgefragten Kulturveranstaltungen feststellbar. Auffällig ist hier etwa, dass der Anteil der Musicalbesucher unter den über 70-jährigen 1992 2,8% betrug und 1998 5%, der Anteil der Opern- bzw. Operettenbesucher/Innen von 7,5% auf 11,9% gestiegen ist.

www.parlament.gv.at

Abbildung 7.4:
Kulturteilnahme nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)



Quelle: ÖSTAT: Mikrozensus „Freizeitkultur" 1998; Achsen: x-Achse: Veranstaltungstypen, y-Achse: prozentuelle Verteilung nach Altersgruppen

Für die Mehrheit der Älteren trägt der Besuch dieser Veranstaltungen – ähnlich wie der Besuch von Festspielen oder Kulturfestivals – den *Charakter des besonderen Ereignisses*. Für bestimmte Gruppen der älteren Bevölkerung jedoch nicht einmal das. Wer in Kleingemeinden wohnt, über keinen eigenen PKW, über wenig Schulbildung und Einkommen verfügt und zu den über 70-jährigen zählt, gehört auch weiterhin nur in Ausnahmefällen zum Publikum von Opern- und Theateraufführungen bzw. Konzerten.

Dass das Desinteresse von Pflichtschulabsolventen/Innen an Theater, Oper oder einem Konzert seine Ursache nicht primär in Geschmacksunterschieden im Vergleich mit anderen Bildungsschichten hat, sondern auf fehlenden Voraussetzungen zur Aneignung und Rezeption beruht, zeigen Versuche von Erwachsenenbildung und Senioren/Innen-Initiativen. Werden entsprechende Voraussetzungen geschaffen, vor dem Besuch Informationen über den Inhalt des jeweiligen Theaterstückes gegeben und finden etwa Gespräche mit den Schauspielern/Innen im Anschluss an eine Aufführung statt, dann entwickelt sich auch in Gruppen mit niedrigerem Bildungsniveau ein Interesse (Kolland 1996).

7.1.4.2 Museums- und Ausstellungsbesuche

Als Belege für die Entstehung einer Kulturgesellschaft in den beiden letzten Jahrzehnten dienen nicht zuletzt die zahlreichen Museumsgründungen und die in der amtlichen Statistik angeführten steigenden Besucherzahlen von Museen und Ausstellungen. Mit der wachsenden Dynamik technologischen und kulturellen Wandels wächst der Anteil jener Güter, die als veraltet gelten und deshalb gesammelt, archiviert und beforscht wer-

den (müssen). So sind auch Gebrauchs- und Kulturgegenstände älterer Menschen bereits zu einem begehrten Sammelgut geworden.

Welchen Stellenwert haben nun Ausstellungen und Museen für ältere Menschen? Nach dem Mikrozensus „Freizeitkultur" 1998 haben 29,3% der 50-59-jährigen, 23% der 60-69-jährigen und 14,7% der über 70-jährigen in den letzten 12 Monaten mindestens einmal ein Museum bzw. eine Ausstellung der bildenden Kunst besucht. Andere Museen und Ausstellungen besuchten mindestens einmal 28,8% der 50-59-jährigen, 25,29% der 60-69-jährigen und 15,29% der über 70-jährigen. Der Vergleich der verschiedenen Altersgruppen ergibt zwar beträchtliche Unterschiede, die aber nicht auf ein allgemein geringeres Interesse der „alten Alten" hinweisen. Zumindest in der Gruppe der 50-70-jährigen ist kein linearer Zusammenhang zwischen Alter und Ausstellungsbesuch feststellbar, der auf ein altersbedingt nachlassendes Interesse hindeuten würde. Erst nach dem 70. Lebensjahr geht die Beteiligung zurück. Der Besuch von Museen und Ausstellungen ist bildungs-, einkommens- und gesundheits- bzw. mobilitätsabhängig. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Klein / Bachmayer (1981), Klein (1990) und Majce (1988).

Auf Basis einer 1991 durchgeführten Repräsentativerhebung bei 1.005 über 50-jährigen konnte herausgefunden werden, dass Personen mit höherer Schulausbildung fünfmal häufiger eine Ausstellung besucht haben als solche mit Pflichtschulabschluss. Personen, die ihren Gesundheitszustand subjektiv als positiv einschätzen, waren etwa doppelt so oft in einer Ausstellung wie jene, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen. Weniger deutlich ausgeprägt ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen. Frauen gehen etwas seltener in Ausstellungen, was aber eher als eine Folge von deren kürzerer Schulbildung und ungünstiger diesbezüglicher Sozialisation zu interpretieren ist. Interessanterweise lässt sich auch keine eindeutige Beziehung zwischen Wohnlage und Ausstellungsbesuch feststellen, d. h. mit Ausnahme von Wien gehen Großstadtbewohner/Innen nicht häufiger in eine Ausstellung bzw. in ein Museum als Bewohner/Innen kleinerer Gemeinden.

Unterscheiden sich die „Einmal-Besucher/Innen" von den „Mehrfach-Besuchern/Innen" hinsichtlich ihrer sozialen Merkmale? Während von den Pflichtschulabsolventen 25% im Vergleich zu 38% der Maturanten/Innen zumindest eine Ausstellung besucht haben, ist das Verhältnis bei den Mehrfachbesuchern/Innen 9% zu 49%! Dieses Datum kann in die allgemeine These umgesetzt werden, dass *die Frequenz der Ausstellungsbesuche die sozialen Schichten noch am stärksten trennt.*

Die folgende Tabelle zeigt das Interesse an Ausstellungen nach Alter und Schulbildung. Die Tabelle bringt zwei wesentliche Ergebnisse, von denen eines – nämlich die Bildungsabhängigkeit von Ausstellungsbesuchen – bereits angeführt wurde. Aus der Gruppe der jungen Alten gehen doppelt so viele Maturanten/Innen mehr als zweimal pro Jahr in Ausstellungen als Absolventen/Innen einer

Tabelle 7.2:
Ausstellungsbesuche nach Alter und Schulbildung (n=1.005, Spaltenprozente)

Besuchshäufigkeit	Pflichtschule		Mittlere Schule		Matura	
	50-69	70+	50-69	70+	50-69	70+
Nie	57	77	38	55	10	22
1-2mal	20	16	37	29	40	30
Öfter	13	7	25	16	50	48

Quelle: Kolland 1996a: 142

www.parlament.gv.at

Lehre oder Fachschule und diese wiederum besuchen Ausstellungen fast doppelt so häufig wie Pflichtschulabsolventen/Innen. Der Vergleich bei den über 70-jährigen zeigt noch krassere Unterschiede, wobei jedoch die geringen Fallzahlen (z. B. 23 Maturanten) eine sichere Aussage nicht zulassen.

Als zweites Ergebnis lässt sich aus der Tabelle ablesen, dass das Lebensalter bei Personen mit mittleren und höheren Bildungsabschlüssen keine Rolle in Bezug auf den Besuch von Ausstellungen spielt. *Bei den Pflichtschulabsolventen/Innen jedoch bleibt der Alterseffekt erhalten.* Dieser Effekt wird z. T. durch die ungünstigeren gesundheitlichen Voraussetzungen in dieser Gruppe hervorgerufen.

7.1.4.3 Medienutzung

7.1.4.3.1 Fernsehen / Radio

Fernsehen, Radio und Printmedien beeinflussen die Freizeitstruktur vieler Menschen, indem zu bestimmten Tageszeiten, die auf Dauer festgelegt sind oder werden, die Tageszeitung gelesen wird, bestimmte Sendungen (z. B. Zeitgeschehen) im Fernsehen verfolgt oder im Radio gehört werden. Sie beeinflussen nicht nur die Zeitstruktur, aus ihnen heraus entstehen auch noch abgeleitete Tätigkeiten – etwa Kreuzworträtsel lösen, Schach spielen; im Zusammenhang mit Fernsehen etwa auch das Anlegen einer Videothek etc. Die Massenmedien verändern des Weiteren die Kommunikationsstruktur, denn die Medienkommunikation ist nicht nur für Alleinlebende sondern für die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen Teil ihrer Alltagskommunikation (zu Kommunikation ergänzend: Kap. 2.4.5).

Wenn auch die IFES-Kulturstudie 1989 aufgrund einer Zeitreihe zu dem Schluss kommt, dass die Zahl der Fernsehkonsumenten/Innen zwischen 1974 und 1989 leicht abgenommen hat, so lässt sich dieser Trend für die Dekade 1989 bis 1999 nicht feststellen. Die Fernsehdauer hat sich vor allem durch die neuen technischen Möglichkeiten (Video, Kabelfernsehen, Satellitenempfang, Pay-TV) verlängert. Durch die Verbreitung der Massenmedien hat die eigene Wohnung als Ort der Freizeitgestaltung entscheidend an Geltung gewonnen. Die eigenen vier Wände wurden zu einem Platz, der ein immer vielseitigeres Privatleben zuläßt. Beginn dieser Privatisierung der Freizeit war die Verlagerung des Fernsehens aus den Gasthäusern in die Wohnzimmer. Hörfunk, Fernsehen und Presse erreichen heute die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung.

Ältere Menschen zählen zu den intensivsten Nutzern/Innen des Fernsehens. Es gehört – neben Lesen, Gartenarbeit und Spazierengehen – zu den besonders beliebten Beschäftigungen der Älteren in ihrer Freizeit (Kolland 1996a). Wenn durch Krankheit, räumliche Isolation, große Entfernung zu Angehörigen, hohes Alter primäre Beziehungen zu anderen Menschen auf ein Minimum reduziert werden, dann dient das Fernsehen durch seine optische und akustische Präsenz als Vermittler einer „sekundären Realität" (Graczyk / Klingler / Zöllner 1998).

Der durchschnittliche tägliche Fernsehkonsum beträgt nach dem Teletest 1998 bei den 50-59-jährigen 2 Stunden und 46 Minuten, bei den 60-69-jährigen 3 Stunden und 37 Minuten und bei den über 70-jährigen 4 Stunden und 3 Minuten. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sehen Menschen ab 50 Jahre damit überdurchschnittlich viel fern, 1998 nämlich in der Gruppe der 50-59-jährigen um 20 Minuten mehr, die 60-69-jährigen um 1 Stunde und 11 Minuten und die über 70-jährigen 1 Stunde und 39 Minuten. Ältere Zuschauer/Innen sind bei den Sehdauerwerten gegenüber allen anderen Altersgruppen führend. Die „alten Alten" sind besonders intensive Fernsehnutzer/Innen. Neben dem Alter hat auch das Geschlecht einen Einfluss auf die Sehdauer. So sehen Frauen an Werktagen mehr fern als Männer, letztere übertreffen dafür Frauen beim Fernsehkonsum an Samstagen und Sonntagen.

Tabelle 7.3:
Nutzungsdauer und Tagesreichweiten des Fernsehens (n=1.200 Haushalte)

	Insgesamt	Altersgruppen			
TV gesamt:	**Erwachsene 12+**	**12-49**	**50-59**	**60-69**	**70+**
Nutzungszeit (in Minuten)	146	111	166	217	243
Tagesreichweite (in Prozent)	66,7	58,7	73,6	83,3	86,0
Davon:					
ORF					
Nutzungszeit (in Minuten)	89	58	99	160	181
Tagesreichweite (in Prozent)	60,8	51,4	68,3	80,8	84,3
Ausland					
Nutzungszeit (in Minuten)	56	52	66	56	61
Tagesreichweite (in Prozent)	40,9	38,5	48,3	45,6	40,6

Quelle: Teletest Jahresbericht 1998

Auch bei den Reichweiten führen die älteren Zuschauer/Innen gegenüber allen anderen Altersgruppen. Insgesamt wurden 1998 von den 50-59-jährigen 73,6% erreicht, von den 60-69-jährigen 83,3% und von den über 70-jährigen 86%. Im Vergleich dazu liegt der Wert für alle Erwachsenen bei 66,7%. Und die älteren Menschen in Österreich sehen vergleichsweise häufiger als jüngere die Programme des ORF. Während der Marktanteil des ORF bei den unter 50-jährigen bei 53% liegt, steigt er von 60% bei den 50-59-jährigen auf 74% der 60-69-jährigen und 75% bei den über 70-jährigen.

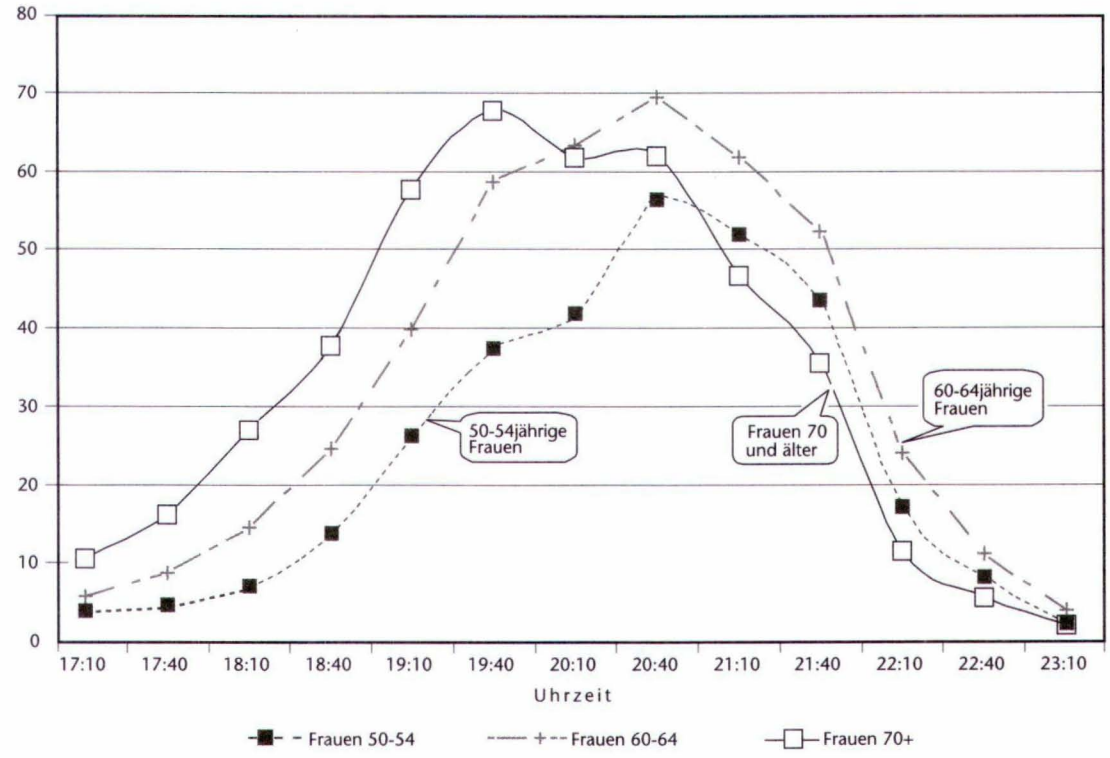
Sichtbar werden Unterschiede beim Fernsehkonsum im Wochenverlauf anhand der Tagesverlaufsstatistik (ÖSTAT 1996). Auffällig sind dabei Unterschiede zwischen den jungen und den alten Alten und zwischen Werktag und Wochenende. Von Montag bis Freitag liegt bei den 50-54-jährigen die Spitzenbeteiligung von rund 55% um 20.40 Uhr. Bei den über 60-jährigen ist die Spitzenbeteiligung höher (rund 68% der Männer und 65% der Frauen) und liegt schon eine Stunde früher, d. h. zur „Zeit im Bild". Am Samstag und Sonntag steigt die Spitzenbeteiligung bei den 50-54-jährigen leicht an, wobei die der Männer rund 58% beträgt und die der Frauen am Samstag 63% bzw. am Sonntag 60%. Bei den über 70-jährigen beträgt die Spitzenbeteiligung am Samstag 74%; bei den Männern wird dieser Wert um 20.40 Uhr erreicht, bei den Frauen eine Stunde früher. Und am Samstag wird länger ferngesehen. Während der Woche geht der Prozentanteil älterer Zuseher/Innen ab 22.10 Uhr stark zurück, am Samstag ab 22.40 Uhr.

Die Abbildung 7.5 gibt Aufschluss über den Fernsehkonsum älterer Frauen im Tagesverlauf von Montag bis Sonntag. Dabei bestätigen sich die zwei schon beschriebenen Trends: Je älter, desto mehr wird ferngesehen und desto früher beginnt die Fernsehnutzung.

www.parlament.gv.at

Abbildung 7.5:

Tagesreichweite des Fernsehens 1992 bei Frauen von Montag bis Sonntag nach Altersgruppen



Quelle: ÖSTAT 1996: 94ff. Achsen: x-Achse: Tageszeiten, y-Achse: Reichweite (Ausübende) in Prozent

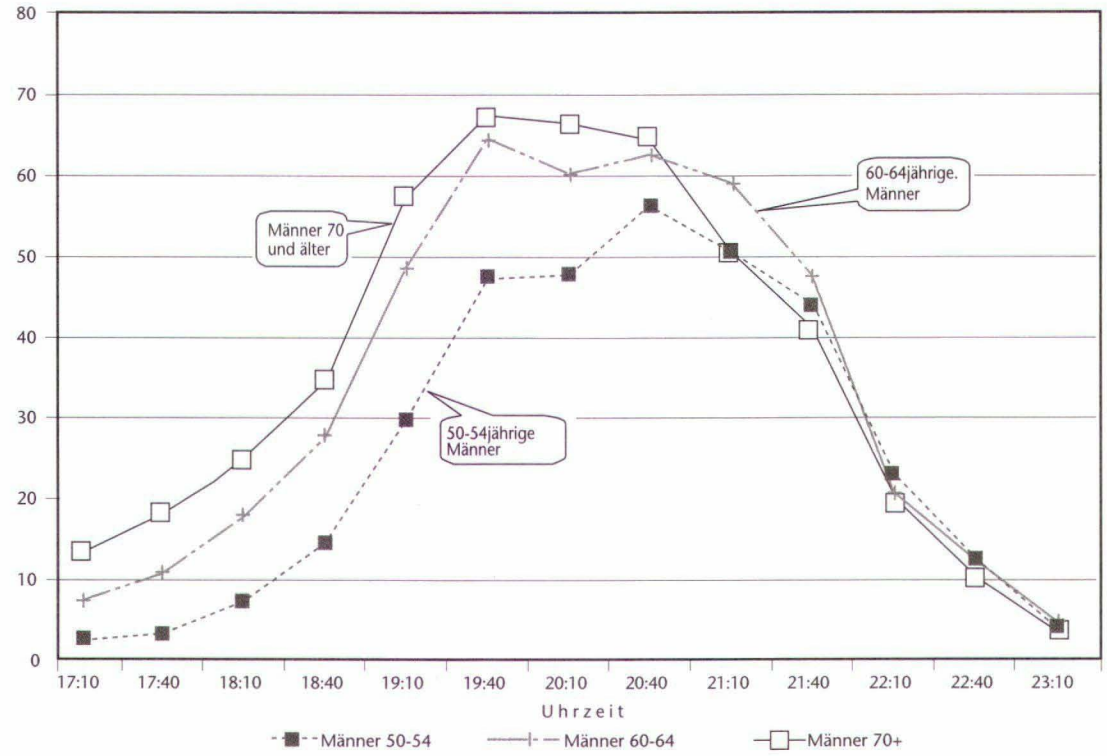
Zwischen älteren Frauen und älteren Männern bestehen geringfügige Unterschiede dergestalt, dass die 50-70-jährigen Männer im Vergleich zu den Frauen etwas früher fernzusehen beginnen und etwas später den Fernsehabend beenden. Bei den über 70-jährigen sind kaum mehr Unterschiede nach dem Geschlecht gegeben (siehe dazu auch die Abbildung 7.6).

Die bisher dargestellten Zahlen verdecken allerdings die großen Unterschiede bei der Verweildauer vor dem Fernsehgerät. 18% der Befragten haben am Tag vor der Befragung nicht ferngesehen, 15% sahen bis zu einer Stunde fern, 44% bis zu drei Stunden und 22% mindestens vier Stunden. Unter den Vielsehern/Innen (mindestens vier Stunden) befinden sich hauptsächlich Personen zwischen dem 65. und 70. Lebensjahr.

Ist nun Fernsehen von der sozialen Lage und dem Bildungsniveau der Befragten beeinflusst? Grundsätzlich ist festzuhalten, dass *Fernsehen in allen sozialen Schichten stark verbreitet ist*. In der Medienrezeption ist also eine geringere soziale Ungleichheit feststellbar als beim Besuch kultureller Veranstaltungen.

Abbildung 7.6:

Tagesreichweite des Fernsehens 1992 bei Männern von Montag bis Sonntag nach Altersgruppen



Quelle: ÖSTAT 1996: 94ff. Achsen: x-Achse: Tageszeiten, y-Achse: Reichweite (Ausübende) in Prozent

7.1.4.3.2 Zeitungen und Zeitschriften

Unter den kulturellen Indoor-Aktivitäten älterer Menschen ist das Lesen von Printmedien ähnlich weit verbreitet wie Radiohören und Fernsehen. In der Intensität liegt das Fernsehen jedoch deutlich vor den Printmedien. Selbst wenn die verschiedenen Medien (Tageszeitung, Zeitschrift) zusammengenommen werden, erreichen sie nicht jene Aufmerksamkeit, die dem Fernsehen zukommt. Generell werden – nach der 1991 durchgeführten Studie (Kolland 1996a) – von den über 50-jährigen täglich etwa eineinhalb Stunden mit dem Lesen von Zeitungen und Zeitschriften verbracht, wobei aus der Befragtengruppe die Nicht-mehr-Berufstätigen etwa eine halbe Stunde pro Tag mehr lesen als die Noch-Berufstätigen.

84% der jungen Alten und 82% der alten Alten lesen regelmäßig (täglich oder mehrmals wöchentlich) eine Tageszeitung. In der Bundesrepublik Deutschland lesen 91% täglich bzw. mehrmals wöchentlich die Zeitung (Stadié 1987). Ältere Männer interessieren sich mehr für Tageszeitungen als ältere Frauen. Nach dem Bildungsstand lesen Personen mit Matura zu 90% täglich Zeitung, Pflichtschulabsolventen/Innen zu 55%. Die Unterschiede nach dem Schulbildungsniveau sind hochsignifikant. Niedriges Einkommen und berufliche Tätigkeit in der Landwirtschaft korrelieren

www.parlament.gv.at

mit geringem Interesse. Werden frühere Kulturstudien zum Vergleich herangezogen (IFES 1989), dann lässt sich eine deutliche Zunahme des Interesses an Tageszeitungen feststellen.

7.1.4.4 Der Stellenwert des Buches

Nach der Mikrozensuserhebung 1998 haben knapp 45% der Bevölkerung keine Zeit zum Lesen von Büchern gefunden (gerechnet auf eine Woche). Bei den über 70-jährigen steigt der Anteil der Nichtleser/Innen auf 55,2%. Feststellbar ist weiters, dass die über 60-jährigen zwar insgesamt zu den Wenig-Lesern/Innen von Büchern zählen, bei einer Lesezeit von mehr als acht Stunden pro Woche aber überdurchschnittliche Anteile aufweisen. Die Schlussfolgerung, die daraus gezogen werden kann: Wer immer schon viel in seinem Leben gelesen hat, wird im Alter die zusätzliche freie Zeit noch mehr zum Lesen nützen, während das sporadische Leseinteresse mit zunehmendem Alter noch geringer wird. Im Vergleich zwischen 1992 und 1998 zeigt sich eine Abnahme des Leseinteresses in der Weise, dass der Anteil der Personen, die gewöhnlich keine Bücher lesen etwas zugenommen hat (1992: 40,6%; 1998: 45%). Bei den Älteren hat der Anteil jener, die ein bis drei Stunden pro Woche lesen etwas zugenommen, der Anteil jener mit einem hohen Zeitaufwand für Bücherlesen hat sich praktisch nicht verändert.

Nach dem Geschlecht können folgende Ergebnisse aus der Mikrozensuserhebung 1998 herausgehoben werden: Unter den 50-59-jährigen findet sich ein größerer Anteil von Nichtlesern (47,3%) als Nichtleserinnen (59,4%). Der Unterschied im Leseverhalten zwischen Männern und Frauen ist umso größer, je intensiver die Lesetätigkeit ist. Bei einem Zeitaufwand unter einer Stunde gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Für die Gruppe der über 70-jährigen ist eine Angleichung im Leseverhalten hinsichtlich des Zeitaufwandes feststellbar. Der Anteil der weiblichen Nichtleser ist im Vergleich zu den 50-59-jährigen deutlich höher (45,1%), während die Gruppe der männlichen Nichtleser etwa gleich groß bleibt (44,2%).

Ältere Menschen interessieren sich im Vergleich zu anderen Altersgruppen überdurchschnittlich für historische und politische Sachbücher, Kunst- und Kulturbücher, Reise- und Länderbeschreibungen. Das Leseinteresse ist vorrangig bildungsabhängig und von der körperlichen Konstitution (gemessen anhand des ADL-Index) beeinflusst (Kolland 1996). Lesen ist jene Aktivität, die von den Älteren am häufigsten als Lieblingsbeschäftigung in der Freizeit angegeben wird. Es ist bei den Frauen etwas ausgeprägter als bei den Männern. Lesen ist bildungsabhängig und eher eine „urbane" Tätigkeit, was allerdings auch damit zusammenhängt, dass der Anteil der Akademiker/Innen und Maturan-

Tabelle 7.4:

Zeitaufwand für Bücherlesen pro Woche 1992, 1998 nach Altersgruppen (Spaltenprozente)

Zeit	1992				1998			
	Gesamt	50-59	60-69	70+	Gesamt	50-59	60-69	70+
Keine Zeit	40,6	46,5	48,0	54,9	45,0	46,6	52,8	55,2
Bis 1 h	13,7	14,1	10,8	8,4	11,0	11,0	9,0	7,2
1 – 3 h	26,2	22,8	20,6	16,9	26,0	24,3	20,6	27,9
4 – 7 h	12,6	11,5	12,6	10,7	11,3	11,5	10,0	10,0
8+ h	6,2	4,9	7,3	8,3	6,6	6,5	7,5	9,4
k. A.	0,3	0,2	0,7	0,8	0,1	0,1	0,1	-

ÖSTAT: Kultur und Freizeit 1992, Freizeitkultur 1998

ten/Innen bzw. Hochschulabgänger/Innen in den Städten höher ist.

7.1.4.5 Reisen und Ausflugsfahrten

Die deutsche Reiseforschung (Opaschowski / Neubauer 1984) stellt fest, dass eine große Gruppe der Älteren – mehr als 80% – gerne reisen möchte, Reisen zu einem Symbolträger für alles das geworden ist, was das Leben lebenswert macht: Mobilität, Abenteuer, Erotik, Glück, Prestige.

Die Reiseintensität bzw. Reisebeteiligung der älteren Bevölkerung hat in den letzten dreißig Jahren konstant zugenommen. Während 1969 von den über 65-jährigen mehr als vier Fünftel keine Urlaubsreise mit mehr als vier Übernachtungen gemacht haben, waren es 1996 weniger als zwei Drittel. Wenn von den aktiven, jungen Senioren/Innen die Rede ist, dann meint dies, dass sich das Reiseverhalten dieser Bevölkerungsgruppe in den letzten Jahren verändert hat. Die nachfolgende Tabelle zeigt ein stark gestiegenes Reiseinteresse bei den 50-59jährgen im Zeitraum 1990 bis 1996. Eine im Vergleich zur Bevölkerung insgesamt unterdurchschnittliche Reisebeteiligung weisen die über 60-jährigen auf. Von den über 75-jährigen haben auch 1996 drei Viertel keine Urlaubsreise mit mehr als vier Übernachtungen gemacht. Dabei sind aber starke regionale Unterschiede feststellbar. Während von den über 75-jährigen Wienern/Innen 40,5% mehr als eine Urlaubsreise gemacht haben und bei den 60-74-jährigen mehr als die Hälfte, lag der entsprechende Anteil bei den über 75-jährigen in der Steiermark bei 21,2% und bei den 60-74-jährigen bei rund einem Drittel. Die geringste Reisebeteiligung älterer Menschen findet sich im Burgenland, wo 1996 von den über 75-jährigen 7,5% eine Reise unternommen haben und in der Gruppe der 60-74-jährigen weniger als ein Fünftel. Nach dem Geschlecht zeigt die folgende Tabelle, dass bei den 50-54-jährigen und den über 70-jährigen die Männer eine höhere Reisebeteiligung aufweisen, während in der Altersgruppe der 55-70-jährigen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gegeben sind.

Ältere Menschen unternehmen im Vergleich zu anderen Altersgruppen mehr Inlandsreisen, wobei diese – vor allem bei den über 75-jährigen – eher im Sommer unternommen werden. Abhängig ist die Reiseaktivität der Älteren in Österreich von Einkommen, Schulbildung, Gesundheitszustand und Wohnortgröße. Personen mit höherem Einkommen, d. h. mehr als 24.000 ATS (1.747 Euro), höherer Schulbildung bzw. aus der Großstadt reisen

Tabelle 7.5:
Reiseintensität älterer Österreicher/Innen 1990-96

Altersgruppe	Mindestens eine Urlaubsreise mit mehr als vier Übernachtungen machten... 1990	1993	1996		
	Total %	Total %	Total %	Männer %	Frauen %
50-54 Jahre	47,0	48,7	52,6	54,2	51,0
55-59 Jahre	38,2	41,6	48,7	49,0	48,5
60-64 Jahre	38,6	40,8	41,7	40,6	42,8
65-69 Jahre	38,9	39,4	38,1	38,6	37,7
70-74 Jahre	32,5	34,5	37,2	40,7	35,1
75 Jahre und älter	22,8	20,7	25,4	28,3	24,0

Quelle: ÖSTAT, Reisegewohnheiheiten der Österreicher im Jahre 1990, 1993, 1996

www.parlament.gv.at

etwa doppelt so häufig wie Personen mit Einkommen unter 8.000 ATS (582 Euro), Pflichtschulabschluss und aus Kleingemeinden.

Die vorrangigen Motive für die Urlaubsreisen der Älteren 1996 lassen sich aus der Sozialstatistik ablesen: Strand- und Badeaufenthalte, Studien- und Besichtigungsreisen, Ausruhen und Erholen (ÖSTAT 1998: 158). Dabei treten deutliche Unterschiede zwischen den Älteren hervor, d. h. wir finden je nach Alter verschiedene Urlaubsstile. Die 50-59-jährigen sind in ihren Motiven den jüngeren Altersgruppen ähnlich. Wichtigstes Motiv in dieser Altersgruppe ist der Strand- und Badeaufenthalt. Von den 815.700 Reisen waren 1996 26,9% Strand- und Badeaufenthalte. Darüber hinaus sind Aktivsportarten wie Alpin-Schifahren, Radfahren, Bergsteigen und Tennis häufiger ein Urlaubsmotiv als bei den über 60-jährigen. In der Gruppe der 60-69-jährigen sind die Studien- und Besichtigungsfahrten häufigstes Reisemotiv. Von den 495.600 Reisen dieser Gruppe erfüllten 28% den Zweck eines Studien- bzw. Besichtigungsaufenthalts. Anteilsmäßig nimmt in dieser Gruppe gegenüber den 50-59-jährigen das Wanderbedürfnis zu und auch das Interesse am Gesundheitsurlaub. Bei den über 70-jährigen sind Ausruhen und Erholen für 36,3% am wichtigsten. Strand- und Badeurlaube sind im Verhältnis zu den anderen Gruppen von Älteren weniger wichtig – von den 409.000 Reisen der über 70-jährigen waren 1996 15,6% Bade- und Strandurlaube. Wichtig ist in dieser Gruppe auch noch der Gesundheitsurlaub: 8,8% der über 70-jährigen haben 1996 diese Form des Urlaubs gewählt. Anteilsmäßig hat dieses Urlaubsmotiv bei den über 70-jährigen eine größere Bedeutung als in allen anderen Altersgruppen.

Insgesamt legen die Daten die Vermutung nahe, dass das Motiv „Ausspannen und Abschalten" an Bedeutung verliert und im Gegenzug das Interesse am Aktivurlaub zur Förderung der Gesundheit und des körperlichen Wohlbefindens zunimmt (vgl. Opaschowski 1990). Man fährt nicht mehr in den Urlaub, um sich zu erholen und um braun zu werden, sondern um etwas zu erleben bzw. mehr über sich selbst zu erfahren. Für die nächste Zukunft ist mit einem weiteren Anstieg der Reiseintensität der Älteren zu rechnen, bedingt durch die höhere Reiseintensität der jetzt 40-50-jährigen. Tourismusstudien belegen nämlich, dass das Reiseverhalten des fünften Lebensjahrzehnts im Großen und Ganzen bis ins höhere Alter beibehalten wird (Lohmann 1988).

Neben den länger andauernden Reisen, die Kur- und Badeaufenthalte beinhalten, neben Besichtigungen, Besuchen von Bekannten und Verwandten, hat für die Älteren ein anderer Typus von Tourismus starke Attraktivität erlangt: die (kurzdauernde) *Ausflugs-* oder *Tagesfahrt*.

Reisebüros, Gemeinden, Seniorenverbände und Vereine laden – meist zu günstigen Preisen – zu Autobusfahrten ein. Zu diesen Ausflügen, die in der Regel an einem Tag absolviert werden, gehören Kaffee- bzw. Werbefahrten, die neben der Vermittlung von etwas Kultur und der Bereitstellung von einem Essen, das Ziel verfolgen, den Teilnehmern/Innen verschiedenste Konsumartikel zum Kauf anzubieten. Ebenso beinhaltet dieser Tourismustypus Ausflüge zu (Landes)-Ausstellungen, Kulturstätten und Theatervorführungen sowie die Teilnahme an überregionalen Verbandstagungen von Freiwilliger Feuerwehr, Kameradschaftsvereinen und Seniorenorganisationen mit entsprechendem Kultur- und Unterhaltungsprogramm. Tagesfahrten erfüllen auch eine andere Funktion und zeigen eine andere Form der Beteiligung. Die Teilnehmer/Innen von Tagesfahrten – zumindest im ländlichen Bereich – kommen aus demselben sozialen Universum, sie kennen sich untereinander. Ein Teil der Tagesfahrten wird nicht in einem Reisebüro gebucht, sondern aus dem sozialen Umfeld angeregt (Postwurfsendungen, Inserate in Tageszeitungen, Vereinsaktivität, kirchliche Zeitschriften etc.).

Auf Basis der Mikrozensuserhebung 1994 (ÖSTAT 1998) ergab sich für den Zeitraum 1. September 1993 bis 31. August 1994 bei den 50-59-

jährigen eine Zahl von 495.000 Tagesausflügen, bei den 50-59-jährigen von 385.500 und bei den über 70-jährigen von 290.400. Im Durchschnitt unternehmen die über 60-jährigen Tagesausflügler 16 Ausflüge im Jahr. Sie unterscheiden sich damit kaum von allen anderen Altersgruppen. 61,6% der 50-59-jährigen, haben im Untersuchungszeitraum mindestens einen Ausflug von mehr als sechs Stunden Dauer und ohne Nächtigung unternommen. Diese Altersgruppe liegt damit über dem Österreichdurchschnitt von 59,6% in der Häufigkeit dieses Reisetyps und auch über den Werten der Gruppe der 60-69-jährigen (57,9%) und der über 70-jährigen (41,7%). Während es bei den unter 70-jährigen keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt, geht die Beteiligung an Tagesausflügen bei Frauen hohen Alters deutlich stärker zurück als bei Männern.

Tagesausflüge dienen hauptsächlich zum Wandern, zu Verwandten- und Bekanntenbesuchen und zu Besichtigungen von Burgen, Kirchen und Schlössern. Vor allem das kultur- und kunstgeschichtliche Motiv ist bei den Älteren überproportional im Vergleich zu anderen Altersgruppen anzutreffen. Sie besuchen im Vergleich etwa zu den 40-49jährigen mehr als doppelt so häufig Burgen, Kirchen und Schlösser. Auffällig ist der Unterschied des gewählten Verkehrsmittels. Hier macht sich die geringere Motorisierung der über 70-jährigen bemerkbar. Von den 50-59-jährigen nutzen 70,4% den PKW zur Fortbewegung, bei den über 70-jährigen liegt der Anteil der PKW-Nutzer/Innen bei 40,1%. Je älter jemand ist, desto eher fährt er / sie mit dem Autobus.

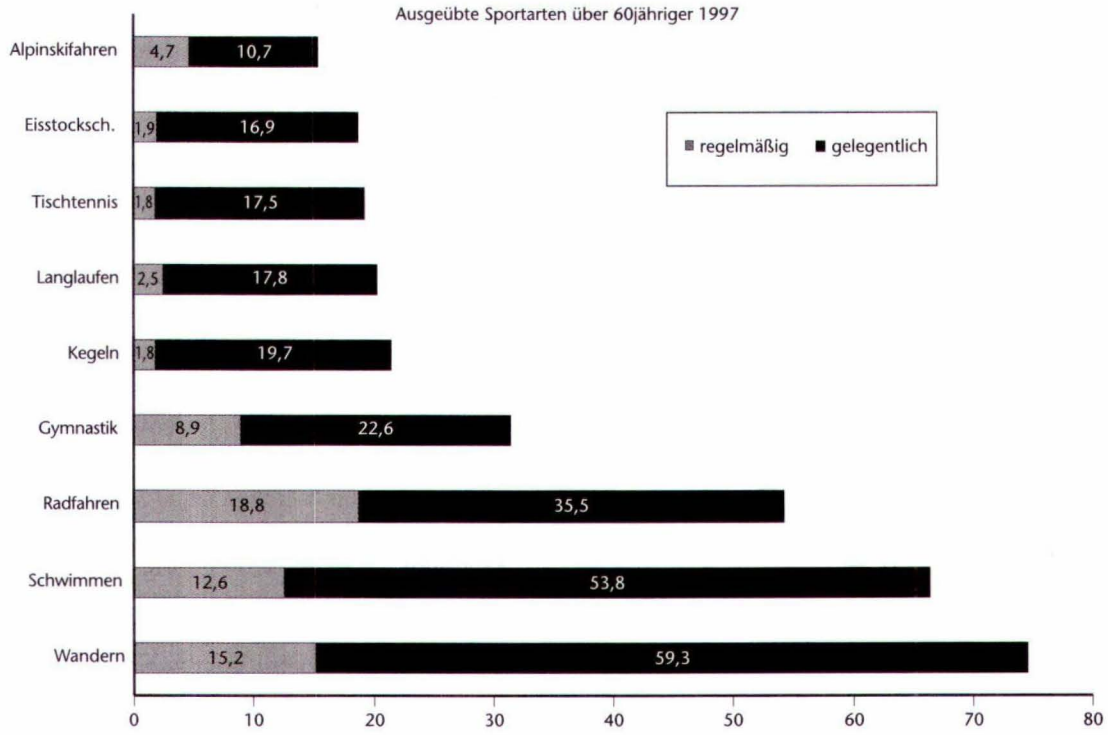
7.1.4.6 Sportliche Aktivitäten

Aus sportwissenschaftlicher und gerontologischer Perspektive werden eine Reihe von vorteilhaften Gründen für sportliche Betätigung in der Zweiten Lebenshälfte angeführt. Sport trägt zur Verzögerung altersbedingter Rückbildungsprozesse bei, er hebt die motorische und soziale Mobilität und beeinflusst das subjektive Wohlbefinden positiv (Denk / Pache / Rieder 1997). Bewegung und Sport haben also günstige Wirkungen im körperlichen Bereich, und sie beeinflussen die psycho-soziale Lebenssituation vorteilhaft. Selbst 70-jährige können bei kontinuierlichem Training eine maximale Sauerstoffaufnahme erreichen, die doppelt so hoch ist wie bei gleichaltrigen Inaktiven (Gerok / Brandtstädter 1992: 376). Weniger Bewegung und weniger Sport in einer bewegungsarmen Kultur bedeuten für die meisten Menschen eine belastetere Gesundheit und ein eingeschränktes Wohlbefinden. Nichtsdestoweniger liegt der Sport in der Rangskala ausgeübter Freizeitaktivitäten bei Personen im mittleren und höheren Alter nicht im Vorderfeld des Interessenspektrums. Dies gilt nicht nur für Österreich, wie z. B. amerikanische (O´Brien / Vertinsky 1991), deutsche (Heuwinkel 1990) und schweizerische Forschungsergebnisse (Bundesamt für Statistik 1990) belegen.

1997 haben in der Erhebung des Austrian Life Style (Fessel-GfK 1997) 9% der 50-59-jährigen, 7% der 60-69-jährigen und rund 3% der über 70-jährigen angegeben, sehr häufig Sport zu betreiben. Umgekehrt steigt der Anteil der Personen, die nie Sport betreiben, von etwa der Hälfte bei den 50-59-jährigen auf mehr als zwei Drittel bei den über 70-jährigen. Sportausübung ist abhängig von Geschlecht, Berufsstatus, Schulbildung, positivem Gesundheitsempfinden (vgl. Kolland 1992).

Zu den wichtigsten Sportarten der älteren Menschen gehören Wandern, Schwimmen und Radfahren (siehe folgende Abbildung). Regelmäßig wandern gehen 15,2% der über 60-jährigen, schwimmen gehen regelmäßig 12,6%, Radfahren ist für 18,8% eine regelmäßige Tätigkeit und Gymnastik betreiben 8,9% regelmäßig. In allen anderen Sportarten finden sich nur mehr wenige ältere Menschen mit regelmäßiger Teilnahme. Wenn auch für viele Sportarten eine altersbedingte Abnahme nachweisbar ist, so gilt dieser Zusammenhang nicht generell. Drei Sportarten ragen hier heraus: Wandern, Schwimmen, Gymnastik.

Abbildung 7.7:
Regelmäßig / gelegentlich ausgeübte Sportarten (n=995, Angaben in Prozent)



Quelle: Fessel+GfK: Austrian Life-Style 1997; Achsen: x-Achse: Sportarten, y-Achse: Anteile der Ausübenden

Für das Wandern gilt, dass die Gruppe der 60-69-jährigen den größten Anteil regelmäßiger Teilnehmer/Innen aufweist. Eine ähnliche Aussage kann für das Schwimmen getroffen werden. Ab dem dritten Lebensjahrzehnt bleibt der Anteil derer, die regelmäßig schwimmen gehen weitgehend konstant. Noch geringer sind die Schwankungen bei den Anteilen jener, die regelmäßig Gymnastik betreiben. Eine geschlechtsspezifische Sportsozialisation lässt sich insofern nachweisen, als etwa Gymnastik und Schwimmen häufiger von Frauen regelmäßig ausgeübt werden, während umgekehrt Männer häufiger Rad fahren, kegeln, Eisstock schießen, Tischtennis spielen. Wandern weist die geringsten Unterschiede nach dem Geschlecht auf, was mit dem Charakter dieser Tätigkeit zusammenhängen mag.

Sportliches Handeln wird von den Älteren immer noch als zu aufwendig, altersinadäquat (Angst vor körperlicher Bloßstellung) oder risikoreich eingestuft. Maßstäbe und Erwartungen sind abhängig von vorangegangenen Erfahrungen, an die man sich gewöhnt und angepasst hat (Helson 1964). Neben dem Alter gelten kohortenspezifische Lernprozesse, das Ausscheiden aus dem Berufsleben und Mobilitätserfordernisse als kritische Faktoren der Sportbeteiligung. Der Sport hatte für die Mehrheit der heute Älteren in ihrer Jugendphase eine untergeordnete Bedeutung und die in der Jugendphase gelernten Sportverhaltensmuster wirken bis in die

späten Lebensphasen nach. Im höheren Alter kommt zu den genannten Faktoren noch die zunehmende Indoor-Orientierung dazu.

7.1.4.7 Ehrenamtliche Tätigkeiten

Kultur-, Freizeit-, politische, soziale und andere Assoziationen bringen auf mikrosozialer Ebene Vergemeinschaftung und geben dem Individuum Gestaltungsmöglichkeiten – zumindest dort, wo nicht erstarrte Strukturen dies behindern. Verlieren diese Gruppen in einer individualisierten Gesellschaft an Gewicht? Neben physischen Aktivitäten gelten nach Palmore (1979) Kontakte zu außerfamiliären Gruppen zu den wichtigsten Prädiktoren erfolgreichen (=glücklichen) Alterns. Wenn auch einer so generalisierenden Aussage entgegenzuhalten ist, dass Intensität und Qualität sozialer Rollen, ihre Auswahl und die Häufigkeit ihrer Ausübung einer ganzen Reihe von Bedingungsfaktoren unterliegen, ist doch unbestritten, dass sie der Tendenz nach stimmt. Bei den älteren Menschen können Aktivitäten in sozialen Gruppen dazu beitragen, neue Impulse für die selbstständige Auseinandersetzung mit einer sich stets verändernden Umwelt zu liefern, sie können die Freizeitgestaltung bereichern, soziale Rollen vermitteln, Anerkennung und Wertschätzung erbringen und sie können die kognitive Leistungsfähigkeit stimulieren.

Mehr als vier Fünftel der über 50-jährigen sind Mitglied in mindestens einem Verein (Fessel+GfK 1997). Im Vergleich der Altersgruppen zeigt sich keine signifikante Veränderung hinsichtlich der formellen Mitgliedschaft in Organisationen. Ein Rückgang ist erst nach dem 80. Lebensjahr zu verzeichnen. Männer sind erwartungsgemäß häufiger in Vereinen eingeschrieben als Frauen. Auch nach sozialer Schichtzugehörigkeit ergeben sich Unterschiede, d. h. Personen mit höheren Schulabschlüssen, höherer (ehemaliger) Berufsposition und höherem Einkommen sind vergleichsweise öfter Vereinsmitglieder. Personen in höheren Statuslagen sind aufgrund ihrer umfangreicheren Ressourcen oder aus Prestigegründen in einer größeren Zahl von Assoziationen (zahlende) Mitglieder als Personen aus unteren Schichten. Ganz anders ist der höhere Anteil an Vereinsmitgliedern an der Bevölkerung in Kleingemeinden zu interpretieren. In diesen bildet Vereinszugehörigkeit einen Bestandteil der Lebenswelt. In dieser Lebenswelt verfolgen Vereine nicht nur ihr je spezifisches Ziel, sie haben darüber hinaus eine Vielzahl von sozialen Funktionen. Je kleiner die Gemeinde, desto häufiger wird eine Mitgliedschaft in Vereinen angegeben.

Aus der Anzahl der Vereinsmitgliedschaften kann aber noch wenig über die Bedeutung dieser Aktivität im Leben älterer Menschen etwas ausgesagt werden. Deshalb die Frage nach der aktiven Beteiligung. *22% der befragten über 50-jährigen beteiligen sich aktiv am Vereinsleben.* In der Schweiz machen vergleichsweise 29% der 50-64-jährigen und 22% der über 65-jährigen in Vereinen, Clubs und Gruppen mit (Bundesamt für Statistik 1990). Aktive Vereinsmitgliedschaft ist regionalspezifisch unterschiedlich ausgeprägt. In den westlichen Bundesländern ist eine stärkere aktive Beteiligung gegeben, wobei der Anteil der Aktiven in Vorarlberg am höchsten ist. Welche Vereine werden von Älteren bevorzugt? Der nachfolgende kurze Überblick über die Altersstruktur der Aktiven zeigt eine vorrangige Beteiligung an Seniorenorganisationen, Sportvereinen und in kirchlichen Organisationen.

In den Seniorenorganisationen, die weitestgehend im Nahbereich der großen politischen Parteien entstanden sind, finden sich eher Personen aus unteren sozialen Schichten. 4% der Befragten sind aktives Mitglied in einem *Sportverein*. Dabei handelt es sich eher um Personen mit mittleren Schulabschlüssen und mittleren Einkommen. Nach dem 75. Lebensjahr geht die Aktivitätsbereitschaft stark zurück.

Zusammenfassend kann die relativ geringe Beteiligung in Vereinen dahingehend interpretiert werden, dass kulturelle und Freizeitaktivitäten immer weniger in einer organisierten und formalisierten Gemeinschaft erfolgen (vgl. Opaschowski

www.parlament.gv.at

Tabelle 7.6:
Vereinsmitgliedschaft und aktive Beteiligung nach Altersgruppen (n=4.500; Angaben in Prozent)

Organisation	Insgesamt		50-59		60+	
	Mitglieder	Aktive	Mitglieder	Aktive	Mitglieder	Aktive
Kammer f. Arb.u. Ang.	31	1	33	1	10	-
ÖGB	26	2	34	3	23	2
Rotes Kreuz	17	3	21	2	30	2
Alpenverein	7	1	8	1	12	1
Naturfreunde	5	1	7	1	6	-
ÖAMTC	30	1	33	-	31	-
ARBÖ	11	1	15	1	11	1
Seniorenbund	4	1	4	-	13	4
Pensionistenverband	5	1	6	1	16	3
Sportverein	19	9	18	4	13	4
Sparverein	11	1	12	2	8	1
Pfarre / Kirchenchor	9	6	8	5	11	6

Quelle: Fessel+GfK 1997: Austrian Life-Style

1990). Wenn von zunehmender Individualisierung gesprochen wird, dann wird meist auch angeführt, dass das Interesse an sozialer Einbindung in Organisationen mit Verpflichtungscharakter zurückgeht. Die Veränderung des Vereinsinteresses der österreichischen Bevölkerung im letzten Dezennium scheint dies zu bestätigen. 1985 waren knapp 30% der Bevölkerung aktiv in Vereinen tätig, 1992 lag der Anteil bei 23% (Zeidler 1994).

7.2 Bildung im Alter

Wilhelm Filla, Stefan Vater

7.2.1 Vorbemerkung / Problemstellung

7.2.1.1 Quellen- und Datenlage

Die Bildungsaktivitäten älterer Menschen und ihre Einstellung zur (Weiter-)Bildung sind in Österreich wenig, jedenfalls ungenügend erforscht. Es mangelt sogar an bloßer statistischer Dokumentation. Auch die Einrichtungen der Erwachsenenbildung verfügen nur in Ausnahmefällen über aussagekräftige altersspezifisch differenzierte Statistiken ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer[1] (vgl. Kulturstatistik 1997: 254f.).

Historisch bedingt stellt die Erwachsenenbildung ein äußerst vielfältiges, zum Teil unübersichtliches Institutionengefüge dar.[2] Institutionalisierte Erwachsenenbildung, die von individueller privater Weiterbildung zu unterscheiden ist, lässt sich grob in acht Bereiche gliedern. Die folgende Darstellung beschränkt sich weitgehend auf die Bereiche 6 bis 8, da sich auf diese die Bildungsarbeit im Alter schwerpunktmäßig konzentriert und dafür die meisten auswertbaren Daten vorhanden sind.

- Öffentlich-rechtliche Medien mit gesetzlichem Bildungsauftrag
- Innerbetriebliche Weiterbildung
- Kommerzielle private Weiterbildungseinrichtungen (Sprachschulen, EDV-Center, Kreativzentren, Maturaschulen etc.)
- gemeinnützige private Einrichtungen mit Weiterbildungscharakter (Frauen- und Ökologie-Initiativen, Senioreneinrichtungen etc.)
- Weiterbildung durch öffentliche Einrichtungen (z. B. Verwaltungsakademie)
- Weiterbildung durch Schulen und Universitäten (Aktivitäten im Rahmen der Teilrechtsfähigkeit der Schulen, Universitätslehrgänge, Seniorenstudium)
- Weiterbildung durch Interessensvertretungen, politische Parteien und deren Unter- und Vorfeldorganisationen (z. B. Pensionistenverbände), Religionsgemeinschaften
- Erwachsenenbildung im engeren Sinn – die auf der Basis des Bundesgesetzes über die Förderung der Erwachsenenbildung und des Volksbüchereiwesens 1973 (vgl. BGBl 171/1973) tätigen bundesweiten Erwachsenenbildungsverbände mit ihren Mitgliedseinrichtungen.[3]

Der hier „Erwachsenenbildung im engeren Sinn" genannte Bereich umfasst im Wesentlichen die zehn in der Konferenz der Erwachsenenbildung Österreichs (KEBÖ) zusammengeschlossenen Verbände mit ihren Mitgliedseinrichtungen,[4] die jährlich eine Statistik mit Gesamtdaten, das heißt ohne alters-, berufs- und geschlechtsspezifische Differenzierung, publizieren.[5] (Aufgrund der Praxis ihrer Mitgliedseinrichtungen – Durchführung von Einzelveranstaltungen – können einige Verbände,

1 Im Wesentlichen veröffentlichen nur die Volkshochschulen über ihren Dachverband altersspezifisch gegliederte Teilnahmestatistiken.

2 Eine erste Übersicht unter Ausklammerung wesentlicher Weiterbildungsbereiche vermittelt die Broschüre: Bundesministerium für Unterricht und Kunst. Abtlg. Erwachsenenbildung. (Hg.) (1999): Erwachsenenbildung in Österreich. 4. überarb. Aufl., Wien. Die bisher beste Gesamtdarstellung gibt Werner Lenz (1997): Erwachsenenbildung in Österreich. EB-Länderberichte des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung. Frankfurt am Main.

3 Eine Reihe von Einrichtungen, die sich unter Pkt. 7 subsumieren lassen, gehören auch zu Einrichtungen unter Pkt. 8.

4 Die Mitgliedsverbände sind: Arbeitsgemeinschaft der Bildungshäuser Österreich, Berufsförderungsinstitut Österreich, BüchereiVerband Österreichs, Forum Katholischer Erwachsenenbildung in Österreich, Ländliches Fortbildungsinstitut, Ring Österreichischer Bildungswerke, Volkswirtschaftliche Gesellschaft Österreich, Verband Österreichischer Schulungs- und Bildungshäuser, Verband Österreichischer Volkshochschulen, Wirtschaftsförderungsinstitut Österreichs.

5 Zuletzt: Wilhelm Filla / Stefan Vater, (1998): 12. KEBÖ-Statistik. Arbeitsjahr 1997. Zusammenstellung nach Angaben der Verbände im Auftrag der KEBÖ-Projektgruppe Statistik. Wien.

www.parlament.gv.at

ähnlich wie im kulturellen Sektor Theater, Kinos etc., keine nach sozialen Merkmalen gegliederten TeilnehmerInnenstatistiken erstellen.)

Dem breit angelegten und in sich differenzierten Institutionengefüge der Erwachsenenbildung entspricht ein enorm vielfältiges und umfangreiches Bildungsangebot[6], über das es keinen auch nur annähernden österreichweiten Überblick gibt, geschweige denn eine zuverlässige statistische Dokumentation. Dazu kommt, dass Erwachsenenbildung zum überwiegenden Teil unter generationsübergreifenden, intergenerativen Gesichtspunkten betrieben wird, sodass empirische Aussagen zu altersspezifischen Bildungsaktivitäten – ohne spezielle Forschungen – nur vorsichtig und auf der Basis eines relativ schmalen Datenmaterials zu treffen sind. Daher sind vereinzelte exemplarische Darstellungen zur Veranschaulichung von Entwicklungen und Möglichkeiten unumgänglich.

Im Rahmen der Pädagogischen Arbeits- und Forschungsstelle (PAF) des Verbandes Österreichischer Volkshochschulen (VÖV) wurden seit 1991 drei österreichweite Repräsentativerhebungen zum Weiterbildungsverhalten und zu Einstellungen zur Weiterbildung durchgeführt, die einige Aussagen für die Gruppe der 50-jährigen und die Gruppe der über 60-jährigen ermöglichen (vgl. Filla 1993, 1995, 1999).

Eine vom Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten in Auftrag gegebene Studie zum „Lebenslangen Lernen – Life Style 1996" ermöglicht gleichfalls altersspezifische und österreichweit repräsentative empirische Aussagen (Fessel Institut 1996)[7].

Die skizzierte Quellen- und Datenlage lässt es jedoch kaum zu, differenzierende und zugleich repräsentative Aussagen über das konkrete Bildungsverhalten und die Einstellungen zur Weiterbildung im Alter zu treffen. Überdies fehlt eine zusammenhängende Überblicksstudie, die internationale Vergleiche ermöglichen würde, um so die österreichische Situation zu relativieren und zugleich besser einschätzen zu können.

7.2.1.2 Begrifflichkeit

Um die folgenden Ausführungen beurteilen zu können, ist es unumgänglich, von einem Bildungsbegriff auszugehen und zwischen Bildung, Schulung, Qualifizierung und Animation zu unterscheiden. Angesichts der bisherigen institutionsbezogenen Ausführungen ist es nicht verwunderlich, dass keine verbindliche Begrifflichkeit existiert und in Wissenschaft, Politik und Bildungspraxis verschiedene Begriffe häufig synonym und vielfach undefiniert verwendet werden. Ohne ausführliche Begriffsanalyse lässt sich dazu institutionenbezogen folgendes festhalten.

Die Volkshochschulen verstehen unter Bildung einen „lebensbegleitenden Lernprozess, der den kognitiven, affektiven und psycho-motorischen Bereich – also den ganzen Menschen – umfasst. In diesem Sinn ist Bildung der Erwerb, die Verarbeitung, Anwendung und Reflexion von Wissensinhalten, die Herausbildung und kritische Überprüfung von Einstellungen und Haltungen, die Entfaltung von Fähigkeiten sowie die Aneignung und Weiterentwicklung von Fertigkeiten" (VÖV-Empfehlung 1994: 13).

Die Bildungswerke, die anderen großen allgemeinbildend orientierten Bildungsinstitutionen, akzentuieren noch stärker die Persönlichkeitsentfaltung als Element von Bildung und verknüpfen diese – anders als die Volkshochschulen – mit sozio-kultureller Gemeinwesenentwicklung (vgl. Blaschek 1994: 13f.).

6 Im letzten statistisch erfassten Jahr 1997 haben die KEBÖ-Verbände 177.279 Veranstaltungen durchgeführt, zu denen 17,491.790 Entlehnungen in den öffentlichen Büchereien kommen. Die Frequenz der Veranstaltungen beträgt 5,418.481 Teilnahmen und 1,149.297 JahresleserInnen in den Büchereien.

7 Vgl. dazu die methodische Kritik von Wilhelm Filla: „Lebenslanges Lernen" in Österreich (I und II). In: Die Österrreichische Volkshochschule. Nr. 183 / März 1997, S. 11-15; Die Österreichische Volkshochschule. Nr. 184 / Juni 1997, S. 20-23.

Bei Einrichtungen wie dem Berufs- und dem Wirtschaftsförderungsinstitut steht das berufs- und arbeitsqualifikatorische Moment im Mittelpunkt. Daher stehen dort berufs- und arbeitsplatzbezogene Bildungsmaßnahmen im Vordergrund der Aktivitäten, wenngleich seit längerer Zeit ein Trend zu – auch – persönlichkeitsbezogenen Bildungsmaßnahmen unverkennbar ist, wie umgekehrt die Volkshochschulen sich zunehmend auf berufsbezogene Bildungsarbeit konzentrieren.

Von Bildung sind Qualifizierung und Schulung zu unterscheiden, die als jeweils längerfristiger und ununterbrochener Prozess auf vorgegebene, streng definierte Ziele hin orientiert ist. Schulung ist sowohl im beruflichen Bereich wie auch im politischen Bereich – Parteischulung wäre ein Beispiel – anzutreffen und ist eng mit bloßer Qualifizierung verbunden.

Vom bisherigen zu unterscheiden ist Bildungsanimation im Sinne von kurzfristigen informierenden, anregenden und Bedürfnisse weckenden Veranstaltungen und – wie bei den öffentlich-rechtlichen Medien – Radio- und Fernsehsendungen (vgl. Albert 1995). Von universitärer Seite hat Josef Klingler einen gegen vordergründige pragmatische Verkürzungen gerichteten umfassenden Bildungsbegriff dargelegt und ihn mit Lebenserfahrungen, bewusstem und verantwortetem Leben verknüpft und in Hinblick auf Altenbildung konkretisiert (vgl. Klingler 1994: 14-25). Klingler sieht weniger die Vermittlung vorgefertigten, systematischen Wissens im Mittelpunkt von Bildungstätigkeit, sondern vielmehr den Erfahrungsaustausch. „Damit würden das selbstgewonnene Wissen der ‚Adressaten' und dessen breitere Basis bei älteren Menschen anerkannt. Zugleich wäre darin die Anregung enthalten, die Ergebnisse einer differenzierten ‚Rückschau' auf Stationen ihres Lebens anderen zugänglich zu machen und vielleicht auf andere Weise zu sehen als bis dahin"(Klingler 1994: 24).

7.2.1.3 Lernen und Bildung im Alter

7.2.1.3.1 Lernbereitschaft und Lernfähigkeit

Es kann keine Rede davon sein, dass sich Intelligenz mit dem Altern notwendig negativ verändert. Die Intelligenzentwicklung weist im Lebenslauf sehr unterschiedliche Verläufe auf (vgl. Kolland 1989: 3). Ältere Menschen lernen zwar bei kulturunabhängigen Inhalten langsamer, bei Bildungsangeboten, die an die Lebenssituation und die Wissensbedürfnisse anschließen, sind sie sehr erfolgreich. Lernen im Alter braucht mehr Zeit, was auch mit einer vergleichsweise geringeren Lerntechnik und Geübtheit zu tun hat.

Wesentlich einschränkende Faktoren menschlicher Lernfähigkeit sind Reizarmut, schlechter Gesundheitszustand und der individuelle Motivationszustand, das heißt die fehlende Bereitschaft und das Widerstreben Neues aufnehmen zu wollen und zu können (vgl. Kolland 1989: 4).

Insgesamt sind dies Faktoren, die oft den gesellschaftlichen Zustand des Alters kennzeichnen.

Intelligenz und Lernfähigkeit ist ein System von „Fähigkeitsbündeln" (Amann 1989: 172). Zentral sind einerseits flüssige Intelligenz, als die Fähigkeit zur Informationsverarbeitung, und andererseits die kristallisierte Intelligenz, sozusagen das Kulturwissen.

Die Fähigkeiten zur Verarbeitung und zur schnellen Problemlösung sind aber in hohem Maße jene, die in der Schulausbildung oder in einem spezifischen, eher technischen Berufsfeld oder im Umgang mit Technologie gelernt werden.

Später Geborene haben so allein aufgrund des gesellschaftlichen Umfeldes, in dem sie aufwuchsen und sozialisiert wurden, Vorteile bei der flüssigen Intelligenz.

„Wir können demnach nicht davon ausgehen, dass der ‚altersbedingte' Abbau dieser Intelligenzleistung allgemein und einheitlich zutrifft. Er variiert nach Schulbildung, Berufserfahrung, zwischen Männern und Frauen und zwischen einzelnen Individuen; er wird durch Umweltanreize und -an-

www.parlament.gv.at

forderungen unterschiedlich beeinflusst" (Amann 1989: 172).

Intelligenz, in der ganzen Problematik und Kulturbezogenheit dieses Begriffes, hängt zusammen mit Bildung. Was liegt also näher als möglichen Intelligenzabbau, der – wie kurz skizziert – oft mit der gesellschaftlichen Situation des Altseins und der individuellen aber altersspezifischen Geschichte zusammenhängt, durch Übung und Lernen wettzumachen.

Bildung ist eine Möglichkeit der menschlichen Weiterentwicklung und zugleich eine Chance, gesellschaftlichen und individuellen Stillstand durch kreative gesellschaftliche Bewegung aufzuheben.

Ein Bildungsbegriff, der in dieser Weise gefasst wird, kann nicht auf berufliche Qualifikation und Erstausbildung reduziert werden.

Mit der Veränderung der Altersstruktur verändert sich auch das Verhältnis von Arbeit und arbeitsfreier Lebenszeit oder Pension. „Es ist darüber nachzudenken, welche Rolle berufliche Weiterbildung spielt und inwiefern Bildung das „andere" Leben, nämlich das in der arbeitsfreien Zeit, bereichert. Man sollte dabei die Perspektive des ganzen Lebenslaufes im Blick haben; die heutige Bildungspolitik fördert Kurzsichtigkeit und Unbeweglichkeit und steht der Entwicklung eines neuen kulturellen Modells für spätere Lebensphasen im Wege" (Steege 1992: 138).

7.2.1.3.2 Lernen als Lebensbegleitung

Lebensbegleitendes Lernen macht nur mit Bildungsinhalten, die an die Menschen angepasst sind, Sinn. Lebensbegleitung durch Lernen kann aber nicht an der Grenze zum Arbeitsleben Schluss machen und auch nicht an der Grenze zur Pensionierung oder irgendwo dazwischen.

Die mehr und mehr individualisierte Existenzform der Individuen, zu der Bildung beiträgt, korrespondiert mit der Freisetzung aus traditionellen Zusammenhängen in gesellschaftlichen Großorganisationen. Daraus erwächst der Zwang zur Selbstorganisation (vgl. Dohmen 1998: 12), nicht nur in der Jugend. Der oder die einzelne muss lernen, sich selbst als Planungsinstanz in Bezug auf den eigenen Lebensverlauf, auf Lebensführung, Lebensziele und Leitbilder zu verstehen (vgl. Schachtner 1994: 86).

Bildung im Alter kann vieles unterstützen, von der Vorbereitung auf das Altern bis zur Eröffnung neuer, wichtiger Handlungs- und Denkspielräume für den sich bildenden Menschen und für die Gesellschaft (vgl. Rosenmayr (o. J.: 47, vgl. Brugger 1996: 79f.). Gerade in einer Zeit, wo viele von der Civil-Society, der BürgerInnengesellschaft und Ihren BürgerInnenpflichten sprechen, wird deutlich, dass Bildung nicht nur Qualifikation sein kann und nicht beim Austritt aus dem aktiven Erwerbsleben enden kann. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass Lernen ein wesentlicher Faktor eines aktiven, aber auch aktiv erlebten Alters ist (vgl. Kolland 1989: 2ff.).

Bildung im Alter ist keine Erfindung der BildungsplanerInnen, sondern es sind die Menschen selber, die auf die Bildungsanbieter zugehen und nachfragen, was sie anzubieten haben.

7.2.1.4 Generationsübergreifende Bildung

Wer in den Programmen von Einrichtungen der Erwachsenenbildung von den Universitäten über Bildungshäuser bis zu den Volkshochschulen nach Angeboten speziell für ältere Menschen sucht, wird nur in speziellen Bereichen Kurse für SeniorInnen finden.

Institutionen wie das Wirtschaftsförderungsinstitut oder zum Teil auch das Berufsförderungsinstitut vertreten durch ihre Ausrichtung auf den Arbeitsmarkt speziellere Konzepte und sprechen vor allem jüngere Zielgruppen an.

Dennoch vertritt der große Teil der Bildungsanbieter ein Konzept, Bildung als Bildung für alle Menschen zu sehen. Die Kurse und Veranstaltungen sind für alle Gesellschaftsschichten, für Männer und für Frauen und für alle Altersgruppen offen.

Die Begegnung zwischen Älteren und Jüngeren zu fördern und der Ausgliederung und Ausgren-

zung bestimmter Altersgruppen aus der Gesellschaft entgegenzuwirken, ist ein wichtiges Anliegen der meisten Erwachsenenbildungsinstitutionen, insbesondere der gemeinnützigen. Es ist ein Anliegen, das auch insofern gesellschaftlich verbindend wirkt, als es zum Erfahrungsaustausch der Generationen und zur Erhaltung von Erinnerung und gesellschaftlicher Identität beiträgt (vgl. Dressel / Novy 1995: 14ff.).

In manchen Bereichen ist es jedoch sinnvoll und notwendig, auf die besonderen Bedürfnisse und Lebensumstände älterer Menschen zu achten. Beispielsweise dort, wo es gilt, den körperlichen Veränderungen im Alter zu entsprechen (also in Tanz, Gymnastik oder ähnlichen Angeboten). Es ist vielfach zielführend, Gesundheitsprogramme auf die besonderen Probleme des Älterwerdens abzustimmen.

Auch die besondere Situation derjenigen Menschen, die bereits in mehr oder weniger ausgeprägter Isolation leben, in Altenheimen oder in der eigenen Wohnung, ist ein wichtiges Feld der Bildungstätigkeit.

Mit der Unterstützung und Initiierung von SeniorInnenklubs und Anregung von Gesprächs-, Begegnungs- und Kontaktmöglichkeiten nehmen Erwachsenenbildungsinstitutionen Aufgaben wahr, die über eine inhaltlich konzipierte Bildungstätigkeit hinausgehen, vielfach geht es dabei auch um die Stärkung von Kontakt und Solidarität zwischen älteren Menschen (vgl. Münz 1990: 11).

7.2.2 Darstellung der empirischen Befunde

Die Datenlage zu Bildung im Alter ist, wie bereits erläutert, prekär. Aufgrund dieser Daten und Quellenlage wurde vom Verband Österreichischer Volkshochschulen im Dezember 1998 eine kurze Befragung der Mitgliedsverbände der Konferenz der Erwachsenenbildung Österreichs (KEBÖ) durchgeführt.

Weiters wurden die Ergebnisse von Repräsentativerhebungen der letzten Jahre zusammengefasst (Filla 1999, 1995, Fessel-Institut 1996).

Schließlich wurden Analysen verschiedener statistischer Unterlagen zum SeniorInnenstudium an Österreichs Universitäten vorgenommen.

Um einen möglichst umfassenden Überblick über die Bildungssituation älterer Menschen zu geben, wurden noch kurze ExpertInneninterviews mit ErwachsenenbildnerInnen privater Institutionen geführt sowie Materialien verschiedener SeniorInnenverbände exemplarisch ausgewertet und eine Internet-Suche durchgeführt.

Für die Darstellung der Geschlechterproportion im tatsächlichen Weiterbildungsverhalten älterer Menschen liegen keine aussagekräftigen Statistiken vor. Da mit höherem Alter berufliche Weiterbildung, in der Männer überrepräsentiert sind, wegfällt, kann von einer zunehmenden Überrepräsentierung der Frauen im Alter ausgegangen werden, die in allgemeinbildenden Einrichtungen wie den Volkshochschulen ohnehin – insgesamt und über alle Altersgruppen hinweg – rund 75% der TeilnehmerInnen in Kursveranstaltungen ausmachen.

7.2.2.1 Die KEBÖ-Verbände / Ergebnisse einer Befragung

In der Befragung der österreichweit tätigen, in der KEBÖ zusammengeschlossenen zehn Erwachsenenbildungsverbände wurde einerseits erhoben, ob deren TeilnehmerInnenstatistiken nach der Altersstruktur differenzieren, andererseits, ob spezielle Kurse und Veranstaltungen für SeniorInnen angeboten werden. Acht Verbände haben geantwortet. Zwei Verbände leiteten den Fragebogen an örtliche Bildungshäuser weiter.

Nur eine örtliche Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft der Bildungshäuser (Retzhof) und die Volkshochschulen erheben das **Alter der TeilnehmerInnen** in sozialstatistisch verwertbarer Form.

Bezüglich der **Veranstaltungen für Ältere** lässt sich aus der Befragung eine exemplarische

www.parlament.gv.at

Darstellung der Fächerung und Vielfalt dieser Angebote gewinnen. Sie sagt aber nichts aus über die Annahme der Angebote.

Die Auswertung der Angebote wird getrennt dargestellt für den Verband Österreichischer Volkshochschulen und die anderen KEBÖ-Verbände inklusive des BücherеiVerbandes, der auch Kurse und Veranstaltungen durchführt. Die Daten beziehen sich auf das Kursjahr 98/99, bei den Volkshochschulen auf das Jahr davor. Ein weiterer Grund der getrennten Darstellung ist methodischer Natur. Für die Volkshochschulen konnte eine Auswertung nach angebotenen Seminaren und Veranstaltungen aus den Kursprogrammen vorgenommen werden, die allerdings auf die Landeshauptstädte und Wien beschränkt bleibt. Für die übrigen KEBÖ-Verbände wurde nach unscharfen Angaben in der Befragung kategorisiert, d. h. es wurden bei der Befragung teilweise nicht konkret Veranstaltungen angegeben. Die Auswertung bleibt unschärfer und weniger verlässlich.

7.2.2.1.1 SeniorInnen an den Volkshochschulen

Die Gruppe der SeniorInnen – die sich in der Kursstatistik der österreichischen Volkshochschulen in etwa mit der **Altersgruppe** der KursteilnehmerInnen über sechzig Jahre deckt – ist in den österreichischen Volkshochschulen im Arbeitsjahr 1996/97 mit 9,7% aller KursbesucherInnen vertreten, in absoluten Zahlen entspricht dies 48.355 Teilnahmen von Menschen über 60 Jahren (vgl. Kulturstatistik 1997: 21). Gemessen an der Gesamtbevölkerung Österreichs macht diese Altersgruppe 19,7% (Mikrozensus 1998: 15) aus. Mit anderen Worten ist derzeit jede fünfte ÖsterreicherIn über 60 Jahre alt, aber nur ein Zehntel der TeilnehmerInnen der Volkshochschulen ist über 60 Jahre (vgl. Heilinger 1990: 77f.). Alte Menschen sind in den Kursen[8], also den längerfristigen Veranstaltungen, krass unterrepräsentiert.

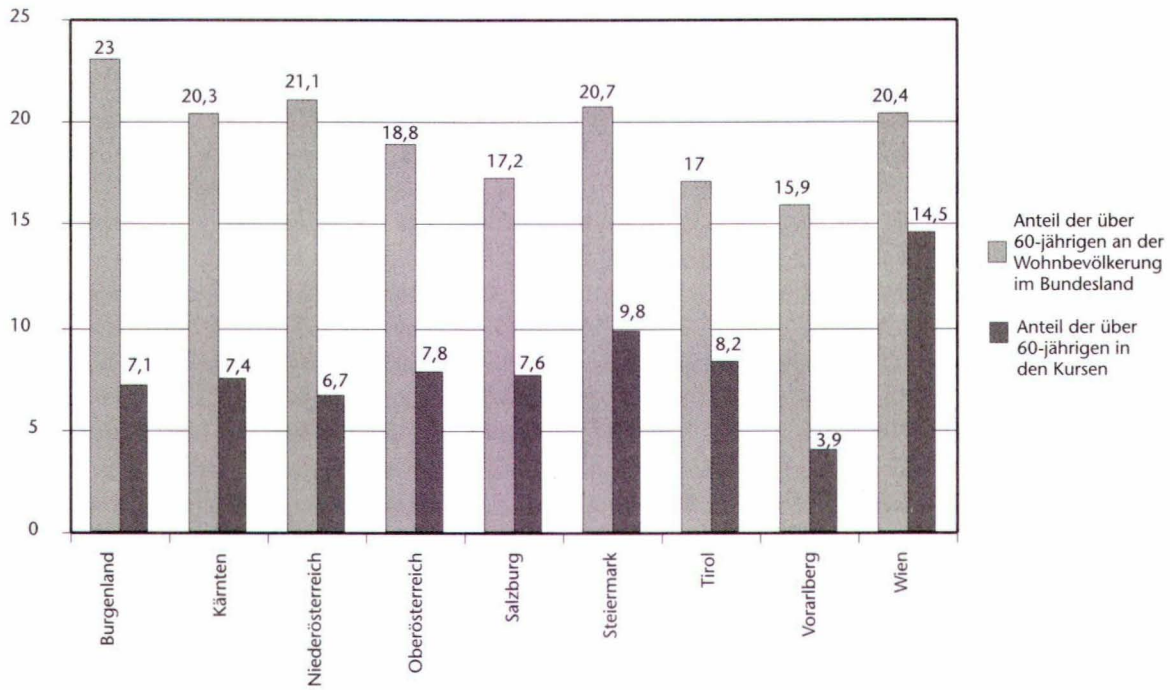
1990 prognostizierte Heilinger in einer Studie „Senioren an der Volkshochschule“ (Heilinger 1990: 77) eine Verschiebung der Alterstruktur der Volkshochschul-TeilnehmerInnen mit der Alterung der Gesellschaft. Diese Tendenz lässt sich klar nachvollziehen. Im Arbeitsjahr 1981/82 waren 6% der KursteilnehmerInnen über 60, 1987/88 7,1%, 1995/96 8,6% und 1996/97 9,7%. Die Steigerungen können allerdings nicht nur auf altersbedingte Steigerungen zurückgeführt werden, sondern auch auf ein wachsendes Bildungsinteresse älterer Menschen.[9] Nicht vernachlässigt werden sollten allerdings die möglichen Attraktivitätsprobleme bei jüngeren Menschen.

Zwischen den Bundesländern gibt es erhebliche **regionale Unterschiede** beim Anteil der KursteilnehmerInnen über 60 Jahre.

8 Für die Kurzveranstaltungen (Einzelvorträge, Bildungsfahrten, Ausstellungsbesuche) dürfte sich ein anderes Bild ergeben. Für diesen Bereich gibt es keine statistischen Daten über die Altersstruktur der TeilnehmerInnen.

9 Franz Kolland zeigt in einer Studie zum SeniorInnenstudium sehr schlüssig einen Zusammenhang beider Faktoren. Bildungsinteresse ist abhängig vom Bildungsniveau, die heute jüngeren Altersschichten haben tendenziell höhere Bildungsabschlüsse, d. h. sie werden auch im Alter höheres Interesse an Bildung haben (vgl. Franz Kolland, Alternd lerne ich stets neu. Universitäre Weiterbildung im mittleren und höheren Erwachsenenalter: Ergebnisse einer Befragung von Lehrenden und Studierenden der Universität Wien, Wien 1989).

Abbildung 7.8:
Regionale Unterschiede der Teilnahme älterer Menschen



Quelle: Vater / Stefan (1998): Statistikbericht 1998. Für das Arbeitsjahr 1996/97. Pädagogische Arbeits- und Forschungsstelle des Verbandes Österreichischer Volkshochschulen. VÖV-Materialien 32. Wien.

Auch in den meisten Bundesländern ist ein Ansteigen des Anteils älterer TeilnehmerInnen über die Jahre zu beobachten, die Altersgruppe der über 60-jährigen bleibt aber dennoch unterrepräsentiert.

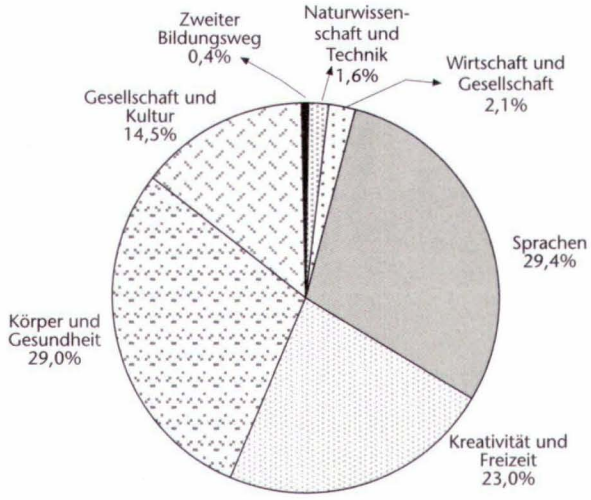
Die Bildungsbeteiligung älterer Menschen an den Volkshochschulen ist regional stark unterschiedlich. Der prozentuelle Abstand zwischen den Anteilen der über 60-jährigen an den VolkshochschulteilnehmerInnen und ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung des Bundeslandes ist im Burgenland am höchsten, in Wien am geringsten.

Die Volkshochschulen unterteilen ihre Angebote in sieben **Fachbereiche**. Die Anzahl der Gesamtteilnahmen betrug im Arbeitsjahr 1996/97 500.574. In der TeilnehmerInnenstatistik ist bei einer altersunabhängigen Betrachtung der Bereich „Körper und Gesundheit" mit 33,4% der meistbesuchte, vor „Sprachen" mit 24,2%, „Kreativität und Freizeit" mit 22% und den „kleineren" Bereichen „Gesellschaft und Kultur" (10,2%), „Wirtschaft und Verwaltung" (6,2%), „Zweiter Bildungsweg" (2,4%) und „Naturwissenschaft und Technik" (1,6%).

Für die über 60-jährigen ergibt sich ein etwas anderes Bild. Überraschenderweise sind Sprachenkurse mit 29,4% am häufigsten nachgefragt. Gymnastik, Tanz und andere Angebote im Bereich Gesundheit bleiben zwar stark, verlieren aber gemessen an der nicht-alterspezifischen Statistik. Deutlich ist die geringere Nachfrage im Wirtschaftsbereich und beim Zweiten Bildungsweg. Kulturelle Angebote gewinnen beim Segment der

www.parlament.gv.at

Abbildung 7.9:
Bildungsnachfrage der über 60-jährigen an den Volkshochschulen nach Fachbereichen (in Prozent der Gesamtteilnahmen Älterer)



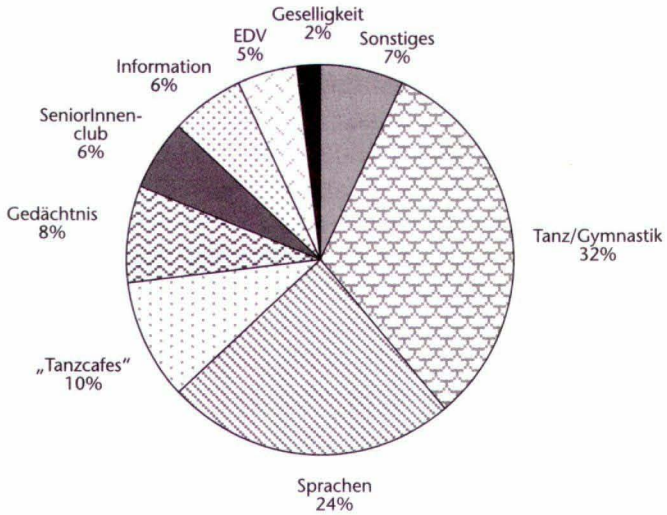
Quelle: Vater / Stefan (1998): Statistikbericht 1998. Für das Arbeitsjahr 1996/97. Pädagogische Arbeits- und Forschungsstelle des Verbandes Österreichischer Volkshochschulen. VÖV-Materialien 32. Wien.

über 60-jährigen gegenüber der altersunspezifischen Darstellung.

Die nachfolgende Zusammenfassung einer exemplarischen Bestandsaufnahme der **seniorInnenspezifischen Angebote** der österreichischen Volkshochschulen in den Landeshauptstädten (für das Arbeitsjahr 1997/98) soll weniger genaue Details liefern als einen Überblick verschaffen (vgl. Vater 1998).

Eine Analyse der seniorInnenspezifischen Angebote der Volkshochschulen in den Landeshauptstädten ergab eine Palette von 206 Angeboten aus den verschiedensten Bereichen.

Abbildung 7.10:
Spezifische Bildungsangebote für Ältere nach Thematik (n=206)



Quelle: Vater / Stefan (1998): Statistikbericht 1998. Für das Arbeitsjahr 1996/97. Pädagogische Arbeits- und Forschungsstelle des Verbandes Österreichischer Volkshochschulen. VÖV-Materialien 32. Wien.

Rund ein Drittel sind Kurse zu Gymnastik, Tanz oder auch Thai Chi, speziell zugeschnitten für die veränderten Anforderungen älterer Menschen. Einen weiteren großen Anteil, rund ein Viertel, machen Sprachenkurse aus. Immerhin 6% der Veranstaltungen sind informativer Art, von Wissenswertem zur Pension bis zum Zeitmanagement.

In der Sparte „Sonstiges" werden Kurse und Veranstaltungen von Schach über Theater, Selbstverteidigung und Veranstaltungen zur erzählten Lebensgeschichte bis hin zu geschlossenen Veranstaltungen in Pflegeheimen zusammengefasst.

7.2.2.1.2 SeniorInnen in den Bildungsinstitutionen der KEBÖ

Der **Retzhof** ist als Bildungshaus des Landes Steiermark Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Bildungshäuser Österreich. Es ist eine der wenigen Institutionen, die Teilnahmen nach **Altersstruktur** erheben.

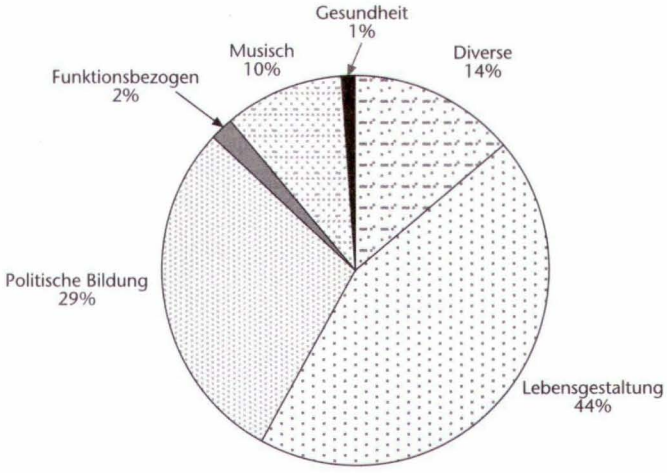
Die Gesamtzahl der Teilnahmen nach Fachbereichen beträgt für das Frühjahrssemester 1997 5.606, davon waren 244 Personen über 60 Jahre alt, dies entspricht einem Prozentsatz von 4,4%. Im Vergleich zum Anteil von 20,7% (vgl. Mikrozensus 1998: 15) an der Wohnbevölkerung der Steiermark sind auch hier Ältere deutlich unterrepräsentiert.

Der von über 60-jährigen am höchsten frequentierte **Fachbereich** im Bildungshaus **Retzhof** ist mit 44% „Lebensgestaltung", mit dem für politische BildnerInnen erstaunlich hohen Wert von 29% folgt „Politische Bildung". 10% belegen Kurse im Bereich „Musische Bildung". Geringer Besuche erfreuen sich die Bereiche „Gesundheit" und „Funktionsbezogene Bildung". Nicht frequentiert werden von den Älteren die Bereiche „Beruf",

www.parlament.gv.at

Abbildung 7.11:

Teilnahmen der über 60-jährigen nach Fachbereichen des Bildungshauses Retzhof (n=244)



Quelle: Auswertung einer Befragung der KEBÖ-Verbände, durchgeführt von der Pädagogischen Arbeits- und Forschungsstelle (PAF) des Verband Österreichischer Volkshochschulen. Wien 1998.

„Philosophie und Religion", „Praxis" (EDV bis Sprachen) und „Wissenschaft". Mit dieser bereichsspezifischen Verteilung unterscheidet sich das Bildungshaus deutlich vom Teilnahmeprofil der Volkshochschulen.

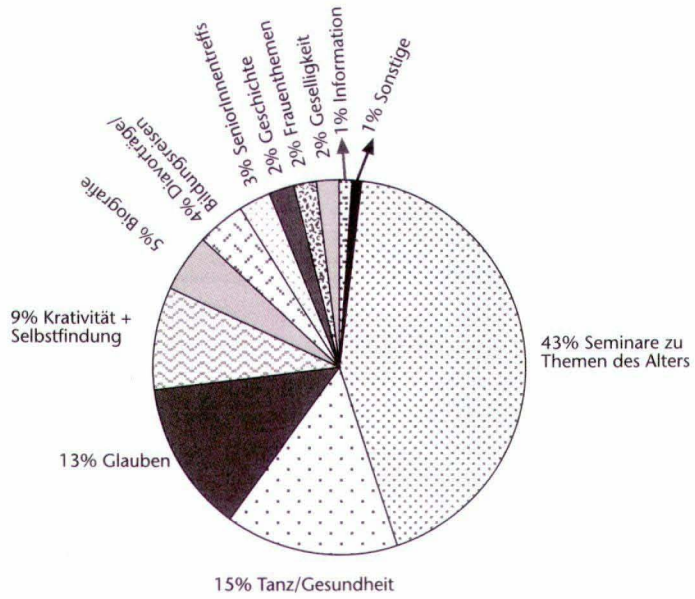
Die Auswertung der Befragung der **KEBÖ-Verbände** nach **seniorInnenspezifischen Angeboten** ergab 224 Nennungen aus 7 Verbänden (exkl. der Volkshochschulen) in verschiedenen Angebots-Kategorien.

Die Schwerpunkte der Angebote liegen im Bereich „Seminare zu Themen des Alterns" mit rund 43%, ein Bereich, der den Menschen als Alternden ins Zentrum der Bildungsaktivitäten stellt. Bei diesen Angeboten stehen konkrete Teilnehmende als Alternde, der Mensch als Alternder im Vordergrund. Die Seminare reichen von „Alter erleben" bis zu „Glücklich im Alter", der Unterschied zur Kategorie „Kreativität und Selbstfindung" (rund 9%) besteht in der Thematisierung des Altersprozesses, während in der Kategorie „Kreativität und Selbstfindung" das Angebot nicht primär auf Alter bezogen ist. „Tanz / Gesundheit" und „Glauben" folgen mit 15% und 13%.

Erstaunlich niedrig sind die Angebote im Bereich der Bildungsreisen und Diavorträge mit 4%, wobei die Erklärung dafür in der nicht seniorInnenspezifischen Ausschreibung der meisten Angebote liegen wird.

Ebenfalls erstaunlich niedrig ist der Prozentsatz der Angebote im Bereich Information (rund 1%), die sich auf Unterstützung bei der Testamentserstellung und Vorbereitung auf den Ruhestand beschränken.

Abbildung 7.12:
Bildungsangebote der KEBÖ speziell für ältere Menschen (n=224)



Quelle: Auswertung einer Befragung der KEBÖ-Verbände, durchgeführt von der Pädagogischen Arbeits- und Forschungsstelle des Verbandes Österreichischer Volkshochschulen. Wien 1998.

7.2.2.1.3 Zusammenschau

Welche Trends zeigen sich bei der Analyse der Altersstruktur der TeilnehmerInnen der KEBÖ?

Die Angebote der Erwachsenenbildungsinstitutionen sind – dem Ansatz des intergenerationalen Lernen folgend – primär nicht auf die besonderen Bildungsinteressen älterer Menschen abgestimmt.

Ziel dieses Ansatzes wäre jedoch auch eine dem Bevölkerungsschnitt adäquate Präsenz älterer Menschen in den Bildungsangeboten. Menschen über 60 sind jedoch stark unterrepräsentiert.

Die Bildungsnachfrage älterer Menschen konzentriert sich auf die Bereiche Sprachen, Gesundheit, Lebensgestaltung, Kreativität und Freizeit und Politische Bildung.

Angebote wie EDV, deren Gestaltung tendenziell berufsorientiert ist, werden von älteren Bildungsinteressierten nur sehr schwach frequentiert, obwohl es spezifische Kurse für sie vereinzelt gibt.

Die Kursangebote für SeniorInnen liegen schwerpunktmäßig bei Themen zur Bewältigung des Alterns, Gesundheit, Sprachen, aber auch Bildungsangebote im Bereich Geselligkeit (oder soziale Integration).

Eine nicht unbedeutende Rolle spielen auch religiöse Angebote.

Für die Volkshochschulen lässt die Struktur der Daten einen Vergleich zwischen speziellen seniorInnenspezifischen Angeboten und fachbereichsmäßiger Teilnahme zu. Für den Fachbereich Sprachen ist hier ein Zusammenhang zwischen spezifischem Angebot und Teilnahme Älterer nicht auszuschließen.

www.parlament.gv.at

Das Aufgabenfeld der Erwachsenenbildung ist ein weites, und so darf die inhaltliche Streuung und Unterschiedlichkeit der Angebote der einzelnen Verbände nicht verwundern, sondern weist auf eine arbeitsteilige Strukturierung hin.

7.2.2.2 Einstellungen zur Weiterbildung im Alter

Aufgrund der schmalen statistischen Datenbasis zur Weiterbildung im Alter kommt repräsentativen Umfragen vermehrte Bedeutung zu (Fessel-Institut 1996, Filla, 1995, 1999).

7.2.2.2.1 Weiterbildungsverhalten und Weiterbildungsinteresse

Über das Weiterbildungsverhalten und die Einstellungen zur Weiterbildung im Alter geben die erwähnten Repräsentativbefragungen aus den 90er Jahren Auskunft. Ihr auffallendstes und zugleich übereinstimmendes Ergebnis ist, dass sowohl die Weiterbildungsbereitschaft als auch die Weiterbildungsaktivitäten mit zunehmendem Alter deutlich – geradezu dramatisch – zurückgehen. Die nähere Analyse relativiert diesen Befund allerdings etwas.

Für die weiteren Ausführungen ist überdies immer die erhebliche Diskrepanz zwischen Einstellungen und Verhaltensabsichten auf der einen und tatsächlichem Verhalten auf der anderen Seite zu berücksichtigen.

Bei der 1995/96 veröffentlichten Erhebung 1994 (vgl. Filla 1995) wurde nach besuchter persönlicher Weiterbildung in Form von Kursen, Seminaren oder Vorträgen außerhalb der Betriebe in einem absehbaren Zeithorizont von drei Jahren gefragt. Dabei wurde eine Weiterbildungsabsicht „im engeren Sinn" (Besuch zur Zeit der Befragung und künftigen Besuch „sicher vorstellen" können) bei 34% ermittelt. Dazu kommt ein Weiterbildungsinteresse „im weiteren Sinn" (Besuch „vielleicht vorstellen") von 19%, sodass insgesamt 53% der erwachsenen Bevölkerung über 15 Jahre eine Weiterbildungsabsicht zugeschrieben werden kann.

Bei der Abnahme des Weiterbildungsinteresses nach Altersgruppen differenziert, sind mehrere „Brüche" festzustellen. Der erste „Bruch" im Interesse tritt bei den über 50-jährigen auf, der zweite „Bruch" bei den über 60-jährigen. Im realen Weiterbildungsverhalten lässt sich ein erster „Bruch" bereits ab 40 Jahren feststellen.

Tabelle 7.7:
Weiterbildungsinteresse nach Altersgruppen

Altersgruppen	WB-Interesse i. e. S in %	WB-Interesse i. w. S. in %
14-29 Jahre	49	72
30-39 Jahre	36	61
40-49 Jahre	34 „Bruch"	55 „Bruch"
50-59 Jahre	21 „Bruch"	40 „Bruch"
60 und älter	8 „Bruch"	14 „Bruch"

Filla, Wilhelm (1995): Einstellung der Österreicherinnen und Österreicher zur Weiterbildung (Gesamttitel). In: Die Österreichische Volkshochschule. Nr. 175 / März 1995 bis Nr. 181 / September 1996.

Da aber sowohl das Weiterbildungsverhalten als auch das Weiterbildungsinteresse mit der formalen Bildung deutlich zunimmt, und diese gesamtgesellschaftlich mit zunehmendem Alter derzeit noch abnimmt, ist der altersspezifische Rückgang im Weiterbildungsinteresse auch von der formalen Bildung tangiert. In der derzeit in Auswertung befindlichen Repräsentativerhebung konnte dieser Zusammenhang allerdings überraschenderweise nicht festgestellt werden, woraus sich die Notwendigkeit weiterer empirischer Studien dazu ergibt.

Das Weiterbildungsinteresse „im engeren Sinn" ist 1994 von 22% bei den Volks- und Hauptschulabgänger/Innen auf 54% bei den Angehörigen der oberen Bildungsschicht (Matura und / oder Universitätsabschluss) gestiegen. Die Vergleichswerte für das Weiterbildungsinteresse „im weiteren Sinn" sind 39 und 73%.

Dass die Ergebnisse, auch der altersspezifischen Forschung, sehr von der Konzeptualisierung von Weiterbildung abhängen, zeigt eine im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten vom Fessel+GfK-Institut durchgeführte repräsentative Studie zum „Lebenslangen Lernen" – Life-Style 1996 (Fessel-Institut 1996).

Hier wurden unter Weiterbildung auch die betriebliche Schulung und informelle und selbstorganisierte Weiterbildung wie Lektüre von Fachliteratur, der Konsum von Bildungssendungen des ORF und anderes subsumiert. Bei dieser Konzeptualisierung, die sehr Heterogenes unter den einen Begriff von Weiterbildung fasst, ist der altersabhängige Rückgang sowohl im Weiterbildungsverhalten als auch beim „persönlichen Interesse an Weiterbildung" zwar vorhanden, aber weniger ausgeprägt als bei der vorhin zitierten Untersuchung.

Bei der Aufschlüsselung der Art von Weiterbildung werden nämlich unter anderem das Lesen von Fachliteratur, der Konsum von Bildungssendungen, Auslandsreisen zu Bildungszwecken überdurchschnittlich häufig auch von – zumeist weiblichen – PensionistInnen genannt.

Die Schlussfolgerung, der noch nachzugehen wäre, ist, dass mit zunehmendem Alter andere als bloß institutionalisierte Weiterbildung in den Vordergrund von Aktivitäten und den Einstellungen dazu tritt. In der Life-Style Studie (Fessel-Institut 1996) nennen überdies Pensionistinnen überdurchschnittlich häufig den Besuch von Vorträgen. Dies ist ein Indiz dafür, dass Veranstalterstatistiken – beispielsweise der Volkshochschulen – in denen nur längerfristige Bildungsmaßnahmen (Kurse etc.) für eine alterspezifische Differenzierung erfasst werden, und in denen die Älteren deutlich unterrepräsentiert sind, etwas relativiert werden müssen.

Im Alter verschiebt sich auch das Interesse an den Inhalten von Weiterbildung. Überdies unterscheiden sich die Anforderungen an Weiterbildung nach Altersgruppen.

7.2.2.2.2 Themenbereiche

In der PAF / VÖV-Studie 1994 (veröffentlicht 1995/96) wurde nach dem inhaltlichen Weiterbildungsinteresse in Form von 19 vorgegebenen Themenbereichen gefragt („Für welches Fach / welchen Themenkreis würden Sie sich interessieren"). Die Aufgliederung nach Themenbereichen zeigt erwartete und überraschende Ergebnisse (ergänzend: Kap. 7.1.4).

Während die „berufliche Bildung" bis 50 Jahre an erster Stelle rangiert, liegt sie bei den 50-jährigen an 3. und bei den über 60-jährigen an 10. Stelle. Dagegen rangieren „Gesundheitsfragen" ab 50 Jahren an erster Stelle, während diese bei den unter 50-jährigen durchgehend an 4. Stelle aufscheinen. Mit zunehmendem Alter tritt auch „Kochen, Ernähren" in den Vordergrund des Bildungsinteresses.

Nicht ganz erwartet liegt die „politische Bildung" bei den über 60-jährigen an 6. Stelle und damit noch im ersten Drittel des Interesses, während sie bei den unter 40-jährigen bereits im dritten Drittel liegt.

An einem besonders krassen Beispiel, dem Schwerpunktthema 1938/1988 der Wiener Volkshochschulen, konnte Gerhard Bisovsky mit 49 auch sozialstatistisch ausgewerteten Veranstaltungen den hohen Anteil der 50- bis 60-jährigen und besonders der über 60-jährigen zeigen (vgl. Gerhard Bisovsky o. J. [1988]: 48 f.).

Damit wird die Bedeutung des Bezugs auf Erfahrungen in der Bildungsarbeit im Alter unterstrichen. Überraschend rangieren „Frauenthemen" bei den Älteren an 5. Stelle und damit ziemlich weit vorne in einer Interessensskala, wobei keine Aussage darüber gemacht werden kann, was im einzelnen darunter verstanden wird.

Im Gegensatz zu allen anderen Altersgruppen spielt „Religion" bei den Weiterbildungsinteressen der über 60-jährigen – 6. Stelle – noch eine wichtige Rolle. Sie steht bei ihnen gleichauf mit „Musik und Tanzen".

www.parlament.gv.at

Tabelle 7.8:

Interesse an Weiterbildungsthemen nach Altersgruppen nach erhobener Reihung

Weiterbildungsthemen	Altersgruppen 50-59 Jahre	Altersgruppen 60 und mehr Jahre
Gesundheitsfragen	1	1
Kochen, Ernähren	3	2
Sprachen	3	3
Umweltfragen	2	4
Frauenthemen	7	5
Musik, Tanzen	10	6
Religion	14	6
politische Bildung	14	6
Wissenschaften	14	6
berufliche Weiterbildung	3	10
Gymnastik, Sport	7	10
Kunst, Literatur	10	10
Malen, Zeichnen	14	13
Umgang mit Computern	6	13
Medien	18	13
Autogenes Training	9	16
Eltern- und Erziehungsfragen	13	16
Philosophie	17	18
grundlegende Angebote (Elementarbildung)	19	18

Quelle: Filla / Wilhelm (1995): Einstellung der Österreicherinnen und Österreicher zur Weiterbildung (Gesamttitel). In: Die Österreichische Volkshochschule. Nr. 175 / März 1995 bis Nr. 181 / September 1996.

Nicht ganz erwartet ist das große Interesse an „Sprachen", die ab 50 Jahre an dritter Stelle stehen und in den übrigen Altersgruppen an zweiter Stelle liegen. Bestätigt wird dieser Befund allerdings durch die starke Präsenz der über 60-jährigen in Sprachkursen der Volkshochschulen.

7.2.2.2.3 Anforderungen an Weiterbildungsangebote

Mittels vorgegebener Antwortmöglichkeiten wurden auch die Anforderungen an – institutionalisierte – Weiterbildung ermittelt. Diese Anforderungen verschieben sich mit zunehmendem Alter. Es gibt allerdings auch eine Konstanz über die Altersgruppen hinweg.

Ein „interessantes Angebot" steht – altersunabhängig – durchgehend an erster Stelle. Mit zunehmendem Alter wird die „Wohnungsnähe" für institutionalisierte Erwachsenenbildung immer bedeutsamer. Sie steht bei jenen, die 60 Jahre und älter sind, an zweiter Stelle, bei der Gruppe der 50-jährigen an vierter und bei den Altersgruppen darunter an 5., 7. und 9. Stelle. Dieser Befund hat eine erhebliche bildungspraktische und planungsrelevante Dimension, da die Entwicklung der institutionalisierten Erwachsenenbildung ständig vor der Frage

steht, Schaffung hervorragend ausgestatteter, attraktiver Zentren oder weitere Dezentralisierung, bei der in kleineren Arbeitsstellen Qualitätsabstriche unumgänglich sind. Bildungsarbeit im Alter setzt aber in hohem Maße Wohnungsnähe voraus.

Wieder ziemlich durchgehend sind gute „Lehrende" gefragt, die zumeist an dritter Stelle rangieren. Für die Gruppe der über 60-jährigen steht das Motiv „Menschen treffen" an sechster Stelle, während es in den übrigen Altersgruppen erst an 9. oder 10. Stelle kommt. Für die Älteren sind auch „günstige Veranstaltungszeiten" besonders relevant. In der Praxis bedeutet dies, Bildungsarbeit während des ganzen Tages zu leisten und früh zu beenden. Die „erschwinglichen Gebühren" sind für alle Altersgruppen von Bedeutung. Dagegen werden von den älteren „schriftliche Unterlagen" deutlich geringer als in den anderen Altersgruppen bewertet.

7.2.2.2.4 Neueste Daten

In der jüngsten von der PAF / VÖV im November, Dezember 1998 bei 2.000 Befragten durchgeführten österreichweiten Repräsentativerhebung zu persönlichen Weiterbildungsaktivitäten und Einstellungen (vgl. VÖV 1999) dazu sind die bereits vor Jahren festgestellten altersspezifischen „Brüche" neuerlich deutlich geworden. Während die Weiterbildungsaktiven (mindestens ein Veranstaltungsbesuch in den letzten drei Jahren) in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren bei 56%, und damit deutlich über der Hälfte liegen, sinkt ihre Anzahl bei der Gruppe der 40- bis 49-jährigen auf 44%, bei der Gruppe der 50- bis 59-jährigen auf 34% und fällt bei den über 60-jährigen auf 20% ab. Ähnliches gilt auch für die Weiterbildungsperspektive. Dazu wurde die Frage gestellt:

„Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, sich in den nächsten Jahren weiterzubilden oder etwas für Ihre persönliche Entwicklung zu tun?"

In der Gruppe der über 60-jährigen gaben nur 10% an, „ganz sicher" etwas zu tun und „vielleicht" gaben weitere 12% an. Gewichtet man „ganz sicher" und „vielleicht" mit 2 zu 1, so zeigt sich nach Altersgruppen die folgende deutliche lineare Reihung, mit einem ausgeprägten Rückgang im Alter (vgl. Filla 1999):

Neueste Daten

15 bis 29 Jahre	138
30 bis 39 Jahre	116
40 bis 49 Jahre	95
50 bis 59 Jahre	82
60 Jahre und älter	32

Aus der vorhandenen empirischen Forschung lassen sich für die Altersgruppe der über 60-jährigen zusammenfassend folgende bildungspraktische und bildungsplanerische Hinweise gewinnen:

Mit zunehmendem Alter lässt das Interesse an Weiterbildung ebenso nach wie die tatsächlichen Weiterbildungsaktivitäten. Im Vergleich mit anderen Altersgruppen kommt jedoch informelles Lernen – Lektüre, Konsum von TV-Bildungssendungen, Bildungsreisen etc. – mehr zum Tragen. Wenn Weiterbildung, dann steht ein „interessantes Angebot" im Vordergrund aller Anforderungen. Hoch bewertet werden gleichfalls die Wohnortnähe, die Möglichkeit, kommunikative Bedürfnisse zu befriedigen und günstige Veranstaltungszeiten.

Themenspezifisch liegen – erwartungsgemäß – Gesundheitsthemen an erster Stelle einer Interessensrangliste, während Sprachen – unerwartet – bereits an dritter Stelle kommen. Überdurchschnittlich hoch ist die Bewertung für „politische Bildung", „Frauenthemen" und „Religion". In der Praxis der Erwachsenenbildungseinrichtungen wird dieser Einstellung zu wenig Rechnung getragen.

Generell wird man den Schluss ziehen können, dass gerade bei Älteren die Grenzen zwischen Bildung als längerfristig angelegtem Prozess und kurzfristigen Aktivitäten besonders fließend sind, und dass gleichfalls die Grenzen zwischen Bildungstätigkeit und Geselligkeit sowie Bildung und Kultur fließen, worauf mit entsprechenden Angeboten Rücksicht zu nehmen ist.

Weiterbildung im Alter ist allerdings nicht nur auf die Erwachsenenbildung im engeren Sinn beschränkt, sondern kommt im zunehmenden Maße an Universitäten zum Tragen.

7.2.2.3 Ältere Studierende an den Universitäten

„Es gibt durchaus ab und zu Forderungen, die gegen uns (SeniorenstudentInnen) gerichtet sind, daß man sagt: „Wozu Geld in die Ausbildung der Menschengruppe der Altersgruppe investieren, die nicht mehr so leistungsfähig ist, oder die der Gesellschaft nichts mehr zurückgeben kann. Das ist an sich schon eine Unterstellung. Diese Formulierung, die aber schon ab und zu vorkommt, gegen die kämpfen wir. Und das gilt nicht nur für unseren engen Bereich, sondern für alle „Alten", in die zu „investieren" sich in jedem Fall lohnt. Das soll ja auch das Jahr der älteren Menschen." (Horst Leonhard, SeniorInnenreferent der Universität Wien[10])

Im Jahr 1978 übermittelte die Österreichische Rektorenkonferenz den Universitäten die Empfehlung, ihre Einrichtungen älteren Menschen zu öffnen. „Ziel war es neben der allgemeinen gesetzlich gegebenen Möglichkeit zur Absolvierung eines ordentlichen Hochschulstudiums für ältere Menschen, z. T. auch unabhängig vom Vorliegen einer Matura, die Möglichkeit zu schaffen, das Bildungsangebot unserer Hochschulen in ihre Lebensgestaltung einzubeziehen" (nach Kolland 1990: 29). Als SeniorInnen werden jene Personen bezeichnet, die Leistungen der Hochschulen in Anspruch nehmen wollen, ohne dass hierfür berufliche Gründe bestimmend sind. Für Männer wurde eine Altersgrenze von 45 Jahren festgelegt, für Frauen liegt diese Grenze zum Seniorinnenstudium bei 40 Jahren.

Spätstudierende[11] sind, trotz leicht ansteigender Zahlen, eine kleine Minderheit an den österreichischen Universitäten. Rund 5,3%[12] der österreichischen Studierenden sind älter als 40 Jahre (ordentlich und außerordentlich Studierende), rund 1,1% aller österreichischen HörerInnen sind älter als 60 Jahre. Ältere Menschen sind nicht nur eine Minderheit, sondern auch eine „sichtbare Minderheit". Wie integrieren sich die Älteren in eine Institution, die mehr und mehr auf Berufsvorbereitung reduziert wird? Ältere Studierende bringen andere biografische und soziale Voraussetzungen und andere Interessen mit, als die zunehmende Verengung des Bildungszieles der Universitäten auf Berufsvorbereitung und Qualifikation fordert.

Der theoretischen Möglichkeit und Chance eines gemeinsamen Studierens von Menschen verschiedenen Alters, Vorwissens und Interesses stehen verfestigte Strukturen, aber auch Forderungen gegenüber, sodass sich die Frage stellt: Wird die bestehende Universitätsstruktur durch ein Zusammentreffen der Generationen positiv beeinflusst, oder wo ist die Kraft des Bestehenden dominierend. Die „produktionsorientierte Funktionalisierung" (Rosenmayr 1980: 339, vgl. Rosenmayr 1983) der Massenuniversität, ihre lehrplanmäßig geordnete Berufsvorbereitung und der spezialisierte und technisierte Forschungsbetrieb lassen berechtigte Zweifel an der Möglichkeit einer Integration in den Universitätsbetrieb und an den universitären Gestaltungsmöglichkeiten für Ältere aufkommen.

Es bleibt jedoch die Zielvorstellung einer positiven Bereicherung durch intergenerationales Lernen und konstruktive Konflikte über unterschiedliche

10 Aus einem Leitfadeninterview mit dem SeniorInnenreferenten der Universität Wien, Dkfm. Horst Leonhard, durchgeführt am 12. Jänner 1999 im Rahmen der Forschungsarbeit zum Bericht „Bildung im Alter".

11 Franz Kolland schlägt diesen Begriff in seiner Studie über Studium älterer Menschen vor (vgl. Kolland 1989: 15f.).

12 Das statistische Material wurde größtenteils vom Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr zur Verfügung gestellt. Teile des Materials stammen aus der Österreichischen Hochschulstatistik, aus Beständen des SeniorInnenreferates der Universität Wien und aus Arbeitstabellenbeständen des Österreichischen Statistischen Zentralamtes.

Wertvorstellungen und Interessen zwischen den Generationen.

Fest steht genauso das zunehmende Interesse älterer Menschen, auch an universitärer Bildung. Von Bedeutung wäre in diesem Zusammenhang die Aufschlüsselung der älteren HörerInnen nach ihrem vor Studienbeginn erreichten Bildungsabschluss, um die Frage zu beantworten, ob nicht Seniorenstudierende in der Mehrzahl bereits Kontakt mit der Universität hatten oder AkademikerInnen sind. Damit könnte der Anteil derjenigen bestimmt werden, die im Alter den ersten Schritt an die Universitäten wagen.

Im internationalen Vergleich bevorzugen viele Staaten ein Konzept spezieller Universitäten des dritten Lebensalters (USA, Frankreich etc.; vgl. Kolland 1989: 45).

Als wesentlicher Nachteil dieses Konzepts erscheint allerdings die generationale Geschlossenheit und der Verlust des Kontaktes von Menschen unterschiedlichen Alters, gerade dort, wo nicht nur gelernt, sondern auch geforscht werden soll, oder wo lernen auch forschen heißt.

7.2.2.3.1 Anteil der SeniorInnen an den Universitäten

Ein interessanter Aspekt der Strukturierung der älteren Studierenden an Österreichs Universitäten ist die überwiegende Anzahl der ordentlichen HörerInnen unter den SeniorInnen (80%). Kolland (vgl. Kolland 1989: 22) fasst dies als hohe Abschlussorientierung auf und führt diese besonders bei den Jahrgängen von 1910 bis 1930 auf die späte Wiederaufnahme des wegen Krieg und Arbeitslosigkeit unmöglichen Studiums oder Abschlusses zurück. Einerseits würde dies (implizit) die These stützen, dass viele der Spätstudierenden bereits früher Kontakt zur Universität hatten, sei als ver-

Tabelle 7.9:
Studierende an österreichischen Hochschulen im Wintersemester 1998/99

	Ordentliche Studierende			Außerordentliche Studierende		
	m.	w.	Gesamt	m.	w.	Gesamt
40-49 Jahre	1.375	3.856	5.231	199	700	899
50-59 Jahre	1.582	1.730	3.312	296	584	880
Über 60	1.108	731	1.839	371	451	822
Gesamtzahl	4.065	6.317	10.382	866	1.735	2.601
Anteile der über 40-jährigen (in Prozent der jeweiligen ordentlichen/außerordentlichen Gesamtzahlen)						
	3,5	5,6	4,5	13,8	25,3	19,8
Anteile der über 60-jährigen (in Prozent der jeweiligen ordentlichen/außerordentlichen Gesamtzahlen)						
	2,3	2,2	2,2	5,9	6,6	6,3

Quelle: Bei den Quellen handelte es sich einerseits um die Publikationen des Österreichischen Statistischen Zentralamtes: ÖSTAT (1999, 1998): Österreichische Hochschulstatistik. Studienjahr 1997/98 / Studienjahr 1996/97. Heft 1249 / Heft 1283. Wien. Andererseits stellten sowohl das Statistische Zentralamt, als auch das Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr und das SeniorInnenreferat der Universität Wien unveröffentlichte Arbeitstabellen zur Verfügung.

Studierende über 40 Jahren / prozentueller Anteil an den GesamthörerInnen: 5,3%
Studierende über 60 Jahren / prozentueller Anteil an den GesamthörerInnen: 1,1%

www.parlament.gv.at

hinderte AbsolventInnen, StudentInnen oder durch ein bereits absolviertes Studium.[13]

Auf der anderen Seite bleibt aber festzuhalten, dass „ordentliches Studium" die üblichere Form des Studierens ist – unabhängig von einer Abschlussorientierung.

Im Wintersemester 1998/99 studierten 12.983 ältere Menschen in Österreich. 62% davon sind Frauen, gleichwohl diese hohe Zahl durch den größeren Alterszeitraum relativiert wird. (Frauen gelten an den Universitäten ab 40 als SeniorInnen, Männer ab 45). Bei einer Betrachtung der ordentlichen HörerInnen über 60 sind 60,3% Männer, bei der Altersgruppe von 50-59 Jahren ist die Relation der Geschlechter ausgeglichen. Dennoch studieren relativ viele und immer mehr Frauen.[14]

Der Zustrom der 40- bis 60-jährigen zu den Universitäten ist auf ein steigendes Studieninteresse zurückzuführen, dennoch sollte eine veränderte Struktur der Arbeitswelt, die Weiterbildung auch in späteren Lebensphasen zur Notwendigkeit macht, ebenso berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der Fachrichtungen kann (vgl. Kolland 1990: 29) festgehalten werden: In Studienrichtungen wie Rechtswissenschaft; Psychologie und Sprachen studieren zwar – in absoluten Zahlen – viele Ältere, ihr relativer Anteil ist mit unter 5% gering. In Geschichte, Kunstgeschichte und Theologie weisen die Älteren beträchtliche relative Anteile um die 10% auf. Besonders interessiert sind die Spätstudierenden an den kleinen „kultur"-wissenschaftlichen Fachrichtungen. In Studienrichtungen wie Numismatik oder Volkskunde beträgt ihr Anteil bis zu zwei Drittel.

Tabelle 7.10:
Entwicklung des Studiums für Spätstudierende

Zeitraum	40-60 Jahre	Über 60	Spätstudierende insgesamt	Anteil an den Gesamtzahlen (in %)
1979/80	1.224	609	1.833	1,9
1985/86	3.055	1.343	4.398	3,0
1995/96	8.967	2.137	11.104	5,3
1998/99	10.322	2.290	12.983	5,3

Quelle: Bei den Quellen handelte es sich um die Publikationen des Österreichischen Statistischen Zentralamtes: ÖSTAT (1999, 1998): Österreichische Hochschulstatistik. Studienjahr 1997/98 / Studienjahr 1996/97. Heft 1249 / Heft 1283. Wien. Überdies stellten das Statistische Zentralamt sowie das Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr und das SeniorInnenreferat der Universität Wien unveröffentlichte Arbeitstabellen zur Verfügung (vgl. auch Kolland 1990: 28ff.).

7.2.2.3.2 Die Studienmotive älterer Studierender

Ältere Studierende weisen zumindest ein gemeinsames Merkmal auf (neben anderen weniger trennscharfen wie Einkommen oder sozialer Status): ihr höheres Alter. Davon abgesehen bestehen starke individuelle Unterschiede unter den älteren Studierenden. Die Ergebnisse einer Befragung

13 Zu dieser Frage stehen allerdings keine Daten zur Verfügung.

14 Beispielsweise waren 1989 noch mehr Seniorenstudenten, also Männer, an Österreichs Universitäten. Vgl. Franz Kolland , Strukturen und Motivationen von Weiterbildung im Alter, in: Erwachsenenbildung in Österreich 4/90, Wien 1990, S. 29.

(vgl. Kolland 1989) der Lehrenden an den Universitäten zeigen, dass diese hinsichtlich der Studienmotive der älteren Studierenden eine Reihe von Gemeinsamkeiten sehen. Mehr als die Hälfte schätzen den Erfahrungsaustausch und den Kontakt mit anderen Studierenden oder die Steigerung des Selbstwertgefühls als die Hauptmotive ein. Zwei Drittel der Lehrenden antworten, die Älteren wollten ihre Freizeit sinnvoll gestalten. Die Lehrenden geben nach Kolland eine gute Einschätzung ab, da in einer Studie über Studienmotive älterer Studierender ein ähnliches Ergebnis festgestellt wurde (vgl. Kolland 1989: 45). Ob die Motive nun Selbstwertsteigerung, Freizeitgestaltung oder Kontakt zu anderen Menschen sind, in klassisch bildungsbürgerlicher Begrifflichkeit würden wir sagen, die älteren Studierenden wollen sich bilden.

7.2.2.4 Sonstige Anbieter, SeniorInnenverbände, Wiener Senioren Zentrum (WUK)

Basis der exemplarischen Erhebung in diesem Bereich ist eine Internet-Suche mit standardisierten Such-Schlüsselwörtern[15] für verschiedene Internet-Suchmaschinen (AltaVista, Lycos, Infoseek, Yahoo, Excite). Eine zweite Stütze dieses Überblickes stellen eine Materialsamlung und kurze ExpertInneninterviews auf der SeniorInnenmesse 1999 von 23. bis 26. März 1999 in der Wiener Stadthalle dar. Besonders wichtig erscheint diese Ergänzung des Einblickes in private Angebote aufgrund der eindeutigen NutzerInnenstatistiken von Internetangeboten. Der durchschnittliche Internetbenutzer ist männlich, weiß, Mitteleuropäer oder US-Staatsbürger und um die dreißig Jahre alt.[16] Das heißt, das Internet ist momentan kein Medium, das von älteren Menschen stark genutzt wird. Es ist aber – zumindest potentiell – ein Medium für BildungsberaterInnen und ExpertInnen, die sich über Angebote der Erwachsenenbildung informieren.

7.2.2.4.1 Die Ergebnisse der Internet-Suche

Ziel der Suche war weniger eine umfassende Beschreibung und Auflistung der im Internet abrufbaren Bildungsangebote speziell für ältere Menschen als vielmehr eine Einschätzung der Verwendbarkeit der Ressource Internet für die Information über private Anbieter im Bereich SeniorInnenbildung.

Das Internet liefert derzeit in keinem Fall mehr Information als die einschlägigen Kataloge verschiedener Bildungsanbieter.

Hilfreich sind die Bildungsdatenbanken, die über die Suchmaschinen gefunden wurden, wie beispielsweise der „Pfiffikus" (http://webix.tele.net/pfiffikus/), der allerdings nur Angebote in Vorarlberg anbietet. Diese Datenbank ermöglichte als einziges Suchergebnis, eine Liste konkreter Angebote für ältere Menschen zu erstellen.

Die Suche im Internet ergab weiters keine konkreten Angebote privater Bildungsanbieter. Die Ergebnisse beschränkten sich auf Mitgliedsverbände der KEBÖ.

Das Internet erscheint für eine spezielle Suche im Bereich „Bildungsangebote für SeniorInnen" ungeeignet und erfordert gleichzeitig eine relativ hohe Souveränität der Computerbedienung. Das Medium Internet ist und bleibt noch ein elitäres und zielgruppenorientiertes.

7.2.2.4.2 Die SeniorInnenmesse 1999 – Beispiele für ein aktives Alter

Es gibt noch viele weitere Institutionen, die im weiteren oder engeren Sinne mit Bildung speziell für SeniorInnen zu tun haben.

Beginnend bei den verschiedenen (parteinahen) SeniorInnenverbänden, die zahlreiche Angebote im

15 Die Suche erfolgte mittels eines schlagwortartigen Kataloges zum Thema „Bildung im Alter", eingeschränkt wurde die Suche zudem auf deutschsprachige Seiten und auf Österreich.

16 Vgl. Website zur Demografie des Internets http://77door.ch/internet-survey.ZH96/presse/auswahlv.html (Stand Juni 1998).

www.parlament.gv.at

Bereich Bildungsreise, Vorträge oder Geselligkeit organisieren, über das Wiener Seniorenzentrum im Werkstätten und Kulturhaus (WUK) in Wien, das weniger als Bildungsanbieter, denn als organisierende Stelle, Treffpunkt und Anlaufstelle fungiert. Nicht unerwähnt blieben soll auch die Zeitung des Zentrums „Das kleine Blatt", das Kultur- und Bildungsangebote zusammenfasst und übersichtlich anbietet. Steege (vgl. Steege 1992: 134) nennt diese Arten von Bildung im Rahmen der Arbeit von Verbänden und Organisationen, die politisch, weltanschaulich oder auf andere Weise gesellschaftlich engagiert sind, „eingebaute Bildungsarbeit". Die Grenzen zwischen Interessensvertretung und Bildung oder Bildung und Unterhaltung sind dabei fließend.

Wichtige Bildungsanbieter für SeniorInnen sind auch die Glaubensgemeinschaften. Ein Teil der Angebote ist über die Mitgliedsverbände der KEBÖ erfasst, das gilt nicht für die Bibelrunden, Lesekreise, Diskussionsrunden etc. in den einzelnen Pfarrgemeinden.

Natürlich gibt es auch Fernschulen, die eine lange Tradition in der SeniorInnenbildung haben. Die Maturaschule Dr. Roland bietet ein eigenes Programmheft für SeniorInnen an. Schwerpunkte liegen auch hier bei Sprachen und EDV-Kursen. Aber auch Fotokurse, Zeichenkurse und Kurse zu Vogelkunde sind angeführt.

Ein spezialisiertes Angebot für den EDV-Sektor bietet der SeniorNETclub.

In diesen Bereichen, die sich vor allem auf die Punkte 3) Kommerzielle Private Weiterbildungseinrichtungen, 4) Gemeinnützige private Einrichtungen mit Weiterbildungscharakter und 7) Weiterbildung durch Interessensvertretungen, politische Parteien und deren Unter- und Vorfeldorganisationen und Religionsgemeinschaften, der unter Punkt 7.2.1.1 erstellten Kategorisierung beziehen, stehen keine statistischen Materialien zur Verfügung, die über Kursteilnahmen und Frequentierung der Fachbereiche Auskunft geben könnten.

Die Darstellung bleibt notwendigerweise unvollständig. Es gibt bis auf wenige Ausnahmen keine Angebotsprogramme, die Angebote finden sich in den Rundbriefen, Veranstaltungskalendern und Zeitungen der Institutionen, eine umfassende Darstellung erscheint derzeitunmöglich.

7.2.3 Gesellschaftspolitische Schlussfolgerungen und konkrete Bildungsmaßnahmen

Beim X. Deutschen Volkshochschultag warf der Ministerpräsident von Sachsen, Kurt Biedenkopf, die Frage auf: „Wie hält man eine alternde Gesellschaft innovativ?" (Filla / Löderer / Schmölz 1997: 45). Angesichts eines prognostizierten Anteils der über 65-jährigen von mehr als 20% an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2021 handelt es sich um eine zentrale gesellschaftspolitische Frage, mit der Bildung unabweisbar ins Spiel kommt. Dies vor allem dann, wenn eine pointierte Antwort auf die pointierte Frage heißt: „Die Alten verjüngen."

Geht man von der Differenzierung in ein biologisches und ein soziales Alter aus, ist Bildung vor allem im Hinblick auf letzteres zu sehen. Bildung im Alter wird allerdings nur dann wirksam, wenn der Heterogenität innerhalb der Älteren Rechnung getragen und nach Lebenslagen, Gesundheit, Bildungsvoraussetzungen, Erfahrungshintergrund, sozialer Integration und vielem mehr differenziert wird, worauf dann Bildungsmaßnahmen abzustimmen sind.[17]

Im Alter dürfte eine in der Erwachsenenbildung bekannte Tendenz noch ausgeprägter sein als in anderen Altersgruppen: diejenigen, die am meisten konkreter Bildung bedürfen, sind mit Bildungsmaßnahmen am schwersten zu erreichen oder dafür

17 Vgl. zur Differenzierung aus pädagogischer Perspektive Erich Weber (1994): Freizeitinteressen und Erwachsenenbildung aus Sicht einer biographisch orientierten Pädagogik. In: Werner Wiater (Hg.): Erwachsenenbildung und Lebenslauf. Mündigkeit als lebenslanger Prozess. S. 83-133. München: Verlag Ernst Vögel.

längerfristig zu gewinnen. Daraus ergibt sich notwendigerweise, dass Bildung im Alter nur mit einem Mix an Perspektiven, Inhalten und Methoden zielführend zu leisten ist und nicht allein, wie das häufig der Fall ist, mit Vorträgen und Bildungsfahrten.

Die von Elisabeth Brugger auf die Wiener Volkshochschulen gemünzte Bemerkung, ältere Menschen seien oft eine „Verlegenheitszielgruppe", für die ein nicht sehr anspruchsvolles Programm immer noch gut genug ist (vgl. Brugger 1990: 69f.), dürfte für die gegenüber dem gesellschaftlichen Jugendlichkeitswahn nicht immune Erwachsenenbildung möglicherweise generell zutreffen.

Brugger hat an anderer Stelle auf die besondere Bedeutung hingewiesen, „daß Lernen zum Erlebnis wird" (Brugger 1996: 82) und dass mit Lernen Selbstvertrauen gestärkt und die positive Einstellung zur eigenen Weiterentwicklung gefördert wird.

Technokratisch formuliert zeigen die hier dargestellten empirischen Befunde gerade den „um Marktanteile kämpfenden" Einrichtungen der Erwachsenenbildung, dass es sich bei den Älteren – ab 50 Jahren – um ein in hohem Maße „unausgeschöpftes Weiterbildungspotential" handelt. Für dieses „Potential" bieten Weiterbildungsinstitutionen bereits jetzt Maßnahmen in folgenden Bereichen an, die – je nach Alter – in unterschiedlichem Maße relevant sein werden:

- Persönlichkeitsentwicklung (z. B. Lebensplanung, Gedächtnistraining);
- Training des Selbstbewusstseins (z. B. Rhetorik, Kommunikation);
- Grundkompetenzen (EDV, Fremdsprachen, Lesen, Schreiben, Rechnen);
- Berufliche und alltagsbezogene Veranstaltungen (z. B. Steuerrecht, Testamenterstellung);
- Sicherung und Verbesserung von Lebensqualität (z. B. Sexualität, Wohnen, Hygiene, Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Suchtprobleme);
- Veranstaltungen zur allgemeinen und zur politischen Bildung;
- Berufsbezogene und qualifikatorische Maßnahmen;
- Vorbereitung und Qualifizierung für die Übernahme und die Ausübung gesellschaftlicher Funktionen, vor allem ehrenamtlich oder nebenberuflich.

In diesen Angebots- und Aktivitätsbereichen kommt (potentiell) die ganze Palette erwachsenenbildnerischer Bildungsformen zum Tragen: der Einzelvortrag und das Symposion ebenso wie Kurse, Seminare und länger dauernde Lehrgänge.

Weiters hat, von Skandinavien ausgehend, in Österreich auch die „Grabe wo Du stehst-Bewegung" Anklang und in zahlreichen Projekten, Geschichtswerkstätten und Arbeitskreisen Niederschlag gefunden. Diese Aktivitäten sind sehr häufig im Rahmen von Einrichtungen der Erwachsenenbildung, vor allem mit der Zielgruppe älterer Menschen durchgeführt worden. Viele dieser Projekte haben in „Geschichte von unten"- und alltagsgeschichtlichen Publikationen einen dauerhaften Niederschlag gefunden (vgl. Blaumeiser 1991, Fuchs 1991, Klammer 1990, Retzl 1986, Stocker 1989, Heinrich 1992, Dressel 1995; vgl. zur theoretischen und methodischen Reflexion der alltagsgeschichtlichen Projekttätigkeit: Ehalt 1984, 1984a, Wendner-Prohning 1994). Ein solches Projekt wurde sogar im Rahmen von Englisch-Kursen durchgeführt (Bach 1988, 1992).

Im Mittelpunkt der Aufbereitung von Geschichte stand zumeist die Zeit des Faschismus, Krieg, Emigration und die Nachkriegszeit. Schon aus Altersgründen wird die Zielgruppe für derartige Projekte immer schmäler, sodass neue Zeitabschnitte allmählich in den Vordergrund der Bearbeitung treten sollten – der Wiederaufbau, die fünfziger Jahre – und inhaltlich starke kulturelle Phänomene wie das Aufkommen des Rock'n Rolls und später der Beatles.

Parallel zu Projekten, in denen methodisch die Oral History im Mittelpunkt stand und steht, gab und gibt es vereinzelt inter-generationell angelegte Projekte – auffallenderweise eher im ländlichen

Raum. Sie beschäftigen sich mit Dorf- und Regionalentwicklung (vgl. Waß 1998, Gruber 1991). Gerade auf diesem Gebiet tut sich für eine zukunftsorientierte Erwachsenenbildung, die sich zunehmend auch als moderierende und impulsesetzende lokale oder regionale Einrichtung entwickelt, ein weites Feld an bevölkerungsnahen Aktivitäten auf.

Eine andere Möglichkeit für Bildungsarbeit mit älteren Menschen sind Formen der „aufsuchenden" Bildungstätigkeit, die Isolations- und Apathiesierungsphänomenen entgegenwirken: Bildungsarbeit in Krankenhäusern, Pflegeheimen etc.[18 19]

Bei all ihren Unterschieden haben die exemplarisch angeführten Aktivitäten eines gemeinsam: sie machen nur in relativ kleinen Gruppen Sinn und eignen sich in der Regel nicht für wie immer geartete Massenveranstaltungen. Um auch eine größere Zahl älterer Menschen ansprechen zu können, gilt es neue Wege zu gehen. Eines der hervorragendsten Beispiele ist der Seniorenquiz „Wer weiß, gewinnt", der seit 1983 als Kooperationsprogramm des Verbandes Wiener Volksbildung mit dem Kuratorium der Wiener Pensionistenheime, der „Z" (nunmehr Bank Austria) und dem ORF-Studio Wien veranstaltet wird.

Bei diesem Programm, das in einer wissenschaftlichen Begleituntersuchung evaluiert wurde (vgl. Polzer 1986), geht es um die Aneignung von neuem Wissen und Können, kombiniert mit der Verarbeitung schon vorhandenen Wissens, woraus sich wiederum Anregungen ergeben, Neues zu lernen. Seniorenrunden bereiten sich auf die im Rundfunk übertragenen Quizveranstaltungen sorgfältig vor.

Allerdings erfordern die angeführten Aktivitäten im Vergleich zu üblichen Bildungsmaßnahmen für ältere Menschen (Vorträge, Kurse, Bildungsfahrten) unverhältnismäßig mehr an Planungs-, Organisations- und Durchführungsaufwand und damit weit überdurchschnittliche materielle und personelle Ressourcen. Daher kommen sie relativ selten und nahezu immer nur punktuell vor.

Der angesprochene erhöhte Ressourcenaufwand trifft auch für eher traditionelle, aber qualitativ hochstehende Seniorenbildungsaktivitäten zu (vgl. Zepke 1997). Gelegentlich werden dafür Veranstaltungstitel wie Seniorenakademie gewählt, mit denen es kaum möglich sein wird, mehr als das ohnehin schmale Segment der Bildungsaktiven anzusprechen (Dvorák 1995).

Um den Schwierigkeiten bei „Bildung im Alter", wie sie hier aufgezeigt wurden, zu begegnen, bieten sich vier realistische Entwicklungsperspektiven an:

1. Anhebung der Mittel für „Bildung im Alter", aber nicht pauschal, sondern gezielt für konkrete Maßnahmen, die sich in eine längerfristige Bildungsstrategie einfügen (sollen).
2. Kontinuierliche Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich „Bildung im Alter", jedoch weniger im Sinn unmittelbarer Qualifizierungsmaßnahmen (Qualifizierung ist vorauszusetzen) als vielmehr im Sinne von Erfahrungsaustausch und Informationsforen, die Anregungen für konkrete Maßnahmen und Hilfestellungen in Form von Materialien und Informationsmaterial leisten. Dafür bietet sich die Mitarbeiter/Innenweiterbildung in den Einrichtungen der Erwachsenenbildung (vgl. Albert 1995) und vor allem das Bundesinstitut für Erwachsenenbildung St. Wolfgang in Strobl, das diese Aufgabe seit langem wahrnimmt, an (vgl. Wiegele 1995).

18 Die Wiener Volkshochschule und ihr Dachverband haben die Tätigkeit in Pflege- und Pensionistenheimen als wichtiges „volksbildnerisches" Anliegen aufgegriffen. So bietet die Volkshochschule Hietzing im Geriatriezentrum am Wienerwald Vorträge, Konzerte, Musikabende, aber auch Seniorentanz, Schreibwerkstätten, Gedächtnistraining und Kreativkurse an. Die Volkshochschule Penzing leistet in mehreren Pflegeheimen Bildungstätigkeit und bietet dabei vor allem Vortragsreihen, Filme und Musikveranstaltungen. Die Volkshochschule Wien West führt Kreativkurse im Pflegeheim des Sophienspitals durch

3. Institutionalisierte Kooperation von Bildungsträgern untereinander und mit gesellschaftlichen Organisationen (z. B. Seniorenverbänden, Gewerkschaften) bei der Planung, Organisierung, Finanzierung, Durchführung und Evaluation von Bildungsmaßnahmen für ältere Menschen, wie sie derzeit am ehesten im kirchlichen Bereich erfolgreich sind. Auf diese Weise wäre auch das vielfach methodisch und inhaltlich eher bescheidene Bildungsangebot der Großorganisationen innovativer zu gestalten und um neue Aspekte zu erweitern. Die Erwachsenenbildungsträger ihrerseits benötigten für Öffentlichkeitsarbeit und Werbung deren Unterstützung (Oberwalder 1995).
4. Übertragung von Teilbereichen kommunaler SeniorInnenarbeit an lokale Bildungsträger, die Bildungs-, Kultur- und Animationsprogramme organisieren.

Gleichsam als Rahmenbedingung und als Aufgabe für Politik und Erwachsenenbildung stellt sich die gesellschaftliche Aufgabe, auf ein bildungsfreundliches diskriminierungsfreies Klima hinzuarbeiten, das zu einer Aufwertung von Bildung im Alter führt. Derzeit wird vielfach mit sprachlichen Klischees gearbeitet, deren diskriminierende Inhalte gar nicht auffallen: älter werden, jung bleiben.

7.3 Ältere Menschen als Verkehrsteilnehmer

Ralf Risser

7.3.1 Einleitung

Ältere Menschen haben im Straßenverkehr rein statistisch betrachtet auf den ersten Blick keine Probleme. Die Zahlen an älteren Verkehrsopfern erscheinen niedrig. Betrachtet man aber die Unfallzahlen gemessen an den gefahrenen Kfz-Kilometern, so schnellt der Per-capita-Wert für das Risiko, auf der Straße getötet zu werden, stark in die Höhe und die Gruppe der über 65-jährigen stellt sich als die am meisten gefährdete nach den jungen Kfz-Lenkern (18-24) dar, mit einem besonders starken Anstieg nach 75. Ergebnis der darauf folgenden notwendigen Analysen ist, dass ältere Kfz-LenkerInnen pro Individuum tatsächlich deutlich höher als der Durchschnitt gefährdet sind. Aber: Zu Verkehrsopfern werden sie auch und vor allem als Fußgänger. Die Forderung, älteren Personen das Kfz-Lenken nicht mehr oder nur mehr eingeschränkt zu gestatten, die sich oft aus der Erkenntnis höherer individueller Gefährdung als Kfz-Lenker ergibt, führt aber in der Regel dazu, dass man sie zwingt, sich auf eine Weise fortzubewegen, die noch gefährlicher ist. Das Faktum der Gefährdung älterer Personen im Straßenverkehr kann man als genauso gegeben betrachten wie die Schwierigkeit, diesem Problem beizukommen. Aber nicht nur objektiv ist eine Gefährung der Sicherheit nachzweisen. Ältere Personen zählen zu jenen Personen, die unter empfundenen Sicherheitsmängeln am meisten leiden. Sie nehmen diese wahr und schränken meist, als Folge davon, die eigene Mobilität ein. Soziale Kontakte werden reduziert, und alles, was nicht unbedingt „nötig" ist, unterbleibt. Das endet meist in einer solchen Störung des Wohlbefindens, die man im Sinne der Definition der WHO als Gesundheitsbeeinträchtigung ansehen kann. Bevor man überlegt, wie die-

www.parlament.gv.at

se Schwierigkeiten zu lösen seien, sollte auch noch erwähnt werden, dass nicht nur Sicherheitsprobleme die Mobilität älterer Personen beeinträchtigen, sondern auch Komfortprobleme: Dieser Terminus wird auf die Benutzerfreundlichkeit von Verkehrsanlagen bezogen und spielt für ältere Personen insbesondere als Fußgänger eine Rolle, wo die Voraussetzungen für diese Gruppe z. T. äußerst schlecht sind und ebenfalls dazu führen, dass manche Wege unterlassen werden, weil sie in summa als zu belastend und unangenehm erlebt werden. Abhilfe kann theoretisch auf zwei Arten erfolgen: Durch Training älterer Menschen, sodass sie besser geeignet sind, im heutigen Verkehr mobil zu bleiben, oder durch Veränderung der Voraussetzungen für die Verkehrsteilnahme. Erstere Variante erscheint nach Betrachtung aller wichtigen Aspekte als absurd, nicht zuletzt wegen der Vorstellung, der moderne Verkehr könnte verlangen, dass man älter werdende Menschen als Fußgänger trainieren muss. Bleibt die Veränderung der Voraussetzungen, und die müsste diskutiert werden, indem man schrittweise aufzeigt, wie sich die Probleme im Verkehr und dessen Umfeld für die älteren Menschen äußern; beispielsweise die zunehmende Dynamik des Verkehrsgeschehens, die wenig fußgängerfreundliche Gestaltung des Straßenraumes und Abwicklung des Verkehrs etc. Als konkrete Lösungsmöglichkeiten aus dieser Sicht ergeben sich immer mehr eine Entdynamisierung des Verkehrs, hauptsächlich über eine Senkung und bessere Kontrolle der Kfz-Geschwindigkeiten, sowie verstärktes Augenmerk der Verkehrsplaner und -manager für Fußgängerbelange – etwa in Form von Verkehrsberuhigungsmaßnahmen. Seit klarer wird, dass solche Maßnahmen allen Fußgängern, auch den Radfahrern, der Wohnqualität und der Lebensqualität in Dörfern und Städten zugute kommen, haben es ältere Menschen leichter, hier für ihre Anliegen Unterstützung zu finden.

7.3.2 Grundbedingungen

I) Der Verkehr – und die Rede ist hier vom Verkehr auf der Straße und vom öV[19] – soll einige zentrale Bedürfnisse der Menschen befriedigen. Die Literatur nennt u. a.:

- *Die Gewährleistung der individuellen Mobilität* (zur Befriedigung der Bedürfnisse und Interessen die mit einer adäquaten Lebensqualität zusammenhängen),
- *Komfort* (komfortable Verwendbarkeit der Infrastruktur und der Fahrzeuge),
- *ästhetische Aspekte* (also die Möglichkeit der Mobilität in einem ansprechenden Rahmen),
- *Sicherheit* (für die Verkehrsteilnahme ist jene Sicherheit relevant, die die Menschen erleben, und nicht unbedingt jene, die die Experten erheben),
- *Kostenaspekte,*
- *Gleichberechtigung* (niemand will als Bürger zweiter Klasse behandelt werden).

II) All diese Aspekte sind in einer Weise zu berücksichtigen, dass sowohl die

- *Mobilität auf dem Meso- und Makroniveau* (Zugang zu Arbeitsplätzen, Versorgung der Bevölkerung, Verteilung der Güter) als auch die
- *objektive Sicherheit* (also jene Sicherheit, die die Experten erheben) gewährleistet sind.

7.3.3 Spezielle Bedingungen: Widersprüche

Nun ist es so, dass die öffentliche Hand sehr viel Gewicht auf Punkt II) legt in der Annahme, damit ausreichend die Nachhaltigkeit des Verkehrs unterstützt zu haben. Leichtigkeit, Flüssigkeit und Sicherheit des Verkehrs stehen hier im Zentrum der Bemühungen. Der Widerspruch zwischen Flüssigkeit und Sicherheit ist bereits weithin bewusst und braucht hier nicht mehr diskutiert zu werden.

19 „ÖV" ist eine übliche Abkürzung für 2öffentlicher Verkehr", oft auch als öVM geschrieben (öffentliche Verkehrsmittel) oder, eingeschränkt auf den Ortsbereich, ÖPNV (=öffentlicher Personennahverkehr).

Andere Widersprüche bzw. Interessenskonflikte müssen jedoch hervorgehoben werden und werden in der Folge dargestellt. Erst danach kann man ernsthaft mit der Diskussion jener Aspekte beginnen, die nachhaltiger Verkehr für ungeschützte Verkehrsteilnehmer und insbesondere für ältere Menschen umfassen soll.

Ein wichtiger Ausgangspunkt dabei ist, dass ältere Menschen mehr als andere als Fußgänger, also als ungeschützte Verkehrsteilnehmer[20], unterwegs sind. Aber auch ihr Anteil an der Autofahrerpopulation wird größer: Es kommen immer mehr jene Jahrgänge „in die Jahre", wo schon die meisten Männer und immer mehr Frauen den Führerschein erworben haben. Vorweg: Ältere Personen fahren *anders* Auto als jüngere – meist langsamer. Nur für wenige gilt vermutlich, dass sie eine signifikant größere Gefährdung darstellen als die anderen. Ein höherer Verschuldensanteil bei Unfällen ist nicht nachgewiesen.

Dennoch ist der Schluss vieler Verkehrssicherheitsexperten und vieler Verwalter und Entscheidungsträger: Man muss den Älteren „den Schein wegnehmen". Jedenfalls wird oft der Ruf laut, das Behalten des Führerscheines von frequenter werdenden Tests abhängig zu machen, wobei von Skeptikern hier die Frage erhoben wird, inwieweit diese Tests – meist solche zur Leistungsmessung – für ältere Personen geeignet sind (Risser 1996). Kommt man hier den Eigenschaften und Bedürfnissen der älteren Menschen adäquat entgegen? – Dazu noch einige allgemeinere Überlegungen im Folgenden.

20 Unter „ungeschützten Verkehrsteilnehmern" verstehen wir jene, die sich zu Fuß oder mit dem Rad fortbewegen und jene am Weg zum öV oder von diesem weiter. Es ist aber klar, dass auch Menschen vom und zum Parkplatz ihres Kfz dabei meist kurz in die Rolle des Ungeschützten schlüpfen.

7.3.3.1 Widerspruch 1: Ungleiche Erfüllung der Bedürfnisse

So wie sich der Verkehr auf Straße und Schiene entwickelt hat ergibt sich, dass für Autofahrer sehr wohl die Erfüllung relevanter Bedürfnisse des Typs (I der Grundbedingungen) systematisch und – durch die Beteiligung der interessierten Industrie – auch professionell betrieben wurde. Für die anderen Gruppen ist das jedoch nicht – jedenfalls nicht in dem Ausmaß – der Fall. Wir orten hier also Unterschiede zwischen motorisiertem Individualverkehr und den anderen Fortbewegungsarten. Für die älteren Menschen ist das insofern relevant, als sie sehr oft diese anderen Fortbewegungsarten wählen (müssen). Anders betrachtet: Solange sie Auto fahren können und dürfen, können sie davon ausgehen, dass sie zumindest, was Fahrzeug und Ausrüstung angeht, als Zielgruppe respektiert werden und man ihre Bedürfnisse, jedenfalls dem Anschein nach, berücksichtigt.

7.3.3.2 Widerspruch 2: Ungleiche Verteilung der Nachteile

Die Sicherheitsbedürfnisse von Radfahrern, Fußgängern und jenen, die sich zu den Haltestellen des öV begeben, sind im Grunde Bedürfnisse nach *Sicherheit vor dem Autoverkehr*. Diese versucht man oft dadurch zufriedenzustellen, dass man Barrieren für die Ungeschützten einführt: Übergänge, Unterführungen, Ampeln mit Druckknöpfen und langen Wartezeiten etc. Es entsteht damit ein Widerspruch zwischen dem, was jene, von denen die Gefahr ausgeht, an Einschränkungen ihres Komforts auf sich nehmen müssen, und den diesbezüglichen Belastungen für die ungeschützten Verkehrsteilnehmer, von denen rein physikalisch nur ein Minimum der Gefahr ausgeht. Unter den infrastrukturellen Folgen dieses Widerspruches leiden ältere Menschen besonders (siehe auch „Widerspruch 3" unten).

www.parlament.gv.at

7.3.3.3 Widerspruch 3: „Sicherheitsmaßnahmen" vermindern die Attraktivität anderer Fortbewegungsarten oft ohne Sicherheitsgewinn

Als Ironie am Rande ergibt sich aufgrund von Widerspruch 2 – nämlich, dass man die ungeschützten Verkehrsteilnehmer in ihren Möglichkeiten einschränkt, obwohl der MIV[21] die Gefahrenquelle ist – eine Beschleunigung des MIV, sodass die von ihm ausgehende Gefährdung wieder steigt. Fast alle Maßnahmen, die zum Inhalt haben, ungeschützte Verkehrsteilnehmer zu „kanalisieren" und zu disziplinieren, haben für sie daher doppelte Nachteile: Sie machen das Gehen und Radfahren in jeder Hinsicht weniger attraktiv, und schaffen dennoch nicht die erwünschte verbesserte Sicherheit. Das bedeutet eine weitere Verminderung der Attraktivität, die aber genau als ihr Gegenteil verkauft wird.

7.3.4 Verbesserungen für Ungeschützte

7.3.4.1 Stand des Wissens

Maßnahmen zur Verbesserung der Verkehrsbedingungen für ungeschützte Verkehrsteilnehmer sind wissenschaftlich vorzubereiten. Das bedeutet sicher nur zum Teil, dass neue empirische Forschung betrieben werden muss. Vielmehr wird man damit beginnen, zu sichten und systematisch zu analysieren und zusammenzufassen, welche Überlegungen man sich anderswo (in anderen Ländern) zum Thema gemacht hat, welche Erfahrungen vorliegen, und welche Maßnahmen man getroffen bzw. ausprobiert hat. In diesem Zusammenhang kann man hier z. B. Projekte des 4. Rahmenprogrammes der EU erwähnen: Etwa WALCYNG (=Walking & Cycling instead of Short Car Trips, Hydèn et al. 1998), oder MASTER (=Managing Speeds in Transport on European Roads, Risser / Lehner 1997). Das Thema wurde zuletzt auch im Rahmen von Kongressen und Workshops des öfteren behandelt (siehe z. B. Risser 1997, oder den im Juni 1998 abgehaltenen EU-Workshop „Keepung the Elderly Mobile", Bericht in Fertigstellung).

Wo werden Änderungen aus der Sicht des Experten nötig sein?

7.3.4.1.1 Individuumseitig

Lapidar gesagt: Einstellung und Verhalten der Menschen unter 65, die mit dem Kfz unterwegs sind, müssen sich ändern[22]. Sie müssen, im Sinne eines nachhaltigen Verkehrs, mehr Verständnis für die Bedürfnisse ungeschützter Verkehrsteilnehmer entwickeln. Besonders die Situation älterer Verkehrsteilnehmer muss dabei thematisiert werden. Und letztere müssten auch als Autofahrer auf mehr Verständnis bei den anderen stoßen.

7.3.4.1.2 Gesellschaftsseitig

Die Verkehrsprozesse betreffende Gesetze und ihre Anwendung müssen besser auf die Auflösung der oben genannten *Widersprüche* zugeschnitten werden: Bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse der nicht Auto fahrenden Gruppen, bessere Kombination von Sicherheit und Attraktivität der nicht Kfz-gebundenen Fortbewegungsarten, größerer Beitrag der Kfz-Lenker „zum Schutz *vor den Kfz". Bessere Partnerkunde, die auch die Bedürfnisse und speziellen Bedingungen älterer Autofahrer dem „Durchschnittsautofahrer„ näher bringt.*

7.3.4.1.3 Fahrzeugseitig

Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Lebensqualität gibt es mehrere Telematik-Anwendungen, die eine „freundlichere" Verwendung des

21 MIV=übliche Abkürzung für „Motorisierter Individual-Verkehr".

22 Damit sei keinesfalls gesagt, dass ältere Menschen, die als Autofahrer unterwegs sind, völlig unproblematische Einstellungen gegenüber Radfahrern und Fußgängern haben – ganz im Gegenteil.

Kfz in Siedlungsgebieten unterstützen können. Speziell für die Zielgruppe der älteren Autofahrer wurden und werden im Rahmen von EU-Projekten unterschiedliche Ausrüstungstypen getestet: z. B. Orientierungshilfen, Sichtverbesserung bei Nacht („Vision enhancement") u. ä. – siehe auch unter dem Punkt „Maßnahmen auf der Kfz-Seite" weiter unten.

7.3.4.1.4 Infrastrukturseitig

Es gibt eine ganze Reihe von Maßnahmen im Infrastrukturbereich, die für die ungeschützten Verkehrsteilnehmer das Leben angenehmer und sicherer machen. Literatur dazu liegt vor, und es gibt sowohl in Österreich als auch im Ausland schon viele praktische Beispiele für gute Lösungen, deren Implementation – und, falls ihre positive Wirkung noch nicht gesichert ist: deren Bewertung – von Gesetzgeberseite aus man noch stärker als bisher unterstützen könnte (Aufpflasterungen unterschiedlichsten Typs, Minikreisverkehre, Zeitinseln etc.). Solche Maßnahmen haben das Potential, den Autoverkehr zu entdynamisieren und, bei richtiger Gestaltung, das Gehen zu erleichtern und zu attraktivieren.

7.3.4.2 Marketing

Hier einige grundlegende Gedanken zum Konzept des Marketing, das ja bei der Einführung aller möglicher Maßnahmen zugunsten der älteren Menschen als Richtlinie gelten kann:

Man muss für Maßnahmen in allen oben genannten Bereichen in der Öffentlichkeit werben, um Verständnis für ihren Sinn zu erreichen. Bevor man an „den Markt" herantritt, muss man jedoch wissen, *welche Argumente „ziehen"*.

Viele Maßnahmen wird man nicht gleich landesweit umsetzen (was natürlich für Gesetze nur schwer geht) sondern als *Pilot- oder Demonstrationsprojekte.* Solche Projekte („Demonstrators" im Jargon der EU-Forschung) sind dazu geeignet, die Menschen *wahrnehmen zu lassen*, wie gut manche Dinge funktionieren, die man sich, wenn sie nur in Worten beschrieben werden, nicht so gut vorstellen kann. Demonstrationsprojekte muss man aber vorbereiten, begleiten und evaluieren: So sind *Funktions- und Akzeptanzaspekte* zu überwachen. Denn es kann z. B. vorkommen, dass man einem Pilotprojekt gelassener gegenübersteht, als wenn es tatsächlich „ernst wird". Durch gutes *Monitoring* vermeidet man kostspielige Flops und kann Maßnahmen rechtzeitig grob und fein justieren oder von gewissen Aktivitäten auch ablassen.[23]

Man muss nach Maßgabe der Möglichkeiten *Anreize für eine sichere Verwendung des Kfz* geben, und solche *Anreize mit den getroffenen Maßnahmen in Verbindung bringen* (z. B. wieviel Treibstoff auf in einer Stadt wie Wien zurückgelegten Kfz-Kilometern gespart wird, wenn gewisse Maßnahmen greifen, oder ähnliches). Die Vorteile für einen selber können damit verdeutlicht werden, und man braucht sich damit nicht so sehr auf die etwas riskante Annahme verlassen, dass Appelle zur besseren Berücksichtigung bestimmter Gruppen etwas fruchten.

Wenn Vorteile für andere ins Spiel gebracht werden, so ist es angebracht zu zeigen, dass solche Vorteile oft viel weiter reichen können, als man sich vorstellt. Sie können z. B. zum Vorteil vieler unterschiedlicher Personengruppen sein. Generell gilt: Alle Maßnahmen, die das Leben für Fußgänger und Radfahrer erleichtern, kommen im besonderen Maße auch den Senioren zugute. Und umgekehrt:

23 Man denke z. B. an den verstärkten Einsatz vierrädriger Mopeds, von dem später noch gesprochen wird. Dass der Gesetzgeber hier Bedenken hat, wird darin offenkundig, dass man eine 0,1-Promille-Begrenzung für Personen vorschlägt, die solche Fahrzeuge fahren (Stand April 1999), wobei ja völlig unklar ist, ob Alkohol wirklich das Problem ist (also dass solche Fahrzeuge hauptsächlich von Leuten verwendet werden, denen der Führerschein aus solchen Gründen abgenommen wurde). Man sieht die „Gefahr„ verstärkter Verwendung solcher Fahrzeuge auf sich zukommen und ist verunsichert.

www.parlament.gv.at

Wenn man die speziellen Bedürfnisse der Senioren auf intelligente Weise berücksichtigt hat, wird man sagen können: Alle Maßnahmen, die den Senioren zugute kommen, werden allen ungeschützten Verkehrsteilnehmern nützen.

7.3.5 Mobilität und Gesundheit

Mit der Mobilität von Personen sind üblicherweise Sicherheitsprobleme verbunden. Die Tradition im Bereich der Verkehrsforschung streicht das heraus – unter dem Titel der Verkehrssicherheitsproblematik.

Wenn über Sicherheitsprobleme von älteren Kfz-Lenkern gesprochen wird, geschieht allerdings etwas Seltsames: Es ist kaum üblich, zu verlangen, eine ganze Gruppe solle ihre Mobilität reduzieren, um bessere Verkehrssicherheit zu gewährleisten. Mit Ausnahme der älteren Verkehrsteilnehmer. Da werden, wie weiter oben schon gesagt, immer wieder Stimmen laut nach Eignungsuntersuchungen und anderen Maßnahmen, die alle darauf hinauslaufen, die Angehörigen dieser Gruppe zum Zurückgeben des Führerscheines anzuregen oder gar zu zwingen (siehe etwa einige der Beiträge in Norrbom / Ståhl 1995). Im Rahmen von Verkehrsstrukturen, die allesamt auf das Kfz als Fortbewegungsmittel zugeschnitten sind, bedeutet das für die Älteren bestenfalls empfindliche Einbußen an Lebensqualität, schlimmstenfalls den Verlust der Fähigkeit bzw. Möglichkeit, sich selber zu versorgen. Damit verbunden sind meist immense Kosten privater, aber auch öffentlicher Natur (siehe z. B. Hakamies-Blomqvist 1995).

Es darf bezweifelt werden, dass dieser Zustand mit der Definition von „Gesundheit" durch die WHO kompatibel ist.

7.3.5.1 Der Begriff der Gesundheit

Die Definition der Gesundheit durch die WHO ist verbalisiert im Sinne einer Gesundheitsförderung[24] und lautet folgendermaßen:

„[Entscheidend ist] der Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können." (vgl. auch: Kap. 6)

7.3.5.2 Verkehrssicherheit, Mobilität und Gesundheit

Es ist leicht einzusehen, dass eine erzwungene Einschränkung der Mobilität diesen Ansprüchen widerspräche. Wohl gibt es Perspektiven, die eine solche Einschränkung verlangen könnten; dann aber für alle Menschen: Das würde z. B. dann aktuell, wenn eindeutig nachgewiesen wäre, dass ein Fortsetzen unserer derzeitigen Mobilität bzw. ein Ausbreiten unserer Mobilitätsgewohnheiten auf die ganze Menschheit unseren ökologischen Ruin bedeuten würde. Aber diesbezügliche Forderungen kann man nicht auf bestimmte einzelne Gruppen von Bürgern beschränken. Kinder und Jugendliche dürfen kein Kfz lenken. Das widerspricht nicht dem Gleichheitsgrundsatz: Sie müssen erst eine Entwicklung abschließen, ehe sie sich gewisse Rechte erwerben. Sobald Personen diese Rechte aber haben, kann man nicht einfach ganze Gruppen von ihnen anders behandeln als die Gesamtpopulation.

Nun gibt es dennoch Ausschlusskriterien für einzelne Personen von der motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr, z. B. die Nicht-Erfüllung medizinisch-psychologischer Voraussetzungen. Beschlüsse auf dieser Basis müssen jedoch aufgrund konkreter spezieller Voraussetzungen und auf den Einzelfall bezogen erfolgen. Außerdem erscheint es inakzeptabel, Menschen nur aufgrund ihres Alters zu Untersuchungen schicken zu wollen: Auch die

24 Verabschiedet 1986 durch die WHO in der sogenannten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Zuweisung zu solchen Untersuchungen muss unter Gesichtspunkten der Gleichbehandlung erfolgen.

Aber noch ein weiterer wichtigerer Aspekt ist zu berücksichtigen: Nimmt man jenen älteren Personen, die ein Kfz lenken, die Möglichkeit dazu, so schränkt man ihre Mobilität ein. Das hat die oben angedeuteten Folgen, aber nicht nur diese. Entscheidend ist, dass man aller Wahrscheinlichkeit nach das nicht erreicht, was man erreichen möchte, nämlich erhöhte Verkehrssicherheit: *Ältere Personen sind laut Statistik als Fußgänger weit mehr gefährdet als als Autofahrer* (gar nicht zu reden vom Fahrradfahren).

Will man also die Situation älterer Menschen unter den Aspekten der Mobilität und der Verkehrssicherheit *untersuchen*, und sich dabei von den Kriterien leiten lassen, die sich aus der Definition der WHO ergeben, so hat man dafür einige Randbedingungen zu berücksichtigen, vor allem dann, wenn man Konsequenzen aus dieser Untersuchung ziehen will:

- Gesellschaftliche Eingriffe in die Mobilität des einzelnen – in unserem Fall: weg vom Kfz, hin zu anderen Fortbewegungsarten – können nur unter demokratischen Gesichtspunkten erfolgen
- Einschränkungen der Mobilität können, gerade im Zusammenhang mit der uns interessierenden Zielgruppe, als Beeinträchtigung im Sinne der obigen WHO-Definition angesehen werden
- Bestimmte Verkehrssicherheitsprobleme für das Individuum mögen durch das Beenden der Kfz-Lenkerkarriere eliminiert werden, aber nur, wenn nicht eine andere Fortbewegungsart den frei gewordenen Platz einnimmt (also nur wenn die Mobilität eingeschränkt wird!)
- Senioren sind jene Personen in unserer Gesellschaft, die das Auto am meisten brauchen (natürlich auch in Abhängigkeit vom Wohnort)
- Wenn die Mobilität der Senioren soweit eingeschränkt wird, dass sie sich nicht mehr selber versorgen können, verursacht das für die Gesellschaft hohe Kosten
- Als Fußgänger sind ältere Menschen per capita mehr gefährdet als als Kfz-Lenker (und gewiss erst recht per 10^8 km, wie die Exposition oft ausgedrückt wird)

Welche Unfallgefährdung ältere Kfz-Lenker für andere Lenker bedeuten, ist unklar. Keinesfalls ist gesichert, dass ältere Kfz-Lenker eine spezielle Gefahr bedeuten; dies ist aber ein wichtiger Ausgangspunkt für gesellschaftliche Eingriffe. Umgekehrt werden natürlich Fußgänger hauptsächlich von Autofahrern verletzt und getötet (was generell eines verstärkten Eingriffes seitens der Gesellschaft bedürfte).

7.3.6 Die Situation älterer Verkehrsteilnehmer

Im Folgenden nun eine kurze Diskussion der in der WHO-Definition verwendeten Elemente sowie eine kurze Betrachtung ihrer Relevanz im Zusammenhang mit Mobilität und Sicherheit älterer Verkehrsteilnehmer. Sie erfolgt auf der Basis dreier Untersuchungen bzw. Studien[25] sowie der österreichischen Unfallstatistik. Christ hat zuletzt 1997 ein Papier publiziert, das Hinweise darauf enthält, dass auch zum Zeitpunkt seiner Forschungen bis 1996 die im Folgenden zitierten Daten und Informationen über die Verkehrssicherheit älterer Personen noch immer Gültigkeit besitzen.

25 Risser R., Steinbauer J., Amann A., Roest F., Anderle F.G., Schmidt G.A., Lipovitz G. & Teske W. 1988, Probleme älterer Personen bei der Teilnahme am Straßenverkehr. Literas Universitätsverlag, Wien; Chaloupka Ch., Fous R., Risser R. & Lehner U. 1993, Erhöhung der Sicherheit der Seniorinnen und Senioren im Straßenverkehr; Kaiser H.J. & Myllimäki-Neuhoff J. 1995, Die Verkehrsteilnahme älterer Menschen als komplexes Handlungsproblem, Deutsche Verkehrswacht. Verkehrswachtforum Heft 1.

www.parlament.gv.at

7.3.6.1 Selbstbestimmung über die Gesundheit[26]

Kaiser / Myllimäki-Neuhoff (1995) kommen aufgrund ihrer Untersuchungen zu folgendem Schluss im Hinblick auf die *Verkehrssicherheit*: *„Ältere Menschen, die in Zukunft noch einen wesentlich größeren Anteil der Verkehrsteilnehmer stellen werden, sind gegenwärtig eher Opfer, denn Täter der bestehenden Verkehrsprobleme. Vor allem in dieser Hinsicht stellen sie ein ‚Problem' dar."* Diese Aussage bezieht sich einerseits natürlich auf die Verkehrssicherheitsaspekte, aber andererseits auch auf die viel zitierte Tatsache, dass ältere Verkehrsteilnehmer keine Lobby haben, die dafür einträte, dass die Gesundheit der Älteren im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr besser gewährleistet würde. Ihre Möglichkeiten, die Verkehrsplanung zu ihren Gunsten zu beeinflussen, sind derzeit gering. Die Diskussion dieses Aspekts erfolgte u. a. ausführlich in einem Workshop, der von Tränkle (1994) in einer Publikation reportiert wurde.

Das Extrem mangelnder Selbstbestimmung ist die Einschränkung der eigenen *Mobilität* bis zu dem Grad, dass man durch bestimmte Institutionen der Gesellschaft versorgt werden muss (z. B. der Transport zum Arzt oder zum Krankenhaus, der mit der Unterstützung öffentlicher oder privater Hilfsinstitutionen erfolgen muss).

7.3.6.2 Sicherheit und Wohlbefinden

Die Beeinträchtigung der Sicherheit besteht hauptsächlich in Form von physischen Verletzungen als Folge von Unfällen. Unfallstatistiken können hier in etwa einen Eindruck über die sogenannte „objektive Sicherheitssituation" geben. Die darüber hinaus bestehenden Belastungen durch Lärm, Angst vor Unfällen und Verletzungen, ob berechtigt oder nicht, durch schlechte Luft, durch Lärm etc., und ihre Auswirkungen auf das Wohlbefinden sind jedoch nicht so leicht zu quantifizieren. Das gleiche gilt – bezogen auf Fußgänger – z. B. auch für schwer zu querende Straßen: Wie soll man anstrengende Über- oder Unterführungen, verkehrsplanerische Lösungen, die es den Fußgängern schwer machen, über die Straße zu kommen, und ähnliches bewerten?

Häufig thematisiert wurde in letzter Zeit die von älteren Menschen empfundene Gefährdung bzw. Bedrohung durch alle möglichen Faktoren in allen Lebensbereichen (Niederfranke / Greve 1996, Greve / Niederfranke 1998, Kaiser 1998). Dabei wurde vor allem klargestellt: Ältere Menschen tendieren aus vielen Gründen (z. B. erhöhte Vulnerabilität) zwar schon dazu, ängstlicher zu sein als jüngere Altersgruppen. Aber sie überschätzen die tatsächliche Gefährdung nicht in einem Ausmaß, welches das „Viktimisierungs-Furcht-Paradoxon" bestätigen würde. Bei allen Unterschieden zwischen unterschiedlichen Personen ist man sich doch im Wesentlichen einig, dass man kein „Paradoxon" zur Erklärung braucht: Der längere Referenzzeitraum erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass man im eigenen Leben schon negative Erfahrungen gemacht hat, und ein zunehmendes Vorsichtsverhalten ist keineswegs paradox, sondern beruht durchaus auf realistischer Einschätzung der Gegebenheiten. Dass man komplexe und dynamische Prozesse im Verkehr weniger unter Kontrolle hat, ist ein ausreichend guter Grund für erhöhtes Vorsichtsverhalten. Fatalerweise führt das im Verkehr zur teilweise übermäßigen Reduktion der eigenen Mobilität (Walter 1995), mit starken Einschränkungen der Lebensqualität als Konsequenz.

Im Folgenden soll zunächst überblickshaft auf die Unfälle Bezug genommen werden, um zu zeigen, dass ältere Personen im Unfallgeschehen, bezogen auf ihre Exposition, zwar überrepräsentiert sind, aber bei weitem nicht so wie die 18-24-jährigen.

26 Lehr (1996) meint: „Als ein Ergebnis empirischer Alternsforschung kann gelten, dass die Überzeugung, über eigene Einflussmöglichkeiten auf Lebensereignisse zu verfügen, am ehesten mit Lebenszufriedenheit im Alter zur Verfügung steht".

7.3.6.2.1 Unfälle als Kfz-Lenker

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die verletzten und getöteten KFZ-Lenker / 100 Mio. Wege-Kilometer gemäß österreichischer Unfallstatistik 1985.

Tabelle 7.11:
Verletzte und getötete KFZ-Lenker / 100 Mio. Wege-Kilometer

Alter	verletzte und getötete KFZ-Lenker / 100 Mio. Wege-Kilometer
18-24	90
25-34	25
35-44	21
45-54	22
55-64	23
65+	50

Quelle: Risser et al. 1988

Die Tabelle zeigt, dass ältere Kfz-Lenker gemessen an der Kilometer-Leistung überdurchschnittlich oft verletzt werden.

7.3.6.2.2 Unfälle als Fußgänger

Zum Vergleich: verletzte und getötetete Fußgänger. Die Zahlen in der folgenden Tabelle lassen sich nicht ganz exakt mit denen oben vergleichen, da die Bezugsgröße nicht die gleiche ist: Die Unfälle werden nicht auf Kilometer sondern auf Wege bezogen:

Das relative Übergewicht der Senioren wird bei den Getöteten noch beträchtlich größer. Das rührt u. a. davon her, dass mit zunehmendem Alter weniger Unfälle überlebt werden.

Tabelle 7.12:
Verletzte und getötete Fußgänger / 100 Mio. Wege-Kilometer

Alter	verletzte und getötete Fußgänger / 100 Mio. Wege-Kilometer
15-24	60
25-34	25
35-44	25
45-54	30
55-64	30
65+	60

Quelle: Risser et al. 1988

www.parlament.gv.at

Tabelle 7.13:
Typische Unfälle als Kfz-Lenker

Senioren sind häufig verwickelt in Unfälle:	Sie sind selten verwickelt in:
An Kreuzungen	Ausgesprochen schwere Unfälle
Bei Rotlichtüberfahrungen	(z. B. kaum Überholunfälle)
Beim Einparken und Rückwärtsfahren	Kontrollverlust über das Fahrzeug beim Alleinfahren
Beim Abbiegen nach links	(„Abkommen von der Fahrbahn")
Beim Fahren hintereinander	Unfälle in alkoholisiertem Zustand

Quelle: Chaloupka et al. 1993

7.3.6.2.3 Typische Unfälle als Kfz-Lenker

Unterschiedliche Untersuchungen in vielen Ländern haben im Laufe der Zeit zu folgenden übereinstimmenden Ergebnissen geführt:

Die Abstimmung auf das Verhalten anderer ist also offenbar erschwert, sowie die Koordination des Verhaltens in komplexen Situationen.

7.3.6.2.4 Probleme als Fußgänger

Laut Händel war 1985 jeder zweite tote Fußgänger über 65 und das hat sich bis heute nicht geändert. An der Spitze der Ursachen steht das Überschreiten der Fahrbahn „ohne Beachtung des rollenden Verkehrs„. Dahinter steht Überforderung, u. a. beim Schätzen von Geschwindigkeiten und von Zeitlücken zwischen Fahrzeugen. Die Fähigkeitên dazu nehmen mit zunehmendem Alter ab. Diese Befunde aus den 80er Jahren (siehe auch Risser et al. 1988) sind auch heute immer noch gültig.

Andere wichtige Gründe für die Schwierigkeiten älterer Personen lassen sich aus Verhaltensbeobachtungen ableiten (siehe u. a. Tränkle 1994). Es sind dies unter anderem:

Systembedingte Schwierigkeiten

- zu kurze Querungsintervalle bei Fußgängerampeln
- zu hohes Fahrtempo

Individuumsbedingte Schwierigkeiten

- unentschlossenes Auftreten beim Betreten der Fahrbahn
- Beachten der Ampel, aber nicht des Verkehrs
- sich auf das Regelverhalten anderer ohne zusätzliche Sicherheitsreserve verlassen
- sich von infrastrukturellen, „technischen" Details in Anspruch nehmen lassen und dadurch weniger mit den anderen Verkehrsteilnehmern kommunizieren

7.3.6.2.5 Seelisches und soziales Wohlbefinden

Außer-Haus-Anteile

Zunächst ein Blick auf den Außer-Haus-Anteil unterschiedlicher Altersgruppen: Der Außer-Haus-Anteil von Personen nimmt ab schon ab 40 mit zunehmendem Alter ab, und diese Abnahme beschleunigt sich ab dem 60. Lebensjahr. Das reflektiert den in der Literatur so oft zitierten Rückzug aus der Öffentlichkeit. Im Zusammenhang mit der hier behandelten Thematik liegt es nahe, anzunehmen, dass Probleme mit der Fortbewegung außer Haus zu diesem Rückzug entscheidend beitragen.

Eine Untersuchung von Herry / Snizek führte 1991 zu folgenden Ergebnissen:

Tabelle 7.14:
Außer-Haus-Anteile nach Altergruppen (n=3.000 Haushalte)

Altersklassen in Jahren	Außer-Haus-Anteil in % der wachen Zeit
6-10	62.1
11-15	90.5
16-20	87.9
21-25	88.6
26-30	91.8
31-35	91.1
36-40	88.9
41-45	92.1
46-50	91.9
51-55	86.7
56-60	85.5
61-65	81.8
66-70	79.7
71-80	68.3
80+	55.5

Quelle: Herry / Snizek et al. 1991

Dieser verringerte Außer-Haus-Anteil – oder mit anderen Worten, diese verringerte Mobilität – lässt sich zwar wohl unter anderem mit der Abnahme der körperlichen und der psychophysischen Leistungsfähigkeit begründen. Aber offenbar gelingt es den zuständigen Stellen und Personen auch nicht, Voraussetzungen zu schaffen, mit denen ältere Personen besser zurecht kommen. Dies ist natürlich auch eine Frage der Prioritätensetzung.

Worunter leiden älter Kraftfahrer?

In summa ist es eindeutig, dass für die älteren Kfz-Lenker der Verkehr im wesentlichen zu schnell ist. Sämtliche Untersuchungen, die sich mit subjektiven Aspekten der Verkehrssicherheit befassen, sind zu diesem Schluss gekommen. Nach Tränkle / Metker (1992) bereitet älteren Kfz-Lenkern das schnelle Fahren anderer in Kombination mit dichtem Auffahren und anderen Verhaltensweisen, die ein „Druckmachen„ symbolisieren, Gefühle der Bedrängnis und der Angst. Verbal wird das in etwa so zum Ausdruck gebracht (nach Risser et. al 1988):

- **Auf der Straße jagt einer den anderen, man kann gar nicht langsam fahren**
- **Ein Abstandhalten gibt es überhaupt nicht mehr: Kaum ist ein bisschen Platz, ist der nächste schon drinnen**
- **Wenn ich von weitem eine grüne Ampel sehe, dann bin ich im Zweifel, ob ich noch bei Grün drüberkomme oder ob die Ampel plötzlich auf Rot schaltet – und die anderen pressen aber hinten**
- **Ich werde manchmal überholt, weil ich zu langsam fahre oder weil ich beim Spurwechsel zögere**
- **Wir Älteren sind vielleicht schon übervorsichtig und fahren langsamer**
- **etc.**

Worunter leiden ältere Fußgänger?

Alles deutet daraufhin, dass auch ältere Fußgänger sehr wohl von verbesserten Voraussetzungen Gebrauch machen würden, und dass **mangelndes Wohlbefinden draußen im Verkehr ein wichtiger Auslöser für reduzierte Mobilität** ist. Von zwei schlechten Alternativen muss man dann eine wählen: entweder man setzt sich den Belastungen aus, die der Verkehr bedeutet, oder man verzichtet auf Mobiltätsanteile (häufig wird zuerst auf Bekanntenbesuche verzichtet). Die folgenden Bereichen bereiten die größten Probleme (siehe ebenfalls Risser et al. 1988, sowie Ståhl 1991, bfu 1992, Chaloupka et al. 1993):

- **Hohe Geschwindigkeit des Kfz-Verkehrs (allgemeine „Einschüchterung“)**
- **Schwierigkeiten des Querens mancher Straßen (Infrastruktur, Verkehrsorganisation, kurze Grünzeiten**
- **Angst vor einem Verkehrsunfall (u. a. hervorgerufen durch das Gefühl mangelnder Kontrollekomplexer Abläufe; siehe zuletzt auch Greve / Niederfranke 1998)**

www.parlament.gv.at

- **Hohe Gehsteigkanten**
- **Fahrräder und Mopeds am Gehsteig**
- **Unebene, schlecht gewartete Gehflächen**
- **Schlechte Schneesäuberung, Glätte**
- **Schwierigkeiten beim Lesen von Informationsschildern**

Dabei war, bis auf einen, bei allen diesen Aspekten von den 70er zu den 80er Jahren ein Anstieg in der Häufigkeit der Zustimmung zur Existenz dieser Probleme festzustellen. Dieser Anstieg spiegelt eine Verstärkung des Unbehagens von Senioren im Verkehrssystem wider.

Tabelle 7.15:
Zustimmung zu Statements über die Verkehrssituation

Statement	stimme zu in %	
	1975	1984
Man hat oft die Straße erst zur Hälfte überquert, wenn die Ampel schon wieder auf Rot umschaltet	49	54
Es gibt zu wenige Fußgängerübergänge mit Zebrastreifen und Druckampelanlagen	34	43
Busse und Straßenbahnen haben zu hohe Trittbretter, sodass das Ein- und Aussteigen sehr mühsam ist	42	42
Das Anfahren der Busse ist zu schnell und ruckartig, sodass man im Bus hin- und hergeschleudert wird	31	33
Die Gehwege an den Straßen sind mitunter zu schmal, sodass man oft bei entgegen kommenden Personen auf die Straße ausweichen muss	30	38
Busse und Straßenbahnen fahren zu bestimmten Tageszeiten viel zu selten	23	41
Kindern und Jugendlichen sollte es verboten werden, auf Gehsteigen und Fußwegen mit ihren Rädern und Mopeds zu fahren	57	54
Viele Auto- und Motorradfahrer fahren zu schnell und zu dicht an Gehsteigen entlang	31	37
Viele Auto- und Motorradfahrer fahren zu schnell an Fußgängerübergänge heran und bremsen dann scharf ab	37	43
Es gibt zu wenig Personen, die einem im Bus oder in der Straßenbahn ihren Sitzplatz anbieten, wenn man behindert ist	32	39
Der Verkehr ist zu bestimmten Zeiten so stark, dass man sich kaum noch auf die Straße wagt	29	39
Die Autos und Motorräder fahren so schnell, dass man sie oft erst in letzter Sekunde sieht	33	42
Dem heutigen Verkehr steht man oft hilflos gegenüber	33	42
Als älterer Mensch fühlt man sich im heutigen Verkehr benachteiligt	31	40

nach Wittenberg 1986, n=3.107 (1975) bzw. n=1.094 (1984)

Tabelle 7.15 illustriert dieser Aussage mit einer Reihe von Bewertungen unterschiedlicher an den Verkehr geknüpfter Statements im Vergleich 1975 und 1984. (Leider gibt es zu dieser Studie keine Nachfolgeuntersuchung. Es wäre interessant, zu sehen, wie sich die Sichtweisen hier weiter entwickelt haben. Die Vermutung ist: nicht zum Besseren.)

7.3.6.3 Möglichkeit die Umwelt zu meistern bzw. sie verändern können

Möglichkeiten, die Umwelt zu beeinflussen und zu verändern, um das eigene Wohlbefinden zu gewährleisten sind im Zusammenhang mit der Gruppe der Älteren schon seit langem ein Diskussionsthema. Bei Verkehrssicherheitskongressen überwiegt zwar immer noch die Gruppe jener Experten, für die ältere Personen als Lenker von Kfz ein Problem darstellen, das man durch Führerscheinentzug oder sonstige restriktive Maßnahmen lösen will; und ältere Persoenen als Fußgänger und Benutzer öffentlicher Verkehrsmittel sind für diese Gruppe kein Thema. Die andere Gruppe von Experten meint, dass die Verkehrsbedingungen so zu verändern seien, dass sichere Mobilität für alle Verkehrsteilnehmergruppen gewährleistet ist (siehe Dejeammes / Medevielle 1993, Risser 1991).

Wenn es auch bereits recht kräftige Interessensverbände für ältere Personen gibt, so gibt es dennoch kaum zugkräftige Initiativen in Richtung besserer Mobilitätsbedingungen für diese Gruppe. Die Maßnahmen erschöpfen sich im Wesentlichen in Halbpreisangeboten für den öV. Die Älteren selber sind in den Prozess der Gestaltung der eigenen Verkehrsumwelt derzeit nur insofern involviert, als sie auf Angebote reagieren – nicht nur auf verbilligte öV-Angebote, sondern z. B. auf neue Fahrzeugtechnologie, die speziell auf ältere Kfz-Lenker zugeschnitten sind, wie etwa Navigationssysteme oder Displaygestaltung (sie z. B. Tränkle 1994). Aber die Forderung nach Gestaltung der Verkehrsumwelt, die ihnen Wahlmöglichkeiten lässt, vor allem die Wahl aus mehreren positiven Optionen, bleibt – derzeit noch – aus.

7.3.7 Maßnahmenvorschläge

Im folgenden noch eine kurze Skizze über mögliche Maßnahmen, um für ältere Menschen zufriedenstellende Mobilität unter Bedingungen optimaler Sicherheit zu gewährleisten.[27]

7.3.7.1 Maßnahmen auf infrastruktureller und auf Überwachungsseite

7.3.7.1.1 Geschwindigkeiten

Hier gilt es zunächst, auf den effizientesten Aspekt hinzuweisen, für den auch beträchtliche Synergiepotentiale bestehen: Es geht um die Entdynamisierung des Verkehrs, also um die Reduzierung der bestehenden Kfz-Geschwindigkeiten. Dabei lässt man sich derzeit auf keine philosophische Diskussion ein, wie weit denn etwa die Geschwindigkeiten reduziert werden sollten: Es geht einfach darum, die gefahrenen Geschwindigkeiten auf den Stand der bestehenden Tempolimits zu reduzieren. Diese zentralste aller Maßnahmen ergibt sich u. a. als notwendige Konsequenz jener Projekte der EU, die sich derzeit mit dem städtischen Verkehr befassen: Reduzierte und homogenisierte Kfz-Geschwindigkeiten kommen allen Verkehrsteilnehmergruppen zugute, inklusive den Kfz-Lenkern selber, wenn man diese mehr flächenhaft als auf einzelne Strecken bezogen betrachtet. Z. B. könnten Wartezeiten beim Einfahren aus Seitenstraßen drastisch reduziert werden. Die Vorteile geringerer und gleichmäßigerer Geschwin-

27 Viele der hier präsentierten Vorschläge kamen u. a. bei der Euro-Konferenz „Keeping the Elderly Mobile" im Juni 1988 in Kerkrade – wieder einmal – zur Sprache (Bericht in Fertigstellung). Es ist schwer zu sagen, inwieweit sie in zufriedenstellendem Maße Eingang in die Praxis finden: Aus einer optimistischen Perspektive kann man sagen, dass bestimmte Infrastrukturelemente sich rapide verbreiten. Aus eher pessimistischer Sichtweise kann man bemerken, dass weder Intensität noch Dynamik des Kfz-Verkehrs (ausreichend rasch) gebremst werden bzw. abnehmen.

www.parlament.gv.at

digkeiten für Fußgänger und Radfahrer braucht man gar nicht extra zu erwähnen.

Ältere Personen würden sowohl als Fußgänger als auch als Kfz-Lenker von effizienten Maßnahmen zur Respektierung der Geschwindigkeitsgesetze (z. B. auch dem einer Anpassung der Geschwindigkeit an die Gegebenheiten) am meisten profitieren. Solche Maßnahmen wären

- Straßenrückbau (Verschmälerung, optische Veränderung)
- Mobile Geschwindigkeitsüberwachung
- Videokameras bei Kreuzungen
- Schwellen und Rumble-Stripes
- Kreuzungsrückbauten („Ohrwascheln", Aufpflasterungen)

7.3.7.1.2 Erhöhte Benutzerfreundlichkeit der Anlagen

Eine zweite Maßnahmengruppe zielt auf die Verbesserung der sogenannten *Affordanz* ab: Die Verwendung der Verkehrsanlagen soll den älteren Personen insbesondere als Fußgänger so weit erleichtert werden, dass sie sich weniger auf sie konzentrieren müssen und sich stattdessen der Kommunikation mit anderen Verkehrsteilnehmern zuwenden können. Zu einer erhöhten Benutzerfreundlichkeit tragen bei:

- Abgeflachte Gehsteigkanten
- Kreuzungsrückbauten (siehe oben)
- Gehsteigverbreiterungen
- Bessere Trennung von Radfahrern und Fußgängern (u. a. durch mehr Platz für Radfahrer im Kfz-Fahrbahnbereich, wie z. B. Radstreifen etc.)
- Bessere Organisation und Überwachung des Parkens (das Parken von Kfz führt teilweise zu Behinderungen, die Gefahr bedeuten: bei verparkten Ecken, wenn man auf die Fahrbahn ausweichen muss etc.)
- u. a.

Diese und ähnlichen Maßnahmen kommen neben den älteren Personen generell Fußgängern und Radfahrern, insbesondere aber behinderten oder zeitweise behinderten Fußgängern zugute (u. a. eben auch Personen, die Einkaufstaschen transportieren, mit Kinderwagen etc.). Im Zusammenhang mit einer Reduktion der gefahrenen Geschwindigkeiten würde dadurch auch die Gefährdung von Kindern vermindert.

7.3.7.1.3 Erhöhte Benutzerfreundlichkeit des öV

Zu diesem Punkt reicht die pauschale Forderung, dass man sowohl bei Design und Layout als auch beim Betrieb der Verkehrsmittel auf die Bedürfnisse der Benutzer und insbesondere der älteren Personen Rücksicht nimmt (Einstiege, Sitzgelegenheiten, Haltegriffe, Fahrstil der Fahrer, Haltestellengestaltung, Informationsversorgung, Frequenzen und Wartezeiten etc.). Dazu sollte man sich in noch stärkerem Maße als bisher die Methoden des Non-profit-Marketing nutzbar machen (siehe dazu Kotler et al. 1996).

7.3.7.2 Maßnahmen auf der Kfz-Seite

Auf der Kfz-Seite werden im Rahmen der Entwicklung sogenannter Transporttelematik einige Ausrüstungstypen vorgeschlagen:

- Geschwindigkeitsbegrenzer im Kfz (derzeit erst nur in Bussen und LKW üblich, in Schweden wurde 1996/97 ein Flottenversuch mit Privat-PKW durchgeführt, Großversuch wird vorbereitet, siehe Almqvist / Nygaard 1997)
- Autonomous Intelligent Cruise Control AICC (Apparatur zum Einstellen der Geschwindigkeit und zum automatischen Koppeln des Abstandes an die jeweilige Geschwindigkeit
- Routen- und Verkehrsinformationssysteme
- Reiseinformationen
- Handlinghilfen

Positive Signale am Beispiel „vierrädriges Moped". Hier kündigt sich durch neue Produkte am Markt eine entscheidende Änderung zugunsten der Senioren an: Gleichzeitig damit, dass kleinere und schwächere Kfz an Attraktivität gewinnen (z. B.

auch im Sinne geringerer Umweltbelastung), kommen mehr und mehr „vierrädrige Mopeds" auf den Markt, also Kfz, die ohne Führerschein gefahren werden können. Die Kritiker sind zwar schon auf dem Plan – die Diskussion, auf jeden Fall in Österreich 1998, war durch „Sicherheitsargumente" gekennzeichnet, die speziell durch die Autofahrerclubs vorgetragen wurden („sind langsam und gefährden den Verkehr dadurch, dass sie ihn aufhalten„). Aber die Produzenten der genannten Fahrzeuge werden dem mit Nachdruck entgegenwirken, sie wollen am Markt bestehen. Und damit können jene Experten, die die „vierrädrigen Mopeds" als ideale Angebotsergänzung gerade für Senioren ansehen, auf Unterstützung „durch den Markt" rechnen.

7.3.7.3 Kommunikationsmaßnahmen

Gelegenheit, unmittelbar aktiv zu werden, bieten üblicherweise die Instrumente der Kommunikation bzw. der Öffentlichkeitsarbeit. Zum Schluss daher noch eine Zusammenfassung der Aspekte, die man bei der offiziellen auf den Verkehr bezogenen Öffentlichkeitsarbeit berücksichtigen sollte (Verkehrssicherheitskampagnen, Ministerstatements, Presseaussendungen des Ministeriums, Informationsveranstaltungen etc.).

Die nebenstehende Aufstellung zeigt, welche möglichen Adressatengruppen unter den Verkehrsteilnehmern es gibt, die zu einer Verbesserung der Situation der Senioren im Straßenverkehr beitragen können. Zu welchem konkreten Zweck werden diese angesprochen, und – sehr beispielhaft – wie sollen sie reagieren.

Zusätzlich soll der Vollständigkeit halber versucht werden, herauszuarbeiten, welche Vorteile die angesprochenen Gruppen davon haben, auf die in der Kampagne vermittelten Vorstellungen einzugehen. Der letzte Punkt bezieht sich auf eine neuere psychologische Sichtweise, dass Verhaltensänderungen – bzw. Entgegenkommen angesprochener Gruppen bei Appellen zur Verhaltensänderung nur erreicht werden können, wenn die Angesprochenen davon Vorteile haben. „Vorteile" braucht man dabei nicht materialistisch zu betrachten: sie können durch alles von empfundener ethischer Richtigkeit bis hin zu Kostenersparnissen für den Haushalt repräsentiert sein (siehe z. B. Giese 1997).

Tabelle 7.16:
Adressatengruppen unter den Verkehrsteilnehmern, die zu einer Verbesserung der Situation der Senioren im Straßenverkehr beitragen können

(Eine ähnliche Aufstellung kann man auch machen für : Forscher, Planer, Administratoren, Entscheidungsträger, Journalisten u. a.). A) Wer muss angesprochen werden	B) Mit welchem Zweck	C) Was muss der Angesprochene tun	D) Welche Inhalte müssen vermittelt werden (Beispiele)
a) Autofahrer	Ältere Autofahrer müssen sicher am Verkehr teilnehmen können	Verhalten anpassen, Rücksicht nehmen, Geduld haben	Man muss also Fehler bzw. was man als solche empfindet (z. B. langsames Fahren, Fehler an Kreuzungen) kennen, akzeptieren, sich drauf einstellen
b) Autofahrer	Ältere Fußgänger müssen sicher am Verkehr teilnehmen können	Auf spezielle Formen des Verhaltens anpassen	Hauptsächlich Probleme bei Übergangsstellen (gehen z. B. im falschen Augenblick los, brauchen länger)
c) Radfahrer	Ältere Fußgänger müssen sicher am Verkehr teilnehmen können	Das Verhalten anpassen (nicht auf Gehsteigen fahren etc.)	Ältere Fußgänger haben Angst vor Radfahrern: nicht nahe vorbeifahren, in großem Abstand klingeln, wenn sie auf Radweg gehen, nicht "anschleichen"
d) Ältere Autofahrer	Sie müssen sich selber in den Stand versetzen, sicher am Verkehr teilzunehmen	Sich Trainingsmaßnahmen unterziehen, Perfektionsstunden etc.	Training in Fahrschulen, spezielle Driver-Improvement-Kurse für Senioren zur laufenden Einstimmung auf den sich schnell verändernden Verkehr
e) Ältere Autofahrer	Umstieg auf andere Fortbewegungsarten	Müssen zum Umstieg bewegt werden	Information über Angebote, Möglichkeiten, Vorteile (Voraussetzung ist allerdings, dass die Gesellschaft entsprechende Angebote zur Verfügung stellt)
f) Ältere Fußgänger	Das Gehen muss in akzeptabler Weise funktionieren	Das Richtige muss getan werden – sie brauchen Tips & Tricks	Informationsbroschüren, Materialien an die Haushalte

7.3.8 Schlussbemerkung

Bei Betrachtung aller obiger Überlegungen kristallisiert sich ein Aspekt deutlich heraus: Erleichterungen der Mobilität der Senioren im öffentlichen Raum führen zu einer Verbesserung der Situation aller anderen Verkehrsteilnehmergruppen. Schwierigkeiten bei der Vermittlung dieses Faktums gibt es lediglich bzgl. der „durchschnittlichen" Autofahrer bzw. ihrer Repräsentanten. Sie wollen nicht anerkennen, dass es auch für sie Verbesserungen gibt, weil sie Zeitverluste befürchten (bei Tempo 30 in der Stadt etwa) und die Sicherheitsgewinne nicht sehen – Autofahrer verspüren üblicherweise keine Sicherheitsdefizite, also auch keine Verbesserungen ihrer eigenen Sicherheit. Verbesserungen in der Statistik aber sind abstrakt. Die Gesellschaft müsste allerdings sehr wohl jene Forschung berücksichtigen, die, bei Veränderungen des Verkehrssystems im oben genannten Sinn, signifikante statistische Sicherheitsverbesserungen vorhersagt und auch, dass die Zeitverluste angesichts sich immer mehr verstopfender Straßen nicht relevant sind. Im Gegenteil: Langsamerer, homogenerer Verkehr, mit geringeren Wartezeiten bei der Einmündung von Seitenstraßen, bei schnellerem Vorankommen der Fußgänger, der Radfahrer und des öV, führt mit Sicherheit insgesamt zu Zeitersparnissen für die Gesamtheit des Verkehrs: Die traditionelle „Hauptstraßenkalkulation", die Zeitverluste für den Durchzugsverkehr als zentralen Parameter nimmt, ist irreführend.

Aber ältere Autofahrer und Kfz-Anfänger werden die Vorteile eines im Sinne des oben Gesagten veränderten Verkehrssystems unmittelbar spüren, und erst recht werden das alle jene Gruppen tun, die nicht mit dem Auto unterwegs sind (wobei hier im Detail natürlich spezielle Justierungen notwendig sind (Abstimmung zwischen Fußgängern und Radfahrern, Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen etc.): *Auf Senioren zugeschnittene Verbesserungen des Komforts und der Qualität des Gehens, Radfahrens und des öV, sowie eine Entdynamisierung des Kfz-Verkehrs bringen jedenfalls Verbesserungen für alle Nutzergruppen mit sich.* Dieser Aspekt, würde er durch Kommunikationsmaßnahmen und basierend auf entsprechend dargestellten Fakten bekannt bzw. bewusst gemacht, hätte zur Folge, dass sich weit mehr Bevölkerungsgruppen angesprochen fühlen und die Mobilitätsinteressen der älteren Personen im eigenen Interesse unterstützen würden.

8. Vom Erwerbsleben in den Ruhestand

Anton Amann

8.1 Vorbemerkung

Verschiedenartige, rechtlich geregelte Wege aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand gehören zum wohlfahrtsstaatlichen Leistungsbestand der meisten europäischen Länder. Auf staatlicher Seite geht es hier um die Frage der Risikoabsicherung bei Ausscheiden aus dem Erwerbsleben – eine zentrale Dimension des Systems der Sozialen Sicherheit – auf der Seite des einzelnen Menschen betrifft diese Frage den wahrgenommenen und erlebten Übergang von einem Abschnitt im Lebenslauf zu einem nächsten. Der Staat bindet die Absicherung des Risikos an Voraussetzungen im Rahmen des Versicherungsprinzips und leitet daraus Art und Höhe der Leistungen (Einkommensersatz) ab, die einzelne Person erfährt den Übergang als eine Veränderung ihrer Lebenslage, in der alle Dimensionen – materielle, soziale, psychisch-geistige und emotionale – erfasst werden. Zu den wichtigsten Fragen gehören in diesem Zusammenhang einerseits jene, die sich auf die strukturellen und institutionellen Veränderungen im Rahmen des Sicherungssystems in den letzten Jahren beziehen, andererseits auf jene, die auf das Verhalten und die Wahrnehmungen und Einstellungen der Menschen im Rahmen der sich verändernden Lebenslagen gerichtet sind. Besonders der erste Fragenbereich ist in der öffentlichen Diskussion der letzten Jahre zu einem Feld politischer, wirtschaftlicher und ideologisch wertender Auseinandersetzungen geworden. Sie haben die traditionellen Vorstellungen über die Generationenbeziehungen, den Generationenvertrag, Sinn und Leistungsfähigkeit des Sozialstaats und die Bedingungen des sozialen Friedens berührt oder gar erschüttert. Dieses Phänomen blieb allerdings nicht auf Österreich allein beschränkt, es wurde in fast allen Industriestaaten sichtbar und kann als Hinweis auf Veränderungen und Probleme gewertet werden, die mit Hilfe der traditionellen Modelle nicht mehr zufriedenstellend lösbar scheinen. Von zentraler, ein historisches Muster repräsentierender Bedeutung ist jedenfalls, dass die Anfangsschritte in rechtlichen, sozialen und z. T. persönlichen Bereichen für die Übergänge in den Ruhestand sich in der Biografie immer früher abzuzeichnen scheinen.

Einen konzeptuellen Rahmen stellt für die Betrachtung der Übergänge vom Erwerbsleben in den Ruhestand[1] die Soziologie des Lebensverlaufs zur Verfügung. In ihr spielen Stadien und Prozesse eine Rolle, die sich über den gesamten Lebensverlauf erstrecken, in anderen Worten: die Familien- und Haushaltsgeschichte, Bildungs- und Ausbildungswege, Erwerbs- und Berufskarrieren, Wohnmobilität etc. Der Lebensverlauf stellt also – zumindest im deskriptiven Sinn – eine Aufeinanderfolge von Abschnitten dar, die durch strukturell und persönlich folgenreiche Ereignisse sowie durch normregulierte Übergänge geprägt sind (sinngemäß auch: Mayer / Müller 1989).

Vom Lebensverlauf als einer Geschichte (objektiver) Ereignisse wird die „Biografie" unterschieden, die die subjektive Lebensgeschichte umfasst. Beide Konzepte, sowohl die Konstituierung gesellschaftlich strukturierter Abschnitte, wie auch die Herstellung einer biografischen Identität, sind im Begriff der „Institutionalisierung des Lebenslaufs" zusammengefasst, ein historischer Prozess, an dem M. Kohli bekanntlich fünf Entwicklungseigenheiten unterscheidet: a) Verzeitlichung des Lebenslaufs, b) Chronologisierung, c) Individualisierung, d) Erwerbszentriertheit und e) Biografisierung (Kohli 1985). Dieses konzeptuellen Hintergrundes werde ich mich im Laufe der Analyse bedienen, auch wenn seine leitenden Begriffe nicht unwidersprochen geblieben sind bzw. neuere Studien auch ergänzende Dimensionen zutage gefördert haben

1 „Ruhestand" wird hier weder im rechtlich definierten Sinn verwendet, wie es im Rahmen der Sozialversicherung in Deutschland der Fall ist, noch in jenem Sinn, der die „verdiente Ruhe" nach dem Erwerbsleben in den Vordergrund schiebt. Ruhestand soll einen bestimmten Status im Lebensverlauf bedeuten.

www.parlament.gv.at

(z. B. Mayer / Wagner 1996).[2] Der Nutzen dieses konzeptuellen Rahmens liegt vor allem darin, die Beschreibung der vielfältigen Übergangsmöglichkeiten vom Erwerbsleben in den Ruhestand in eine systematische Ordnung bringen zu können (ergänzend dazu: Kap. 13.3).

8.2 Älterwerden in der Berufs- und Arbeitswelt

Eine immer wieder gestellte, aber nur schwer beantwortbare Frage betrifft das Problem, wann Älterwerden in der Arbeitswelt beginnt oder ab wann Menschen als „alt" eingestuft werden. Wie sich zeigt, sind die Grenzen fließend, eine klare chronologische Marke gibt es nicht. Obwohl dazu in Österreich keine rezenten Untersuchungen vorliegen, wird man von dem ausgehen können, was vor einigen Jahren bereits festgehalten wurde: Manchen Studien zufolge stufen sich Menschen selbst ab ungefähr dem 52. Lebensjahr als „älter" ein; Personalchefs, Betriebsdirektoren und Betriebsräte neigen dazu, die „Grenze" bei den Beschäftigten um das 50. Lebensjahr anzusetzen (Amann 1993, Naegele 1983). Viel länger schon ist bekannt, dass bei Fragen, die für Betriebe aus personalpolitischer Sicht von Bedeutung sind (wie z. B. Aufstiegschancen, Fluktuation, Weiterbildung), eine „kritische Altersgrenze" schon zwischen dem 30. und dem 40. Lebensjahr anzusetzen ist (Hofbauer 1982). Doch auch die Alltagserfahrung lehrt, dass je nach Einsatzbereich, oft noch verbunden mit spezifischen Kriterien wie Kundenbetreuung o. ä., die Urteile darüber, ob jemand schon zu alt oder noch jung genug sei, drastisch variieren.[3] Wenn nun innerhalb der Arbeitswelt die eine Richtung der Alterszuschreibungen so vielfältig nach Detailbedingungen variiert und sehr früh, oft schon um das vierzigste oder fünfundvierzigste Lebensjahr zugreift, stellt sich die Frage, ob es nicht auch eine andere Richtung gibt, in der die Zuschreibungen einem allgemeinen, die erste Richtung überlagernden Modell folgen. Tatsächlich verweist die einschlägige Literatur seit langem auf ein solches Modell. Das Verlassen des Erwerbslebens und der Übergang in den Ruhestand als „dritte Lebensphase" symbolisieren immer noch die stärkste gesellschaftliche Zuschreibung von „Alter", auch wenn in den letzten Jahren eine gewisse normative Abschwächung zu beobachten ist. Verständlich wird dieses Modell, wenn in Rechnung gestellt wird, dass *der Ruhestand in den vergangenen Jahrzehnten zu einer rechtlich normierten, materiell garantierten und sozial akzeptierten Organisationsform des sozialen Lebens geworden ist.* Damit hat sich der Ruhestand einerseits im Sinne einer biografischen Zäsur und andererseits im Sinne eines sozialpolitisch organisierten Regimes des Lebensverlaufs etabliert (Amann 1989, Backes / Clemens 1998). In dieser „Statuspassage" werden Grundorientierungen der Arbeitsgesellschaft mit biografischen Perspektiven verknüpft und der Beginn des Alters markiert (ähnlich: Göckenjan / Hansen 1993: 725f.).[4]

2 Ein Bericht der vorliegenden Art ist nicht der Ort, solche Konzepte im Detail nachzuzeichnen, ihre Kenntnis muss vorausgesetzt bzw. ihre Auffindbarkeit durch entsprechende Verweise gesichert werden.

3 Insbesondere steht eine Untersuchung aus, in der die sehr unterschiedlichen „Höchstalter" bei Stellenausschreibungen und deren allfällige Begründbarkeit analysiert werden. Es muss ja davon ausgegangen werden, dass solchen Höchstgrenzen in der Mehrzahl der Fälle keine physisch, psychisch oder kognitiv wohlbegründeten Differenzkriterien zugrunde liegen, sondern dass vielmehr in hohem Maße (alltagsästhetische) Zuschreibungen am Werke sind.

4 Es sei hier darauf hingewiesen, dass die ganze Diskussion über Herab- und Hinaufsetzung der gesetzlichen Altersgrenze in den europäischen Ländern in den letzten Jahren Bewusstsein und Verständnis des sozialen Alters natürlich auch zutiefst affiziert hat.

Somit ist der Übergang in den Ruhestand auch ein zentrales Thema der Sozialgerontologie seit vielen Jahren. In den sozialpsychologisch und sozialgerontologisch orientierten Studien dominierten ab den 60er Jahren (damals noch stärker in der Bundesrepublik Deutschland) Themen einer möglicherweise krisenhaften Anpassung an den Ruhestand wie „Pensionsschock", „Pensionierungsbankrott", „Pensionstod" etc. Mitte der 80er Jahre wurden die älteren Arbeitskräfte in Österreich zu einem Thema in der Öffentlichkeit. Die Medien berichteten monatelang unter dem Thema „Frühpension" über verschiedenste Aspekte, schwergewichtig aber immer zur Frage der Finanzierbarkeit der Pensionen. Nicht zuletzt trugen dazu wohl auch politische Entscheidungen und gesetzliche Regelungen bei, die einen erleichterten und beschleunigten Übergang in die vorzeitige Pension betrafen.[5] In der jüngeren Entwicklung beginnen eher betriebliche Untersuchungen und Fallstudien in den Vordergrund zu treten, in denen der Frage nachgegangen wird, wie die Arbeitsbedingungen älterer Erwerbspersonen sowie die Gestaltungskraft rechtlicher und organisatorischer Bedingungen das Ende der Arbeitskarriere gestalten.[6] In Deutschland wiederum stärker als in Österreich wird zur Zeit auch eine vermehrte Hinwendung zu Fragen älterer weiblicher Arbeitskräfte und der für sie typischen Übergangsformen sichtbar (z. B. Allmendinger 1994). Schließlich ist noch festzuhalten, dass in der letzten Zeit auch auf das Thema der Diskriminierung älterer Arbeitskräfte Aufmerksamkeit und Forschungsanstrengungen gerichtet werden (Amann / Knapp 1996, Finder et al. 1995). Ein erhebliches Defizit stellt in Österreich immer noch die nur zaghafte Erforschung der psychosozialen Auswirkungen des Übergangs in den Ruhestand dar.

8.3 Die Endphase der Erwerbstätigkeit als Übergangsfeld

„Ältere Arbeitskräfte – nein danke?" lautet eine Kapitelüberschrift in der bereits genannten Studie von R. Finder et al. Damit ist kurz und prägnant eine Haltung bezeichnet, die weithin gegenüber älteren Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt zu dominieren scheint. Ältere Arbeitskräfte sind eine sowohl von der Politik wie der Wissenschaft wahrgenommene Gruppe, auf die sich seit ca. 15 Jahren sowohl die Anstrengungen der Analyse wie jene spezifischer politischer und administrativer Maßnahmen richten. In Zeiten fast realisierter Vollbeschäftigung, also in den 50er und 60er Jahren, wurden ältere Arbeitskräfte im Erwerbsprozess gehalten. Die entscheidende Wende dürfte mit dem Anstieg der Arbeitslosigkeit in den 70er Jahren eingetreten sein, zumal damals auch das Angebot an jüngeren Arbeitskräften anstieg. Seit den 80er Jahren sehen sich ältere Arbeitskräfte (über 50 Jahre), relativ unabhängig von ihrer Qualifikation, im Vergleich zu den jüngeren einem ähnlich hohen und manchmal sogar höheren Arbeitsmarktrisiko gegenüber. Zufolge der von R. Finder et al. durchgeführten Untersuchung interessierte sich „die Hälfte der im Rahmen der Studie befragten Unternehmen nur für BewerberInnen unter 45, mit über 50-jährigen wollte nur noch ein Fünftel der

5 Hier ist z. B. an die sogenannte „Aktion-57/52" zu erinnern; im Jahr 1983 erließ das damalige Bundesministerium für soziale Verwaltung eine Verordnung, derzufolge in der eisenerzeugenden Industrie Österreichs Frauen, die das 52. und Männer, die das 57. Lebensjahr erreichten, durch eine Sondermaßnahme aus dem Erwerbsleben ausscheiden mussten. Da das gesetzliche Pensionsalter für eine vorzeitige Pensionierung aufgrund langer Versicherungsdauer, Arbeitslosigkeit oder Berufsunfähigkeit bei 55 bzw. 60 Jahren lag, hatte diese „Aktion-57/52" den Charakter einer vorgezogenen „Frühpension", auch wenn der Begriff hier nicht exakt zutraf.

6 Für Österreich können z. B. unter dem zuletzt genannten Aspekt als teilweise einschlägige Studien jüngeren Datums jene von Schönbauer (1998) und des ZSI (1997) genannt werden.

www.parlament.gv.at

Betriebe zumindest ein Gespräch führen" (Finder et al.: http://www.ams.or.at/amsallg/txt403.htm). *Allerdings sind die Unterschiede je nach sozialrechtlichem Status, Geschlecht und Berufsposition sehr erheblich, es stellen sich differenzierteProblemlagen ein*; darauf wird noch eingegangen.

Die strukturellen Gründe dafür, dass die älteren Arbeitskräfte zu einer Aufmerksamkeit heischenden Gruppe wurden, sind verschieden. Vor allem zählen zu ihnen das Sichtbarwerden der demografischen Veränderungen, die im Laufe der Zeit zur Entlastung der Arbeitsmärkte eingeführten und dann aufgrund der Mittelknappheit wieder zurückgeschnittenen Erleichterungen für den Übergang in den Ruhestand, ein politisch initiierter Mechanismus, der Hand in Hand ging mit dem wachsenden Druck auf die älteren Arbeitskräfte, den Arbeitsmarkt zu verlassen und der beträchtlich hohen Bereitschaft, die „Alternativrolle der Frühpension" zu wählen. Nicht zuletzt zählt zu diesen Gründen aber auch die Arbeitslosigkeit unter den älteren Arbeitskräften mit einer besonderen Bedeutung der Langzeitarbeitslosigkeit und den unter allen Altersgruppen geringsten Wiedereingliederungschancen.

8.3.1 Demografische Veränderungen und sinkende Erwerbsbeteiligung

Der demografische Wandel wird europaweit zu einem Anstieg der älteren Erwerbsbevölkerung führen. Zwischen 1985 und 1995 ist z. B. die Altersgruppe der 40- bis 55-jährigen in Österreich von 1,376.806 auf 1,547.156 gestiegen. Wir beobachten eine *Alterungstendenz*, die natürlich erhebliche Konsequenzen in den Bereichen Bildung (vor allem Fort- und Weiterbildung), Beschäftigung, Konsum und soziale Sicherheit haben wird. Verschiedentlich wird in diesem Zusammenhang auf eine demografisch bedingte Lücke im künftigen Arbeitskräfteangebot und eine Möglichkeit von deren Kompensation durch die längere Beschäftigung älterer Erwerbskohorten hingewiesen (darüber auch weiter unten). Vor einem solchen Demografie-Arbeitsmarkt-Automatismus muss allerdings eindringlich gewarnt werden. Die in Umfang und Geschwindigkeit „offenen" Entwicklungen, die ihn leicht außer Kraft setzen können, sind eine Ausweitung der Frauenerwerbstätigkeit, das Verschwinden von Arbeitsplätzen durch Rationalisierung, und schließlich die völlig offene Frage, welche Art von Arbeitskräften auf sich internationalisierenden und dem rapiden technologischen Wandel unterliegenden Arbeitsmärkten in Zukunft überhaupt nachgefragt werden (ähnlich: Schönbauer 1998). (vgl. auch: Kap. 1.2.2). Die Entwicklungen bei den *Erwerbspersonen* verlaufen bei einzelnen Altersgruppen und zwischen den Geschlechtern differenziert. Damit ist die Frage der Erwerbsbeteiligung angesprochen.

Zu den ausgeprägten Entwicklungen im Beschäftigungssystem gehört das Absinken der Erwerbsquote[7] unter den älteren Kohorten. Dieses Phänomen entwickelt sich bereits seit Jahrzehnten und es betrifft nicht nur Österreich, sondern, mit zeitlichen und quantitativen Variationen, nahezu alle europäischen Länder. Auch gegenwärtig zeigt sich diese sinkende Tendenz in Österreich, das zusammen mit Italien (gemäß der international üblichen Abgrenzung „über 55-jährige") die geringste Erwerbsbeteiligung „Älterer" im Vergleich zu den OECD-Ländern aufweist. In der Entwicklung der jüngsten Zeit, seit dem Rezessionsjahr 1993, hat sich für die gesamte Erwerbsbevölkerung (15- bis 65-jährige) der *Trend einer rückläufigen Erwerbsquote* weiter fortgesetzt. Die allgemeine Erwerbsquote betrug im Jahr 1996 69,2%, was gegenüber 1995 einen Rückgang von 0,3%-Punkten bedeutet. Die Erwerbsquote der Frauen ist seit dem Jahr 1994 rückläufig, wobei sich der Rückgang von Jahr zu

7 Sie drückt das Verhältnis zwischen Erwerbspersonen und Wohnbevölkerung (bei altersspezifischen Quoten: in bestimmten Altersklassen) aus; Erwerbspersonen: Summe aus selbstständig Beschäftigten, Mithelfenden, unselbstständig Beschäftigten und vorgemerkten Arbeitslosen.

Tabelle 8.1:
Erwerbsquoten zwischen 40 und 65 Jahren 1985-95

Erwerbsquoten zwischen 40 und 65 Jahren 1985-95								
	Frauen im Alter von ... bis unter ...				Männer im Alter von ... bis unter ...			
Jahr	40-50	50-55	55-60	60-65	40-50	50-55	55-60	60-65
1985	62,5	52,3	28,4	7,1	93,4	86,6	70,3	17,4
1986	63,2	52,4	27,7	6,7	93,7	87,2	68,3	16,7
1987	64,5	52,7	25,4	6,7	94,7	87,8	65,5	15,5
1988	64,6	54,1	26,7	6,0	93,6	88,2	64,0	14,3
1989	63,6	57,9	24,5	5,7	91,8	90,8	64,4	14,7
1990	64,6	58,1	24,9	5,6	92,0	91,2	64,2	14,5
1991	65,4	58,8	24,5	5,8	92,0	64,3	89,8	14,1
1992	66,7	58,0	24,3	5,8	92,4	63,7	87,7	13,1
1993	67,9	57,8	24,3	5,7	91,8	63,0	87,4	11,8
1994	69,0	56,7	24,0	6,2	91,2	65,8	83,2	12,0
1995	70,0	55,4	23,0	5,1	90,4	80,6	64,4	12,8

Quelle: ZSI 1997

Jahr beschleunigt, jene der Männer ist seit dem Jahr 1992 rückläufig. Der Rückgang findet vor allem bei den 15- bis 20-jährigen (langfristiger Trend einer steigenden SchülerInnenquote) und bei den über 55-jährigen statt (vgl. Bericht über die soziale Lage 1996). Den Erwerbsquoten der höheren Altersgruppen gilt nun die weitere Aufmerksamkeit.

Eine relativ geringe Erwerbsbeteiligung in höheren Altersgruppen und ein im internationalen Vergleich niedriges Pensionseintrittsalter (vgl. Kapitel 9.5) charakterisieren also die Situation älterer Arbeitskräfte in Österreich. Eine erhebliche Ursache der gesunkenen Erwerbsbeteiligung ist eine für industrialisierte Länder nicht unübliche, in Österreich aber geradezu exzessiv betriebene Politik der Ausgliederung älterer Arbeitskräfte im Wege über verschiedene Pfade vorgezogener Pensionierung, allen voran die sogenannte „Invaliditätspension", unter dem Kalkül, dadurch die angespannte Arbeitslage zu verbessern. Diese Strategien vorzeitiger Pensionierung (z. B. wegen Arbeitslosigkeit oder Invalidität) trafen mit der weit verbreiteten individuellen Bereitschaft zusammen, den Arbeitsmarkt zu verlassen. Aus der Sicht biografischer Orientierungen ist es nicht uninteressant zu sehen, dass in Österreich das Zählen der „Jahre bis zur Pension" geradezu ein Element hedonistisch inspirierten Bedürfnisaufschubs zu sein scheint.

Wie bereits angemerkt, zeigt die Erwerbstätigkeit nach Alter und Geschlecht sowie sozialrechtlichem Status erhebliche Unterschiede. Im Jahresdurchschnitt 1998 waren in der Gruppe der unter 20-jährigen Männer ca. 9 von 10 der Beschäftigten Arbeiter, bei den 24-jährigen machte der Anteil 60% und bei den 29-jährigen 50% aus; im Alter zwischen 30 und 49 Jahren lag der Anteil nur noch bei 45%, im Alter zwischen 50 und 59 Jahren sank er kontinuierlich von 44% auf 29%. In den Gruppen über 59 Jahre waren nur mehr 4.200 männliche Arbeiter erwerbstätig, aber noch 12.500 Angestellte und Beamte. Unter den 61- bis 65-jährigen männlichen Beschäftigten waren nur noch 21-22% Arbeiter.

www.parlament.gv.at

Tabelle 8.2:

% der Beschäftigten waren mindestens 60 Jahre alt (Jahresdurchschnitt 1998)

Status	Beschäftigte*	Gerf. Beschäftigte	Freie DienstnehmerIn.
Insgesamt	0,8	12	5
Männer	1,0	18	6
Frauen	0,6	9	3
Arb. / Männer	0,5	20	2
Arb. / Frauen	0,9	10	2
Ang./Beamte / Männer	1,4	15	6
Ang./Beamte / Frauen	0,4	8	3
Anzahl insges. (Tsd.)	3.079	170	15

Quelle: Wörister 1999: 7.
*) ohne geringfügig Beschäftigte und freie DienstnehmerInnen

Völlig anders stellte sich die Situation bei den Frauen dar. Lag in den Altersgruppen bis zu 40 Jahren der Anteil der Arbeiterinnen bei 27-30%, so rückte dieser Anteil danach bis zu den 48- bis 49-jährigen kontinuierlich hinauf und fiel dann – ähnlich wie bei den männlichen Arbeitern – auf 33% bei den 55-jährigen. Danach lag der Anteil wieder bei ca. 50% bei den 60-jährigen und älteren (Wörister 1999). K. Wörister deutet diese Daten folgendermaßen: Der Wiedereinstieg nach der Kinderbetreuung erfolgt besonders häufig als Arbeitertätigkeit mit besonders hohen Teilzeitanteilen; bei den Arbeiterinnen ab 50 gibt es – wie bei den männlichen Arbeitern – verstärkt Beschäftigungsprobleme, die mit einem höheren Invaliditätsrisiko verbunden sind; Arbeiterinnen erreichen deutlich seltener als weibliche Angestellte die Voraussetzungen für eine vorzeitige Alterspension – so entfielen 1998 bei Arbeiterinnen 35% der neuen Eigenpensionen auf die „normale Alterspension" (ab 60 Jahren), bei weiblichen Angestellten betrug dieser Anteil nur 20%, und das durchschnittliche Pensionszugangsalter (Alterspensionen) lag 1997 bei Arbeiterinnen um 2 Jahre höher als bei den weiblichen Angestellten (59,2 Jahre gegenüber 57,2 Jahre).

Diese Muster sind vor dem Hintergrund eines steigenden Altenanteils unter den Beschäftigten zu sehen. Aufgrund der demografischen Entwicklung steigt der Anteil Älterer an der Gesamtzahl der Beschäftigten. Die Zahl der älteren unselbständig Erwerbstätigen (ab 50 Jahre) ist zwischen 1990 und 1998 von 370.000 auf 430.000 (jeweils im monatlichen Durchschnitt der ausgewiesenen Beschäftigten nach Daten des Hauptverbandes) angestiegen. Anteilsmäßig bedeutet dies ein Anwachsen von 12,8% auf 14,1% der Beschäftigten (Männer: von 14,5% auf 15,7%; Frauen: von 10,4% auf 11,9%). Bei Beschäftigten ab dem sechzigsten Lebensjahr zeigt sich eine Besonderheit. Im Jahresdurchschnitt 1998 waren 45.000 Personen unselbständig beschäftigt (inkl. geringfügig Beschäftigte und freie Dienstnehmer). Nur etwas mehr als die Hälfte entfiel auf „normale" Beschäftigungsverhältnisse (24.000); 44% waren geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (20.000) und 1,5% entfielen auf freie DienstnehmerInnen (700). Bei den 65-jährigen und älteren (16.000 Beschäftigungsverhältnisse) war nur jedes dritte Beschäftigungsverhältnis „normal" (32%), zwei Drittel waren „geringfügig" (66%), knapp 3% entfielen auf freie DienstnehmerInnen. Aus der obigen Tabelle ist ersichtlich, dass gering-

fügig Beschäftigte und freie DienstnehmerInnen bei älteren Menschen in beachtlichem Ausmaß vorkommen.

Für die selbständig Erwerbstätigen nach Alter lagen Anfang 1990 nur Daten für Dezember 1997 vor. Damals gab es 19.100 selbständig Erwerbstätige (11.800 gewerbliche, 700 freiberufliche Selbständige und 6.500 Bauern). Die Mehrheit der versicherungspflichtigen Erwerbstätigen im Alter von 60 und mehr Jahren ist also selbständig erwerbstätig (Wörister 1999: 7).

Als eigene Gruppe seien hier noch jene kurz behandelt, die zwar eine Pension beziehen, daneben aber noch einer Erwerbsarbeit nachgehen.[8] Im Juli 1996 waren 53.000 Pensionisten und Pensionistinnen beschäftigt (20.000 Männer und 33.000 Frauen). Dazu sind noch 21.000 Personen zu zählen, die neben einer Eigenpension eine geringfügige Beschäftigung ausübten (9.000 Männer und 12.000 Frauen). Dabei entfiel fast die Hälfte jener, die versicherungspflichtig erwerbstätig waren, auf Witwen(wer)pensionistInnen (24.000 inkl. Witwenversorgungsgenüsse aus Beamtensystemen; 20.000 Witwen und 4.000 Witwer). Im Dezember 1995 waren von den damals 42.000 Witwenpensionistinnen im Alter bis zu 54 Jahren etwas über 40% erwerbstätig; innerhalb der Witwerpensionisten (4.100) in dieser Altersgruppe waren es sogar über 70%. In der Gruppe der 60-jährigen und älteren betrugen die Anteile noch 1,6% der Witwer und 0,6% der Witwen (Wörister 1997).

Da häufig die Beschäftigung von InvaliditätspensionistInnen zum öffentlichen Thema wird, sei hier noch kurz darauf eingegangen. Eigene Pension und zusätzliches Erwerbseinkommen sind offensichtlich häufig Objekt von Begehrlichkeiten oder Verurteilungen; im Falle der Invalidität haben Mehrfacheinkommen, wie K. Wörister richtig bemerkt, allerdings einen sozialpolitischen Sinn. Zusätzliche Einkommen können die vielfach sehr niedrigen Pensionen aufbessern, und wie wir aus Studien wissen, ist gerade die Integration von Invaliden oder Behinderten in den Arbeitsmarkt von erheblicher psychosozialer Bedeutung. Ende 1995 waren von den 122.000 InvaliditätspensionistInnen (bis 59 Jahre) aus der Pensionsversicherung 4.200 erwerbstätig (3,5%; Männer: 3,7%; Frauen: 3,1%). Davon waren 43% selbständig erwerbstätig (1.100 Gewerbetreibende und 700 Bauern / Bäuerinnen) und 57% unselbständig (1.300 Angestellte / Beamte und 1.200 ArbeiterInnen). Innerhalb der Beamten (Ruhegenüsse bis zum Alter von 59 Jahren, insgesamt 33.000) waren nur 1,9% erwerbstätig. Die PensionistInnen-Erwerbsquoten bei den Beamten sind damit ähnlich hoch wie bei den Unselbstständigen der Pensionsversicherung (Wörister 1997: 4).

8.3.2 Arbeitslosigkeit als Push-Effekt[9] für die Pensionierung

Dass in Zeiten strukturellen Wandels, der insbesondere die traditionellen Formen der Arbeitsorganisation und Arbeitsverteilung in der Gesellschaft erfasst hat, ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen besonders stark vom Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt bedroht sind, ist allgemein anerkannt. So hatten die über 50-jährigen in Österreich von 1994 bis 1996 den höchsten Prozentanstieg in der Langzeitarbeitslosigkeitsquote und den stärksten prozentuellen Zuwachs in der Zahl der Arbeitslosigkeitsfälle hinzunehmen. Dass so manche Verhaltensweisen der Arbeitgeber, der jüngeren Kollegen und Kolleginnen und schließlich auch manche der staatlichen Maß-

8 In diesem Fall standen nur Daten zur Verfügung, die 1997 publiziert wurden, also aus 1996 und 1995 stammen.

9 A. Amann und G. Bohmann haben 1991 auf der Basis empirischer Studien ein Konzept der „Push- und Pull-Effekte" vorgelegt. Zu den Push-Effekten für den Übertritt in den Ruhestand zählen vor allem: Arbeitslosigkeit, Minderung der Arbeitsfähigkeit, sozialer Druck, die Unzufriedenheit mit der Arbeit etc.; als Pull-Effekte zählen die forcierten Wege des Übergangs in die Pension – inklusive der positiven Erwartungen an die Pension etc.

www.parlament.gv.at

nahmen den Charakter der *Altersdiskriminierung* haben, wird ebenfalls nicht bezweifelt; allerdings muss hier das Urteil der Diskriminierung insofern relativiert werden, als ja unterschiedliche Einkommenslagen, Abfertigungsansprüche, Freiwilligkeit oder Unfreiwilligkeit der Aufgabe der Beschäftigung etc. immer auch in Rechnung zu stellen sind. Die weitere Entwicklung nach 1995 stellt sich folgendermaßen dar.

1996 waren im Jahresdurchschnitt rund 230.000 Arbeitslose vorgemerkt; gegenüber 1995 bedeutete dies um 15.000 Personen mehr im Jahresdurchschnittsbestand. Dieser wurde seinerseits durch eine gestiegene Zahl an Betroffenen (plus 22.000) und durch die Verlängerung der durchschnittlichen Dauer (plus 5 Tage) verursacht. Insgesamt waren 709.000 Personen zumindest einmal von Arbeitslosigkeit betroffen, der Anstieg der Betroffenheit galt für fast alle Altersgruppen; deutlich aber war der Anstieg in den mittleren Erwerbsaltersgruppen der 30- bis 39-jährigen (plus 12.000) und der 40- bis 49-jährigen (plus 11.000).Über 50-jährige hatten eine durchschnittliche Betroffenheit, jedoch eine *wesentlich längere Dauer der Arbeitslosigkeit*. Mit Hilfe der Komponentenzerlegung (Betroffenheitsquote und Dauerquote), wird die Lastenverteilung allerdings deutlich sichtbar. Abgesehen von den Altersrandgruppen (15- bis 18-jährige und 60-jährige und Ältere) stieg mit zunehmendem Alter die durchschnittliche Arbeitslosigkeitsdauer, die Betroffenheitsquote sank – bis zu den 50-jährigen. In der *Dauer der Arbeitslosigkeit* aber lagen diese noch immer *weit über dem Durchschnitt*.

Einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf in der Lebenslage älterer Arbeitsloser die *Langzeitarbeitslosigkeit* (vgl. Kapitel 9.10). Nach wie vor gilt: Alter ist einer der bestimmenden Faktoren für Langzeitarbeitslosigkeit. Mit zunehmendemAlter wächst der Anteil der Langzeitarbeitslosen an den Betroffenen einer Altersgruppe relativ kontinuierlich, ab den 50-jährigen *steigt er sprunghaft* an; ab der Altersgruppe der 30- bis 39-jährigen liegen die Anteile bereits über dem Durchschnitt, *bei den über 50-jährigen sogar doppelt so hoch* wie der Wert für alle Personen (Sozialbericht 1996: Kap. 5).Seit den späten 80er Jahren wird nun eine kontinuierliche Verschlechterung der Arbeitsmarktlage für ältere Arbeitskräfte beobachtet. Das liegt einerseits an der 1991 erneut einsetzenden und diese Personengruppe aus betriebswirtschaftlichen Kalkülen besonders benachteiligenden Lage der Unternehmen und andererseits an mangelnden (sozial)staatlichen Lenkungs- bzw. Abfederungsmaßnahmen bzw. an der versuchten Entlastung der Arbeitsmärkte durch Zugangserleichterungen in die Pension. Außerdem zeigen die Statistiken, dass auch in den Vorjahren vor der erneut einsetzenden Rezession Anfang der 90er Jahre die Arbeitslosenzahlen älterer Arbeitskräfte im Vergleich zur Gesamtpopulation hoch waren bzw. stiegen. Mit Hilfe einer Kohortenbeobachtung ließ sich für den Konjunkturzyklus 1989-93 zeigen, dass der *Zustrom* an 50-59-jährigen Arbeitnehmern eklatant über jenem der Gesamtpopulation lag. Die überaus schlechten Wiederbeschäftigungschancen dieser Personengruppe manifestierten sich in einer von Jahr zu Jahr ansteigenden Arbeitslosigkeitsdauer, was letztlich zu einem stark überproportionalen Volumen an Arbeitslosigkeit führte (Schmitzberger 1995: 111ff.). Den Anstieg der Arbeitslosigkeit unter älteren Arbeitskräften vornehmlich demografischen bzw. Kohorteneffekte zuzurechnen, erwies sich – überraschenderweise – als falsch. Er ist für die 50- und Mehrjährigen nur zu einem Drittel, bei den 50- bis 54-jährigen nur zu zwei Fünftel auf diese Faktoren zurückzuführen. Vielmehr zeigt die Analyse auch des Zeitraums 1989-93, dass die Arbeitslosigkeit nicht nur wegen demografischer Effekte stark gestiegen ist (Schmitzberger 1995: 119).

8.3.3 Diskriminierung und das Problem mit den Altersgrenzen

Dass die Diskussion über die Altersgrenzen aus begründeten Überlegungen sinnvoll ist, wird kaum bezweifelt. Insbesondere die Anhebung des fakti-

schen Pensionszugangsalters scheint auf relativ breite Anerkennung zu stoßen, weniger allerdings die Idee einer Anhebung der gesetzlichen Altersgrenze (vgl. aber die entsprechende Novelle zum ASVG zur langfristigen Anpassung des gesetzlichen Pensionsalters der Frauen an jenes der Männer). Immer aber muss die Frage gestellt werden, welchen tatsächlichen und nicht nur erhofften Nutzen solche Änderungen bringen. So ist eine einseitige Anhebung des Pensionszugangsalters ohne begleitende starke Maßnahmen zur Beschäftigungssicherung älterer Arbeitskräfte sicher nicht sinnvoll. Außerdem stellt sich häufig die Frage, inwieweit die in der Öffentlichkeit vorgetragenen Argumente altersdiskriminative Dimensionen haben. Da zu diesem Thema die Forschungslage eher dünn ist, werden im Folgenden Ergebnisse eines jüngeren Projektes ausführlich dargestellt (nach Amann / Knapp 1997). Sie berühren zahlreiche Dimensionen der Situation älterer Arbeitskräfte und bergen auch kritische Sichtweisen, das System der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik betreffend.[10]

Im Jahr 1993 wurde unter der Federführung von Eurolink Age (London) eine Studie fertiggestellt, in der altersdiskriminierende Bedingungen in EU-Ländern untersucht worden waren. An jener Studie war Österreich (noch) nicht beteiligt. 1995 wurde dann mit der Arbeit an einem Nachfolgeprojekt begonnen, an dem Österreich (mit A. Amann und W. Knapp) teilnahm und das 1997 publiziert wurde. An diesem Projekt waren Deutschland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Holland, Italien und eben Österreich beteiligt. Im österreichischen Teil wurden, wie in den anderen Ländern auch, Dokumente analysiert, Experten und Expertinnen in Interessenvertretungen, politischen Verbänden, in der Sozialbürokratie und in den Medien befragt. Gespräche und Interviews wurden mit Experten und Expertinnen aus Arbeitgebervertretungen (5), Ministerien (2), Nationalrat (3), Arbeitnehmervertretungen (6), Arbeitsmarktservice (6), Sozialversicherung (2), Wissenschaft (8), Printmedien (4) und Rundfunk / Fernsehen (1) geführt.

Mit Hilfe der Ergebnisse dieser Studie sollte es möglich sein, größere Aufmerksamkeit und ein schärferes Bewusstsein für die Situation der älteren Arbeitskräfte, insbesondere für sie diskriminierende Bedingungen und Maßnahmen, in der Öffentlichkeit zu schaffen. Für *„Altersdiskriminierung"* wurde in diesem Projekt eine weite und doch zugleich relativ präzise Definition verwendet: Sie liegt dann vor, *wenn Menschen allein aufgrund ihres (höheren) Alters bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden, sie dann deshalb ungleich behandelt und von Chancen und Möglichkeiten ausgeschlossen werden.* (vgl. dazu auch: Kap. 13.2.4.2)

8.3.3.1 Maßnahmen für stabile Beschäftigung und Wiedereingliederung

Die vorrangigen arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischen Maßnahmen für ältere Arbeitslose, die in Österreich die aktuellen Strategien bestimmen, wie z. B. Fortbildungs- und Umschulungsprogramme, Eingliederungshilfen bei Einstellung älterer Arbeitsloser, Arbeitsbeschaffungsprogramme, berufliche Rehabilitation, Einkommenssicherung bei Arbeitslosigkeit etc., wurden durchwegs von nahezu allen Befragten positiv gewertet. Die Maßnahmen zur beruflichen Fortbildung und Umschulung erhielten die stärkste Zustimmung, doch wurde moniert, dass ältere Arbeitslose darin nicht ausreichend vertreten seien. Auch die Zuschüsse zur beruflichen Eingliederung oder zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit erhielten hohe Zustimmung, wiederum allerdings mit der Einschränkung, dass doch

10 Diese Ergebnisse sind als Forschungsbericht vorgelegt worden und in teilweise textidentischer Form bereits publiziert worden: Amann, A., Alternde Arbeitskräfte und einige Selbstmissverständnisse der Sozialpolitik – das Beispiel Österreich, in: Naegele, G., Schmitz, R.-M. (Hrsg.), Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Opladen 1999, 300-315.

www.parlament.gv.at

fast die Hälfte ein Zuwenig für ältere Arbeitslose erkannte. Schließlich fiel auch das Urteil über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Rehabilitationsprogramme ähnlich aus: hohe Zustimmung, doch zu wenig auf ältere Arbeitskräfte konzentriert. Kritische Stimmen hoben allerdings hervor, dass die „staatliche Förderung" älterer Arbeitsloser in ihrer Sicht vor allem finanzieller Natur im Gewande der vorzeitigen Pensionierung und in Bezug auf berufliche Wiedereingliederung eine kontraproduktive Strategie sei.

Zur Verhinderung der Altersdiskriminierung im Sinne einer chancenangepassten Wiedereingliederung wurden vor allem spezielle Weiterbildungsprogramme für ältere Arbeitslose gefordert. Die Hinweise, dass diese nicht allein aufgrund ihres Alters von Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen ausgeschlossen werden dürften, waren signifikant. Will man Defizite markieren, so sollten einige jener Vorschläge genannt werden, die unter die Rubrik „Andere staatliche Maßnahmen" fielen:

Gemeinnützige Arbeitsbeschaffungsprogramme

- Intensivierung der sogenannten „Brückenjobs", da ein direkter Wiedereinstieg meist unwahrscheinlich ist
- Steuerliche Erleichterungen im Zusammenhang mit Ausgaben für lebenslanges Lernen im Sinn der Aktualisierung von Berufswissen
- Gezielte Arbeitszeitflexibilisierung zum Zweck eines höheren Beschäftigtenstandes
- Viel stärkerer Ausbau des sogenannten Gründerprogramms für Ältere
- Gezielte Beobachtung und dann Beschäftigungsausbau in Bereichen mit potentiellem Wachstum wie z. B. Pflegebereich, private Dienstleistungen, zweiter Arbeitsmarkt etc.

Dem Sozialministerium geht es (ging es damals) in erster Linie darum, für die betroffene Gruppe der Älteren spezifische Formen zu finden, die ihnen die Rückkehr ins Erwerbsleben ermöglichen. Diese lägen nicht nur in Schulungs- und Bildungsmaßnahmen im engeren Sinne, sondern auch in der Schaffung spezifischer Arbeitsplätze für ältere Menschen (Beschäftigungsgesellschaften, sozialökonomische Betriebe etc.) und in Unterstützungsformen für bestimmte Teile dieser Personengruppe, die es ihnen ermöglichten, sich selbstständig zu machen.

8.3.3.2 Personalrekrutierung

Dass staatliche Maßnahmen helfen, bestehende Altersbarrieren in konkreten Bereichen zu beseitigen – bei Stellenangeboten und beim Einstellungsverhalten in der Privatwirtschaft, beim Einstellungsverhalten im öffentlichen Dienst, bei der betrieblichen Weiterbildung – mochte für den erstgenannten Bereich kaum mehr als die Hälfte der Befragten glauben, die Lage im öffentlichen Dienst wurde vorteilhafter beurteilt; im Fall der betrieblichen Weiterbildung fiel die positive Einschätzung wieder erheblich ab.

Weshalb, fragt man sich, ist das Zutrauen in die Wirksamkeit staatlicher Maßnahmen relativ gering? Nach unserer Erfahrung in dieser Studie sind es vor allem zwei Aspekte, die eine Rolle spielen: einerseits ein ideologischer, andererseits ein pragmatischer. Der ideologische ergibt sich aus einer Perspektive der prinzipiellen Haltung – „Dem Staat sollte nicht soviel Interventionsmöglichkeit gegeben werden, der Markt würde sich viel mehr selbst regulieren" oder „Es ist nie möglich, die Einhaltung einer Vorschrift vollständig zu kontrollieren" (Zitate); der pragmatische Gesichtspunkt ergibt sich aus Abwägungen – „Die Wirksamkeit staatlicher Maßnahmen ist beschränkt. Ökonomische Faktoren dürfen nicht außer Acht gelassen werden: Bei rückläufiger Arbeitskräftenachfrage stellen Betriebe eher ‚günstigere' jüngere Arbeitskräfte ein. Die Diskriminierung von Arbeitskräften aufgrund ihres Alters erfolgt oft aus einer gewissen Ratlosigkeit, wie aus einem großen Arbeitskräfteangebot ausgewählt werden könnte. Die Wahl fällt auf den jungen, gut qualifizierten Mann. Eine Arbeitnehmerin z. B. wird eigentlich eine ‚ältere

Arbeitnehmerin', sobald sie ihr vorgesehenes ‚Hindernis', die Gebärfähigkeit, ‚überwunden' hat" (Zitat).

Die erweiterte Fragestellung über den Zusammenhang zwischen Beschäftigungssituation, Altersdiskriminierung und staatlichen Eingriffen erfuhr zumindest folgende klare Antwort: Ein Verbot von Altersgrenzen in Stellenangeboten wurde nicht signifikant befürwortet; andererseits bestand Einigkeit darüber, dass Aktionen zur Sensibilisierung bei Altersbarrieren notwendig seien. Lohnkostenzuschüsse an Arbeitgeber für die Einstellung und Weiterbildung älterer Arbeitskräfte wurden überwiegend als sinnvolle staatliche Maßnahme bejaht; der Unterstützung von Klein- und Mittelbetrieben bei der Arbeitsplatzsicherung für ältere Arbeitskräfte wurde im selben Ausmaß zugestimmt. Dagegen fand die Nutzung von Sozialplangeldern zur vorrangigen Beschäftigungsförderung keinen großen Anklang. Eher wurde schon für eine Arbeitszeitverkürzung für ältere Arbeitskräfte statt Kündigung und für Zuschüsse zu den Lohnkosten plädiert.

8.3.3.3 Vorzeitige Pensionierung

Maßnahmen, die einer vorzeitigen Ausgliederung aus dem Erwerbsleben dienen, wie z. B. Sozialpläne und / oder Frühpensionierung wurden von etwa der Hälfte als Nachteil angesehen. Einerseits gehen diese Strategien, so einige der Fachleute, zu Lasten der Sozialversicherung, andererseits würden Erwartungshaltungen in Richtung Frühpensionierung geweckt, die immer weniger erfüllt werden können, und schließlich begebe man sich, „abgesehen vom inhumanen Aspekt des Abschiebens, erfahrener, verlässlicher und in ihren Fähigkeiten oft unersetzlicher Arbeitskräfte (der Mangel an gediegenen Handwerkern, Verkäufern etc. bremst schon heute viele Wirtschaftsbereiche)" (Zitat). Bei jenen, die solche Maßnahmen als Vorteil ansahen, war das leitende Motiv, dass durch solche Programme Arbeitsplätze für Jüngere geräumt würden. Wir bezweifeln allerdings, dass diese Sichtweise der Realität entspricht: Es sprechen genügend Hinweise dafür, dass *die Ersetzungsrate* in diesem Fall sehr *gering* ist. An dieser Stelle soll hervorgehoben werden, dass eine Anhebung des gesetzlichen Pensionsalters von den meisten als völlig ungeeignete Maßnahme angesehen wurde; jene, die eine solche Regelung begrüßten, sprachen typischerweise in diesem Zusammenhang so gut wie nie über die Konsequenzen für die älteren Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt, die sich dann unvermeidlich einstellen würden. Ein Arbeitgebervertreter regte außerdem in dieser Frage an, bei Anhebung des Pensionsalters gleichzeitig die Dauer des Arbeitslosengeldbezuges zu kürzen, um die älteren Arbeitskräfte zu „zwingen, eine Arbeit anzunehmen" (Zitat). Auch diese Position scheint uns nicht ganz realitätsentsprechend zu sein (wenn nicht gar zynisch angesichts der realen Situation).

Staatliche Neuregelungen wurden von über der Hälfte befürwortet, eine Forcierung der gleitenden Pensionierung fand dabei die höchste Akzeptanz.

Die Beseitigung altersdiskriminierender Elemente in Programmen zur vorzeitigen Ausgliederung aus dem Erwerbsleben wurde mehrheitlich bejaht; dazu zählten die Hinderung der Arbeitgeber, Sozialplanregelungen primär auf ältere Arbeitskräfte abzustellen und die Forderung, dass die Kosten der Frühpensionierung (nach Kündigung) die Arbeitgeber anstelle der öffentlichen Hand und der Sozialversicherung tragen sollten.

Die offizielle Regierungssicht (repräsentiert durch den damaligen österreichischen Sozialminister F. Hums) hieß: erstens keine Erhöhung des rechtlichen, wohl aber des faktischen Pensionsalters und zweitens Flexibilisierung der Lebensarbeitszeit. Damit ging der Minister über das Modell des flexiblen Übergangs in den Ruhestand hinaus und setzte am Lebensarbeitszeitmodell an. Der von den Experten mehrheitlich geäußerten Anregung, die Kosten für Frühpensionierung auf Unternehmen überzuwälzen, stand der Sozialminister skeptisch gegenüber, er hielt sie für nicht realisierbar.

8.3.3.4 Antidiskriminierung und Besserstellung

Über die Hälfte der Gesprächspartner meinte, der Staat habe gegen Altersdiskriminierung und für die Besserstellung der älteren Arbeitskräfte zu wenig getan, und eine qualifizierte Mehrheit war der Auffassung, die Gewerkschaften hätten in dieser Frage versagt. Zwiespältig, wie es einander gegenübergestellte Positionen nun einmal sind, stellt sich auch die Meinung über die Wirksamkeit solcher Maßnahmen dar.

Nur knapp die Hälfte war der Überzeugung, dass die getroffenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation beitragen können. Zu berücksichtigen ist jedenfalls die Tatsache, dass viele der Maßnahmen jungen Datums sind, noch kaum gegriffen haben und deshalb ihre Wirksamkeit noch gar nicht sichtbar ist. Ergänzend wurde in den Interviews argumentiert, dass die getroffenen Maßnahmen deshalb wenig Wirkung hätten, weil die Reintegrationschancen der verschiedenen Personengruppen höchst unterschiedlich seien, weil Beschäftigungsförderung bis in die jüngste Zeit so gut wie überhaupt nicht stattgefunden habe und weil statt des Leistungsprinzips immer noch das Senioritätsprinzip im Vordergrund stehe.

Deutlich trat nur vereinzelt die Ansicht hervor, dass jede Form der frühzeitigen Ausgliederung älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen aus dem Erwerbsleben, sei es nun aus gesundheitlichen, betriebswirtschaftlichen oder anderen Gründen, an sich schon altersdiskriminierend sei. Der Einführung von eigenen Altersdiskriminierungsgesetzen in Österreich standen viele skeptisch bis ablehnend gegenüber – sie werden für nicht vollziehbar gehalten.

8.3.3.5 Prioritäten

An Vorschlägen für Schwerpunktsetzungen hat es in den Interviews nicht gefehlt; zusammenfassend sollen hier nochmals die wichtigsten genannt und durch einige noch unerwähnte ergänzt werden. Beschäftigungsförderung für ältere Arbeitskräfte, Schulung und Weiterbildung für jene in Beschäftigung ebenso wie für Arbeitslose, Forcierung der gleitenden Pensionierung, finanzielle Anreize für die Wiedereinstellung arbeitsloser Älterer, Schaffung spezieller Arbeitsplätze für Ältere und Arbeitszeitflexibilisierung sind die *„top six"* unserer ExpertInnen.

Doch auch andere Vorschläge wurden genannt, denen Dringlichkeit zugesprochen wurde. Dazu zählen, getrennt nach Interessengruppen:

- Vorschläge von Seiten der Arbeitnehmerverbände:
  - andere Rahmenbedingungen herstellen wie z. B. Veränderung der Einkommenskurve
  - Aufklärungsarbeit über Altersdiskriminierung sowie Chancengleichheit für Männer und Frauen herstellen
- Vorschläge von Seiten der Arbeitgeberverbände:
  - eine stärkere Besteuerung der Überstunden, um Beschäftigung zu schaffen
  - Erhöhung der F&E-Mittel, um neue Arbeitsplätze zu schaffen
  - steuerliche Förderung der Eigenvorsorge
  - stärkere Gesundheitsförderung und Betonung von Prävention, um Invalidität hintan zu halten
  - steuerliche Begünstigung von betrieblichen Sozialleistungen für ältere Arbeitskräfte
- Vorschläge von Regierungsstellen:
  - Einflussnahme auf die Personalplanung der Firmen
  - Stärkung der Fort- und Weiterbildung vor allem in Klein- und Mittelbetrieben
  - eine Sozialpartnerkonvention zur Forcierung der Altersarbeit
  - stärkere integrierende Maßnahmen auf dem Arbeitsmarkt (da es in Österreich pro Jahr 700.000 Umschläge der Dienstverhältnisse gibt und die durchschnittliche Beschäftigung an einem Arbeitsplatz weniger als sechs Jahre beträgt)

- Vorschläge von anderen Gruppen (Journalisten, Wissenschaftern):
  - Beendigung der „verlogenen" Diskussion, in der Frühpensionierung (Invaliditätspension) ermöglicht und zugleich die Hinaufsetzung des Pensionsalters gefordert wird (diese Kritik ist wegen der inzwischen rigiden Zugangsbeschränkungen zu dieser Form vorzeitiger Pensionierung nur noch teilberechtigt)
  - im Falle der Anhebung des Pensionsalters auch eine Anhebung der Schutzfristen (z. B. von 55 auf 57 Jahre).

Die Essenz all dieser Ergebnisse scheint uns in ein Selbstmissverständnis der Sozialpolitik zu münden. In nahezu allen Strategien, die älteren Arbeitskräfte betreffend, dominiert eine Sichtweise, die den Hebel der Maßnahmen schwergewichtig am Punkt schon eingetretener Arbeitslosigkeit ansetzt, während massive Versuche zur Aufrechterhaltung stabiler Beschäftigungsverhältnisse im Hintergrund bleiben. Es ist klar, dass diese Sichtweise unterschwellig noch immer von der lange Jahre wirksamen, aber inzwischen antiquierten Vorstellung begünstigt wird, dass Arbeitsmarktprobleme mit Hilfe des Systems sozialer Sicherheit zu lösen seien.

Im Vergleich zu anderen Ländern wie z. B. Holland hat in Österreich eine Bewusstwerdung über die Situation älterer Arbeitskräfte, insbesondere die Aspekte der Altersdiskriminierung und des Risikos auf dem Arbeitsmarkt, relativ spät eingesetzt. Staatliche Maßnahmen zur Änderung und Verbesserung der Situation sind zu einem erheblichen Teil ebenfalls sehr jungen Datums. Als logische Folge ergibt sich daraus, dass der ganze Facettenreichtum der Diskriminierungsprozesse kaum bewusst und überhaupt nicht dokumentiert ist, wodurch auch zugleich klar wird, dass Gegenmaßnahmen noch in den Kinderschuhen stecken. Derselbe Umstand führt aber auch dazu, dass von einer ganzen Reihe von staatlichen Maßnahmen, die inzwischen gesetzt wurden, keine ausreichenden Wirkungsanalysen oder Evaluationen über ihre Effektivität vorliegen. Auffällig ist schließlich, dass alle Vorschläge und Vorstellungen der Experten und Expertinnen sich innerhalb der traditionellen Bahnen finden, in denen das asymmetrische Verhältnis zwischen Wirtschaftspolitik und Sozialpolitik, zwischen traditionellem Sozialstaatsmodell und sich verändernder Erwerbsgesellschaft und schließlich zwischen Programm und Realität der materiellen Umverteilung prinzipiell nicht in Frage gestellt wird.

8.4 Arbeit im Betrieb und Kontexte der Ausgliederung

Mehrere empirisch fundierte Thesen lassen sich einsetzen, um die Lage älterer Arbeitskräfte in den Betrieben zu charakterisieren. Einerseits stehen sie in vielen Fällen unter einem Anpassungsdruck, der aus folgenden Kontexten entsteht: gesundheitliche Veränderungen, physische und psychische Leistungsminderung, berufspositionelle Schlechterstellung, tätigkeitsbezogene Minderqualifizierung, Altersdiskriminierung (vgl. Amann 1993). Nicht in allen Fällen ist nun tatsächlich ein solchen Kontexten entsprechendes Anpassungsverhalten zu beobachten, vielfach kommt es aber andererseits zu „typischen" Mustern. Die markantesten scheinen dabei folgende zu sein.

Eine typische Form geänderter Verwendung und Positionierung älterer Arbeitskräfte findet sich in der Möglichkeit des „Schonarbeitsplatzes" oder der „Nischen". Im Bereich der mittel-, aber auch höherqualifizierten Arbeiter und Angestellten machen sich die geänderten Anforderungen durch beschleunigte Arbeitsabläufe und Einsatz neuer Technologien (im Tertiärsektor vor allem Informationstechnologien) bemerkbar. Wenn Menschen hier nicht mehr mithalten können, finden sie Verwendung in Nischen wie z. B. im Lager, im Vorschlagswesen, in Sonderprojekten, bei Routinetätigkeiten, abseits des Kundenempfangs in der Do-

www.parlament.gv.at

kumentation etc. Vereinzelt wird lange Erfahrung und genaue Kenntnis der Firma auch bei Akquisition und Auftragsabwicklung geschätzt.Ein weiteres Muster scheint die Kombination aus gezieltem Betriebswechsel, kollektiver Leistungskontrolle im Betrieb, Abwickeln der formalen Aufstiegsmöglichkeiten und gezielter Weiterbildung zu sein. Ältere Arbeitskräfte spüren, vor allem im Bereich körperlicher Schwerarbeit, die Leistungsveränderung sehr genau, außerdem gehört dieses Wissen zur „Arbeitskultur". Mitunter werden in Betrieben solidarisch Leistungskontrollen auf informeller Basis entwickelt, Neueinsteiger werden in diese Normen sozialisiert; die Funktion der Kontrolle liegt in der Verstetigung des Leistungsvermögens und der Vermeidung unregelmäßig auftretender Leistungsspitzen. Eine Lastenumverteilung zwischen Jüngeren und Älteren ist aber trotzdem auch zu beobachten. Kommt es zu massiven technischen und organisatorischen Umstellungen im Betrieb, so wird versucht, die Entwertung des Humankapitals durch Zusatzqualifikation zu kompensieren. Dass mit Weiterbildung zum einen keine Garantie auf einen Arbeitsplatz verbunden ist und andererseits Zusatzqualifikationen zwar den Erhalt des Arbeitsplatzes, häufig aber unter Gehaltseinbußen, bedeutet, ist ebenfalls vielen bewusst.

Eine dritte Form findet sich als traditionelle Arbeitsanpassung in Betrieben ohne große Umstellungen. Auf der Seite der Arbeitskräfte (häufig im Schnitt ältere Belegschaften) werden die traditionellen Tugenden der Pünktlichkeit, des Fleißes, der Betriebsloyalität und der Verlässlichkeit hoch gehalten, gewissermaßen also ein traditionelles Berufsethos, auf der Seite des Betriebes wird dies mit Obsorge abgegolten. Wer nicht durch Abweichung auffällt (häufige Krankenstände, Unpünktlichkeit etc.), hat nicht viel zu befürchten. In solchen Fällen trifft dann plötzlicher Personalabbau besonders hart, weil gewissermaßen ein normatives „agreement" verletzt wird. Das vierte Muster findet sich in der plötzlichen Kündigung, die an die mehr oder weniger aussichtsreichen Möglichkeiten gekoppelt ist, einen der verschiedenen möglichen Wege in den Ruhestand zu wählen.[11] Zu den oben erwähnten „Kontexten", aus denen Anpassungsdruck entsteht, ist folgendes anzumerken. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass es in vielen Fällen nicht darauf ankommt, ob die Gesundheit tatsächlich beeinträchtigt ist, die Leistungsfähigkeit tatsächlich abnimmt etc. – oft reicht schon die Vermutung, dass es so sei. Weiters hat sich erwiesen, dass ältere Erwerbspersonen, entgegen einer weit verbreiteten Annahme, sich nicht häufiger im Krankenstand befinden als jüngere und im Vergleich zu diesen auch nicht generell niedrigere Leistungen aufweisen; wenn allerdings ältere Erwerbspersonen sich im Krankenstand befinden, verweilen sie länger in diesem als jüngere. Aus solchen Befunden sind verschiedene Konsequenzen abzuleiten. Wenn ältere Arbeitskräfte nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch im Betrieb als leistungsgemindert eingestuft werden, kann das in direkter Weise berufliche Diskriminierung und Karriereabstieg nach sich ziehen. Benachteiligungen wurden für ältere Erwerbspersonen im Rahmen des innerbetrieblichen Aufstiegs, beim Zugang zu Schulung und Weiterbildung und bei der Verbleibdauer in Betrieben nachgewiesen. Vielfach hängen solche Diskriminierungen, zumindest aber benachteiligende Effekte, ihrerseits mit innerbetrieblichen Veränderungen, mit Produktionsumstellungen, Auftragseinbrüchen und Betriebsschließungen zusammen. Aus psychologischer Sicht ist bedeutsam, dass solcherart negativ gefärbte Einstellungen maßgeblich das Selbstbild der Betroffenen bestimmen. Sie zweifeln tatsächlich an ihren Fähigkeiten, sich umstellen zu können, sie erwarten von Schu-

11 Diese „Muster" decken natürlich nicht die gesamte „Phänomenologie" an Lagen ab, in denen sich ältere Arbeitskräfte in Betrieben wiederfinden. Sie dürften aber doch von einiger Reichweite sein. Quellen und Materialien finden sich u. a. bei: Schönbauer (1998), Amann (1993), Amann (1990), Amann / Bohmann / Herrmann / Költringer / Nemeth / Wieser (1992), Amann / Böhm / Kolland / Penz (1986).

lungsmaßnahmen nur geringe Effekte, sie zeigen bei der Arbeitssuche vermehrt Unsicherheit und Resignation (Amann / Bohmann / Herrmann / Költringer / Nemeth / Wieser 1992). Damit werden ältere Erwerbspersonen einem zumindest doppelten Anpassungsdruck unterworfen: erstens erleiden sie die Zuschreibung negativer Merkmale als soziale Stigmatisierung, zweitens verinnerlichen sie diese, senken dadurch ihr eigenes Anspruchsniveau und vermindern damit ihr Potential, sich aus dieser Situation zu befreien, noch einmal erheblich. Zum Begriff der Altersdiskriminierung ist hier noch ein Gedanke festzuhalten, der von besonderer Bedeutung ist. Tatsächlich werden in allen Situationen und bei allen Altersgruppen in den Institutionen des Arbeitsmarktes und in den Betrieben das Risiko des Arbeitsplatzverlustes und schon eingetretene Arbeitslosigkeit hinsichtlich ihrer strukturellen Ursachen *individualisiert*; anstatt mit einem allgemeinen Arbeitskräfteüberangebot in einer bestimmten Region und einer durch das Bildungssystem produzierten, den Bedarfen des Arbeitsmarktes aber unangemessenen Qualifikationsstruktur, wird mit individualisierenden Zuschreibungen gearbeitet. Einzelne Personen sind dann: zu alt, zu wenig qualifiziert, drücken sich um Arbeiten herum, flüchten in die Krankheit, wollen die härteren Zeiten nicht zur Kenntnis nehmen, sind undankbar, wollen nicht einmal Gelegenheitsarbeiten annehmen etc. Qualitative Untersuchungen weisen aber nach, dass solche *Individualisierungsstrategien besonders im Falle älterer Erwerbspersonen* angewandt werden. Während einer jüngeren, arbeitslosen Person zum Beispiel der Weg zur Höherqualifizierung prinzipiell immer noch offensteht, ist einer älteren dieser Weg nahezu völlig verstellt. Die für ältere Erwerbspersonen charakteristischen geringeren Wiedereingliederungschancen bzw. längere Dauer der Arbeitslosigkeit stellen sich bei Frauen verschärft heraus. Im Vergleich mit Männern werden ältere Arbeitnehmerinnen eher, leichter und in Bezug auf potentielle Widerstände seitens der Betriebsräte auch konfliktfreier ausgegliedert. Hierfür werden häufig qualifikatorische Defizite und gesundheitliche Einschränkungen geltend gemacht. Damit trifft bei Frauen das Konstrukt der sogenannten „Alternativrolle" gleich zweifach zu: einerseits, so wird behauptet, stehe ihnen ja die Rolle der „Pensionistin" offen, andererseits eröffne sich ihnen zudem jene der durch den Mann versorgten „Hausfrau".

Nach den bisher dargestellten Ergebnissen ergibt sich die Frage nach den Voraussetzungen, unter denen betriebliche Reaktionen auf Leistungsbeeinträchtigungen und Einsatzprobleme älterer Erwerbspersonen betrachtet werden müssen. Von einer generell nachlassenden Leistungsfähigkeit älterer Arbeitskräfte kann keineswegs gesprochen werden. Veränderungen im physisch-psychischen Leistungsvermögen repräsentieren einen Wandel in der Struktur einer Vielzahl von Einzelkomponenten biologischer, psychischer und geistiger Qualität samt deren Bewertung durch das Individuum selbst und seine unmittelbare Umwelt. Dies ist am deutlichsten daran zu sehen, dass sich Muskelmasse, Herz- und Lungenfunktionen etc. vermindern, dass Beweglichkeit, Geschwindigkeit der Informationsaufnahme und die Rekreationsfähigkeit nach kurzfristigen Extremanstrengungen Einbußen erfahren, dass dagegen aber – dies hat die gerontologische Forschung immer wieder nachgewiesen – prozessübergreifende Fähigkeiten mit fortschreitendem Lebensalter zunehmen (können); zu diesen zählen Geübtheit im geistigen und physischen Handlungsabläufen, Präzision des Urteilsvermögens, Zuverlässigkeit etc. Damit ergeben sich konkrete betriebliche Beschäftigungsrisiken, vor allen Dingen für Erwerbspersonen im industriellen Arbeitsbereich, sofern starke körperliche und nervliche Belastungen auftreten, hohes Arbeitstempo und ungünstige Arbeitzeitregelungen vorliegen, belastende Arbeitsumgebungseinflüsse eine Rolle spielen, oder schließlich Anpassungen aufgrund technischer Umstellung (vor allem Mikroelektronik) erheblichen Ausmaßes notwendig werden. In diesem Kontext ist jeweils kritisch zu beurteilen,

was als abnehmende Flexibilität bei älteren Erwerbspersonen bezeichnet zu werden pflegt. Die wichtigste ursächliche, für die Verschlechterung des Leistungsvermögens verantwortliche Komponente ist im Zusammenhang betrieblicher Einsatzmöglichkeiten der krankheitsbedingte vorzeitige Verschleiß der Arbeitskraft. Diese Verschleißerscheinungen werden in der Regel erst spät sichtbar, grundgelegt werden sie relativ früh. Weiters ergeben sich Beschäftigungsschwierigkeiten durch die Entwertung der beruflichen Qualifikation und aus den Folgen betriebsspezifischer Qualifizierungsprozesse. Ältere Beschäftigte sind im Vergleich zu jüngeren im Schnitt formal geringer qualifiziert, wobei sich die mit zunehmendem Alter sinkende Beteiligung an Höherqualifizierung noch verschärfend auswirkt und die Qualifikationsdiskrepanzen vergrößert.

8.5 Verlauf und Entwicklung des faktischen Pensionseintrittsalters

Auf das europaweit auffällige Phänomen eines extrem niedrigen Pensionszugangsalters wurde bereits hingewiesen, ebenso auf die sozialrechtlichen, alters- und geschlechtstypischen Differenzen. Die pensionsrechtlichen Rahmenbedingungen sind folgende. Die sogenannte normale Alterspension gebührt bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen mit 60 Jahren für Frauen und mit 65 Jahren für Männer. Hinter dieser 5-Jahres-Differenz stehen in der historischen Entwicklung des Sicherungssystems wirksam gewordene Bedingungen. Der Verfassungsgerichtshof hat diese ungleichen Altersgrenzen 1990 für *verfassungswidrig* erklärt. Unter Hinweis auf die große Zahl an Benachteiligungen bei Frauen konnten damals im Rahmen eines Gleichbehandlungspakets zahlreiche arbeits- und sozialrechtliche Verbesserungen als Ausgleich für die Anhebung des Frauenpensionsalters durchgesetzt werden (Ministerin. J. Dohnal). Zudem wurde eine lange Übergangsfrist für das Inkrafttreten der neuen Altersgrenze (65) festgelegt. Das Pensionsalter der Frauen wird, als Folge davon, erst zwischen 2019 und 2033 an jenes der Männer angeglichen werden (Tálos / Wörister 1998: 227). Daneben gab und gibt es die sogenannte vorzeitige Alterspension für die Fälle der langen Versicherungsdauer und der Arbeitslosigkeit, die bereits fünf Jahre früher Wirksamkeit erlangen können. Die letztere kam vor allen Dingen Frauen zugute, da sie weit häufiger als Männer keinen Anspruch auf eine vorzeitige Alterspension wegen langer Versicherungsdauer erlangen konnten. Für beide Pensionsarten sind mit dem Sparpaket 1996 die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen verschärft worden. Invaliditätspensionen variieren nach beruflicher Qualifikation und zuletzt ausgeübter Tätigkeit. Hat in den letzten 15 Jahren jemand überwiegend in einem erlernten Beruf gearbeitet, so galt und gilt die Person als invalid, wenn sie den Beruf aus Gesundheitsgründen nicht mehr ausüben kann. Hilfsarbeitskräfte hatten nur dann Anspruch auf eine Invaliditätspension, wenn sie keinerlei Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt ausüben konnten. Mit den wachsenden Arbeitsmarktproblemen wurden 1981 die Bestimmungen für Hilfsarbeiter ab vollendetem 55. Lebensjahr jenen der Facharbeitskräfte angeglichen.

In der Folge kam es zu einem verstärkten Zustrom an Invaliditätspensionen über dieser Altersgrenze. Im Jahr 1993 wurde dann daraus eine „vorzeitige Alterspension" wegen „geminderter Arbeitsfähigkeit" geschaffen, die mit der bisherigen Invaliditätspension für 55-jährige und Ältere nahezu deckungsgleich ist. Die entsprechende Altersgrenze rückte für Männer 1996 auf 57 Jahre hinauf (Tálos / Wörister 1998: 228).

Tabelle 8.3:

Durchschnittliches Pensionszugangsalter 1990-97 (Wörister 1998, Oktober: Tabelle 10a)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Pensionsversicherung der Unselbständigen								
PVA der Arbeiter:								
Männer	57,3	57,1	57,7	58,1	57,8	57,5	57,8	57,7
Frauen	57,0	57,0	57,0	57,2	57,2	57,1	57,2	57,3
PVA der Angestellten:								
Männer	59,7	60,1	59,5	59,3	59,0	58,7	58,6	58,9
Frauen	57,5	57,8	56,8	56,6	56,3	56,0	55,9	55,9
PV der Unselbständigen, gesamt								
Männer	58,0	58,0	58,0	58,2	58,2	57,9	58,0	58,1
Frauen	57,2	57,3	56,9	56,9	56,8	56,6	56,5	56,6
Insgesamt	***57,7***	***57,7***	***57,5***	***57,7***	***57,5***	***57,2***	***57,3***	***57,4***
Ohne zwischenstaatliche Pensionen								
PVA der Arbeiter:								
Männer	–	–	56,3	56,2	55,9	55,6	55,9	56,0
Frauen	–	–	56,3	56,3	56,4	56,0	56,0	55,9
PVA der Angestellten:								
Männer	–	–	59,1	58,7	58,6	58,1	58,1	58,3
Frauen	–	–	56,3	56,2	55,9	55,5	55,5	55,5
PV der Unselbständigen, gesamt								
Männer	–	–	57,3	57,1	56,9	56,5	56,6	56,9
Frauen	–	–	56,3	56,2	56,2	55,8	55,7	55,7
Insgesamt	–	–	***56,9***	***56,7***	***56,5***	***56,1***	***56,2***	***56,2***
Zwischenstaatliche Pensionen								
PV der Unselbständigen, gesamt								
Männer	–	–	61,6	62,5	63,5	63,3	63,5	63,1
Frauen	–	–	61,2	62,0	62,2	62,3	62,3	63,2
Insgesamt	–	–	***61,5***	***62,3***	***63,1***	***63,1***	***63,0***	***63,2***
Pensionsversicherung der Selbständigen								
SVA der gewerblichen Wirtschaft								
Männer	61,4	61,9	61,7	63,7	61,0	60,3	60,0	60,3
Frauen	60,8	61,0	61,0	62,9	59,7	57,6	57,5	57,7
Insgesamt	***61,2***	***61,6***	***61,5***	***63,3***	***60,5***	***59,3***	***59,1***	***59,3***
SVA der Bauern								
Männer	58,4	58,4	58,1	58,1	58,0	57,7	57,7	58,4
Frauen	58,2	58,1	58,2	58,0	57,8	57,1	57,5	57,2
Insgesamt	***58,3***	***58,3***	***58,1***	***58,0***	***57,9***	***57,4***	***57,6***	***57,7***
Gesamte Pensionsversicherung								
Männer	58,3	58,3	58,5	59,0	58,5	58,1	58,2	58,3
Frauen	57,5	57,6	57,4	57,9	57,1	56,7	56,7	56,7
Insgesamt	**58,0**	**58,0**	**58,0**	**58,5**	**57,8**	**57,4**	**57,4**	**57,5**

In jüngerer Zeit haben vor allem zwei Faktoren die Höhe des Pensionszugangsalters beeinflusst: einerseits die demografische Entwicklung, andererseits die Anrechnung von Kindererziehungszeiten. Im Effekt ist das durchschnittliche Pensionszugangsalter zwischen 1993 und 1995 um ein Jahr gesunken, danach hat es sich stabilisiert. 1997 lag es in der gesamten Pensionsversicherung (Eigenpensionen) bei 57,5 Jahren (Männer=58,3 Jahre; Frauen=56,7 Jahre). Es gibt allerdings Unterschiede erheblicher Art.[12] Hinter ihnen steht die Tatsache, dass die jeweiligen Anteile an Invaliditätspensionen einen großen Einfluss auf das Zugangsalter haben.

Die Berechnung der „Frühpensionen" steht vor einem gewissen methodischen Problem. Ihre Anzahl kann nur jeweils für ein Jahresende (Dezember) ermittelt werden, da Altersdaten vom Hauptverband nur einmal jährlich berechnet werden. Dies trifft ausschließlich auf Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit zu, die alle Altersgruppen in den Monatsstatistiken enthalten und daher nichts über die Anzahl der darin enthaltenen Frühpensionen aussagen. Im Dezember 1997 stellten 224.400 Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit („Invaliditätspensionen" inkl. der darin enthaltenen „vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit") den größten Anteil innerhalb der Frühpensionen dar. Von den insgesamt 368.800 Frühpensionen (Eigenpensionen an Personen unterhalb der gesetzlichen Altersgrenze 60 / 65) entfielen damit 61% (!) auf Invaliditätspensionen.

Außerdem bezogen Ende 1997 124.500 Personen eine vorzeitige Alterspension aufgrund langer Versicherungsdauer (ein Drittel der Frühpensionen). Den Rest trifft es auf vorzeitige Alterspensionen bei Arbeitslosigkeit (20.800) und auf Gleitpensionen (1.100). Die unterschiedliche Verteilung der Frühpensionen nach Geschlecht wird aus nachstehender Tabelle ersichtlich.

Auf die Männer entfallen fast drei Viertel der Invaliditätspensionen, die vorzeitige Alterspension wegen Arbeitslosigkeit ist fast eine reine Frauenpension (86% dieser Pensionsart entfallen auf Frauen). Teilweise ist dies auch auf die derzeitige demografische Lage zurückzuführen.[13] Weitere demografische Einflüsse sind auch seit 1993 noch zu beachten. In ihrer Folge hat sich die Zahl der Frühpensionen nach Geschlecht sehr verschieden entwickelt. Bei den Männern ging die Zahl vorzeitiger Alterspensionen wegen langer Versicherungsdauer bis 1998 kontinuierlich um 14.000 zurück (minus 19 Prozentpunkte), bei den Frauen stieg sie um 44.000 (plus 177 Prozentpunkte).[14]

Diese Hinweise mögen genügen, um den historisch und im internationalen Vergleich nahezu einmalig frühen Übertritt in den Ruhestand in Österreich zu erhellen. Dabei ist, entgegen einer verbreiteten Meinung, nicht nur wohlfahrtsstaatliche Großzügigkeit eine vorrangige Ursache, es haben die demografischen Veränderungen und die Verdichtung der Berechtigungsvoraussetzungen in der Bevölkerung einen wesentlichen Anteil daran.

12 Bei rein österreichischen Pensionen lag das durchschnittliche Pensionszugangsalter bei den Männern bei 57,3 Jahren und bei den Frauen bei 55,9 Jahren; die entsprechenden Werte bei Pensionen mit zwischenstaatlichem Abkommen lagen bei 63,1 Jahren bzw. 63,2 Jahren. Weiters wiesen die Männer unter den Gewerbetreibenden ein durchschnittliches Pensionszugangsalter von 60,2 Jahren und bei den Arbeitern von 56,0 Jahren auf; die Werte der Frauen lagen im Vergleich bei 57,6 Jahren und 55,9 Jahren.

13 Die 55- bis 59jährigen überwiegen stark gegenüber den 60- bis 64jährigen; ab 1999 wird sich diese Struktur wieder deutlich verändern.

14 Alle Daten und Angaben nach:Wörister (Oktober 1998); teilweise eigene Berechnungen.

8.6 Psychosoziale Auswirkungen des Übertritts in den Ruhestand

Dass hier noch viel Forschungsarbeit zu leisten ist, um empirisch gesicherte Aussagen über Verlaufsmuster, Belastungen, Freiheitsgewinne und ihre Bedingungen machen zu können, wurde bereits angemerkt. An auf repräsentativer Basis für Österreich erhobenen Daten, die multivariate Einflüsse auf die Frage nach dem gewünschten oder geplanten Pensionierungszeitpunkt, der positiven oder negativen Bewertung der eigenen Pensionierung etc. analysieren lassen, sind nur jene der Studie von A. Amann und R. Költringer (1992) bekannt. Die Befragung erfolgte im Herbst 1990 (n=1.918), die Auswertung erfolgte durch Multiple Classification Analysis: faktorenbereinigte Mittelwertvergleiche, standardisierte Regressionskoeffizienten und Pfadmodelle.

Wünsche nach frühzeitiger oder späterer Pensionierung, dies zeigt die Literatur seit langem, sind sehr vielfältig beeinflusst. Hier wurde u. a. der Frage nachgegangen, ob das „voraussichtliche Pensionsalter" (als Konstrukt aus Erwartung, Wunsch und Planung) eher von sozial-demografischen oder eher von psycho-physischen Belastungen, wahrgenommenen Problemen älterer Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt oder am Arbeitsplatz oder den Einstellungen zum Ruhestand abhängt. Die Diskriminanzanalyse brachte u. a. folgende Ergebnisse. Mit Hilfe der berücksichtigten Faktoren (Geschlecht, Einkommen, Wohnortgröße, Alter, Arbeitsplatzsicherheit, Partner, Muße, Abgespanntheit, Probleme, Bildung, Berufsschicht, Bewertung der Pension etc.) konnten 64% der Fälle korrekt nach ihrem gewünschten Pensionsalter klassifiziert werden. Die am stärksten diskriminierenden Faktoren sind sozial-demografischer Natur: Geschlecht (mittlerer absoluter Diskriminanzkoeffizient: .497), Einkommen (.303), Wohnortgröße (.185) und Alter (.183). Frauen tendieren zu einem späteren Pensionierungszeitpunkt (relativ zu ihrem gesetzlichen Pensionsalter) als Männer. Je älter die Berufstätigen werden und je gebildeter sie sind, desto später wird das geplante Pensionsalter angesetzt. 80% der unselbstständig Erwerbstätigen freuen sich auf die Pensionierung, 15% stehen ihr indifferent gegenüber und 5% wollen einfach länger arbeiten. Diese Variabilität geht auf sozial-demografische Ursachen, auf materielle Ressourcen und Einstellungen zur Pension zurück. Zusammenfassend sind es drei Faktorenkomplexe, die die Einstellung zur Pension beeinflussen: 1) die Attraktivität des Berufes, der ausgeübt wird (berufliche Gratifikationen), 2) Vorstellungen von der Pension (Muße vs. Reduktion) und 3) gesellschaftliche, regional stark differenzierte Wertmuster, die mit dem Ausmaß des wahrgenommenen Statusverlustes beim Übergang in den Ruhestand einhergehen könnten (Amann / Költringer 1992: 188).

Internationale Studien, vor allem jüngeren Datums, zur Frage der Wahrnehmung und der Verarbeitung des Übergangs in den Ruhestand zeigen ein im Vergleich zu früheren Ergebnissen relativ positives Bild. Ihnen zufolge hat etwa ein Drittel Schwierigkeiten mit dem Übergang, zwei Drittel erleben die Pensionierung positiv (Attias-Donfut 1984, Niederfranke 1988). Natürlich ist dieser Übergang in den sozialen, materiellen und individuellen Dimensionen einem Wandel unterworfen. Aber auch heute bedeutet er im Schnitt erhebliche finanzielle Einbußen; für wenige sind sie zwar geringfügig, für andere (z. B. alleinstehende Frauen) können sie unter die Armutsgrenze führen. Im Gesundheitsbereich scheinen sich eher positive Entwicklungen abzuzeichnen, auch wenn sie nicht überschätzt werden sollten, im Bereich der sozialen Beziehungen kommt es zu erheblichen Umstrukturierungen – Kontakte zu Arbeitskollegen und -kolleginnen werden schwächer, Familienkontakte intensivieren sich oft. Im Sinne einer längerfristigen Einbettung des Übergangs in die biografische Entwicklung ist er als eine phasenhafte Wellenbewegung zu sehen. Dieser Verlauf scheint zumindest grob jenem der Verarbeitung anderer kritischer

www.parlament.gv.at

Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit oder Verwitwung zu gleichen. Als Risikogruppen im Sinn negativer Verarbeitung können nach J. Lansley und M. Pearson (1989) folgende gelten: a) Menschen mit finanziellen Problemen im Ruhestand, b) Menschen mit sozialen Defiziten, die Kontaktverluste nicht kompensieren können, c) Menschen mit schlechter infrastruktureller Versorgung (vor allem in abgelegenen Regionen), d) Menschen mit überstarker Arbeitsorientierung ohne Freizeitinteressen.

8.7 Begleitender Übergang in den Ruhestand (Kursangebote zur Vorbereitung)

Trotz immer wieder unternommener Anläufe im Bereich der Altersvorbereitung hat sich in Österreich weder eine eigene „Bewegung" noch eine entsprechende Schwerpunktbildung in der Forschung herausgebildet; die Dokumentationslage ist dürftig. Aus den wenigen Arbeiten, die zumindest zum Teil auf empirischen Forschungsergebnissen beruhen, lässt sich aber immerhin festhalten, dass bei den Teilnehmenden an entsprechenden Aktivitäten vor allem das Interesse an pensionsrechtlichen, finanziellen, gesundheitlichen und erbrechtlichen Fragen im Vordergrund steht, dass Frauen eher bereit sind teilzunehmen als Männer, höher Gebildete eher als niedriger Gebildete, und dass unmittelbar vor der Pensionierung die Bereitschaft zur Vorbereitung auf den Ruhestand am höchsten ist (vgl. z. B. Arnold / Blaumeiser / Wappelshammer 1991, Vorbereitung ... 1984).

Zu den bekanntesten Vorbereitungsaktivitäten – was auch wissenschaftlich begleitet wurde (Veelken 1994) und über die gesicherte Ergebnisse vorliegen – gehört aber wohl die Seminarreihe „Vorbereitung auf Alter und Ruhestand (VAR)" der deutschen Bundespost. Diese Seminarreihe geht zurück auf eine Beauftragung des Sozialamts der Bundespost durch das damalige Bundesministerium für das Post- und Fernmeldewesen, ein Fortbildungsvorhaben zu diesem Thema auszuarbeiten. Die Seminarreihe findet inzwischen regelmäßig mehrmals jährlich statt und hat ein festes Curriculum. Zu den wichtigsten Themenbereichen zählen: Bewusste Lebensgestaltung, Gesundheit und Physiologie des Alterns, Ernährung, Grundzüge des Erbrechts, Sport und Leben ohne Partner und Lebensende. Für allfällige weitere Interessiertheit und Beschäftigung in Österreich ist sicherlich bedeutungsvoll, dass sich im Zuge der Evaluierung der Seminarreihe folgende Effekte bei den Teilnehmenden als positiv herausgestellt haben: a) eine höhere Lebenszufriedenheit und Veränderung des negativen Altersbildes, b) bewusste Lebensplanung im Alltag, c) neue Integrationsformen durch neue Chancen und Aufgaben, d) Erweiterung der persönlichen Kontakte, e) höhere Bereitschaft zu ehrenamtlicher Tätigkeit und f) Verbesserung des subjektiven Gesundheitsgefühls (Veelken 1994: 225). In Österreich würde sich hier für die Interessenvertretungen, insbesondere aber die Seniorenvertretungen, ein „neuer" und gesellschaftspolitisch wichtiger Aufgabenbereich anbieten.

8.8 Beschäftigung im Übergang; berufliche Weiterbildung, Umschulung und die Frage der Produktivität im Alter

In diesem Abschnitt werden einige allgemeine Überlegungen an den Anfang gestellt und dann wird, Schritt für Schritt, auf Spezialfragen eingegangen. Die gegenwärtige Situation ist, soweit technischer Wandel, neue Anforderungen an die älteren Arbeitskräfte und Weiterbildung bzw. Qualifikationsanpassung zur Diskussion stehen, vor allem durch zwei gegenläufige Trends gekennzeichnet. Auf der einen Seite herrscht nach wie vor die Überzeugung, dass ältere Erwerbspersonen jüngeren

„Platz machen" sollen, auf der anderen Seite gibt es in einigen Bereichen des Arbeitsmarktes Arbeitskräfteknappheit, die durch das Beschäftigen älterer Personen verringert werden könnte. Angesichts des realen Bedarfes an erfahrenen und qualifizierten Arbeitskräften beginnen fortschrittliche Unternehmer, von den Stereotypen des lernunwilligen und lernunfähigen Älteren abzugehen (Plett 1990: 88). Überdies haben Untersuchungen immer wieder gezeigt, dass die Gruppe der über 40-jährigen Erwerbstätigen nicht weniger produktiv oder weniger effizient ist als die Gruppe der 20- bis 40-jährigen; zusammen mit der wohlbekannten Tatsache, dass die Erwerbsbevölkerung in den Industrieländern in der Zukunft auf jeden Fall altern wird, sollte dies zu einem fundamentalen Umdenken über die Funktion und die Rolle der älteren Erwerbspersonen führen. Bisher sind Weiterbildungskurse und Schulungen in Betrieben weitgehend auf die Jüngeren konzentriert worden, angemessene Angebote für ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen waren eher selten; angesichts eines raschen Wandels in Richtung einer „ageing society" wird es unvermeidlich sein, dass auch Unternehmen das Altern ihrer Arbeitskräfte gezielt zur Kenntnis nehmen und entsprechend handeln. A. Heimgartner und Ch. Knauder haben zu Barrieren der Weiterbildung älterer Arbeitskräfte eine Studie in Österreich vorgelegt. 242 Arbeitskräfte, alle älter als 39 Jahre (Durchschnittsalter 49 Jahre), wurden in steirischen Betrieben mit mehr als 50 MitarbeiterInnen befragt. Das Sample bestand, in Entsprechung zur Geschlechterstruktur der steirischen Beschäftigten, zu zwei Dritteln aus Männern und zu einem Drittel aus Frauen. 59% der Frauen und 29% der Männer hatten sich in den letzten fünf Jahren vor der Befragung nicht beruflich weitergebildet. Auch diese Studie bestätigte wieder, dass diese Personen gleichzeitig zu jener Gruppe gehören, die von einer Anpassung ihrer Qualifikationen an die geänderten Arbeitsbedingungen ausgeschlossen sind, überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit bedroht sind und insgesamt die Kriterien erfüllen, nach denen der Ausschluss von Anpassungsqualifizierungen relativ früh betroffen wird. Bei den Frauen dürfte erschwerend hinzukommen, dass sie, laut Studie, seitens der Betriebe, Kammern und Gewerkschaften schlechter informiert werden als Männer. Als spezifisch benachteiligend stellen sich auch die Zugangsbedingungen für Weiterbildung dar. 76% von jenen, die keinerlei Hinweise auf Weiterbildungsveranstaltungen hatten, haben an solchen auch noch nie teilgenommen; 85% jener, die regelmäßig von den Betrieben informiert wurden, haben dagegen Möglichkeiten zur Weiterbildung genützt. Den Anstoß zur Weiterbildung dürfte zwar in der Regel der Dienstgeber gesetzt haben, aber nur in sechs der untersuchten Betriebe sind Weiterbildungsgespräche für alle Beschäftigten verpflichtend geführt worden. Weiters bestätigte sich das bekannte Muster, dass innerbetriebliche Weiterbildung einen hohen Stellenwert hat. 45% der älteren Arbeitskräfte nahmen an betriebsinternen Veranstaltungen teil. Der Großteil der Veranstaltungen dauerte eine Woche, ein Fünftel setzte sich periodisch über mehr als einen Monat fort; in allen Weiterbildungsfällen insgesamt übernahmen die Betriebe zu 81% die Kosten, nur 4% wurden durch öffentliche Förderungen unterstützt. Interessanterweise erfolgten Weiterbildungsanstrengungen vor allem (81%) in Verbindung mit einem Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel.Welche Konsequenzen ergaben sich aus der Studie? Auch hier wurde wieder klar, dass erfolgreiche Weiterbildung an systematische Erfolgskontrolle gebunden ist, eine präzise Analyse des Weiterbildungsbedarfes Voraussetzung ist und die bedarfsgerechte Organisation und adressatenorientierte Durchführung unerlässlich sind (alle Angaben aus: Heimgartner / Knauder 1999). (ergänzend: Kap. 7.2.2.2)Eine der wichtigsten Tatsachen, die häufig übersehen wird, ist die befristete Zeit, innerhalb derer auch die Schulung Jüngerer „sich auszahlt"; wenn 20- bis 40-jährige sich der Weiterbildung unterziehen, so „trägt" diese Maßnahme ca. 5 bis 7 Jahre, dann ist

auch bei ihnen weitere Schulung nötig. Doch Weiterbildung älterer Erwerbspersonen sollte nicht nur in Zusammenhang mit dieser Tatsache gesehen werden, sie hat Vorteile auch aus anderer Sicht: statt den relativ aufwendigen Prozess des Suchens nach jungen, gut ausgebildeten, geeigneten Arbeitskräften auf sich zu nehmen, die dann möglicherweise gar nicht verfügbar sind (bleiben), könnten Unternehmen ihre älteren Arbeitskräfte schulen, deren Verhaltensweisen, Loyalität und andere Qualifikationen sie schon kennen; anstatt irgendeine qualifizierte Arbeitskraft anzustellen, die wahrscheinlich trotzdem noch einen Anpassungsprozess an die Bedürfnisse der Firma durchmachen muss, ist es mit hoher Wahrscheinlichkeit billiger, jemanden „on the job" zu schulen, der sich im Betrieb bereits auskennt; die Möglichkeit zu haben, eine erfolgreiche Schulung zu absolvieren, ist häufig für ältere Arbeitskräfte befriedigender und lohnender als für jüngere; die eigenen älteren Arbeitskräfte zu schulen und in Beschäftigung zu halten, wirkt sich positiv auf die anderen (sich schon dem Alter nähernden) Teile der Belegschaft aus (Plett 1990: 90).

Dass das Lebensalter für sich genommen kein prinzipielles Lernhindernis ist, wurde bereits betont; häufig sind die Unterschiede in den Leistungen und Lernerfolgen zwischen den Personen einer Altersgruppe größer als jene zwischen den Altersgruppen. Jedenfalls zeigen aber Untersuchungen, dass es überaus wichtig ist, an der Situation und an den Erfahrungen älterer Erwerbspersonen, insbesondere an ihren Berufserfahrungen, anzusetzen, wenn es um Schulung geht (Fluck 1985, Otten 1985). Sie wollen als Erwachsene ernst genommen werden (die Irritation, wieder „auf der Schulbank" sitzen zu müssen, ist ohnehin belastend); sie haben eine lange Lebenserfahrung, auf die Schulungen anders zurückgreifen können, als dies bei Jüngeren meist der Fall ist; sie haben eine klare Vorstellung über den praktischen Charakter ihrer Tätigkeiten, auf die die Schulung Bezug nehmen sollte; sie sind aber auch in vielen Fällen nicht mehr vertraut mit Lernen und Lerntechniken; sie haben eigene Vorstellungen über Zeit, lehnen das „Verplempern" von Zeit ab, sodass der Sinn dessen, was sie lernen müssen, sehr klar gemacht werden muss; ältere Erwerbspersonen glauben meist, was ihnen jahrelang beigebracht wurde: dass sie geringere Fähigkeiten und Fertigkeiten hätten als die jüngeren und dass sie weniger gefragt seien. Wenn ein Schulungsprogramm für ältere Erwerbspersonen entworfen wird, so sollten diese sechs Punkte in jedem Fall in einer altersgruppenspezifischen Weise berücksichtigt werden, gerade wenn das Programm darüber hinaus keine altersbezogenen Inhalte und didaktischen Mittel aufweist. Weiterbildung für ältere Arbeitskräfte trifft in vielen Fällen auf widersprüchliche Einstellungen. Auf der einen Seite haben sie Widerstände oder Reservationen gegenüber einem frühzeitigen, verordneten Ruhestand, zumindest jene, die arbeitslos sind, haben die Hoffnung noch nicht aufgegeben, wieder Arbeit zu finden. Auf der anderen Seite haben sie das Vorurteil internalisiert, dass in ihrem Alter sich noch einmal auf die Schulbank zu setzen nutzlos sei und dass ältere Menschen ohnehin nicht mehr lernen könnten und sich nichts merken würden. Gerade Weiterbildung für Arbeitslose, die ja fast zur Gänze im Wege über das Arbeitsmarktservice angeboten wird, sollte nie außer Acht lassen, dass diese sich weiterhin an der Gruppe der Erwerbstätigen im mittleren Lebensalter orientieren; niemand unter ihnen will den Pensionisten zugerechnet werden; das „Rentnerimage" würde ihrem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung oder Integration widersprechen (Fluck 1985: 411).

Die inzwischen insgesamt erwähnten Beschäftigungsrisiken und ihre Ursachen treffen natürlich nicht auf alle älteren Erwerbspersonen gleichermaßen zu. Sie kumulieren vor allem bei bestimmten Risikogruppen, z. B. bei gewerblichen Arbeitnehmern in belastungsintensiven Branchen, bei Frauen und generell bei formal niedrig Qualifizierten. Entlastungsmaßnahmen müssten deshalb vor allem präventiv ansetzen und sich auf die

Humanisierung des Arbeitslebens, auf langfristigen Gesundheitsschutz und auf Belastungsabbau für alle Altersgruppen konzentrieren.

8.9 Belastungen in der Langzeitarbeitslosigkeit

Langzeitarbeitslosigkeit ist häufig eine späte Phase in einem langen Verlauf unterschiedlicher Episoden. Eine umfangreiche und methodisch aufwendige Analyse von AMS-Daten hat schon 1992 zu folgenden Einsichten geführt. Es ist mit Hilfe amtlicher Arbeitslosendaten möglich, a) Muster von Arbeitslosigkeitsverläufen sichtbar zu machen und b) Verschiedenheiten unter den Älteren zu analysieren, soweit sie c) gehäuft in spezifischen Erwerbs- oder Altersphasen auftreten und d) ab bestimmten Altersgrenzen vorherbestimmt sind oder sachlich und logisch gar nicht mehr offen stehen. Eine Clusteranalyse (Amann / Bohmann / Herrmann / Költringer / Nemeth / Wieser 1992) hat sieben „typische" Muster erlebter Arbeitslosigkeit rekonstruiert, von denen hier jene kurz referiert werden, die die älteren Erwerbsgruppen vornehmlich betreffen.

Ein Muster wurde in der Untersuchung mit „Lange Durststrecke" bezeichnet. Meist ist sie durch eine einzige Arbeitslosigkeitsepisode gekennzeichnet, die in der Arbeitslosigkeit verbrachte Zeit dauerte acht Monate, wobei über fast die gesamte Zeit hinweg der Bezug von Notstandshilfe bestand. Personen, die in diese Situation kommen, sind zwar im Schnitt um die dreiunddreißig Jahre, Ältere sind hier aber überrepräsentiert; Frauen haben das höchste Risiko bei den unter 40-jährigen und bei den über 55-jährigen, Männer haben ab dem 40. Lebensjahr ein überdurchschnittliches Risiko. „Ende nie" hieß ein anderes Muster. Wenn man einmal in eine Situation geraten ist, die bislang für die schlimmste gehalten wurde, so stellt sich heraus, dass es noch schlimmer kommen kann. Im Analysezeitraum von drei Jahren dauerte in diesem Muster die Arbeitslosigkeit siebenundzwanzig Monate. Bei den unter 30-jährigen ist dieses Muster selten, über 35-jährige fallen häufiger hinein, bei den Männern steigt das Risiko bei den 45- bis 54-jährigen auf die höchste Marke. Gerade hier wurde sichtbar, dass bestimmte Arbeitslosengruppen in der Arbeitslosigkeit verharren, die Chance für eine Wiederbeschäftigung nur noch marginal ist und auf Dauer mit der Notstandshilfe das Auslangen gefunden werden muss. Ältere Arbeitslose verfangen sich besonders leicht in Mustern „relativer Benachteiligung", weil in diesem Muster eklatant deutlich faktische Altersgrenzen sichtbar werden, ab denen Arbeitskräfte unter Umständen fast jeglicher weiterer Beschäftigungsmöglichkeiten beraubt werden (Amann / Bohmann / Herrmann /Költringer / Nemeth / Wieser 1992: 268). In indirektem Zusammenhang damit steht natürlich auch das Problem der Invalidität. Auch sie birgt besondere Dispositionen zur Benachteiligung, man betrachte nur das Pensionsniveau. Invaliditätspensionen sind deutlich niedriger als Alterspensionen. Innerhalb der Unselbstständigen lag die mittlere Invaliditätspension (1996) bei Männern mit 12.950 ATS um 27% unter der mittleren Alterspension (17.750 ATS), innerhalb der Frauen war sie um 17% niedriger (7.887 ATS, gegenüber 9.550 ATS) (Amann 1998).

Neuere Untersuchungen in Deutschland zur Situation älterer Arbeitsloser legen offen, dass im Vergleich der Verhältnisse vor und in der (langen) Arbeitslosigkeit sich erhebliche Veränderungen einstellen. Neben den bekannten sukzessive schlechter werdenden materiellen Bedingungen kommt es zu einer Zunahme der erlebten Belastungen in inner- und außerfamiliären Beziehungen, Menschen haben Angst, wegen ihrer Arbeitslosigkeit diskriminiert zu werden, sie ziehen sich aus sozialen Beziehungen zurück, beschränken ihre Kontakte auf Personen, die ebenfalls arbeitslos sind oder waren – es stellt sich soziale Segregation ein. Die Arbeitslosen zeigen auch ein höheres Maß an Aggressivität, ein geringeres Maß an Toleranz und

www.parlament.gv.at

mehr Ich-Bezogenheit. Das Vertrauen in den Staat und die Gesellschaft geht verloren, die Erfahrung zeigt, dass die eigenen Interessen von niemandem vertreten werden (Schmitt 1996: 272).

An dieser Stelle sind einige allgemeine Überlegungen anzuschließen, ohne die Thematiken der eben behandelten Art in der Luft hängen. Arbeitsverhältnisse und Arbeitsleben, Ausscheiden aus dem Beruf und Pensionierung, die Sicherung der ökonomischen Subsistenz und die Garantie einer menschlichen Existenz in Würde – auch im Alter – sind Grundfragen, von denen die Gestalt des Lebens insgesamt abhängt. Dass für das Erkennen der Eigenheiten dieser Grundfragen und für ihre Behandlung die Verantwortung den verschiedensten Disziplionen und Ressorts überantwortet werden muss, ist selbst ein Symptom eines bestürzenden Zustandes der Entfremdung der Menschen voneinander und der Entfremdung jedes einzelnen von sich selbst. Die im Diskurs der politischen Öffentlichkeit favorisierte Auffassung, dass das politische Handeln der Verantwortlichen zugleich Verantwortung für das Wohl des einzelnen sei, ist grob missverstanden; wofür Verantwortung getragen wird, ist das Ausbalancieren von Möglichkeiten, Hindernissen und Ressourcen. Der Widerspruch zwischen einer Ideologie, die immer noch am technokratischen Traum der Machbarkeit und der Beherrschung der Welt festhält, und einer Ideologie, die im gegenwärtigen Zeitalter ein erschreckendes Erwachen gegenüber der Problematik der Welt sieht, in der wir uns befinden, lässt sich nicht durch den Ruf nach politischer Verantwortung aufheben. Was sich ereignet, ist eine „reflexive Wendung", die ihren Impetus aus dem schöpft, was die „informationstechnologische Revolution" genannt wurde. Die Angelegenheiten unseres öffentlichen (aber auch privaten) Lebens werden im Wesentlichen durch Informationssteuerung geordnet, und die Steuerung dieser Information ist selbst nur Produkt einer Technologie, die auf der Möglichkeit der Informationsverarbeitung aufbaut. Mit der diagnostizierten reflexiven Wendung ist eine nicht mehr rückgängig zu machende Verunsicherung aufgetreten. Sie wird in den verschiedensten Bereichen, von der Ökonomie und der Ökologie bis zu den ideologischen Kampfsystemen und den Fragen nach der Möglichkeit einer politischen Weltstabilität sichtbar; weniger sichtbar – weil immer noch haftend am alten Traum der Machbarkeit – wird dieser Widerspuch im politischen Leben, denn dort ist Gegenstand und Medium des Handelns der formalisierte Kampf, der in der verharmlosenden Floskel vom Interessensausgleich auftritt. Das Soziale aber ist seinerseits weniger messbar, kalkulierbar und deshalb in Geldwert nicht mit gleicher Konsequenz zu veranschlagen wie Aktivitäten im Bereich der Technik, der Rüstung, der Wirtschaft etc. Der Zwang, die Folgen des eigenen Handelns in diesem Interessenausgleich samt den nicht-intendierten Nebenfolgen ständig zu kalkulieren, verlagert sich deshalb im Bereich des Sozialen fortschreitend in die Richtung einer Auflösung tradierter Systeme und in eine zunehmende Verwendung von Ad-hoc-Lösungen: verräterisch bezeugt es das Wort vom Konflikt-„Management". Begleitet wird diese Entwicklung von zunehmendem Handlungsdruck, der sich aus ökonomischer Rezession und politischer Instabilität in der Entwicklung der letzten Jahre ergeben hat. Wir sind an einem Punkt angelangt, an dem der Verdacht der Unüberschaubarkeit des Sozialen umschlägt in die Gewissheit der Unzulänglichkeit der Mittel, die wir traditionell verwenden.

9. Versorgung, Betreuung, Pflege

Christoph Badelt, Kai Leichsenring[1]

9.1 Zur Situation hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen in Österreich

Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit im Alter stellt sowohl aus der Sicht der betroffenen älteren Menschen als auch aus sozialpolitischer Perspektive ein vielschichtiges Problem dar. Ältere Menschen sind schon allgemein vielfältigen Benachteiligungen ausgesetzt und auch häufiger mit materiellen und sozialen Problemen konfrontiert als jüngere Bevölkerungsgruppen (Badelt / Österle 1998: 96ff.). Die für das Alter typischen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes legen es zunächst nahe, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in erster Linie aus gesundheitlicher Sicht oder auch aus der Perspektive der Organisation des Alltagslebens heraus zu betrachten.

Tatsächlich sind die Probleme jedoch noch tiefergehend. Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit kann eine der wichtigsten Ursachen von sozialer Ausgrenzung im Alter sein, welche die Lebensqualität älterer Menschen in einem weit stärkeren Ausmaß verschlechtert, als dies aus rein medizinischen Gründen notwendig wäre. Dazu kommen noch eine Reihe von ökonomischen Problemen: Abgesehen davon, dass die Gruppe der älteren Menschen keineswegs zu den materiell Begünstigten in unserer Gesellschaft gehört *(vgl. Kapitel 4)*, sind mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auch ökonomische Belastungen verbunden, die Menschen, welche in der Regel nur von einem Pensionseinkommen leben, in eine überaus schwierige Situation bringen können.

In der Folge soll deshalb versucht werden, einen Überblick über die vorhandene empirische Evidenz zur Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu geben und die Situation auch in sozialer und ökonomischer Hinsicht zu reflektieren.

9.1.1 Zur quantitativen Dimensionierung des Problems

9.1.1.1 Methodische Vorbemerkung

Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes vieler älterer Menschen führt dazu, dass diese in den verschiedensten Lebensbereichen vermehrt von der Hilfe anderer Menschen abhängig werden. Allerdings ist eine genaue Fassung des Begriffs der Betreuungsbedürftigkeit[2] nicht einfach. Er umfasst in jedem Fall die Hilfestellung in gesundheitlichen bzw. pflegerischen Belangen, aber auch die Unterstützung bei Haushaltsangelegenheiten und bei der Alltagsbewältigung.

Die begriffliche Abgrenzung von Betreuungs-, Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit ist mehr als ein semantisches Problem. Mit unterschiedlichen begrifflichen Zugängen werden nämlich unterschiedliche Konzepte der Sozialpolitik und der Altenarbeit verknüpft. Grundsätzlich lassen sich folgende Konzeptionen unterscheiden:

- medizinische Kriterien
- das Ausmaß funktionaler Beeinträchtigungen
- die erforderliche Hilfe bzw. Unterstützung sowie
- politische Festlegungen

In vielen österreichischen Rechtsbereichen werden zur Definition von Betreuungsbedürftigkeit medizinische Kriterien herangezogen. Beispiele

1 Die Autoren danken Martina Schweitzer, Werner Tripolt und Birgit Trukeschitz für vielfältige Unterstützung bei den empirischen Recherchen sowie Birgit Riedel für die sprachliche Überarbeitung des Manuskripts.

2 In der Folge wird der Ausdruck „Betreuungsbedürftigkeit" als Oberbegriff für die Ausdrücke „Hilfsbedürftigkeit" und „Pflegebedürftigkeit" verwendet. Es handelt sich dabei um eine Terminologie, die der wissenschaftlichen Sozialpolitik (vgl. Badelt / Holzmann / Matul / Österle 1996: 29) und nicht der Rechtsordnung entnommen ist, wo zum Teil (etwa in den Bestimmungen zur Pflegesicherung) andere Ausdrücke verwendet werden.

dafür sind das Behinderteneinstellungsgesetz mit den dort enthaltenen Vorschriften für „begünstigte Behinderte" oder die Vorschriften für die Zuerkennung von Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspensionen. Aus der Sicht der Sozialpolitik oder einer umfassenden Altenarbeit greifen solche Kriterien allerdings zu kurz. Vielmehr geht es für die Sozialpolitik meist um das Ausmaß der Beeinträchtigung funktionaler Fähigkeiten, die eine Person besitzt.

Solche Erfassungskonzepte sind in der Regel an den sogenannten „Aktivitäten des täglichen Lebens" (ADL, Activities of Daily Living) orientiert. In diesem Sinn ist zur Beschreibung des sozialen Problems der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ein *funktionaler* Bedürftigkeitsbegriff am plausibelsten. Dieser steht auch im Vordergrund einschlägiger wissenschaftlicher Abhandlungen (vgl. als Überblick Badelt / Österle 1998: 97, Kytir / Münz 1992).

Während ein funktionaler Bedürftigkeitsbegriff die Problematik der Lebenssituation älterer Menschen plastisch beschreibt, ist er noch nicht ausreichend, um eine Brücke zu den wirtschaftlichen und politischen Folgen aufzuzeigen, die mit einer Hilfegewährung verbunden sind. Zu diesem Zweck ist es notwendig, direkt das erforderliche Maß an Hilfe zum Ausgleich funktionaler Defizite zu beobachten bzw. zu erfassen. Ein solcher Zugang wird teilweise in der österreichischen Rechtsordnung gewählt; er liegt beispielsweise der Einstufung von pflegebedürftigen Menschen nach den Pflegegeldregelungen zugrunde. Darüber hinaus gibt es in der ökonomisch orientierten sozialpolitischen Literatur Versuche, das Ausmaß der notwendigen Hilfe und Unterstützung in Weiterentwicklung eines funktionalen Bedürftigkeitsbegriffes zu quantifizieren. In der Folge wird versucht, einigen dieser unterschiedlichen methodischen Ansätze gerecht zu werden und sie mit empirischer Evidenz zu belegen.

9.1.1.2 Menschen mit funktionalen Behinderungen: Ein quantitativer Überblick

Der österreichische Mikrozensus hat in einigen Untersuchungen zur Lebenssituation älterer Menschen das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit bzw. der funktionalen Betreuungsbedürftigkeit untersucht. Auf diese Art und Weise kann ein Überblick über die ungefähre Zahl jener Menschen gewonnen werden, die in irgendeiner Art und Weise von der Problematik betroffen sind. Die Befragung im Juni 1998 bezog sich auf Menschen ab 60 Jahren, die in Privathaushalten lebten. Dabei wurden insbesondere funktionale Beeinträchtigungen, die Hilfe durch und für ältere Menschen, der Gesundheitszustand und die Pflege bei Krankheit sowie die Besuchstätigkeit älterer Menschen untersucht. Analoge Fragen waren bereits im Jahre 1987 gestellt worden. Damals hatten Kytir und Münz eine ADL-Skala erstellt, die eine Klassifizierung der Befragten nach verschiedenen Intensitäten der Betreuungsbedürftigkeit erlaubte (vgl. Kytir / Münz 1992). Eine Adaptierung der Skala für die Ergebnisse des Jahres 1998 zeigt, dass 64,8% der Personen im Alter von 60 und mehr Jahren nicht beeinträchtigt, 28,8% hilfsbedürftig und 6,3% pflegebedürftig wären. Sämtliche Formen der Betreuungsbedürftigkeit haben in den letzten 11 Jahren zugenommen. Überdies belegen auch die jüngeren Daten, dass mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit, hilfs- oder pflegebedürftig zu werden, stark zunimmt (siehe empirisch Badelt / Holzmann / Matul / Österle 1996: 14ff.).

Aus derselben Datenquelle stammen Informationen über die Zahl der älteren Menschen, die in ihren alltäglichen Verrichtungen Hilfe erhalten – ein indirekter Indikator für das Maß der Betroffenheit älterer Menschen vom hier interessierenden Problem. Von allen damals Befragten (hochgerechnet nahezu 1,546.800 Personen ab 60 Jahren) wurde 782.800 Personen geholfen. 29,2% wurde täglich oder wöchentlich beim Einkaufen geholfen, die Werte für Kochen,

Aufräumen oder Waschen und Bügeln lagen zwischen 22,9% und 25%.

Ein anderer indirekter – wenn auch noch weitergehender – Indikator zur Problemdimensionierung ist die Zahl jener Menschen, die bettlägerig sind und damit offensichtlich in besonderem Maße Hilfe und Pflege benötigen. Nach einer Mikrozensuserhebung aus dem Jahre 1992 ist in 8% aller Privathaushalte mindestens ein Haushaltsmitglied bettlägerig und / oder hilfebedürftig. Davon waren 6% dauernd, die übrigen 2% zum Befragungszeitpunkt betroffen; wobei das Maß der Betroffenheit bei Haushalten, in denen ältere Menschen leben, deutlich höher ist. Vor allem bei Einpersonenhaushalten ist dies der Fall; 11% der Alleinlebenden sind bettlägerig, bei Personen im Alter von mindestens 75 Jahren liegt der Anteil jedoch schon bei fast 28% (Vötsch 1994: 352ff.).

All diese Informationen illustrieren, dass Hilfe und Pflege für eine bedeutende Zahl von älteren Menschen ein signifikantes Problem darstellt. Die Datenqualität reicht jedoch nicht für eindeutige politische Konsequenzen aus. Zu diesem Zweck ist auf andere Informationen zurückzugreifen, die stärker auf die notwendige Hilfe für ältere Menschen Bezug nehmen.

9.1.1.3 Umfang der Betreuungsbedürftigkeit

Statistische Erhebungen wie der Mikrozensus beziehen ihre Informationen aus der direkten Befragung der betroffenen Personen. Diese können über ihren Gesundheitszustand Auskunft geben bzw. zeichnen ein Bild der funktionalen Beeinträchtigungen, mit denen sie im Alltag zu kämpfen haben. Daten dieser Art sind in einem hohen Maße subjektiv, was gleichermaßen als Vor- und als Nachteil gesehen werden kann.

Eine andere Informationsqualität enthalten demgegenüber die Statistiken über die BezieherInnen von Pflegegeld. Einerseits bringt es die siebenstufige Skala des Pflegegeldes mit sich, dass die Menschen nach dem Umfang und (in Grenzen auch) nach der Art ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit kategorisiert werden. Daten dieser Art berücksichtigen damit nicht bloß eine medizinische Diagnose, sondern gehen (im günstigsten Fall) auch bereits auf den Hilfebedarf ein. Andererseits reflektieren Daten aus Pflegegeldstatistiken auch die getroffenen behördlichen Entscheidungen, wem Pflegegeld einer bestimmten Stufe zuerkannt wird. Die dadurch gewonnenen Informationen sind damit so gut oder so schlecht wie die Zuerkennungspraxis des Pflegegelds.

Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass es in Österreich zu Jahresende 1998 insgesamt etwas mehr als 315.000 BezieherInnen von Pflegegeld und damit in diesem Sinn hilfs- und pflegebedürftige Menschen gegeben hat (Türk 1998: 902). Konkret weist eine Statistik des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger für den Monat Oktober 1998 243.800 PflegegeldbezieherInnen durch die Pensionsversicherungsträger, 23.900 durch den Bund, 1.500 durch Unfallversicherungsträger und 46.500 LandespflegegeldbezieherInnen[3] aus. Das Durchschnittsalter der PflegegeldbezieherInnen betrug zu diesem Zeitpunkt 77,6 Jahre (bei Frauen 80,1 Jahre, bei Männern 72,2 Jahre). Daraus ist zu erkennen, dass es sich zumindest bei den BezieherInnen des Bundespflegegelds in erster Linie um Personen in einem sehr hohen Alter handelt (Türk 1998: 913).

Gemäß Tabelle 9.1 sind insgesamt 89,1% der BundespflegegeldbezieherInnen älter als 60 Jahre. Von Sondereffekten abgesehen ist es daher durchaus gerechtfertigt, aus der Analyse der Lebenssituation von BundespflegegeldbezieherInnen Rückschlüsse auf die Situation älterer Menschen zu ziehen.

3 Werte von 1997 (bei Redaktionsschluss im August 1999 waren jüngere Daten der Bundesländer noch nicht verfügbar).

www.parlament.gv.at

Tabelle 9.1:
PflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppen und Pflegestufen (ohne LandespflegegeldbezieherInnen)

Stufe	Insgesamt	bis 59	60-69	70-79	80-89	90 und mehr
1	39.098	4.319	4.001	13.120	16.156	1.502
2	118.781	11.802	9.976	29.829	52.316	14.858
3	58.109	5.444	5.335	14.425	24.300	8.605
4	25.583	3.173	2.116	5.559	9.822	4.913
5	20.117	2.748	1.677	4.152	7.459	4.081
6	4.456	1.035	375	872	1.438	736
7	3.027	735	287	617	949	439
Summe	**269.171**	**29.256**	**23.767**	**68.574**	**112.440**	**35.134**

Stufe	Insgesamt	bis 59	60-69	70-79	80-89	90 und mehr
1	14,53%	14,76%	16,83%	19,13%	14,37%	4,28%
2	44,13%	40,34%	41,97%	43,50%	46,53%	42,29%
3	21,59%	18,61%	22,45%	21,04%	21,61%	24,49%
4	9,50%	10,85%	8,90%	8,11%	8,74%	13,98%
5	7,47%	9,39%	7,06%	6,05%	6,63%	11,62%
6	1,66%	3,54%	1,58%	1,27%	1,28%	2,09%
7	1,12%	2,51%	1,21%	0,90%	0,84%	1,25%
Summe	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Stufe	Insgesamt	bis 59	60-69	70-79	80-89	90 und mehr
1	100,00%	11,05%	10,23%	33,56%	41,32%	3,84%
2	100,00%	9,94%	8,40%	25,11%	44,04%	12,51%
3	100,00%	9,37%	9,18%	24,82%	41,82%	14,81%
4	100,00%	12,40%	8,27%	21,73%	38,39%	19,20%
5	100,00%	13,66%	8,34%	20,64%	37,08%	20,29%
6	100,00%	23,23%	8,42%	19,57%	32,27%	16,52%
7	100,00%	24,28%	9,48%	20,38%	31,35%	14,50%
Summe	**100,00%**	**10,87%**	**8,83%**	**25,48%**	**41,77%**	**13,05%**

Quelle: Türk 1998: 915.

In dieser deutlichen Form gilt die getroffene Aussage jedoch nur für die BezieherInnen des Bundespflegegelds, ist doch der Anteil der über 60-jährigen bei den LandespflegegeldbezieherInnen nur 38,6% (Türk 1998: 916). In den Bundesländern wird das Pflegegeld damit in einem weitaus höheren Maße an Personen ausbezahlt, die altersunabhängig pflegebedürftig sind, z. B. wegen einer geistigen Behinderung, die sie bereits von Geburt an gehabt haben.

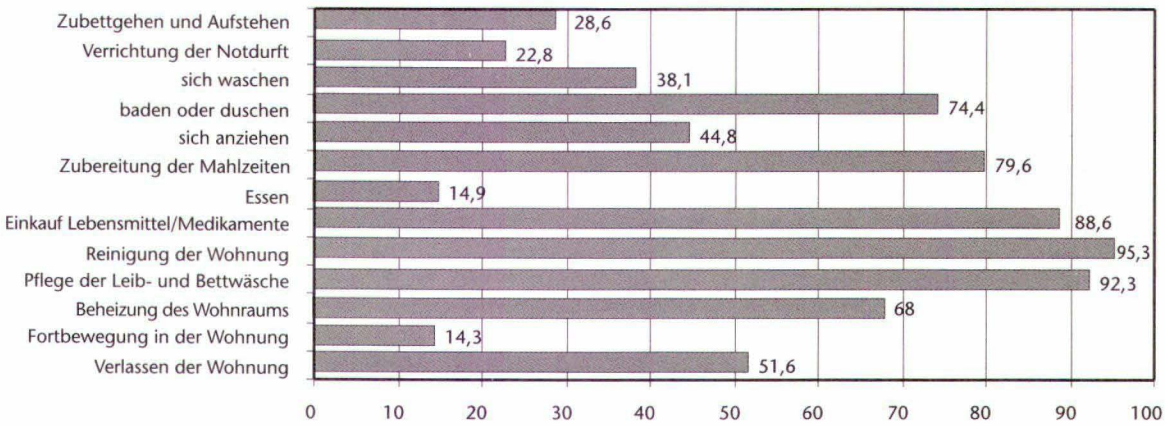
Die Probleme, welche bei einer Verwendung von Pflegegelddaten für eine Beschreibung des Umfangs der Betreuungsbedürftigkeit entstehen, können noch an einem weiteren Phänomen beschrieben werden. So wurde in einer Novelle zum Bundespflegegeldgesetz per 1. Jänner 1999 der Pflegebedarf für den Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 4 von monatlich durchschnittlich mehr als 180 Stunden auf monatlich mehr als 160 Stunden

Pflegebedarf reduziert. Als Effekt ergab sich eine signifikante Umschichtung in der Zahl jener Menschen, die Pflegegeld der Stufe 3 oder 4 bezogen haben. Gemäß Hauptverband der Sozialversicherungsträger (Scheifinger 1999: 162) sank zwischen 31. Jänner 1998 und 31. Jänner 1999 die Zahl der PflegegeldbezieherInnen der Stufe 3 von 49.334 auf 41.657, während die Zahl der PflegegeldbezieherInnen der Stufe 4 von 22.235 auf 32.982 anstieg.

Dieses scheinbare Detail einer administrativen Statistik repräsentiert das Dilemma einer Problembeschreibung mit Verwaltungsdaten. Durch eine Novellierung der gesetzlichen Zugangsbestimmungen, die nichts am faktisch notwendigen Pflegebedarf ändert, könnte ein voreiliger Schluss über die Zusammensetzung der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in Österreich gezogen werden.

Trotz dieser Relativierung liefert eine Statistik der Verteilung der PflegegeldbezieherInnen auf die einzelnen Stufen einen ersten Hinweis auf den Umfang der Betreuungsbedürftigkeit älterer Menschen. Vor allem wird offenkundig, dass die überwiegende Mehrzahl der betreuungsbedürftigen Menschen relativ geringe Betreuungsbedürfnisse haben und damit eher in den unteren Stufen des Pflegegelds eingeordnet sind. Darüber hinaus zeichnete die für das Jahr 1995 durchgeführte Evaluation des Pflegegeldsystems (Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997) auch eine Reihe von detaillierten Bildern über Art und Umfang der Betreuungsbedürfnisse. In der dieser Evaluation zugrunde liegenden repräsentativen Stichprobe, die sich auf BezieherInnen von Bundes- und Landespflegegeld bezog, waren 84,2% der Menschen über 60 Jahre alt (Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 252).

Abbildung 9.1:
Einschränkungen bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens („Welche dieser Aktivitäten können Sie nicht ohne fremde Hilfe ausüben?") – Angaben in %



Quelle: Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 55.

Abbildung 9.1 zeigt einen repräsentativen Überblick über die Betreuungsbedürfnisse älterer Menschen. Sie macht deutlich, wie groß die Beeinträchtigungen sind, denen PflegegeldbezieherInnen in ihrem Alltag unterliegen. Wenn etwas mehr als 90% der PflegegeldbezieherInnen bei der Reinigung der Wohnung oder bei der Pflege der Leib- und Bettwäsche Hilfe benötigen und der Prozentsatz beim Einkauf von Lebensmitteln oder Medikamenten fast ebenso hoch (88,6%) ist, dann zeigt dies die Dramatik der Situation. Umgekehrt wird im Vergleich zu den Zahlen des Mikrozensus auch deutlich, dass es dem Pflegegeldsystem gelingt, tatsächlich jene Menschen zu erfassen, die im besonderen Maß Hilfe und Betreuung brauchen.

Wie erwähnt, reflektieren die Pflegegelddaten eine Kombination von funktionalen Defiziten und notwendiger Hilfe, wenngleich letztere aufgrund der Bestimmungen des Pflegegeldgesetzes vor allem durch einen bestimmten als notwendig angesehenen Zeitaufwand operationalisiert wird. Dieses Bild wurde durch eine Studie, die an der Abteilung für Sozialpolitik auf der Basis des Mikrozensus durchgeführt wurde (Badelt / Holzmann / Matul / Österle 1996), in wichtigen Dimensionen ergänzt. Bei der Schätzung der Betreuungsbedürftigkeit wurde dort bestimmten funktionalen Defiziten nicht bloß pauschal ein Zeitaufwand von notwendiger Hilfe zugeschrieben; vielmehr wurde auf der Basis von Fallstudien für Menschen mit bestimmten funktionalen Defiziten festgelegt, welche Dienstleistungen in welchem Umfang diese Menschen zum Ausgleich ihrer Defizite konkret benötigen.[4]

Auf diese Art und Weise wurden (für das Jahr 1992) Schätzungen über die Zahl der in Österreich betreuungsbedürftigen Menschen vorgenommen, die nicht nur den körperlichen Zustand der betroffenen Menschen, sondern auch die Art und das Ausmaß der für sie notwendigen Hilfeleistungen zum Ausdruck bringen. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 1.2 und 1.3 zusammengefasst. Demnach sind in Österreich insgesamt 30,87% der Bevölkerung (rund 493.000 Personen) jenseits der 60 Jahre betreuungsbedürftig.[5] Der größte Anteil unter ihnen (22,42%) hat nur leichte Betreuungsbedürfnisse. Die Tabellen zeigen darüber hinaus auch das rasche Ansteigen der Betreuungsbedürftigkeit mit wachsendem Alter. Allerdings sind selbst die über 85-jährigen in der Mehrzahl der Fälle nur leicht betreuungsbedürftig; eine empirische Evidenz, die Vorurteilen entgegenarbeiten könnte. Sozialpolitisch folgt daraus, dass auch relativ alte Menschen bei Gewährung einer systematischen und verlässlichen Hilfe in ihrer eigenen Wohnung durchaus imstande sind, ein weitgehend selbständiges Leben zu führen.

4 Zur Illustration ein Beispiel: Ein älterer Mensch mit dem funktionalen Defizit „ist nicht in der Lage, kürzere Strecken zu gehen" hatte nach dem gewählten Ansatz folgende Hilfestellungen notwendig: Mobilisation, Körperpflege, Essensversorgung, Grund- und Behandlungspflege, Wohnungsversorgung, Hilfe bei der Alltagsbewältigung, Hilfe bei sozialer Integration, Hilfe bei der Ausscheidung. All diese Hilfeleistungen wurden überdies mit einem bestimmten Wert in einer Intensitätsskala kategorisiert. Diese Zuordnung wurde durch ein Netz weit verstreuter Fallstudien empirisch ermittelt, ihre Zusammenfassung in Kategorien der Betreuungsbedürftigkeit erfolgte mit dem Verfahren der Clusteranalyse.

5 Die hier zitierten Daten beziehen sich (anders als die Informationen aus der Pflegegeldevaluation, welche sich nur auf PflegegeldbezieherInnen in Privathaushalten bezogen) auf Menschen, die entweder in Privathaushalten oder in Anstaltshaushalten lebten. Eine genauere Differenzierung in diese beiden Kategorien ist in der genannten Quelle erhältlich.

Tabelle 9.2:

Betreuungsbedürftige Personen in Österreich nach Altersgruppen und Betreuungsbedürftigkeit (1992)

Alter / Bedürftigkeit	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	75-79 Jahre	80-84 Jahre	85+ Jahre	gesamt
leicht betreuungsbedürftig	54.702	58.369	63.660	63.836	71.376	46.280	358.223
mittel betreuungsbedürftig	5.219	5.216	7.428	12.856	20.861	26.635	78.215
schwer betreuungsbedürftig	2.372	3.434	4.971	6.785	14.479	24.849	56.890
Summe	**62.293**	**67.019**	**76.059**	**83.477**	**106.716**	**97.764**	**493.328**

Quelle: Badelt / Holzmann / Matul / Österle 1996: 44 (eigene Erhebungen und Berechnungen auf Basis der Volkszählungsergebnisse 1991 und des Mikrozensus 1987).

Die auf diese Weise geschätzte Größenordnung der in Österreich betreuungsbedürftigen Menschen liegt deutlich über der oben erwähnten Zahl der PflegegeldbezieherInnen. Dies zeigt die Problematik der Verwaltungsdaten, welche eben nur einen Ausschnitt der Realität widerspiegeln. Da das Pflegegeld erst ab einem monatlichen Betreuungsbedarf von 50 Stunden zuerkannt wird, sind Menschen mit einem zeitlich geringeren Betreuungsbedarf in den Pflegegeldstatistiken nicht enthalten. Insgesamt gibt daher die Größenordnung von knapp 500.000 Personen ein breiteres und durchaus realistisches Bild des Umfangs der Betreuungsbedürftigkeit in Österreich. In den seit Durchführung der Studie abgelaufenen sieben Jahren ist die Zahl der betroffenen Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits über die Grenze von 500.000 gewachsen.

Tabelle 9.3:

Altersspezifische Bedürftigkeitssquoten in Österreich (in % der jeweiligen Altersgruppe)

Alter / Bedürftigkeit	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	75-79 Jahre	80-84 Jahre	85+ Jahre	gesamt
leicht betreuungsbedürftig	13,72	15,04	21,90	29,38	38,72	38,74	22,42
mittel betreuungsbedürftig	1,31	1,34	2,55	5,92	11,32	22,30	4,89
schwer betreuungsbedürftig	0,60	0,89	1,71	3,12	7,85	20,80	3,56
Summe	**15,63**	**17,27**	**26,16**	**38,42**	**57,89**	**81,84**	**30,87**

Quelle: Badelt / Holzmann / Matul / Österle 1996: 44 (eigene Erhebungen und Berechnungen auf Basis der Volkszählungsergebnisse 1991 und des Mikrozensus 1987).

Tabelle 9.4:

Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Menschen in Österreich in den Jahren 2010 und 2030 (Szenario „Status Quo")

Intensität des Betreuungsbedarfs	1992	2010	2030
leicht betreuungsbedürftig	358.223	430.783	589.011
mittel betreuungsbedürftig	78.215	94.058	128.606
schwer betreuungsbedürftig	56.890	68.414	93.543
Gesamt	**493.328**	**593.256**	**811.159**

Quelle: Badelt / Holzmann / Matul / Österle 1996: 107.

9.1.1.4 Zukunftsperspektiven der Betreuungsbedürftigkeit

Die Quantifizierung der Betreuungsbedürftigkeit ist nicht nur ein Problem der gegenwärtigen Altenpolitik. Aufgrund der an anderer Stelle *(vgl. Kapitel 1)* beschriebenen demografischen Entwicklungen liegt es nahe, auch längerfristige Perspektiven der Betreuungsbedürftigkeit zu untersuchen. Insbesondere ist dies deshalb wichtig, weil auf diese Art und Weise der künftige Bedarf an Hilfeleistungen grob dimensioniert werden kann.

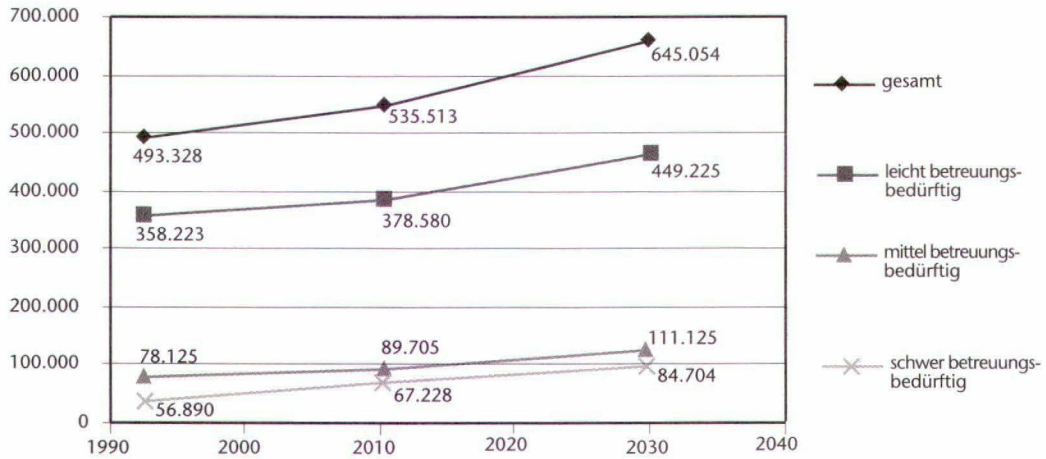
Dieser Bedarf hängt seinerseits von einer Vielzahl von Variablen ab. Dazu zählen neben den demografischen Trends vor allem die Entwicklungen des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Ausmaß der altersspezifischen Morbidität. Aber auch Aspekte der Versorgungsstruktur, also beispielsweise die Existenz von ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe und ihr Potential, stationäre Einrichtungen zu ersetzen, sind dabei zu betrachten.

Auf der Basis der für das Jahr 1992 geschätzten 493.328 insgesamt in Österreich betreuungsbedürftigen Personen im Alter von über 60 Jahren kann durch Verknüpfung mit demografischen Entwicklungen eine grobe Vorausschau über die Entwicklung der Zahl der betreuungsbedürftigen Menschen in den nächsten Jahrzehnten geliefert werden. Tabelle 9.4 zeigt dies in einem sogenannten „Status Quo"-Szenario. Grundannahme dieses Szenarios ist die Hypothese, dass der relative Anteil der betreuungsbedürftigen Menschen an jeder Altersgruppe in den nächsten Jahrzehnten gleichbleibt. In dieser Konstellation würde die Zahl der betreuungsbedürftigen Menschen bis zum Jahr 2010 auf 593.000, bis zum Jahr 2030 auf 811.000 ansteigen (zu Prognosefragen: Kap. 11.1).

Zweifellos besteht eine der wichtigsten Aufgaben der Alten- und Sozialpolitik darin, den nur scheinbar strikten Zusammenhang zwischen Alter und Betreuungsbedürftigkeit im positiven Sinne zu verändern. Die genannte Studie hat deshalb auch Alternativszenarien berechnet. In diesen wurde davon ausgegangen, dass sich die Betreuungsbedürftigkeitsquoten in der Zukunft je nach gewählter Politik zum Positiven oder Negativen verändern könnten. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang das Szenario „Better Health". Abbildung 9.2 zeigt die Auswirkungen einer Verbesserung der Betreuungsbedürftigkeitsquote von bis zu 35%. Demgemäß würde die Zahl der betreuungsbedürftigen Menschen im Jahr 2030 nur auf 645.000 Personen ansteigen.[6]

6 Die konkreten Modellannahmen sind Badelt / Holzmann / Matul / Österle (1996: 110) zu entnehmen. Im Szenario „Better Health" wurde konkret angenommen, dass sich die altersspezifischen Betreuungsbedürftigkeitsquoten bis zum Jahre 2010 um 5% bis 20%, bis zum Jahre 2030 um 10% bis 35% reduzieren würden. Die stärkeren Reduzierungen der Quoten wurden für die jeweils jüngeren Altersgruppen, die schwächeren für die älteren Gruppen angenommen. Von diesen quantitativen Variationen abgesehen enthält das Szenario keine Annahmen über Änderungen anderer Rahmenbedingungen.

Abbildung 9.2:
Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Personen in Österreich in den Jahren 2010 und 2030 (Szenario „Better Health")



Quelle: Badelt / Holzmann / Matul / Österle 1996: 110.

Dieses Szenario illustriert beispielhaft, dass der Umfang der Betreuungsbedürftigkeit in der Zukunft kein unverrückbares Schicksal ist, sondern durch politische Maßnahmen in seiner Intensität bzw. in seiner Größenordnung beeinflusst werden kann. Allerdings machen die Szenarien auch deutlich, dass in den nächsten Jahrzehnten selbst in einer günstigen Konstellation mit einer signifikanten Zunahme der Zahl der betreuungsbedürftigen Menschen zu rechnen ist. Die Politik ist daher aufgerufen, frühzeitig Lösungen zu erarbeiten, um diesem Problem Herr zu werden.

9.1.2 Das soziale und ökonomische Umfeld der betreuungsbedürftigen Menschen

Wie einleitend skizziert, sollte Betreuungsbedürftigkeit nicht nur als medizinisches Problem gesehen werden. Vielmehr sind die ökonomischen und sozialen Umfeldvariablen in doppelter Hinsicht von Interesse: Zum einen ist Benachteiligung in sozialer und ökonomischer Hinsicht oftmals eine Ursache verstärkter Betreuungsbedürftigkeit; zum anderen hat Betreuungsbedürftigkeit selbst auch ökonomische Konsequenzen, weil mit ihr wirtschaftliche Belastungen verbunden sind.

Aus diesem Grund sollen in der Folge einige wichtige soziale und ökonomische Umfeldvariab-

www.parlament.gv.at

Tabelle 9.5:
Lebenssituation der PflegegeldbezieherInnen

	in %	absolut
Pflegegeldbezieher wohnt ...		
alleine	36,2	527
mit Ehe- oder Lebenspartner	33,1	482
mit Kind/ern	24,6	358
mit Eltern	5,9	86
mit anderen Angehörigen	8,7	126
mit Freunden / Bekannten	2,5	37
Zeitaufwand, um Freunde/Angehörige zu besuchen		
gleiches Haus / gleiche Wohnung	44,1	633
bis zu 15 Minuten	22,1	317
bis zu 30 Minuten	13,8	197
bis zu 1 Stunde	9,2	131
länger als 1 Stunde	10,9	156
Im wievielten Stock liegt die Wohnung?		
Parterre	56,0	814
1. Stock	26,6	386
2. Stock	8,9	130
3. Stock	4,7	68
4. Stock oder höher	3,9	57

Quelle: Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 254.

len der betreuungsbedürftigen Menschen dargestellt werden. Signifikante empirische Evidenz liegt in dieser Beziehung für die BezieherInnen von Pflegegeld vor.

Tabelle 9.4 gibt einen Überblick über die familiäre bzw. Wohnsituation der PflegegeldbezieherInnen in Österreich. Demgemäß lebten (im Jahr 1995) rund 36,2% der PflegegeldbezieherInnen alleine, 33,1% mit ihrem Lebenspartner und 24,6% mit Kindern.[7] Jüngere Daten (Bericht des Arbeitskreises Pflegevorsorge 1997: 11) bestätigen, dass dieses grundsätzliche Bild auch noch in den späteren Jahren (konkret 1997) zutraf. Unter jenen PflegegeldbezieherInnen, die in ihrem eigenen Haushalt lebten, wurden in diesem Jahr 32,8% als alleinlebend, der Rest mit Angehörigen oder Bekannten lebend diagnostiziert (vgl. auch: Kap. 4.3).

Tabelle 9.6 zeichnet ein detailliertes Bild über die Wohnsituation der PflegegeldbezieherInnen. Die „technische" Ausstattung der Haushalte wird über weite Strecken als recht befriedigend gezeichnet. Ganz anders stellt sich die Verfügbarkeit von Infrastruktur (wie z. B. Arzt, Apotheke, Lebensmittelgeschäfte) dar. Menschen mit funktionellen Behinderungen haben in drei Viertel bis vier Fünftel aller Fälle kaum die Möglichkeit, wichtige Wege oder Erledigungen ohne fremde Hilfe (innerhalb einer Wegzeit von 15 Minuten) zu tätigen. Daraus wird der Zusammenhang zwischen sozialen, gesundheitlichen und ökonomischen Problemen pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen im Alter offenbar.

7 Diese Zahlen beziehen sich auf PflegegeldbezieherInnen, die nicht in Heimen wohnten.

Tabelle 9.6:
Wohnsituation der PflegegeldbezieherInnen

	in %	absolut
Ausstattung der Wohnung		
Toilette innerhalb der Wohnung	88,3	1.291
Bad- / Duschgelegenheit in der Wohnung	84,8	1.235
Kühlschrank	95,2	1.381
Mikrowellenherd	23,5	328
Waschmaschine	73,2	1.060
Zentralheizung	64,6	935
Telefon	83,8	1.207
Telefon, das vom Bett aus erreichbar ist	22,4	314
Stufen in der Wohnung	33,4	478
Einrichtungen, die in weniger als 15 Minuten ohne fremde Hilfe erreichbar sind		
praktischer Arzt	24,8	350
Apotheke	18,9	266
Lebensmittelgeschäft	27,0	380
Gasthaus	18,9	266
Friseur / Fußpflege	17,2	242
Postamt	18,8	265
öffentliches Verkehrsmittel	27,7	390
Park oder Garten	35,0	493
keine davon	46,6	657

Quelle: Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 255.

Ein weiteres schwerwiegendes Problem ergibt sich aus der Einkommenssituation von PflegegeldbezieherInnen. Der größte Teil muss mit einem sehr geringen Einkommen auskommen. Abbildung 9.3 illustriert dies. Dabei ist zu beachten, dass die dargestellten Bruttoeinkommenskategorien sich als Summe von Bruttopension, Ausgleichszulage, Kinderzuschuss und Pflegegeld zusammensetzen. Selbst in diesem bereits sehr weiten Einkommensbegriff haben 50% aller PflegegeldbezieherInnen ein Einkommen von maximal 12.500 ATS (908 Euro) im Monat.

Es ist kein Wunder, wenn in einer solchen Situation die mit der Pflege und Betreuung verbundenen Kosten zu einer schweren ökonomischen Belastung werden. Dies gilt insbesondere für Menschen mit einem höheren Betreuungsbedarf, was durch eine Einordnung in einer höheren Pflegegeldstufe zum Ausdruck gebracht wird. Wie die Evaluation des Pflegegeldsystems gezeigt hat (Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 94ff.), kann es dadurch zu der schwierigen Konstellation kommen, dass gerade Menschen mit höherem Pflegebedarf vor dem ökonomischen Dilemma stehen, sich keinerlei Leistungen zukaufen zu können, weshalb gerade in diesen Fällen trotz Pflegegeld die Gefahr einer ungenügenden Versorgung besteht.

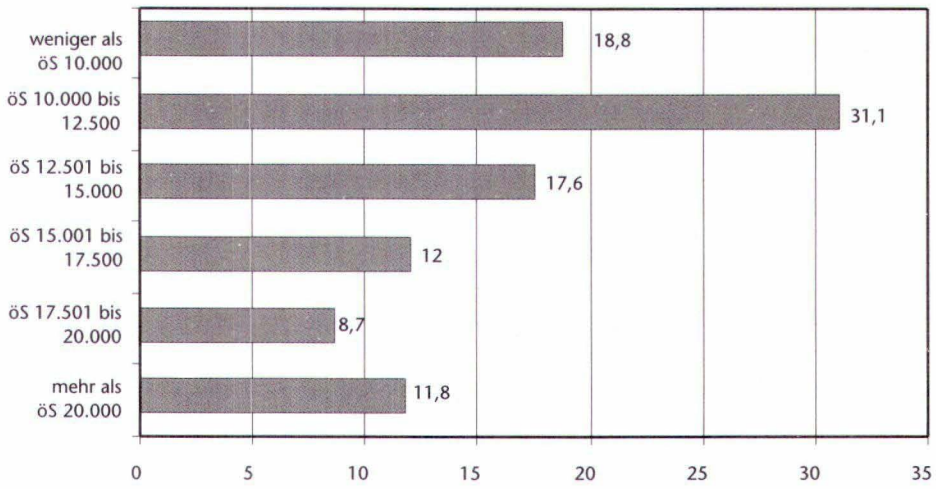
Andererseits verbessert das Pflegegeld die finanzielle Lage der pflegebedürftigen Menschen. So sagen mehr als 82% der PflegegeldbezieherInnen, dass das Pflegegeld einen „deutlich spürbaren Teil der Kosten" abdeckt, der anlässlich der Pflege entsteht. Wichtig ist aber auch der Zuwachs an Wahlfreiheit, der mit dem Pflegegeld verbunden ist. Rund 56% der PflegegeldbezieherInnen bringen deutlich zum Ausdruck, dass sie durch das Pflegegeld weniger von unbezahlter Hilfe abhängig sind, 81% merken an, dass sie sich durch das Pflegegeld bei Angehörigen für ihren Einsatz bei der Pflege erkenntlich zeigen können (Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 99). Eine ähnliche Evidenz wurde auch im Rahmen der Evaluation des Pflegegeldsystems des Landes Vorarlberg ermittelt (Badelt / Österle 1994).

9.1.3 Zur Zufriedenheit mit der Versorgungssituation

Nach allen empirischen Erfahrungen kann das Bedürfnis nach Hilfe und Pflege nur dann einigermaßen befriedigt werden, wenn es außer der privaten und familiären Pflege (vgl. Kapitel 3) auch ein ausreichendes Maß an organisierter Hilfe gibt. Aus

www.parlament.gv.at

Abbildung 9.3:
Bruttoeinkommen der PflegegeldbezieherInnen – Darstellung der Summen aus Pflegegeld, Bruttopension, Ausgleichszulage und Kinderzuschuss



Quelle: Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 85.

sozialpolitischer Perspektive ist es besonders wichtig zu wissen, ob Menschen damit insgesamt ausreichend Hilfe erhalten, wenn sie diese benötigen.

Der Mikrozensus 1987 hatte diesbezüglich für den Krankheitsfall (nicht jedoch für die längerfristige Pflegebedürftigkeit) älterer Menschen zum Teil beunruhigende Ergebnisse gebracht. Damals gaben mehr als 14% der älteren Menschen an, nicht die notwendige Hilfe zu bekommen (Kytir / Münz 1992: 92). Gemäß dem Mikrozensus 6/1998 sank dieser Wert nur geringfügig auf 13,5%. Im Kreis der PflegegeldbezieherInnen – und damit bei jenen Personen, die langfristig Hilfe oder Pflege benötigen – sind etwas mehr als drei Viertel aller Personen grundsätzlich mit der Versorgung zufrieden. 24,5% der BezieherInnen gaben in der Evaluation an, mehr Hilfe zu benötigen als sie gegenwärtig erhalten (Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 192).

Während diese Information den *Umfang* der erhaltenen Hilfe beschreibt, gibt es auch Versuche, die *Qualität* der erhaltenen Pflege zu beurteilen. Im Rahmen einer Erhebung bei den BezieherInnen des Bundespflegegelds, die für den Arbeitskreis für Pflegevorsorge durchgeführt wurde (Basis 21.839 Fälle), wurde die Qualität der Pflege von den Betroffenen in 96,6% der Fälle als ausreichend bezeichnet (Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1997: 11). Die in der Öffentlichkeit immer wieder geäußerte Sorge, die gegenwärtig gebotene Pflege würde nicht den notwendigen Qualitätsstandards entsprechen, dürfte daher im Allgemeinen nicht berechtigt sein. Dies schließt selbstverständlich nicht aus, dass in Einzelfällen Probleme vorkommen, deren Beseitigung ein wichtiges Anliegen der Politik sein muss.

Eine spezielle Dimension der Zufriedenheit mit der Versorgung stellt die Frage nach der richtigen Einstufung in die Stufen des Pflegegelds dar. Dabei ist einerseits die korrekte Durchführung des Einstufungsverfahrens in rechtlicher Hinsicht, andererseits das subjektive Empfinden der Betroffenen von Relevanz, als „richtig" in dem Sinn eingestuft worden zu sein, dass für einen betroffenen Menschen ausreichende Hilfe finanziert werden kann.[8] Aus der Evaluation des Pflegegeldsystems ist bekannt, dass etwas mehr als zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen (68,4%) mit der getroffenen Einstufung grundsätzlich zufrieden waren (Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 207). Kritik wurde eher an dem gewählten Verfahren, insbesondere an der fehlenden Einbeziehung von Vertrauenspersonen oder anderen Menschen, die die Lebenssituation der Betroffenen wirklich beurteilen können, geäußert.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Ergebnisse der eingebrachten Klagen gegen Pflegegeldbescheide der Sozialversicherungsträger hinzuweisen. Gemäß dem Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (1997: 24) wurde im Jahr 1997 in etwa 13,35% der Fälle den Klagen stattgegeben. In 38,17% der Fälle kam es zu Vergleichen.

9.2 Organisation der Hilfe und Betreuung durch Dienste und Einrichtungen

Betrachtet man die sozialpolitischen Ziele und Strategien im Zusammenhang mit Problemen betreuungsbedürftiger älterer Menschen im Verlauf der letzten dreißig bis vierzig Jahre, so zeigt sich europaweit ein relativ einheitliches Muster. Im Anschluss an den Bau von Seniorenheimen oder auch Pflegeheimen folgte eine Welle des verstärkten Ausbaus mobiler Dienste bis hin zu Gesetzesbeschlüssen, wie etwa in Dänemark, wo 1987 der weitere Bau von Heimen grundsätzlich verboten wurde. Österreich folgte diesem Muster im Vergleich zu den nordischen Sozialstaaten mit einer gewissen Verzögerung und in etwas abgeschwächter Form.

Beispielsweise verfügt Österreich mit dem „Geriatriezentrum am Wienerwald" (ca. 2.800 PatientInnen) über eines der größten Pflegezentren der Welt. Gleichzeitig waren hierzulande aber nie mehr als etwa 4% der über 60-jährigen in Heimen untergebracht (in Wien ca. 8%), während in den nordischen Ländern oder den Niederlanden heute um die 10% der PensionistInnen institutionell versorgt werden. Dennoch beschloss etwa der Wiener Gemeinderat im Jahr 1993, zumindest den Neubau reiner Pensionistenheime zu stoppen. Zwar sollen weiterhin Pflegeheime gebaut und bestehende Einrichtungen renoviert werden, das politische Ziel besteht aber darin, den Verbleib älterer Menschen in der gewohnten Umgebung so lange wie möglich zu gewährleisten und damit eher im ambulanten Bereich den nordischen Standards nachzueifern. Dabei stellt sich die Entwicklung wie folgt dar: Anfang der 80er Jahre, als die ambulante Betreuung in Österreich gerade ihre ersten Schritte in Richtung Professionalisierung machte, nahmen mehr als 27% aller SchwedInnen und 18% aller DänInnen im Alter von über 65 Jahren Heimhilfe in Anspruch. Bis zum Jahr 1996 ist dieser Indikator in Schweden auf 17% gesunken und in Dänemark auf 24% gestiegen (Rostgaard / Fridberg 1998: 57).

In Wien nutzten zur selben Zeit 8,3% aller SeniorInnen im Alter von über 60 Jahren zumindest einen der mobilen Dienste Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern oder Besuchsdienst (Magistrat der Stadt Wien 1997: 103). Während die Zahl der NutzerInnen während der letzten zehn Jahre in Wien eher leicht gesunken ist, konnten die Bundesländer in Bezug auf den Ausbau und die Inanspruchnahme mobiler Dienste stark aufholen.

8 In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass der Gesetzgeber das Pflegegeld als teilweise Abgeltung der Mehraufwendungen konzipiert hat, die durch den Bedarf nach Hilfe und Pflege entstehen (Pfeil 1994: 153).

Aus diesen Daten allein lässt sich freilich noch nicht auf die Qualität, die Effektivität und die Angemessenheit dieser Dienstleistungen schließen. Zudem waren in Österreich ebenso wie in den meisten anderen Ländern Europas gerade während der vergangenen zehn Jahre wesentliche Veränderungen in Bezug auf Zielgruppenorientierung, Professionalisierung, Qualitätsentwicklung sowie Kundenorientierung und Wahlmöglichkeiten zu beobachten (vgl. als Überblick Badelt 1995a, Evers et al. 1997, Evers / Leichsenring 1996).

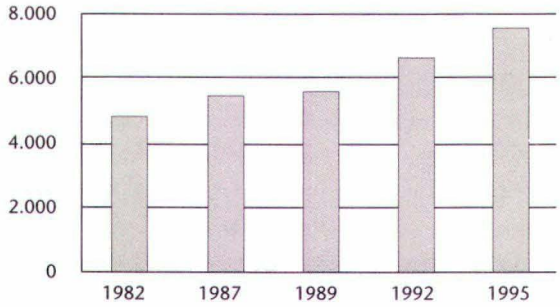
Wenn im Folgenden vom derzeitigen Stand der stationären und teilstationären Versorgung (Kapitel 9.2.1) sowie der ambulanten Betreuungsangebote (Kapitel 9.2.2) berichtet wird, so ist in Erinnerung zu rufen, dass der weitaus größte Teil der Hilfe und Pflege nach wie vor in den Familien – und hier wiederum zum überwiegenden Teil von Frauen – erbracht wird (vgl. Kapitel 9.3). Die unterschiedlichen Unterstützungsformen für betreuungsbedürftige Menschen und der damit verbundene Koordinationsbedarf stehen auch im Mittelpunkt der aktuellen fachlichen Debatten in Österreich, wobei in der Praxis noch ein erheblicher Verbesserungsbedarf besteht (Kapitel 9.2.3). Bei der Interpretation der im Folgenden präsentierten Daten sind schließlich auch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und politische Prioritäten innerhalb Österreichs zu bedenken, da Angelegenheiten der Hilfe und Pflege grundsätzlich im Verantwortungsbereich der Bundesländer liegen, wodurch Unterschiede in Bezug auf Qualität und Quantität der Betreuungsformen erklärt werden können (vgl. Kapitel 9.4).

9.2.1 Stationäre und teilstationäre Versorgungsformen

Die Funktionen der stationären Versorgung älterer Menschen haben sich in den letzten dreißig Jahren grundlegend geändert. Galt es in Zeiten eines hohen Anteils älterer Menschen in Substandardwohnungen, moderne Wohnmöglichkeiten in Form von Pensionistenheimen anzubieten, so zeigt sich heute, dass Heime zunehmend erst dann als die letzte verbleibende Möglichkeit in Betracht gezogen werden, wenn alle anderen Betreuungsformen ausgeschöpft wurden *(vgl. Kapitel 5)*. Im Zuge des generellen politischen Ziels, betreuungsbedürftige ältere Menschen so lange wie möglich zuhause zu versorgen und des daran anschließenden Ausbaus mobiler sozialer Dienste entwickelten sich Pensionistenheime sukzessive zu Heimen für Hochaltrige mit verschlechtertem Gesundheitszustand und zunehmendem Pflegebedarf. Heimträger sahen sich dazu genötigt, Pflegestationen einzurichten oder aber Wohnplätze in Pflegeplätze umzuwandeln. Dies bedeutet, dass heute nur noch wenige Heime als reine Wohnheime zu bezeichnen sind und die Zahl der Pflegeplätze in Österreich beständig ansteigt. Abbildung 9.4 zeigt diese Entwicklung in eindrucksvoller Weise für die Steiermark, wo die Gesamtzahl der Heimplätze seit 1987 um ein Drittel zugenommen hat, wobei sich das Verhältnis zwischen Wohn- und Pflegeplätzen umgekehrt hat.

www.parlament.gv.at

Abbildung 9.4:
Entwicklung der Wohn- und Pflegeplätze in der Steiermark, 1982-95



Quelle: Sozialreferat der Steiermärkischen Landesregierung 1997: 151.

Als Ergänzung zu den bestehenden Diensten und Einrichtungen sind in den letzten Jahren auch einige neue Wohn- und Betreuungsformen in Österreich eingeführt bzw. ausgebaut worden. Neben betreuten Wohnformen zählt dazu die Entwicklung sogenannter teilstationärer Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege, die in vielen Fällen als Zusatzangebot von Heimen bzw. Heimträgern bereitgestellt werden. Angesichts der noch geringen Zahl solcher Einrichtungen und der unzureichenden Datenlage wird dieser Teilbereich der Betreuungsinfrastruktur in diesem Abschnitt mitbehandelt.

9.2.1.1 Pensionistenheime und Pflegeheime

Die wichtigsten Wohn- und Betreuungsformen im stationären Bereich sind nach wie vor das traditionelle Pensionistenheim – in den meisten Fällen mit angeschlossener Pflegeabteilung – und zunehmend das Pflegeheim. Die vorhandene Datenbasis zur stationären Versorgung älterer Menschen ist allerdings grundsätzlich und – insbesondere mit Blick auf längerfristige Entwicklungen – aufgrund der bereits erwähnten Umwandlung von Wohn- in Pflegeplätze relativ unbefriedigend.

Generell kann davon ausgegangen werden, dass etwa 65.000 ÖsterreicherInnen über 60 Jahre, also etwa 3,8% dieser Bevölkerungsgruppe, in etwas mehr als 700 Einrichtungen leben. Tabelle 2.1 gibt einen Überblick auf Basis der bestehenden Datenlage, wobei auf die nun vorliegenden „Bedarfs- und Entwicklungspläne", die aufgrund der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Artikel 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen zu erstellen waren, zurückgegriffen werden konnte. Leider konnte man sich jedoch bei der Erstellung dieser Pläne auf keine bundesweit einheitliche Vorgehensweise einigen, wodurch bestimmte Daten, etwa zur Auslastung der Heime oder Zusammensetzung der BewohnerInnen, nur punktuell erhoben wurden. Auch die Differenzierung in Wohn- und Pflegeplätze bzw. Alten- oder Pensionistenheim und Pflegeheim wurde nicht überall gleichermaßen vorgenommen, weshalb die Einrichtungen unter einer Kategorie zusammengefasst wurden.[9]

www.parlament.gv.at

Tabelle 9.7:
Zahl der Alten- und Pflegeheime in Österreich (nach Bundesländern)

	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Summe
Zahl der Einrichtungen	27	k. A.	93	97	105	170	68	64	82	706
Anzahl Plätze	**1.386**	**3.507**	**9.716**	**10.797**	**4.443**	**7.289**	**4.428**	**2.097**	**21.023**	**64.686**

Quelle: Bedarfs- und Entwicklungspläne, eigene Zusammenstellung. – Legende (Datum der Erhebung in Klammern): B=Burgenland (Okt. 1995), K=Kärnten (Dez. 97), NÖ=Niederösterreich (1996), OÖ=Oberösterreich (Jän. 1996), S=Salzburg (Dez. 95), ST=Steiermark (Dez. 95), T=Tirol (Dez. 95), V=Vorarlberg (Dez. 95), W=Wien (Jän. 97).

Pazourek (1993) kam bereits vor einigen Jahren im Zuge einer österreichweiten Studie auf eine Zahl von rund 60.000 Plätzen in Institutionen. Diese Erhebung wies vor allem auf den erschreckend niedrigen qualitativen Standard der Einrichtungen hin: 38,5% der Heime wurden vor 1960 gebaut, 40% verfügen über mehr als 200 Plätze; 21% sind in einem schlechten baulichen Zustand, z. B. haben 23% keinen Aufzug; 62% sind mit Türen ausgestattet, die mit einem Pflegebett nicht passierbar sind; nur 29% der Pflegeplätze verfügen gleichzeitig über ein eigenes Bad / Dusche und eine Toilette. In der Steiermark stehen beispielsweise heute 33% Einbett-Zimmern im Pflegebereich 44% 2-Bett- und 20% 3- und Mehrbett-Zimmer gegenüber (Sozialreferat der Steiermärkischen Landesregierung 1997: 164).

Auch wenn die Definition von „Pflegeplatz" vor diesem Hintergrund zumindest zu relativieren ist, zählt Rubisch (1998) auf Basis einer jüngsten Publikation aller sozialen Einrichtungen insgesamt rund 41.000 Pflegeplätze in Österreich, also etwa 26 Plätze pro 1.000 EinwohnerInnen über 60 Jahre (Tabelle 9.8).

Aufgrund fehlender Daten können Angaben zum sozio-ökonomischen Status der BewohnerInnen nur für einzelne Bundesländer gemacht werden. Im Burgenland beträgt das Durchschnittsalter der BewohnerInnen beispielsweise 76 Jahre; 87% der BewohnerInnen sind älter als 60 Jahre und 60% sind älter als 75 Jahre (Amann / Kneusel / Löger 1996: 128f.).

Mit Blick auf die Zukunft wird davon auszugehen sein, dass sich die Tendenz zu einem immer höheren Durchschnittsalter der HeimbewohnerInnen fortsetzt und besonders die Zahl desorientierter BewohnerInnen zum Teil dramatisch ansteigen wird. Diese Entwicklung stellt für Heimbetreiber und das Pflegepersonal gleichermaßen eine Herausforderung dar.

9.2.1.2 Teilstationäre Betreuung und alternative Angebote

Teilstationäre Angebote wie betreutes Wohnen, „Übergangspflege"[10] bzw. Kurzzeitpflege oder Tagespflege gehören zu jenen Neuerungen im Bereich der Altenpflege, die in den letzten Jahren auch in Österreich zunehmend eingefordert und nun teilweise umgesetzt wurden. Diese Betreuungsformen dienen sowohl als Ergänzung der ambulanten und familiären Betreuung als auch zur Entlastung der stationären Einrichtungen.

9 Darüber hinaus wurden die Bedarfs- und Entwicklungspläne nicht überall veröffentlicht und schon gar nicht öffentlich diskutiert, weshalb es zum Teil schwierig ist, dieser Pläne überhaupt habhaft zu werden.

10 Die Übergangspflege ermöglicht beispielsweise eine Überbrückung der ersten Zeit nach einem Krankenhausaufenthalt bis zur Entlassung in häusliche Betreuung.

Tabelle 9.8:
Zahl der Pflegeplätze in Einrichtungen der Altenhilfe nach Bundesländern (1998)

Bundesland	Zahl der Pflegeplätze	Bevölkerung (1996)	Plätze pro 100.000 Einwohner	Plätze pro 1.000 Einwohner über 60
Burgenland	1.077	275.282	391	17
Kärnten	2.293	562.814	407	20
Niederösterreich	7.418	1.524.286	487	23
Oberösterreich	7.226	1.380.703	523	28
Salzburg	3.501	509.404	687	40
Steiermark	5.253	1.207.221	435	21
Tirol	3.351	660.228	508	30
Vorarlberg	1.373	344.048	399	26
Wien	9.914	1.595.399	621	30
Österreich	41.406	8.059.385	514	26

Quelle: Rubisch 1998: 942.

► Kurzzeitpflege wird großteils von Heimen angeboten, die einige Betten vorhalten, um beispielsweise pflegenden Angehörigen einen „Urlaub von der Pflege" zu ermöglichen (und damit die Krankenhäuser zu entlasten, die bisher oft zu diesem Zweck genutzt werden). In einigen Fällen bestehen auch bereits eigene Kurzzeitpflege-Einrichtungen, die mit anderen Serviceangeboten kombiniert werden, z. B. Tagespflege oder betreutem Wohnen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass in Österreich derzeit rund 500 Plätze für Kurzzeitpflege angeboten werden.

► Tagespflege dient der Unterstützung des Lebens in der gewohnten Umgebung und zugleich der Entlastung familiärer Betreuungspersonen. Betreuungsbedürftige Menschen werden morgens abgeholt und abends wieder in ihre Wohnung gebracht, wo die Pflege dann in den meisten Fällen von tagsüber berufstätigen Familienangehörigen übernommen wird. Einige Tagespflegegruppen werden als spezialisierte Gruppen, etwa nur für dementiell erkrankte ältere Menschen, geführt. In ganz Österreich können allerdings bislang nicht mehr als etwa 600-700 Personen solche Angebote nutzen.

► Betreutes Wohnen ist eine Wohnform für ältere Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf, der jedoch durch ambulante Dienste abgedeckt werden kann. Im Unterschied zur Betreuung zuhause werden allerdings mehrere speziell adaptierte Wohnungen in einem Gebäudekomplex oft mit zusätzlichen Hilfeangeboten kombiniert. In Niederösterreich etwa werden in Sozialzentren Seniorenwohnungen mit Sozialstationen, also der Einsatzstelle der mobilen Dienste, kombiniert; in einigen Sozialzentren wird auch Kurzzeitpflege angeboten. Mit dieser Form der gemeindenahen Betreuung werden auch in Vorarlberg, Salzburg und der Steiermark Erfahrungen gesammelt: Insgesamt gibt es etwa 1.500 Plätze in ganz Österreich.

► „Seniorenwohngemeinschaften" sind eine Spezialform betreuten Wohnens, wobei sich meist vier bis acht Personen eine große Wohnung teilen und je nach Bedarf von einer Betreuungsperson unterstützt werden. In organisierter Form bestehen etwa 20-30 solcher Wohngemeinschaften in Österreich.

www.parlament.gv.at

Tabelle 9.9:

Ambulante sozialmedizinische Dienste nach Bundesländern

	B (2)	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Hauskrankenpflege									
Anbieter	8	11	4	22	4	ca. 6	80	67	1
Personal in VZÄ (abs.)	31,9	52,17	274	111,2	k. A.	163,3	105,5	99,6	ca. 150
Personal / 1000 Einwohner 75+	1,9	1,5	2,8	1,5	k. A.	2,1	3	6,4	1,2
Alten- und Pflegehilfe									
Anbieter	7	k. A.	4	51	k. A.	ca. 6	80	(1)	k. A.
Personal in VZÄ (abs.)	15,2	216,8	196	192	k. A.	99,5	79,9	(1)	k. A.
Personal / 1000 Einwohner 75+	0,9	6,28	2	2,5	k. A.	1,3	2,3	(1)	k. A.
Heimhilfe									
Anbieter	17	k. A.	4	k. A.	8	ca. 6	80	30	ca. 30
Personal in VZÄ (abs.)	45,3	k. A.	883	k. A.	k. A.	292,5	82,9	53	2.719
Personal / 1000 Einwohner 75+	2,7	k. A.	9,1	k. A.	k. A.	3,8	2,4	3,4	22,6
Summe Vollzeit-äquivalente (abs.)	92,4	268,9	1.353	303,2	k. A.	555,2	268,2	152,6	k. A.
Summe Personal pro 1000 EW 75+	5,4	7,8	13,9	4	k. A.	7,2	7,7	9,8	k. A.

Quelle: Bedarfs- und Entwicklungspläne, eigene Zusammenstellung. – Legende (Datum der Erhebung in Klammern): B=Burgenland (Okt. 1995), K=Kärnten (Dez. 97), NÖ=Niederösterreich (1996), OÖ=Oberösterreich (Jän. 96), S=Salzburg (Dez. 95), ST=Steiermark (Dez. 95), T=Tirol (Dez. 95), V=Vorarlberg (Dez. 95), W=Wien (Jän. 97); VZÄ=Vollzeitäquivalente. – (1) In Vorarlberg unter der Kategorie Haushilfen / Mobile Hilfsdienste zusammengefasst. (2) Laut Amt der Burgenländischen Landesregierung haben sich die Personaldaten bis 1998 wie folgt entwickelt (in VZÄ): Hauskrankenpflege (HKP): 35,7; Pflegehilfe (PH): 16,6, Heimhilfe (HH): 59,7; Gesamt: 112.

Die Entwicklung alternativer Wohn- und Betreuungsangebote in Österreich steht insgesamt erst am Anfang, aber die Tendenz in Richtung kleinerer, bedürfnisgerechter und gemeindenaher Betreuungseinheiten ist anhand der Bedarfs- und Entwicklungspläne durchaus erkennbar. Sowohl auf Landesebene als auch seitens einzelner Gemeinden weisen Altenpläne und Leitbilder der Altenpolitik in Richtung Dezentralisierung, altengerechte Adaptierung und kleine Einheiten (Leichsenring / Strümpel 1998: 230, BMUJF 1998).

9.2.2 Ambulante Versorgung

Trotz der Betonung des Vorrangs der ambulanten Betreuung gegenüber stationären Angeboten in allen gesundheits- und sozialpolitischen Programmen zur Altenhilfe entwickelt sich der Bereich der ambulanten sozialmedizinischen Dienste nach wie vor im Schatten des allgemeinen Gesundheitswesens und dessen stationären Einrichtungen. Die Anstrengungen zur Verbesserung der Situation im Zuge der Reform der Pflegevorsorge und des damit verbundenen sogenannten 15a-Vertrages zwischen Bund und Ländern zeigen nur allmählich erste Wirkungen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern in Bezug auf Quantität und Qualität der Dienste sind nach wie vor erheblich. So nutzen etwa mehr als 80% der PflegegeldbezieherInnen in Vorarlberg die ambulanten Angebote, aber nur jeweils ein Drittel in Kärnten und im Burgenland (Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 79). Auch in Wien, wo die Dienste bereits früher relativ breit angeboten wurden, hat sich die Zahl der KlientInnen seit 1989 kaum verändert, allerdings ist die Zahl der Betreuungsstunden leicht angestiegen (Magistrat der Stadt Wien 1997). Ein möglicher Trend scheint somit darin zu bestehen, dass – wie auch in anderen Ländern – versucht wird, die Treffsicherheit der Dienste zugunsten der Zielgruppen mit intensiverem Betreuungsbedarf zu verbessern. Eine andere Interpretation dieser Daten würde hingegen nahelegen, dass auch durch die Einführung des Bundes-Pflegegeldgesetzes nur geringe Anreize zu einer zusätzlichen Inanspruchnahme sozialer Dienste gesetzt wurden, sondern informelle Betreuungsarrangements, die die familiäre Pflege ebenso enthalten wie Formen der „Schwarzarbeit", zusätzlich finanziert worden sind (vgl. dazu Kapitel 9.3.1).

Der Überblick über das bestehende Angebot an sozialmedizinischen Diensten auf Basis der Bedarfs- und Entwicklungspläne (Tabelle 9.9) gibt in erster Linie den bislang unbefriedigenden Dokumentationsgrad ambulanter Dienste wieder.

Aus den vorliegenden Daten geht weiters die Unterschiedlichkeit der Angebote zwischen den Bundesländern hervor. Dies betrifft zum einen die jeweilige Organisationsform der Dienste, was sich in der großen Bandbreite bei der Zahl der Anbieter spiegelt, zum anderen die Versorgungsdichte, die in der Beschäftigtenzahl pro EinwohnerInnen über 75 Jahre zum Ausdruck kommt. Sowohl bezogen auf die Zahl der Beschäftigten als auch deren Qualifikation zeigt sich ein deutliches West-Ost-Gefälle (Tabellen 9.10 und 9.11): Während in Vorarlberg vornehmlich diplomiertes Pflegepersonal beschäftigt ist, findet sich in Wien ein wesentlich höherer Anteil an HeimhelferInnen.

Tabelle 9.10:
Verteilung des Pflegepersonals nach Leistungssegmenten (in Prozent)

	B (1)	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Hauskrankenpflege	34,5	15,4	20,2	37,7	k. A.	29,0	39,0	65,3	ca. 10
Altenhelfer / Pflegehelfer	16,5	84,6	14,5	63,3	k. A.	18,0	30,0	k. A.	ca. 5
Heimhelfer	49,0	k. A.	65,3	k. A.	k. A.	53,0	31,0	34,7	ca. 85
Summe	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Quelle: Bedarfs- und Entwicklungspläne; eigene Berechnungen (Wien geschätzt). – Legende (Datum der Erhebung in Klammern): B=Burgenland (Okt. 95), K=Kärnten (Dez. 97), NÖ=Niederösterreich (1996), OÖ=Oberösterreich (Jän. 96), S=Salzburg (Dez. 95), ST=Steiermark (Dez. 95), T=Tirol (Dez. 95), V=Vorarlberg (Dez. 95), W=Wien (Jän. 97). (1) Daten für 1998: HKP: 31,9%, PH: 14,8%, HH: 53,3%.

Tabelle 9.11:
Personal ambulanter Dienste nach Bundesländern und Art der Dienstleistung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 1997

	Hauskrankenpflege	Pflegehilfe / Altenhilfe	Heimhilfe	Sonstige	Summe VZÄ	Summe Personen
Burgenland (1)	36	16	60		112	253
Kärnten (2)	109	141	445		217	695
Niederösterreich	274	196	883		1.353	ca. 3.000
Oberösterreich	102	104	-	39	245	k. A.
Salzburg	130		264		394	k. A.
Steiermark	163	100	293		556	k. A.
Tirol (3)	106	80	83		269	k. A.
Vorarlberg (2)	100	k. A.	623		k. A.	723
Wien	150	k. A.	2.453	266	2.869	ca. 4.200
Österreich	**(1.166)**	**(636)**	**(5.089)**	**(305)**	**6.718**	

Quelle: Bedarfs- und Entwicklungspläne; eigene Zusammenstellung. – Legende: (1) Zahl der Personen inkl. 94 geringfügig Beschäftigter; (2) Angaben in Personen; (3) HeimhelferInnen in Tirol sind LaienhelferInnen.

Allerdings ist bei Betrachtung der folgenden Tabellen zu beachten, dass die Bezeichnungen AltenhelferIn / PflegehelferIn und HeimhelferIn je nach Bundesland unterschiedlich gebraucht werden, wie auch die entsprechenden Ausbildungsgänge je unterschiedlich geregelt sind (vgl. Exkurs 9.2.4.5). So haben etwa die Wiener HeimhelferInnen eine gesetzlich geregelte Ausbildung absolviert; darüber hinaus ist in Wien der Anteil an PflegehelferInnen und diplomiertem Personal während der letzten Jahre kontinuierlich angestiegen.

Tabelle 9.11 gibt darüber hinaus einen Hinweis auf das hohe Ausmaß an Teilzeitbeschäftigung und geringfügiger Beschäftigung, das für den Sektor ambulanter Dienstleistungen als charakteristisch angesehen werden muss. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass in Österreich rund 10.000 Personen, zum Großteil Frauen, im Bereich der mobilen Altenbetreuung tätig sind.

Die Zahl der NutzerInnen mobiler sozialer Dienstleistungen kann weitgehend nur geschätzt werden (Tabelle 9.12). Zum einen liegt dies daran, dass viele betreuungsbedürftige Personen gleichzeitig unterschiedliche Dienste in Anspruch nehmen und die derzeitigen Daten-Erfassungssysteme keine genauen Abgrenzungen erlauben, d. h. in den einzelnen Bundesländern wird nicht immer zwischen Personen- und Fallzahlen unterschieden. Zum anderen geht leider aus den vorliegenden Daten nicht immer hervor, ob es sich um Stichtagszählungen oder Jahresdurchschnitts-Daten handelt. Relativ detaillierte Zahlen liegen lediglich für Wien vor (Tabelle 9.13).

Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass etwa 50.000 Personen, dies entspricht etwa 3% der Bevölkerung über 60 Jahre, den einen oder anderen Dienst in Anspruch nehmen. In Summe werden dadurch in ganz Österreich (inklusive geschätzter Werte für jene Bundesländer, aus denen keine Daten vorliegen) etwa acht Millionen Einsatzstunden pro Jahr geleistet (Tabelle 9.14).

Tabelle 9.12:
Zahl der NutzerInnen mobiler Dienstleistungen nach Bundesländern und Art der Dienstleistung (1997)

	Hauskrankenpflege	Heimhilfe	Gesamt
Burgenland	1.017	1.010	1.867
Kärnten	1.720	3.080	4.800
Niederösterreich			9.016
Oberösterreich	5.343	5.299	10.642
Salzburg	2.161	2.205	4.366
Steiermark	1.074	484	1.558
Tirol	2.194	684	2.878
Vorarlberg	9.474	832	10.306
Wien	1.964	11.793	13.757
Österreich	**24.185**	**24.487**	**59.190**

Quelle: Pratscher, Stolitzka 1999; Bedarfs- und Entwicklungspläne. – Anmerkung: Die Bildung von Summen ist nur bedingt zulässig, da aus den vorliegenden Daten nicht eindeutig hervorgeht, ob es sich um konkrete Personen (z. B. Burgenland) oder um Fallzahlen (z. B. Vorarlberg) handelt. Darüber hinaus ist bei Betrachtung der Zeilensumme zu bedenken, dass viele KlientInnen sowohl Hauskrankenpflege als auch Heimhilfe in Anspruch nehmen (siehe z. B. die Zahlen für das Burgenland).

Tabelle 9.13:
Zahl der NutzerInnen mobiler Dienstleistungen in Wien (1997)

Art der sozialen Dienstleistung (1)	Zahl der NutzerInnen pro Jahr	Anteil der NutzerInnen an der Bevölkerung über 60
Heimhilfe	17.709	5,0%
Reinigungsdienst	9.043	2,6%
Essen auf Rädern	11.155	3,2%
Hospizdienst	353	0,1%
Besuchsdienst	3.304	0,9%
Reparaturdienst	622	0,2%
Wäschedienst	1.557	0,4%

Quelle: Amt der Wiener Landesregierung (MA 47), 1997. – (1) ohne Hauskrankenpflege.

9.2.3 Trägerstruktur unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der privaten Wohlfahrtsträger

Betrachtet man die Trägerstruktur der verschiedenen Angebote im Bereich von Hilfe und Pflege, so zeigt sich ein für die meisten europäischen Länder charakteristischer „Wohlfahrtsmix" (Evers / Wintersberger 1990, Badelt 1999a), bei dem neben der öffentlichen Trägerschaft durch Bund, Land oder Gemeinden auch kommerzielle Anbieter und vor allem freie gemeinnützige Träger eine wichtige Rolle spielen. Tabelle 9.15 verdeutlicht die gemischte Trägerstruktur im Bereich der stationären Betreuung, wobei sich allerdings kein eindeutiges Muster erkennen lässt. Der hohe Anteil privat-gewerblicher Anbieter in der Steiermark, im Burgenland und in Niederösterreich ist zum Teil durch die große Zahl kleiner Betreuungsangebote zu erklären. Bezogen auf die Zahl der Plätze überwiegt in allen Bundesländern die öffentliche Trägerschaft (Tabelle 9.16).

Tabelle 9.14:

Umfang der erbrachten ambulanten Dienste in Stunden

	Hauskrankenpflege	Pflegehilfe / Altenhilfe	Heimhilfe	Sonstige	Summe
Burgenland	34.919	25.218	92.235		152.372
Kärnten	52.000	k. A.	285.833		337.833
Niederösterreich	k. A.	k. A.	k. A.		k. A.
Oberösterreich	104.297	k. A.	238.720		343.017
Salzburg	220.126	k. A.	431.122		651.247
Steiermark	k. A.	k. A.	k. A.		k. A.
Tirol	k. A.	k. A.	k. A.		k. A.
Vorarlberg	k. A.	k. A.	89.455		89.455
Wien	173.650	k. A.	3.809.324	548.796	4.531.770
Österreich	**553.008**	**25.218**	**4.946.689**	**548.796**	**6.082.255**

Quelle: Barta / Ganner 1989; Bedarfs- und Entwicklungspläne.

Tabelle 9.15:

Trägerstruktur im Bereich der institutionellen Betreuung nach Bundesländern

	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Träger	27	k. A.	93	97	104	170	68	64	82
davon (in Prozent):									
öffentlich	14,8	k. A.	49,4	40,2	84,6	17,1	75,0	81,3	52,4
privat-gemeinnützig	33,3	k. A.	10,8	59,8	13,5	22,3	5,9	18,8	41,5
privat-gewerblich	51,9	k. A.	39,8	0,0	1,9	59,4	19,1	0,0	4,9

Quelle: Bedarfs- und Entwicklungspläne. – Legende (Datum der Erhebung in Klammern): B=Burgenland (Okt. 1995), K=Kärnten, NÖ=Niederösterreich (1996), OÖ=Oberösterreich (Jän. 1996), S=Salzburg (Dez. 95), ST=Steiermark (Dez. 95), T=Tirol (Dez. 95), V=Vorarlberg (Dez. 95), W=Wien (Jän. 97).

Tabelle 9.16:

Zahl und Struktur der Anbieter von Alten- und Pflegeheimplätzen in Österreich, 1997

	Nonprofit-Organisationen		Öffentliche Anbieter		Kommerzielle Anbieter	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Zahl der Einrichtungen	185	26,2	375	53,0	147	20,8
Zahl der Wohnplätze	15.941	44,9	16.157	45,5	3.425	9,6
Zahl der Pflegeplätze	7.273	24,8	19.763	67,2	2.355	8,0

Quelle: Badelt 1999a: 81.

Eine etwas detailliertere Übersicht über die Anbieter gibt Tabelle 9.17 für Wien, wo die größte Dichte an stationären Wohn- und Pflegeplätzen in Österreich zu finden ist.

Im ambulanten Bereich zeigt sich ein völlig konträres Bild, da hier fast ausschließlich die gemeinnützigen Wohlfahrtsorganisationen Dienstleistungen erbringen (Tabelle 9.18). Dies ist teilweise durch die historische Entstehung der mobilen Dienste „von unten" erklärbar, teilweise aber auch durch die Tatsache, dass von politisch-administrativer Seite diesem Bereich lange Zeit nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Aufgrund der Tatsache, dass beim Aufbau ambulanter Dienste anfangs nicht notwendigerweise hohe Investitionskosten anfallen, konnten private Wohlfahrtsträger beginnen, auf wahrgenommene Versorgungslücken zu reagieren und die Dienste sukzessive auszubauen und zu professionalisieren. Bis heute besteht ein komparativer Vorteil vieler Nonprofit-Organisationen darin, die professionellen Dienste durch die Leistungen ehrenamtlicher MitarbeiterInnen ergänzen zu können.

Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern spielt der kommerzielle Sektor in Österreich bislang noch überhaupt keine Rolle im ambulanten Bereich. Anders als etwa in Deutschland, wo die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung einen regelrechten „Gründerboom" ausgelöst hat[11] und gewerbliche Anbieter in einigen Städten, wie Hamburg oder München, bereits mehr als 50% der Marktanteile halten, sind vom Pflegegeld hierzulande keine entsprechenden Anreize ausgegangen. Dies dürfte zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass es für neu auf den Markt drängende Anbieter eine erhebliche Hürde darstellt, von den subventionierenden Landesregierungen als Vertragspartner zugelassen zu werden.

11 So hat sich die Gesamtzahl der ambulanten Pflegedienste in Deutschland zwischen 1993 und 1996, im Zeitraum des steilsten Wachstums, von 6.633 auf 11.615 erhöht (Student 1997: 37).

9.2.4 Organisationsmodelle zur Verbesserung der Koordination in der Altenhilfe

Die unterschiedlichen Betreuungsangebote mit ihren je spezifischen sozialpolitischen Zielen und historischen Entstehungszusammenhängen, ihren unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten, beruflichen Hierarchien und strukturellen Besonderheiten lassen immer wieder den Ruf nach mehr Koordination, besserer Kooperation, Information und Beratung aufkommen. Entsprechende Konzepte wurden – zumindest für Teilbereiche – entwickelt (vgl. ÖBIG 1992, 1993, MA 47, Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 1998), in einigen Fällen auch umgesetzt und evaluiert (Badelt / Holzmann 1992, Bahr / Leichsenring 1995, Grundböck et al. 1998). Insgesamt kann aber kaum eines der bestehenden oder angestrebten Modelle „Integrierter Gesundheits- und Sozialsprengel" von sich behaupten, eine echte Integration von Gesundheits-, Sozial- und Pflegevorsorge zu leisten (Rubisch 1998: 943). Denn selbst in den wenigen Fällen, in denen innerhalb des Systems mobiler sozialer Dienstleistungen eine gewisse Abstimmung erreicht wird, ist eine Kooperation mit dem stationären Bereich der Altenhilfe, geschweige denn mit dem Gesundheitssystem oder Einrichtungen der Sozialarbeit, bestenfalls in Form von fallweisen kollegialen Kontakten vorhanden.

Da die Organisation der Altenhilfe von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Charakteristika aufweist, werden im Folgenden lediglich drei Beispiele skizziert, die in den letzten Jahren angetreten sind, um zur Verbesserung der Koordination in der Altenhilfe beizutragen.

9.2.4.1 Das Wiener Pflege- und Betreuungskonzept

Wie in den meisten Bundesländern spielt die öffentliche Hand auch in Wien kaum eine Rolle bei der direkten Erbringung von ambulanten Betreuungsleistungen. Eine Ausnahme stellen die rund

www.parlament.gv.at

Tabelle 9.17:

Anbieter von stationären Wohn- und Pflegeplätzen in Wien (1997)

Träger	Wohn-plätze	%	Pflege-plätze	%	Summe	%
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	8.211	70,8	1.799	17,1	10.010	45,5
Caritas Wien	399	3,4	631	6,0	1.030	4,7
Caritas Socialis	176	1,5	180	1,7	356	1,6
Andere kirchliche Träger	816	7,0	1.151	10,9	1.967	8,9
Sonstige Nonprofit-Organisationen	717	6,2	485	4,6	1.202	5,4
Kommerzielle Anbieter („Seniorenresidenzen")	1.055	9,1	206	2,0	1.261	5,7
Seniorenwohngemeinschaften	58	0,5	0	0,0	58	0,3
Sonstige Plätze in öffentlichen Krankenhäusern und Pflege-heimen	167	1,4	6.075	57,7	6.232	28,2
Gesamt	**11.599**	**100**	**10.527**	**100**	**22.126**	**100**

Quelle: Amt der Wiener Landesregierung (MA 47); Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997.

120 „Mobilen Schwestern" dar, die im öffentlichen Dienst beschäftigt sind. Darüber hinaus bieten rund 30 private Wohlfahrtsträger Heimhilfe, Pflegehilfe, Besuchsdienste, Essen auf Rädern, Reinigungs- und Wäschedienste an, wobei fünf große Anbieter (Sozial Global, Wiener Sozialdienste, Volkshilfe,

Tabelle 9.18:

Trägerstruktur im ambulanten Bereich nach Bundesländern

	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Zahl der Träger	20	k. A.	190	73	k. A.	k. A.	80	30	ca. 30
davon (in Prozent):									
öffentlich	55,0	k. A.	0,0	13,7	k. A.	0,0	0,0	20,0	5,0
privat-gemeinnützig	45,0	k. A.	100,0	86,3	k. A.	100,0	100,0	80,0	95,0
gewerblich	0,0	k. A.	0,0	0,0	k. A.	0,0	0,0	0,0	0,0

Quelle: Bedarfs- und Entwicklungspläne. – Legende (Datum der Erhebung in Klammern): B=Burgenland (Okt. 1995; die öffentlichen Trägern handelt es sich um einige Gemeinden, die allerdings lediglich Heimhilfe anbieten; 95% des Leistungsvolumens werden von privat-gemeinnützigen Trägern erbracht), K=Kärnten, NÖ=Niederösterreich (1996), OÖ=Oberösterreich (Jän. 1996), S=Salzburg (Dez. 95), ST=Steiermark (Dez. 95), T=Tirol (Dez. 95), V=Vorarlberg (Dez. 95), W=Wien (Jän. 97).

Rotes Kreuz und Caritas) den Markt mit einem Umsatzvolumen von rund 1,3 Mrd. ATS (94,5 Mio. Euro) prägen. Die Gemeinde Wien tritt gegenüber den Anbietern als Käufer sozialer Dienste im Namen der KlientInnen auf. In diesem Zusammenhang haben sich in jüngerer Zeit neue Formen des Finanz- und Kontraktmanagements herausgebildet (vgl. Kapitel 9.2.4.4).

Als verlängerter Arm der für die Administration und Finanzierung sozialer Dienste zuständigen Magistratsabteilung 47 fungieren zehn in den Bezirken angesiedelte „Soziale Stützpunkte", die zum Teil in „Gesundheits- und Sozialzentren"[12] integriert sind. Sie koordinieren die lokale Versorgung und dienen als Anlaufstelle für die KlientInnen. Die diplomierten Krankenschwestern der Sozialen Stützpunkte führen schließlich auch die Bedarfserhebung in der Wohnung des Klienten bzw. der Klientin durch und vermitteln den jeweils geeigneten bzw. gewünschten Anbieter.

Da ein explizites sozial- und gesundheitspolitisches Ziel darin besteht, ein pluralistisches System von Anbietern weiterzuentwickeln, um den KlientInnen die freie Wahl des Dienstleisters zu garantieren (Wiener Gemeinderat 1993), sind Instrumente der Koordination und Kontrolle vereinbart worden, die gleichwertige Qualität, d. h. adäquate Pflege- und Dokumentationsmethoden, sowie deren Kontrolle gewährleisten sollen. Dazu zählen insbesondere die Verabschiedung des Wiener Heimhilfegesetzes und die Entwicklung des Wiener Pflege- und Betreuungskonzeptes. Letzteres wurde im Rahmen des Dachverbandes der Wiener Sozial- und Pflegedienste entwickelt und wird seit 1998 umgesetzt. Ziel des Konzepts ist es, Qualitätsmaßstäbe zu setzen, die reibungslose Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Wohlfahrtsträgern zu sichern und die Möglichkeiten der Angebotspalette für die KlientInnen transparent zu machen (MA 47, Dachverband der Wiener Sozial- und Pflegedienste 1997: 2).

Entsprechend diesem Konzept wird der individuelle Betreuungsbedarf des Klienten bzw. der Klientin in einem umfassenden Erhebungsprozess ermittelt. Abhängig vom Grad der Betreuungsbedürftigkeit (nach ADL) wird ein individueller Pflegeplan erstellt, der – neben den persönlichen Daten des Klienten / der Klientin – den Bedarf an technischen und persönlichen Betreuungsleistungen enthält sowie Angaben darüber, ob dieser Bedarf durch professionelle Betreuung oder durch informelle HelferInnen befriedigt wird. Schließlich werden Art und Ausmaß der Dienstleistungen sowie deren Kosten festgesetzt. Die entsprechenden Abläufe wurden zwischen den Sozialen Stützpunkten und den Anbieterorganisationen vereinbart. Durch eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen soll ihre Implementation begleitet und unterstützt werden. Neben dem personenbezogenen „Care Management" auf der Ebene der Anbieterorganisationen soll auf der Ebene der Sozialen Stützpunkte nach dem Konzept des „Case Management" die Koordination des Pflege- und Betreuungsprozesses bis zur Weiterleitung des Auftrages an eine andere Organisation sichergestellt werden. Auch hierzu wurden entsprechende Handbücher und Leitlinien entwickelt.

Unabhängig davon wird seitens der Anbieterorganisationen in Wien zunehmend darauf gedrängt, integrierte Leistungspakete anzubieten, die auch entsprechend remuneriert werden. Im Rahmen eines Modellprojekts hat etwa das Wiener Rote Kreuz die „Ganzheitliche Hauskrankenpflege" entwickelt, um die KlientInnen auch in Phasen akuter Erkrankung zuhause betreuen zu können (Grundböck et al. 1998). Auch einige andere Anbieter in Wien beschäftigen inzwischen neben den ursprünglichen HeimhelferInnen diplomiertes Pflegepersonal und PflegehelferInnen, da ihre KlientInnen zunehmend intensivere und pflegerisch anspruchsvolle Betreuung benötigen. Ein weiteres hier interessierendes Modellprojekt „Daheim

12 Die Gesundheits- und Sozialzentren leisten Beratung und Information über den Bereich der ambulanten Altenbetreuung hinaus.

www.parlament.gv.at

gesund werden" wurde in den Jahren 1998/99 vom Roten Kreuz in Kooperation mit dem Hanuschkrankenhaus durchgeführt, um die Kontinuität in der medizinischen und pflegerischen Versorgung der PatientInnen bei der Übernahme aus dem Krankenhaus in die Hauskrankenpflege sicherzustellen. Darüber hinaus wurde inzwischen auch ein Kooperationsabkommen zwischen dem Wiener Krankananstaltenverbund (KAV) und der MA 47 vereinbart.

Mit den skizzierten Maßnahmen – und hier insbesondere dem Wiener Pflege- und Betreuungskonzept – ist eine Entwicklung in die Wege geleitet worden, die vor dem Hintergrund eines pluralistischen Anbietermarktes zu verbesserter Koordination und damit auch zu einer Qualitätsverbesserung im Sinne der KlientInnen beitragen kann, wenn sie bestimmten Grundsätzen verpflichtet bleibt; diese betreffen vor allem organisatorische und pflegerische Standards, die Orientierung an den Bedürfnissen der KlientInnen und die Einbeziehung der vorhandenen informellen Pflegeressourcen.

9.2.4.2 Sozialsprengel in Niederösterreich

In Niederösterreich werden die Pflege- und Betreuungsdienste von ca. 190 dezentralen Sozialstationen aus erbracht, deren Träger jeweils einer der vier landesweit agierenden Wohlfahrtsverbände (Hilfswerk, Volkshilfe, Caritas Wien und Caritas St. Pölten) ist. Die KlientInnen können in vielen Gemeinden zwischen den Anbietern wählen. Die einzelnen Sozialstationen bieten sowohl Hauskrankenpflege als auch Heimhilfe und andere Dienste im Leistungspaket an. Allerdings agieren die Träger der Sozialstationen sowie die stationären Einrichtungen (Krankenhäuser, Heime) und niedergelassenen Ärzte – wie in den meisten Bundesländern – oft nebeneinander statt miteinander.

Die Sozialsprengel, die mittels einer Novelle des niederösterreichischen Sozialhilfegesetzes 1991 eingerichtet wurden, haben an dieser Situation nur wenig geändert. Die niederösterreichischen Sozialsprengel entsprechen im Prinzip den Verwaltungsbezirken. Sie sehen die Einrichtung eines „Sozialbeirats" vor, der sich aus über 50 Vertretern der Gemeinden, Sozialhilfeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Krankenanstalten, niedergelassenen Ärzte etc. zusammensetzt und sich zwei- bis dreimal pro Jahr trifft. Ihm obliegen Aufgaben der wechselseitigen Abstimmung und Koordination sowie der Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, allerdings fehlt eine klare Verantwortlichkeit. Das Aktivitätsniveau der Beiräte ist in der Regel niedrig: Bessere Koordination und Vernetzung, die Entwicklung neuer Angebote und eine wirksame Steuerung von Fördermitteln sind bislang ausgeblieben. Zum Teil mangelt es am notwendigen Bewusstsein bei den Verantwortlichen und Beteiligten, zum Teil an Ressourcen und einer operativen Basis (Amann / Löger 1997: 23f.).

Ein Modellprojekt zum Aufbau von kleineren und überschaubaren Sozialsprengeln, die als Koordinationsstelle mit dazu beauftragten Personen wirksam werden und gleichzeitig als Anlaufstelle für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen dienen, wurde von 1992-96 in vier Regionen durchgeführt und auch positiv evaluiert (Bahr / Leichsenring 1996), konnte aber die politischen Entscheidungsträger auf kommunaler und auf Landesebene nicht von der Notwendigkeit einer übergeordneten Koordinationsarbeit überzeugen. Nach wie vor ist der Ausbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen in Niederösterreich, z. B. der Sozialzentren mit integrierten Sozialstationen und Seniorenwohnungen, von engagierten BürgerInnen und Kommunalpolitikern abhängig.

9.2.4.3 Die Tiroler „Sozial- und Gesundheitssprengel"

Die Sozial- und Gesundheitssprengel in Tirol stellen ein Netzwerk kleinräumiger, dezentraler und an die jeweiligen regionalen Gegebenheiten angepasster sozialer Versorgungseinheiten dar, die heute nahezu flächendeckend ausgebaut sind. Gingen die ersten Sprengel aus privaten Initiativen

hervor, so begann die zuständige Sozialabteilung der Landesregierung 1986 mit der systematischen Unterstützung des landesweiten Aufbaus von Sprengeln. Trotz einheitlicher Förderrichtlinien war es durch eine flexible und unbürokratische Vergabe von Subventionen und organisatorische Hilfen möglich, dass die einzelnen Sprengel jeweils unterschiedliche inhaltliche Konzepte verfolgten und umsetzten (Badelt / Holzmann 1992).

Die Tiroler Sprengel sind als unabhängige Vereine organisiert, deren Vorstand in der Regel mit Vertretern der beteiligten Gemeinde(n), der in der Region tätigen Wohlfahrtsorganisationen, der niedergelassenen Ärzte und weiteren Personen besetzt ist, die durch ihre Funktion dem Gesundheits- und Sozialwesen angehören bzw. die Interessen der Bevölkerung vertreten. Dadurch ist die örtliche Verankerung meist sehr gut gewährleistet. Das Land Tirol ist „externer Partner" der Sprengelvereine, die einerseits Dienste der Altenbetreuung und Familienhilfe anbieten und sich andererseits – je nach regionalem Bedarf – in darüber hinausgehenden sozialen und gesundheitlichen Belangen der gesamten Region engagieren. In einigen Sprengeln ist es auch gelungen, eine tragfähige Kooperation mit bestehenden Gesundheitseinrichtungen aufzubauen (Holzmann-Jenkins 1999).

Eine Besonderheit der Tiroler Gesundheits- und Sozialsprengel besteht nicht zuletzt darin, dass sie sich in einigen Bereichen zu einem großen Teil auf ehrenamtliche Mitarbeit stützen bzw. diese explizit fördern (vgl. Kapitel 9.3.3.2). Der Einsatz Ehrenamtlicher dürfte dabei eine engere Verzahnung zwischen dem formellen und dem informellen Sektor von Hilfe und Pflege begünstigen (Badelt / Holzmann, 1992).

9.2.4.4 Vertragsbeziehungen zwischen Nonprofit-Organisationen als Anbietern von Diensten und öffentlicher Hand

Im Verlauf der 90er Jahre wuchs allgemein das Bewusstsein dafür, dass der intermediäre Sektor von privaten Wohlfahrtsträgern, Sozialvereinen und Initiativen einen wesentlichen und unverzichtbaren Beitrag leistet, wenn es um die Produktion sozialer Dienstleistungen geht. Gerade im Bereich der Betreuung älterer hilfebedürftiger Menschen hatten die privaten Wohlfahrtsorganisationen jahrelange Pionierarbeit geleistet und staatlichen Subventionsgebern immer wieder vor Augen geführt, dass der Ausbau gemeindenaher Betreuungsstrukturen angesichts demografischer und gesundheitspolitischer Entwicklungen vonnöten ist. Bis heute ist das Verhältnis zwischen öffentlicher Hand und privaten Wohlfahrtsträgern in Österreich jedoch einerseits durch die Nähe letzterer zu den politischen Parteien und andererseits durch ihre Rolle als Bittsteller bzw. Subventionsnehmer gekennzeichnet (vgl. Badelt 1999a: 67ff.). Eine Beziehung zwischen Käufern (purchasers) und Verkäufern (providers), wie dies Konzepte des „New Public Management" vorsehen, ist erst langsam im Entstehen.

In Wien ist eine entsprechende Neuorientierung im Bereich des Finanz- und Kontraktmanagements am weitesten gediehen. Wie bereits erwähnt, tritt die Gemeinde als Käufer sozialer Dienste, die von den Wohlfahrtsorganisationen angeboten werden, auf. Im einzelnen schließt die zuständige Magistratsabteilung 47 mit den akkreditierten privaten Wohlfahrtsträgern, die gleichzeitig auch Mitglied im Dachverband der Wiener Sozial- und Pflegedienste sind, Verträge über Umfang und Preis der zu leistenden Einsätze ab. Dabei wird jährlich aufgrund der erwarteten Nachfrage mit jeder einzelnen Organisation auf Basis ihrer Leistungsfähigkeit und der jeweiligen Vollkosten ein Stundenkontingent und ein Stundenpreis verhandelt. Das Abgehen von „offenen Budgets mit Abgangsdeckung" zugunsten einheitlicher Verträge mit allen Anbietern soll die Chancengleichheit verbessern und gleichzeitig zur Qualitätsentwicklung beitragen. Denn die Verhandlungen mit den Anbietern werden nicht ausschließlich in Bezug auf finanzielle Kriterien, sondern auch hinsichtlich qualitativer Standards geführt.

www.parlament.gv.at

9.2.4.5 Exkurs: Zur Arbeits- und Ausbildungssituation der im Bereich Hilfe und Pflege beschäftigten Personen

Die Arbeitssituation der in der Altenbetreuung beschäftigten Personen in Österreich ist äußerst schlecht dokumentiert. Aufgrund der wenigen empirischen Anhaltspunkte (siehe z. B. ÖBIG 1997) lässt sich jedoch sagen, dass sich an den Arbeitsbedingungen der Betreuerinnen wohl am deutlichsten ablesen lässt, welch geringer Stellenwert dem Bereich der sozialmedizinischen Langzeitbetreuung in Österreich zukommt. Ein geringes Ansehen, niedrige Einkommen, ein hohes Ausmaß an geringfügiger und Teilzeitbeschäftigung – mit allen bekannten Folgen für die soziale Absicherung – und fließende Grenzen zu verschiedenen Formen „bezahlter Ehrenamtlichkeit" (Evers / Leichsenring / Pruckner 1994) kennzeichnen das Berufsfeld Pflege (siehe auch Leichsenring / Stadler 1999). Obwohl in den letzten Jahren Fortschritte in Bezug auf Regelungslücken, Berufsbilder und Entgeltansprüche erzielt worden sind, sind die Belastungen durch atypische Arbeitszeiten, körperliche und psychische Anstrengungen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Betreuung hoch (Dunkel 1994).

Hinzu kommen nach wie vor ungelöste Ausbildungsprobleme für altenrelevante Berufe. Das Ausbildungssystem hat zwar einige Typen hochqualifizierter AbsolventInnen für eine Reihe von wichtigen Tätigkeitsfeldern geschaffen. Ein beträchtlicher Teil dieser Ausbildungen ist jedoch spezifisch auf die Bedürfnisse einzelner Organisationen bzw. auf das dort vertretene Weltbild und das damit verbundene Arbeitskonzept zugeschnitten. Die Durchlässigkeit des Arbeitsmarkts und die Flexibilität der solcherart ausgebildeten Arbeitskräfte ist daher auch innerhalb Österreichs nicht immer gegeben.

Das Ausbildungswesen im Bereich altersrelevanter Berufe spiegelt damit in besonders deutlicher Form jene Probleme wider, die für den Sozialbereich generell diagnostiziert wurden (vgl. Badelt / Leichsenring 1998: 28ff.). Die wichtigsten Probleme in diesem Bereich können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die bestehenden Ausbildungen sind zum Teil als Schulen dem Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten unterstellt, teilweise aber auch den Ländern, in manchen Fällen dem Gesundheitsministerium oder dem Tertiärbereich und damit dem Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr. Durch diese multiplen Kompetenzen wird die Gefahr einer fehlenden Koordination und undurchlässigen Strukturierung verstärkt. Oft existieren zwischen den verschiedenen Ausbildungen krasse Kommunikationsprobleme, bisweilen wissen die verschiedenen Gruppierungen gar nicht voneinander.
- Eine unklare und zum Teil widersprüchliche Hierarchisierung der Ausbildungen (z. B. Altenpflegeschulen als berufsbildende mittlere Schulen) setzt sich in der beruflichen Realität in einer Hierarchisierung der Funktionen und Gehälter fort, welche nicht immer problemadäquat ist. Dazu kommt, dass die wenigsten Sozialberufe gesetzlich normiert sind, weshalb viele Träger von Altenarbeit ausgebildete und nicht ausgebildete Kräfte anstellen, die zum Teil die selben Arbeiten verrichten, allerdings nicht immer die gleichen Gehälter beziehen.
- Die verschiedenen Ausbildungsbereiche im Bereich des Sozialwesens, aber auch innerhalb des Altenwesens, sind in keiner Weise miteinander vernetzt. Die jeweiligen Dachverbände bzw. Bundesorganisationen sind einander oft nicht einmal bekannt, Kommunikation zwischen den Ausbildungsträgern ist kaum vorhanden. Ein gutes Beispiel dafür ist die Stellung der Akademien für Sozialarbeit, deren AbsolventInnen auch in der Altenarbeit eingesetzt werden können.
- Die fehlende Vernetzung führt nicht nur zur Unvereinbarkeit mit internationalen Ausbildungssystemen. Es kommt darüber hinaus immer wieder vor, dass jedenfalls zwischen Bundesländern, bis-

weilen aber sogar innerhalb der Grenzen von Bundesländern an sich qualifizierte Ausbildungen bei bestimmten Trägern nicht angerechnet werden, weil diese ihre eigenen Ausbildungskonzepte verfolgen. Damit kommt es nicht nur zu einem Nebeneinander von Ausbildungswegen. Auch wird die Flexibilität der Arbeitskräfte in unzumutbarer Weise behindert. Die gerade im Altenwesen besonders wichtige Idee eines lebenslangen Lernens, aber auch der Möglichkeit einer Neuausbildung von Menschen, die längere Zeit aus dem Berufsleben ausgeschieden waren, wird damit behindert.

Diese kurze Aufzählung der Probleme des Ausbildungswesens für altenrelevante Berufe deutet auf einen ausgeprägten politischen Handlungsbedarf hin. Gerade dann, wenn die heikle Schnittstelle zwischen formellen und informellen Pflegeleistungssystemen besser, billiger und mit höherer Qualität organisiert werden soll, muss sich dies in einem konsistenten Gesamtkonzept von Ausbildungen des Sozialwesens niederschlagen.

Kernpunkt eines solchen Konzepts müsste ein klares, an beruflichen Arbeitsinhalten orientiertes hierarchisches System von Ausbildungsgängen sein, das von mittleren Schulen über berufsbildende höhere Schulen, Fachhochschulen bis zu Universitäten reicht und ein Maximum an vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit garantiert. Dazu kommen Modelle des lebensbegleitenden Lernens. Dieses ist nicht nur aufgrund der Dynamik der mit Altenarbeit verbundenen Probleme, sondern auch im Hinblick auf die Anforderungen der in diesem Bereich tätigen Personen unerlässlich.

Bei aller notwendigen Spezialisierung einzelner Arbeitsbereiche wird es darüber hinaus notwendig sein, schon im Ausbildungswesen den Zugang zu einem ganzheitlichen Bild der Hilfs- und Pflegetätigkeit für ältere Menschen zu schaffen (vgl. Amann 1998: 33ff.). Was sich bei der Organisation der konkreten Pflegeleistungen als notwendig erweist, nämlich die Vermeidung eines einseitigen Spezialistentums, muss bereits in den verschiedenen Ausbildungen angelegt werden: Der Erwerb fachspezifischer Qualifikationen, kombiniert mit der Fähigkeit zur Kooperation und zum fachübergreifenden Denken. Nur ein solcher Zugang erlaubt ein Zusammenwirken verschiedener sozialer und medizinischer Berufe zum Wohle älterer Menschen.

9.3 Informelle Hilfe und Betreuung

Die Befriedigung von Hilfs- und Pflegebedürfnissen älterer Menschen wäre ohne die informellen Leistungssysteme der Familien, Nachbarschaften und anderer Primärgruppen unvorstellbar. In diesem Kapitel soll deshalb ein Überblick über den Umfang der informellen Hilfe und Betreuung sowie über die damit verbundenen Probleme gegeben werden.

9.3.1 Konzeptuelle Vorfragen

Auch wenn immer Zweifel an der Leistungsfähigkeit familiärer Systeme geäußert werden, belegt die Alltagserfahrung dennoch, dass ältere Menschen im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach wie vor in erster Linie von Familienangehörigen betreut werden. Daran hat das wachsende Interesse der öffentlichen Hand an der Organisation von ambulanten und stationären Betreuungsdiensten ebenso wenig geändert wie die Wandlungen in den familiären Strukturen.

Im Gegenteil: In der politischen Diskussion wird zunehmend die Forderung erhoben, auf informelle Hilfesysteme nicht nur nicht zu vergessen, sondern sie durch Unterstützung und – vielleicht auch – durch finanzielle Förderung eher noch auszuweiten. Schon ohne weitgehende sozialpolitische und gesundheitsökonomische Analysen ist evident, dass der wachsende Bedarf an Hilfe und Pflege in der Zukunft kaum ausschließlich durch bezahlte Dienste befriedigt werden kann. Andererseits ist es auch offensichtlich, dass die stillschweigende

Fortsetzung eines Systems, in dem insbesondere weibliche Familienangehörige sich in vielen Jahren ihres Lebens den Pflegetätigkeiten unentgeltlich widmen, weder langfristig aufrecht zu erhalten ist, noch den politischen Wunschvorstellungen entsprechen kann. Es gilt also, ein Versorgungssystem zu entwickeln, in dem qualitativ hochwertige, menschliche Wärme vermittelnde Pflege und Betreuung auf kostengünstige Art und Weise bereitgestellt wird, ohne dass die pflegenden Personen systematisch benachteiligt werden.

Die politische Forderung, familiäre Pflege und ehrenamtliche Arbeit aufzuwerten, hat nicht nur sozialpolitische Gründe. Sie wird z. B. auch im Rahmen der Propagierung der Idee der Zivilgesellschaft in den Vordergrund gestellt (z. B. Khol 1998), wonach es die Aufgabe aktiver Bürger ist, die bei ihnen entstehenden Probleme primär selbst zu lösen und nicht in allem und jedem auf staatliche Hilfe zu hoffen.

Abgesehen von solchen pauschalen Forderungen enthalten auch ausgearbeitete Konzepte zur Zukunft der Altenbetreuung immer mehr Hinweise auf die Aufwertung der privaten Pflege. Dies gilt bei einer Gesamtdiagnose ebenso (Club of Rome-Bericht 1998: 49) wie in sämtlichen Entwicklungsplänen der österreichischen Bundesländer, die aufgrund der Artikel 15a-Vereinbarungen als Begleitmaßnahmen zur Einführung des Pflegegelds vorgelegt worden sind.[13] Alle regionalen Entwicklungspläne erwähnen die Notwendigkeit, durch organisatorische, ausbildungsmäßige und sonstige unterstützende Maßnahmen zu einer Aufwertung der privaten Hilfe zu kommen. Zum Teil enthalten auch die Sozialhilfegesetze der österreichischen Bundesländer ausdrückliche Zielparagrafen dieser Art (z. B. Burgenland, Steiermark, Vorarlberg). Weiters gibt es auch Beschlüsse der politischen Körperschaften (z. B. Wiener Gemeinderat), einschlägige Unterstützung zu organisieren.

Wenn damit auch aus verschiedensten Gründen die politische Stimmung gegenüber der informellen Hilfe und Betreuung positiv ist, bleibt umso mehr die Notwendigkeit bestehen, das zum Teil sehr heterogene Feld der informellen Hilfe genauer zu strukturieren. Bei genauerer Analyse zeigt sich nämlich, dass hinter dem politischen Anliegen eine Reihe von unterschiedlichen Arbeitsformen der Hilfe und Betreuung stehen können, die auch mit verschiedenen Problemen und Fragestellungen verbunden sind.

Insbesondere ist zu unterscheiden:

- Bezahlte oder unbezahlte Hilfs- und Pflegetätigkeit

Bei informeller Pflegetätigkeit lässt sich zumindest konzeptuell relativ leicht eine Grenze nach dem Kriterium ziehen, ob eine Tätigkeit mit Geld abgegolten wird oder nicht. In der Praxis sind jedoch die Zwischenformen mannigfaltig: So gibt es neben der regulären marktlichen Entlohnung zahlreiche Formen von nicht-marktlicher Entlohnung, die von einer Weitergabe des Pflegegelds, über regelmäßige „Taschengelder" oder andere Zuwendungen bis zu Geschenken oder Erbansprüchen reichen können. Auch kann (z. B. in der Landwirtschaft) eine familienrechtliche Verpflichtung der Kinder gegenüber ihren Eltern bestehen, Pflegedienste zu leisten. Zum Teil werden halb-bezahlte Tätigkeiten durch öffentliche Maßnahmen wie das Pflegegeld oder Mittel der Sozialhilfe ausdrücklich gefördert, woraus sich nicht nur konzeptuelle Abgrenzungsprobleme, sondern auch juristische Fragen, wie die Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht, ergeben können.

- Familiäre oder außerfamiliäre Pflegetätigkeit

Wo immer die exakten Grenzen einer Familie gezogen werden; familiäre Pflege muss nicht zwangsläufig Pflege innerhalb des eigenen Haus-

13 Vgl. als Beispiele die Pläne von Burgenland (S. 5), Niederösterreich (S. 7), Oberösterreich (S. 13), Salzburg (S. 14), Vorarlberg (S. 12).

halts bedeuten. Für viele Fragestellungen ist es wesentlich zu unterscheiden, ob die Pflegetätigkeit zwischen Angehörigen eines Haushalts oder Hauses (z. B. auch Nachbarn) oder zwischen Familienangehörigen, die keineswegs beisammen wohnen müssen, geleistet wird. Die damit verbundenen organisatorischen Probleme können sehr verschieden sein (ergänzend: Kap. 3.3, 3.4, 3.6).

- Professionelle Arbeit oder Laienarbeit

Informelle Pflegearbeit hat oft in dem Sinn den Charakter von Laienarbeit, dass die Betreuungspersonen keine Fachausbildung für ihre Tätigkeit besitzen. Zwischen der reinen Laienarbeit und der professionellen Arbeit (z. B. durch HauskrankenpflegerInnen, HeimhelferInnen, etc.) existieren allerdings eine Reihe von Zwischenformen, die in der praktischen Altenarbeit eine große Rolle spielen. Beispielsweise werden private Pflegepersonen in kurzfristigen Kursen für Hauskrankenpflege geschult. Ganz allgemein stellt sich dann die Frage, welche Art von Pflege- oder Betreuungstätigkeit welche Qualifikation benötigt, um sie fachgerecht zu erledigen. Ein oberflächliches und rasches Gleichsetzen von informeller Arbeit und Laienarbeit ist jedenfalls empirisch nicht gerechtfertigt.

Schon diese kurze Aufzählung zeigt, dass informelle Hilfe und Betreuung verschiedenste Formen annehmen kann. Auch ist zu beachten, dass solche informelle Hilfe grundsätzlich innerhalb oder außerhalb von Organisationen geleistet werden kann. Insgesamt erfordert daher eine Auseinandersetzung mit dem Thema eine genauere Spezifikation, welche Art von Pflegeleistungen angesprochen sind und zum Gegenstand des politischen Diskurses erklärt werden sollen.

9.3.2 Umfang und Probleme familiärer Betreuungsarbeit

Als erste wichtige Teilform des informellen Hilfesystems sollen die Probleme der familiären Betreuungsarbeit analysiert werden. Die diesbezüglich vorhandene empirische Evidenz ist nicht ausreichend, um ein aktuelles und vollständiges verlässliches Bild zu zeichnen; dennoch gibt es zu manchen Teilaspekten der familiären Betreuung wertvolle empirische Erkenntnisse. Aufgrund der Verschiedenheit der Datenquellen sind nicht alle in der Folge dargestellten Informationen völlig vergleichbar; vielmehr werden lediglich wichtige Problemdimensionen dargestellt.

9.3.2.1 Umfang der familiären Betreuungsarbeit

Die familiäre Betreuungsarbeit stellt bei weitem den größten Teil der Pflege- und Betreuungsleistungen in unserer Gesellschaft dar. Dieses Faktum ist unbestritten, wenngleich ein detailliertes empirisches Bild je nach Alter und Bezugsgröße unterschiedliche Ausprägungen zeigt. Nach ersten Auswertungen des Mikrozensus 1998 werden ältere Menschen, die mindestens für eine Woche erkrankt sind, in 68,5% aller Fälle von ihren Partnern oder Familienangehörigen gepflegt. Dabei sind vor allem Frauen in der Pflege engagiert (vgl. Tabelle 9.19). In 13,8% der Fälle werden soziale Dienste in Anspruch genommen.

Während gemäß Tabelle 9.19 im gesamten Bundesgebiet Menschen ab 60 Jahren bei längerer Krankheit in 68,5% der Fälle von Familienangehörigen gepflegt werden, belegt eine Auswertung nach einzelnen Bundesländern (Tabelle 9.20), dass der Anteil der familiären Pflege im Burgenland und in Vorarlberg besonders hoch ist, in Wien und Niederösterreich hingegen unter dem österreichischen Durchschnitt bleibt.

Zu diesem Bild passend stellt sich die Situation für die Betreuung älterer Menschen durch Soziale Dienste dar. Den höchsten Anteil weist Niederösterreich mit 17,2% auf, gefolgt von Wien und Kärnten. Vorarlberg und Burgenland bilden die Schlusslichter. Nach wie vor werden etwa 13,5% der älteren Menschen bei längerer Krankheit von niemandem gepflegt. Ein besonders dramatisches Bild zeichnet sich für Wien. Der Anteil in diesem

www.parlament.gv.at

Tabelle 9.19:

Pflege von Menschen ab 60 Jahren bei längerer Krankheit (Pflege bei Krankheit von mindestens einer Woche)

	Die Pflege erfolgt durch ...								
	Partner/in	(Schwieger-) Tochter	(Schwieger-) Sohn	Sonstige Verwandte	Freunde oder Bekannte	Soziale Dienste	Niemand	Unbekannt	Zusammen (1)
	in 1.000								
Männer	346,0	98,0	18,3	8,1	9,3	67,2	62,1	10,0	619,0
in %	55,9	15,8	3,0	1,3	1,5	10,9	10,0	1,6	100
Frauen	212,0	292,8	50,2	33,7	20,1	146,2	146,2	26,7	927,8
in %	22,8	31,6	5,4	3,6	2,2	15,8	15,8	2,9	100,1
Insgesamt	558,0	390,8	68,4	41,8	29,4	213,4	208,2	36,7	1.546,8
in %	36,1	25,3	4,4	2,7	1,9	13,8	13,5	2,4	100,1

Quelle: Mikrozensus 6/1998, eigene Berechnungen. (1) Alle auskunftserteilenden Personen ab 60 Jahren.

Tabelle 9.20:

Pflege von Menschen ab 60 Jahren bei längerer Krankheit (1) nach Bundesländern (Angaben in Prozent)

	Wer pflegt ältere Menschen vorwiegend?					
Bundesland	Familie	Freunde, Bekannte	Soziale Dienste	Niemand	unbekannt	Zusammen
Burgenland	83,7	1,0	5,8	5,1	4,4	100
Niederösterreich	64,4	1,4	17,2	15,8	1,2	100
Wien	54,5	3,2	14,9	26,5	0,9	100
Kärnten	71,7	2,2	14,8	6,6	4,7	100
Steiermark	74,3	1,5	10,9	6,9	6,4	100
Oberösterreich	71,0	1,7	14,2	12,4	0,6	100
Salzburg	76,3	0,8	11,6	9,0	2,3	100
Tirol	74,9	1,8	14,0	7,6	1,6	100
Vorarlberg	83,5	2,1	8,9	3,8	1,7	100
Österreich	68,5	1,9	13,8	13,5	2,4	100

Quelle: Mikrozensus 6/1998, eigene Berechnungen. – (1) Krankheit über eine Woche.

Bundesland beträgt mehr als ein Viertel. Ausgesprochen niedrige Werte weisen Bundesländer auf, in denen der familiäre Anteil der Betreuung sehr hoch ist.

Seit der letzten einschlägigen Untersuchung aus dem Jahre 1987 ist es demnach zu einer deutlichen Zunahme der Rolle der sozialen Dienste gekommen, die damals nur von etwas mehr als 5% der Betroffenen in Anspruch genommen wurden.[14] Darin spiegelt sich der in den letzten zehn Jahren mit großem Nachdruck betriebene Aufbau der ambulanten Dienste wider. Gleichzeitig hat aber auch die Stellung der familiären Pflege i. e. S. in diesen elf Jahren an Bedeutung zugenommen und nicht abgenommen, wie dies oft ohne empirische Evidenz behauptet wird. Im Jahre 1987 wurde nämlich ein Anteil der familiären Pflege von 65,2% errechnet. Der aufgezeigte Strukturwandel geht zu Lasten der informellen Netze, die nicht der Familie angehören (Freunde, Nachbarn); andererseits ist auch der Anteil jener Personen, die gar keine Pflege erhalten, zurückgegangen.

In den letzten zehn Jahren haben eine Reihe von anderen Mikrozensusstudien weitere interessante Teilinformationen zum Umfang der familiären Betreuungsarbeit geliefert. Auch gemäß dem Mikrozensus 1992 sind es vor allem die Frauen, die besonders Hilfeleistungen bei der Pflege und Betreuung Erwachsener außerhalb des eigenen Haushalts erbringen (Tabelle 9.21; siehe auch Wiedenhofer 1994: 509ff.).

1981 war der Anteil der Frauen, die kranke Menschen betreuen, nahezu fünf Mal so hoch wie jener der Männer (1,67% gegenüber 0,35%). Diese Relation hat sich im Jahre 1992 zwar zugunsten der Männer verschoben; dennoch bleibt die Krankenbetreuung weiterhin eine Domäne der Frauen.

Die im Kapitel 1 erwähnte Evaluation des Pflegegeldsystems, welche sich im Wesentlichen auf das Jahr 1995 bezog, hat darüber hinaus repräsentative und höchst aufschlussreiche Informationen über die Situation der Betreuungspersonen in Österreich erbracht. Einzige Einschränkung der Gültigkeit dieser Daten ist, dass sie sich nur auf Menschen beziehen, welche PflegegeldbezieherInnen betreuen.[15]

Die folgenden Informationen charakterisieren daher nicht Pflegepersonen, die sich um Menschen kümmern, welche nur kurzfristig erkrankt sind oder aus sonstigen Gründen nicht für einen Bezug des Pflegegelds in Frage kommen. Im Wesentlichen geht es daher um Personen, die langfristige Pflegefälle betreuen.

Es ist nicht überraschend, dass auch im Kreis dieser „Langzeitpflegepersonen" Frauen mit fast 80% besonders stark vertreten sind (Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 109). Männer stehen primär erst dann für Betreuungsarbeiten dieser Art zur Verfügung, wenn sie älter als 60 Jahre sind und ihre Erwerbstätigkeit bereits aufgegeben haben. Informelle Pflege wird nur in 12,6% der Fälle von Personen geleistet, die jünger als 40 Jahre sind. In 41,2% der Fälle sind die Pflegepersonen zwischen 41 und 60 Jahren, in mehr als einem Viertel über 60 Jahre alt. Pflegeleistungen werden somit in einem signifikanten Ausmaß auch von Menschen erbracht, die selbst schon älter sind. Dies gilt hauptsächlich für die Betreuung von Ehepartnern, in Einzelfällen aber auch für die Betreuung von Kindern.

88,5% der Betreuungspersonen pflegten Menschen, mit denen sie entweder durch Ehe- oder Lebensgemeinschaft oder durch verwandtschaftliche Bande verbunden waren. Details sind der

14 Berechnungen auf der Basis von Kytir / Münz (1992: 92). Die Vergleichszahlen beziehen sich nur auf Menschen, die in Privathaushalten leben.

15 Darüber hinaus war in der Studie gefordert, dass die PflegegeldbezieherInnen die Betreuungsperson als „Hauptbetreuungsperson" bezeichneten, was aber in 9 von 10 Fällen der Fall war.

www.parlament.gv.at

Tabelle 9.21:

Betreuung Kranker (1) durch Personen ab 19 Jahren 1981 und 1992

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Ausübende	Zeitdauer bezogen auf Ausübende	Ausübende	Zeitdauer bezogen auf Ausübende	Ausübende	Zeitdauer bezogen auf Ausübende
	In %	Std., Min. pro Tag	In %	Std., Min. pro Tag	In %	Std., Min. pro Tag
1981	1,07	2,29	0,35	2,17	1,67	2,31
1992	2,52	1,43	1,66	1,51	3,29	1,39

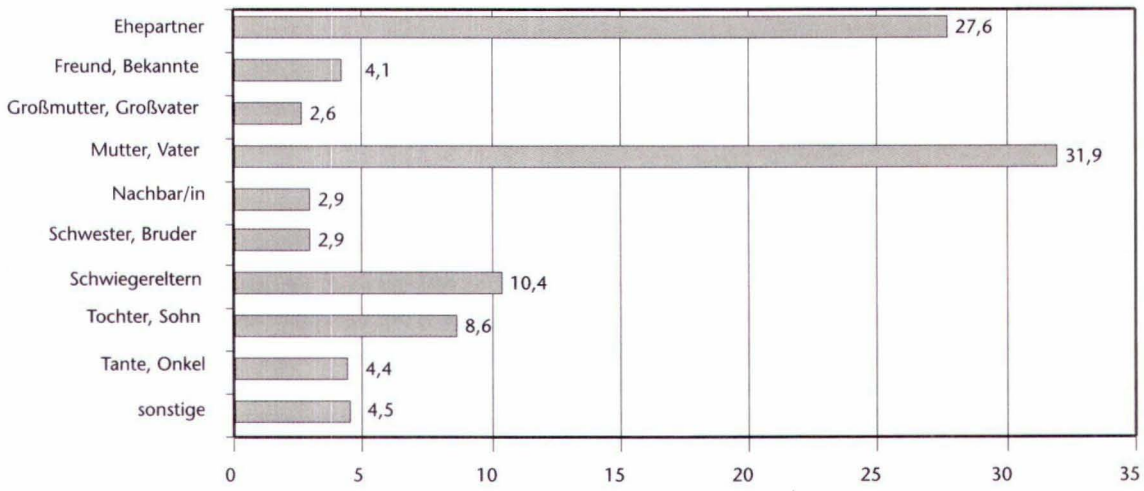
Quelle: Eigene Zusammenstellung auf der Basis des Mikrozensus Zeitverwendung 1981/1992. – (1) Als Kranke gelten alle kranken Erwachsenen, nicht nur kranke ältere Menschen.

Abbildung 9.5 zu entnehmen. Das vom Mikrozensus gezeichnete Bild über die dominante Stellung der familiären Pflege wird daher auch im Kreis der PflegegeldbezieherInnen bestätigt; ein Resultat, das im Hinblick auf die politische Diskussion zum Pflegegeld besonders wichtig erscheint, zeigt es doch, dass auch die Einführung einer solchen Geldleistung die familiäre Pflege nicht verdrängt, sondern vielleicht sogar gefördert hat.

Mehr als zwei Drittel (68,6%) der Betreuungspersonen lebten im gleichen Haus wie die betreute Person. In 17,8% betrug die Wegzeit bis zu 15 Minuten, nur in den übrigen Fällen länger (ebd.: 274). Auch diese Informationen belegen die prominente Stellung der informellen Betreuung bei der Hilfe und Pflege älterer Menschen.

Abbildung 9.5:

Verhältnis der Hauptbetreuungsperson zur betreuungsbedürftigen Person



Quelle: Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 112.

Unter allen Pflegepersonen waren 22,9% in einem bezahlten Erwerbsverhältnis. Bezogen auf jene Menschen, die noch nicht im Pensionsalter sind, betrug dieser Prozentsatz 37,1%. Diese Zahl ist aus verschiedenen Perspektiven von Bedeutung. Zum einen zeigt sich, dass fast zwei Drittel der Betreuungspersonen keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, was einerseits ein Spiegel der zeitlichen und energiemäßigen Inanspruchnahme dieser Personen ist, andererseits die später noch genauer zu betrachtenden Probleme der sozialen Absicherung der Betreuungspersonen aufwirft. Andererseits lässt sich auch erkennen, dass ein signifikanter Teil jener Menschen, die Pflegedienste leisten, eine Doppelbelastung zwischen Erwerbs- und Pflegearbeit zu meistern hat.

Die Einführung des Pflegegeldes hat es mit sich gebracht, dass zwischen pflegenden und gepflegten Personen zunehmend auch die Frage einer finanziellen Abgeltung thematisiert wird. Gemäß der Pflegegeldevaluation geben nur 14% der Betreuungspersonen an, keinerlei finanzielle Entschädigung zu erhalten. In 27% der Fälle haben Pflegeperson und betreute Person eine gemeinsame Kassa, sodass über die Verwendung des Pflegegelds und eine allfällige indirekte Abgeltung der Pflegeleistung keine exakte Aussage gemacht werden kann (ebd.: 136). In allen anderen Fällen werden mehr oder weniger regelmäßig finanzielle Entschädigungen bezahlt.

Aus dem Blickwinkel der Verwendung des Pflegegelds deuten die Ergebnisse darauf hin, dass in mehr als 80% der Fälle die betreuende Person in irgendeiner Form Zugang zum Pflegegeld hat bzw. das Pflegegeld an diese weitergeleitet wird. Aus der Sicht der informellen Pflege zeigen diese Daten, dass mit dem Pflegegeld die Mischformen zwischen völlig unentgeltlicher und entgeltlicher Form der Pflege zugenommen haben. Auch im innerfamiliären Kreis könnte daher immer mehr eine gewisse Art der finanziellen Abgeltung für Pflegeleistungen enstehen.

9.3.2.2 Probleme

Das wichtigste Motiv für die Übernahme familiärer Pflege ist das eigene Gewissen bzw. der soziale Druck. Alle vorliegenden empirischen Ergebnisse deuten darauf hin. So erklärten in der Pflegegeldevaluation (ebd.: 144) 73,8% der Betreuungspersonen, dass das „verwandtschaftliche Verhältnis" zur betreuten Person das Hauptmotiv war, die Betreuung zu übernehmen. In 43,3% der Fälle wird darüber hinaus die Meinung vertreten, es sei „die Aufgabe der Familie", die Betreuung von Angehörigen zu übernehmen.

Dieses gesamtösterreichische Bild unterstreicht eine Tendenz, die für das Jahr 1994 bei einer Untersuchung der Pflegegelder des Landes Vorarlberg bereits zum Ausdruck gekommen ist. Dort äußerten mehr als die Hälfte (53,4%) der pflegenden Personen die Ansicht, dass es die „Aufgabe der Familie" sei, die Pflege von Angehörigen zu übernehmen (Badelt / Österle 1994).

Eine Interpretation dieser Ergebnisse lässt vielfache Antworten zu. Die Bandbreite reicht von unfreiwilligem sozialem Druck bis zu religiösen oder persönlichen Auffassungen, die als wichtige Basis des gesellschaftspolitischen Engagements verstanden werden können.

Abgesehen von der skizzierten Motivlage fördern die genannten empirischen Erhebungen eine Reihe von schwerwiegenden Problemen für die Betreuungspersonen zu Tage. So wird die Vorbereitung auf die Übernahme einer Pflegearbeit in der Mehrheit der Fälle als höchst unbefriedigend oder überhaupt nicht existent gesehen. Viele Betreuungspersonen klagen über Überlastung, die sich z.B. dadurch äußern kann, dass jahrelang kein Urlaub oder keine Freizeit in Anspruch genommen werden kann. Ein besonderer Druck entsteht im Hinblick auf die sehr schwer zu gewährleistende Vereinbarkeit zwischen Pflegeleistungen und Berufsleben. Einerseits gibt es Pflegepersonen, die das Pflegegeld als Entlastung von ihrem Zwang, erwerbstätig sein zu müssen, begreifen; andererseits klagen zahlrei-

che Betreuungspersonen, dass sie die Doppelbelastung an die Grenzen ihrer eigenen Kraft führt.

Schließlich stellt die mangelnde soziale Absicherung der Betreuungspersonen eines der schwerstwiegenden Probleme im Zusammenhang mit der familiären Pflege dar. Nur etwa 56,2% der Betreuungspersonen sind aufgrund einer Berufstätigkeit oder einer Eigenpension selbst krankenversichert, mehr als 40% sind bei ihrem Ehepartner mitversichert. Noch drastischer wird die Situation bei der pensionsrechtlichen Absicherung. Fast 7% der Betreuungspersonen haben überhaupt keine Pensionsversicherung, nahezu 30% sind lediglich über die Pensionsvorsorge ihres Ehepartners für das Alter abgesichert. Trotz der gesetzlichen Möglichkeit ist es nur eine verschwindende Minderheit von 2%, die eine Sozialversicherung aufgrund ihrer Betreuungsarbeit in Anspruch nehmen (Badelt / Holzmann-Jenkins / Matul / Österle 1997: 286). Trotz des hohen gesellschaftlichen Werts der Pflegearbeit besitzt daher der größere Teil der Betreuungspersonen keine eigene Pensionsvorsorge.

9.3.3 Umfang und Probleme der ehrenamtlichen Betreuungsarbeit

In der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur wird ehrenamtliche Arbeit als eine Arbeitsleistung definiert, der kein monetärer Gegenfluss gegenübersteht, die also nicht mit Geld bezahlt wird (vgl. Badelt 1999: 433). Ehrenamtliche Arbeit in diesem Sinn kann aus verschiedensten Motiven geleistet werden, wozu Altruismus, der Eigenwert der Arbeitsleistung, aber auch die Hoffnung auf bestimmte Gegenleistungen nicht-monetärer Natur gehören können.

Ehrenamtliche Arbeit kann innerhalb oder außerhalb von Organisationen geleistet werden. Dies ist auch im Bereich der ehrenamtlichen Hilfs- und Betreuungsarbeit für ältere Menschen von großer Relevanz. So kann im Rahmen der Nachbarschaft eine völlig private Betreuung eines alten Menschen durch Mitbewohner erfolgen, es ist aber auch denkbar, dass sich Menschen im Rahmen einer Pfarrgemeinde oder Wohlfahrtsorganisation regelmäßig um ältere Mitbürger kümmern. Die damit verbundenen organisatorischen und politischen Konsequenzen sind für beide Fälle unterschiedlich.[16]

9.3.3.1 Umfang der ehrenamtlichen Arbeit

Die auch in quantitativer Hinsicht große Bedeutung der ehrenamtlichen Arbeit im Pflegebereich steht außer Zweifel. Dennoch gibt es in Österreich nur relativ alte repräsentative statistische Informationen über die ehrenamtliche Arbeit. Badelt (1985) hat für die frühen 80er Jahre die letzte Repräsentativuntersuchung zum Volumen der ehrenamtlichen Arbeit in Österreich durchgeführt.[17] Demnach betrug das Volumen der ehrenamtlichen Arbeit in Österreich insgesamt das Äquivalent von 537.000 ganztagsbeschäftigten Personen, was etwas mehr als 19,2% des Arbeitsvolumens aller unselbstständig Erwerbstätigen entsprach. Im Bereich der sozialen Dienste, zu denen auch die Pflege gehört, war das Arbeitsvolumen in den frühen 80er Jahren mit rund 188.000 fiktiven ganztagsbeschäftigten Personen von besonders hoher Relevanz. Dieses Volumen war schon damals weit größer als das Arbeitsvolumen der im Sozialbereich erwerbsmäßig Beschäftigten.

Die empirische Basis für diese Zahlen entstand aus Haushaltsbefragungen, bei denen Menschen nach konkreten Beispielen ihrer ehrenamtlichen Arbeit in der der Erhebung vorangegangenen Woche gefragt worden sind. Diese Erwähnung ist

16 In jedem Fall wird ehrenamtliche Arbeit als Arbeit für Leistungsempfänger außerhalb der eigenen Familie definiert, wodurch sie von der familiären Pflege zu unterscheiden ist.

17 An der Abteilung für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien ist gegenwärtig ein neues empirisches Projekt zur Quantifizierung der ehrenamtlichen Arbeit in Österreich im Gange, das vom Forschungsförderungsfonds finanziert wird (Projekt Nr. P 12741 – OEK).

deshalb von hoher Wichtigkeit, weil Menschen immer wieder nach ihrer *prinzipiellen Bereitschaft* gefragt werden, ehrenamtliche Arbeit zu leisten. Aufgrund des sozialen Drucks einer solchen Frage sind Informationen auf dieser Basis jedoch mit großer Vorsicht zu betrachten, obgleich sie in der politischen Diskussion immer wieder als Argumente herangezogen werden.

Abgesehen von diesen österreichweiten Informationen gab es in den letzten Jahren verschiedene Versuche, für regional abgegrenzte Gebiete oder auch für einzelne Wohlfahrtsorganisationen das Volumen der ehrenamtlichen Arbeit zu schätzen. So ermittelte etwa Meggeneder (1992: 107) für Oberösterreich im Jahr 1990 mehr als 13.000 wöchentliche Freiwilligenstunden für altenrelevante soziale Dienstleistungen. Nach einer Studie der Abteilung für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien (Bachstein 1997) beschäftigten die zwanzig größten österreichischen Wohlfahrtsorganisationen 1995 etwa 69.000 ehrenamtliche Personen, die kleineren Organisationen mehr als 82.000 ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten erbrachten die Ehrenamtlichen in großen Wohlfahrtsverbänden rund 16.400 Vollzeitäquivalente, jene in den kleineren Organisationen ca. 2.500 Vollzeitbeschäftigtenäquivalente. Ein nicht unwesentlicher Teil dieser Tätigkeiten kann dem Bereich Alter und Pflege zugerechnet werden.

Insbesondere im Bereich der ehrenamtlichen Altenarbeit ist das Volumen der Tätigkeiten außerhalb von Organisationen somit weitaus bedeutender als jenes, das innerhalb von Organisationen geleistet wird. Große Wohlfahrtsverbände entwickeln sich in zunehmendem Maße zu Anbietern professioneller Altendienstleistungen. Sie beschäftigen in den verschiedensten altenrelevanten Diensten immer mehr Angestellte und ausgebildete Personen und lassen diese lediglich bei bestimmten Aufgaben von Ehrenamtlichen unterstützen. Damit zeichnet sich eine interessante Arbeitsteilung zwischen ehrenamtlicher und bezahlter Arbeit ab.

9.3.3.2 Organisationsformen der ehrenamtlichen Arbeit

Obgleich somit der Großteil der ehrenamtlichen Altenbetreuung außerhalb organisatorischer Bahnen stattfindet, haben in den letzten Jahren Modelle zur Organisation der ehrenamtlichen Arbeit, insbesondere aber auch zur Koordination und Zusammenarbeit ehrenamtlicher und bezahlter Beschäftigter erhöhte Aufmerksamkeit gefunden. Ein gutes Beispiel dafür sind die verschiedenen Modelle der Gesundheits- und Sozialsprengel, welche im Kapitel 9.2.3 dargestellt worden sind.

Obgleich die Detailkonzepte dieser Sprengel in den österreichischen Bundesländern sehr verschieden sind, setzt sich doch eine Reihe von Sprengeln das ausdrückliche Ziel, ehrenamtliche Arbeit in der Altenpflege zu akquirieren, zu koordinieren und / oder zu unterstützen. Ein gutes Beispiel dafür sind die Modelle in Tirol (vgl. Badelt / Holzmann 1992). Innerhalb der verschiedenen Tiroler Sprengel gibt es solche, die sich in erster Linie als Organisatoren und Katalysatoren der ehrenamtlichen Arbeit verstehen, während andere die Koordination und Organisation professioneller sozialer Dienste in den Vordergrund ihrer Arbeit stellen.

Die Einbindung der ehrenamtlichen Pflegearbeit in breiter angelegte Modelle der Sozial- und Gesundheitssprengel ist eine jener Formen, mit denen lokale Gesundheits- oder Altenpolitik ehrenamtliche Arbeit ausdrücklich fördern kann. Eine solche Vorgangsweise entspricht auch der Aufwertung des Laiensystems in der Gesundheitsförderung, wie es die Weltgesundheitsorganisation in ihren Modellen zur Gesundheitsförderung propagiert (vgl. Badelt 1995: 492). Auch Wohlfahrtsorganisationen sind in den letzten Jahren verstärkt dazu übergegangen, die Effizienz und Effektivität des Einsatzes von Freiwilligen in den Gesundheits- und Sozialdiensten genauer zu analysieren und im Rahmen von Modellprojekten zu evaluieren (vgl. z. B. Strümpel / Pleschberger 1998).

www.parlament.gv.at

9.3.4 Politische Probleme

Trotz der unvollständigen empirischen Evidenz steht die Bedeutung des informellen Pflegesystems außer Zweifel. Seine künftige Entwicklung und sein Stellenwert in einer langfristigen sozialstaatlichen Ordnung wird wesentlich davon abhängen, inwieweit es der Sozial- und Gesellschaftspolitik gelingt, die mit dem informellen Leistungssystem verbundenen politischen und praktischen Fragen zu lösen. Diese sollen in der Folge kurz skizziert werden.

9.3.4.1 Praktische Probleme des informellen Systems

Aus sozialpolitischer Sicht reicht es nicht aus, die Existenz des informellen Leistungssystems bloß zu beobachten und als einen Mosaikstein in einer Politik zur Sicherung der Betreuung älterer Menschen zu definieren. Wenn und solange die öffentliche Hand die soziale und politische Verantwortung für eine ausreichende Betreuung all jener Menschen innehat, die Hilfe und Pflege im Alter brauchen, müssen auch Fragen der Verlässlichkeit und der Qualität der durch das informelle Leistungssystem bereitgestellten Dienste im Auge behalten werden.

Eine wichtige Vorbedingung zur Sicherung von Qualität und Verlässlichkeit ist die ausreichende Unterstützung und Vorbereitung jener Menschen, die im informellen Leistungssystem Pflegearbeit erbringen. Radikallösungen, die entweder eine umfassende Ausbildung für jede Pflegeperson fordern oder aber vortäuschen, dass Pflegearbeit ohne irgendeine Vorbereitung ohnehin von jedem Gutwilligen geleistet werden kann, dienen weder der Sache noch den Betroffenen.

In der Fachwelt ist es unumstritten, dass manche Aspekte der Altenarbeit ohne spezifische Ausbildung, andere jedoch nur von hochqualifiziertem Personal geleistet werden können. Eine Substitution bezahlten und professionellen Personals durch bloß gutwillige Laien, die lediglich von finanziellen Motiven geleitet ist, kann für die Betroffenen im höchsten Maß gefährlich sein. Umgekehrt führt eine Einstellung, wonach jede kleine Hilfeleistung für alte Menschen nur von qualifiziertem Personal durchgeführt werden kann, zu einem unmenschlichen und letztlich unfinanzierbaren Lebensmodell älterer Menschen. Kompromisse mit Augenmaß sind daher gefragt.

Abgesehen von der (Aus)bildung der Angehörigen des informellen Leistungssystems ist in jedem Fall für eine hinreichende Unterstützung und Entlastung dieser Personen zu sorgen. Die Betreuungsprobleme älterer Menschen werden langfristig nur dann gelöst werden können, wenn auch die Arbeits- und Lebenssituation der Betreuungspersonen verbessert wird. Solange Menschen, die zum Teil selbst schon mehr als 60 Jahre alt sind, durch viele Monate oder auch Jahre hindurch rund um die Uhr schwerste Betreuungsarbeit leisten müssen, ohne irgendwann selbst Erholung finden zu können, kann von einer befriedigenden Funktionsweise des informellen Leistungssystems nicht gesprochen werden. Dass solche Überlastungssituationen existieren, ist in allen einschlägigen empirischen Untersuchungen belegt. Die Politik hat in den letzten Jahren (z. B. durch Urlaubsbetten, ambulante Hauskrankenpflege, etc.) begonnen, auf dieses Problem zu reagieren. Dennoch sind die vorhandenen Entlastungssysteme noch bei weitem nicht ausreichend.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Regelung der Zusammenarbeit zwischen dem Laiensystem und dem professionellen System der Altenarbeit. Diese hat im Idealfall auf einer klaren Definition der Aufgaben beider Seiten aufzubauen, die die wechselseitige Wertschätzung beider Gruppen füreinander zum Ausdruck bringt (vgl. Badelt 1999: 450ff.). Längerfristige und schwerere Pflege oder Betreuung ist nur durch die Zusammenarbeit beider Systeme zu bewältigen. Die Professionellen können sich dann auf jene Tätigkeiten beschränken, für die spezifische Ausbildungen notwendig sind. Sie können die Angehörigen des informellen Systems unterstützen und beraten und in akuten Notfällen rasch zur Seite stehen.

Diese Formen der Zusammenarbeit entstehen nicht von selbst. Sie sind durch organisatorische Vorkehrungen, für die letztlich die Handlungsträger der Sozialpolitik verantwortlich sind, herbeizuführen. Der Aufbau einer entsprechenden organisatorischen Infrastruktur ist auch mit Kosten für die öffentliche Hand verbunden. Die Rolle privater Wohlfahrtsverbände ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig, kann aber die Letztverantwortung der Politik nicht ersetzen. Konkrete Organisationsformen wurden in Kapitel 9.2.4 bereits beschrieben.

9.3.4.2 Diskriminierungsgefahren

So wichtig die Aufwertung und Bewahrung des informellen Leistungssystems ist, so sehr ist aus sozialpolitischer Sicht auf die Gefahren einer unkritischen Idealisierung dieses Systems hinzuweisen. Die mangelhafte soziale Absicherung der Pflegepersonen ist ein empirisch mehrfach belegtes Faktum. Auch besteht die Gefahr, dass mit einer einseitigen Aufwertung des informellen Leistungssystems de facto Rollenzuweisungen an die Geschlechter verbunden sind, wenn stillschweigend die Erwartung gehegt wird, dass die informelle Pflegearbeit vor allem von Frauen geleistet wird. Schließlich stellt sich die Frage, inwieweit die politische Funktionalisierung des informellen Systems noch notwendiger Bestandteil einer rationalen Strategie der Sozialplanung ist oder aber lediglich einer oberflächlichen Entlastung der Politik von ihrer eigenen Verantwortung dient.

Weiters ist auf den Zusammenhang zwischen der Rolle des informellen Leistungssystems und der makroökonomischen Beschäftigungssituation hinzuweisen. Es wäre gefährlich, die Aufwertung des informellen Leistungssystems als Antwort auf die ungelösten Fragen der regulären Beschäftigung zu verstehen, in dem z. B. unbezahlte Pflegearbeiten als Ersatz von bezahlter Beschäftigung im regulären Erwerbsleben definiert werden. In einer solchen Sichtweise würde das an sich wünschenswerte informelle Pflegesystem zu einem Mechanismus der sozialen Ausgrenzung, vor allem für Frauen.

Eine soziale Ausgrenzung dieser Art könnte das Ergebnis eines Teufelskreises sein, der zu einer Kumulation von Benachteiligungen führt (vgl. Badelt 1995: 493): Die durch unentgeltliche Pflegearbeit verursachten Benachteiligungen, wie insbesondere die mangelnde soziale Absicherung, betreffen in erster Linie Frauen, weil es ja Frauen sind, die die Pflegearbeit zu 80% leisten. Andererseits bewirkt die Diskriminierung von Frauen in ökonomischer und sozialer Hinsicht, z. B. ihre benachteiligte Stellung im Bereich der Erwerbsarbeit, dass Frauen schon deshalb den Weg in das Laiensystem gehen, weil ihnen Alternativen in der Erwerbsarbeit weniger leicht zur Verfügung stehen als Männern.

Von dieser Gefahr sind vor allem solche Frauen betroffen, die mehrere Jahre der Familienarbeit mit Kindern hinter sich haben und in ihrer Lebensmitte den Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit nicht schaffen. Setzen solche Frauen ihre „Pflegekarriere" mit einer Arbeit in der informellen Altenpflege fort, dann mag dies für eine billige und „effiziente Lösung" der Pflege älterer Menschen kurzfristig ein scheinbar günstiger Weg sein. In der Praxis geht dieser Weg zu Lasten jener Bevölkerungsgruppe, deren Leben ganz wesentlich durch Pflegearbeit ohne soziale Absicherung geprägt ist. Ein wesentlicher politischer Aspekt in dieser Konstellation ist es daher, politische Strategien zur Förderung der Erwerbsarbeit von Frauen und zur Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegearbeit zu schaffen (vgl. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung und BMJF 1994).

9.4 Kompetenzverteilung und Finanzierung

Das System der Altenhilfe spiegelt einige charakteristische Merkmale des österreichischen Systems sozialer Sicherung wider. Zum einen hat das Prinzip der Subsidiarität im Sinne der Katholischen Soziallehre große Bedeutung, was an der tragenden Rolle der familiären Unterstützung ablesbar ist, aber auch an der föderalen Kompetenzverteilung: Altenhilfe, Pflege und Rehabilitation sind Aufgabe der Länder und Gemeinden (Pfeil 1994, Pfeil 1996, Barta / Ganner 1998). Ein weiteres Charakteristikum ist der hohe Anteil an Geldleistungen im Vergleich zu sozialen Dienstleistungen im Sozialversicherungssystem (Badelt / Österle 1998). Auch im Bereich der Pflegevorsorge überwiegen Geldleistungen gegenüber Sachleistungen, was durch das Pflegegeldsystem deutlich wird. Schließlich ist das österreichische Rechtssystem durch eine mehr oder weniger willkürliche Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich gekennzeichnet, die insbesondere Personen mit Bedarf an einer Langzeitbetreuung leidvoll erfahren.

9.4.1 Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern

Wohn- und Pflegeheime, die Berufe der Altenhilfe, Heim- und Familienhilfe sowie die damit verbundenen Dienstleistungen werden in Österreich dem Kompetenztatbestand Soziales zugeordnet und fallen damit in die Zuständigkeit der Bundesländer, sofern entsprechende Aufgaben nicht explizit im Sozialversicherungsrecht verankert sind bzw. an den Bund übertragen wurden (wie die Opferfürsorge). Krankenanstalten und die medizinischen Berufe hingegen gehören dem Gesundheitsbereich an und fallen in die Zuständigkeit des Bundes. Obwohl die entsprechenden Grenzen meist fließend verlaufen, findet sich diese Trennung auch im Sozialversicherungsrecht wieder, wo zwischen Behandlungs- und Asylierungsfall unterschieden wird (§ 144 Abs 3 ASVG).

Die geringe Aufmerksamkeit, die dem Bereich der Betreuungsbedürftigkeit zukommt, lässt sich nicht zuletzt daran ablesen, dass die Landes-Sozialhilfegesetze nur in wenigen Fällen spezifische Regelungen für Heime und ambulante Dienstleistungen vorsehen. Erst Ende der 80er Jahre kam es zu Debatten über bestehende Rechtslücken. Unmittelbarer Auslöser dafür waren die Vorfälle im Pflegeheim Lainz 1989, als eine größere Anzahl von pflegebedürftigen Personen von schlecht ausgebildeten und überforderten Pflegerinnen getötet wurde. Eine im Anschluss daran gebildete Expertenkommission forderte verbindliche gesundheitsrechtliche Standards ein, woraufhin eine Vorlage für ein Bundes-Pflegeheimgesetz erstellt wurde. Dieser Entwurf musste jedoch aufgrund eines Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes zurückgezogen werden, weil es den herrschenden Kompetenztatbeständen widersprach (Barta / Ganner 1998: 7).

Gleichzeitig wurden im Verlauf der 80er Jahre die Sozialhilfegesetze der Bundesländer bzw. die jeweiligen Landes-Pflegegeldgesetze und ähnliche Regelungen zunehmend als defizitär wahrgenommen (Pfeil 1994, Barta / Ganner 1998) – sowohl seitens der potentiell begünstigten behinderten Menschen, die auf Gleichbehandlung pochten, als auch seitens der Landesregierungen, deren Sozialbudgets durch die steigenden Kosten für Pflegebedürftige zunehmend belastet wurden.[18] Die politischen Debatten und Petitionen führten Ende der 80er Jahre zur Einrichtung einer ministeriellen Arbeitsgruppe, die eine Neuregelung der Pflegevorsorge vorbereitete. 1992 wurde das Bundes-Pflegegeldgesetz verabschiedet, das eine wesentliche Verbesserung der finanziellen Absicherung der meisten betreuungsbedürftigen Personen brachte.

18 So stiegen beispielsweise die Ausgaben für stationäre Betreuung zwischen 1980 und 1990 überdurchschnittlich von 2,9 Mrd. öS (210 Mio. Euro) auf 6,4 Mrd. öS (465 Mio. Euro) (Pratscher 1992: 77).

Das Bundespflegegeld knüpft an bestehenden Traditionen der Pflegesicherung in Österreich an. Bereits seit den 50er Jahren hatte das Kriegsopferversorgungsgesetz eine Pflegezulage in sieben Stufen vorgesehen; PensionistInnen mit Bedarf an Hilfe und Pflege hatten seit den 60er Jahren ein Anrecht auf „Hilflosenzuschuss" und Sozialhilfebezieher konnten auf Landesebene Pflegegeld oder Blindengeld beantragen. Die entsprechenden Regelungen, das Ausmaß der Leistungen und deren Bedarfsgerechtigkeit ließen jedoch zu wünschen übrig: Landes-Pflegegeld wurde je nach Bundesland von einer bis zu vier Stufen ausbezahlt; der Hilflosenzuschuss wurde aufgrund der Höhe der Pension berechnet, anstatt sich am Pflegebedarf auszurichten, und in der Unfallversicherung wurde ein doppelter Hilflosenzuschuss gewährt, auch wenn der Hilfebedarf möglicherweise gleich hoch war wie bei einem ASVG-Pensionisten. Vor allem die Anspruchsberechtigung auf Basis des Kausalprinzips (welches auf die Ursache der Betreuungsbedürftigkeit abstellt) war in die Kritik geraten. Durch das Bundes-Pflegegeldgesetz wurden die verschiedenen Ansprüche in Richtung des Finalprinzips (welches sich an den Auswirkungen der Betreuungsbedürftigkeit orientiert) vereinheitlicht. Sie werden nunmehr unabhängig von regionalen Aspekten und dem Grund der Behinderung gewährt.

Parallel zur Einführung des Bundespflegegeldes wurde zwischen Bund und Ländern eine Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG geschlossen, in der gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen skizziert wurden. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Kompetenzbereiche kamen die Vertragspartner überein, nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen ein „umfassendes Pflegeleistungssystem an Geld- und Sachleistungen zu schaffen" (Art. 1 Abs. 2 Pflegevereinbarung). Während die Bundesregierung die Finanzierung des Bundespflegegeldes für alle Pensionsversicherten aus Steuermitteln garantiert, verpflichteten sich die Landesregierungen dazu, die Landes-Pflegegelder entsprechend anzupassen sowie Bedarfs- und Entwicklungspläne zu erstellen und spätestens bis zum Jahr 2011 umzusetzen (Rubisch 1998).

Darüber hinaus wurde eine ganze Reihe von Heim- und Ausbildungsgesetzen auf Länderebene verabschiedet (Stmk. Pflegeheimgesetz, Stmk. Ausbildungsgesetz, Kärntner Heimgesetz, OÖ. Heimverordnung, Bgld. Heimgesetz, NÖ. Ausbildungsgesetz, Wiener Heimhilfegesetz).

Trotz der langen Tradition von Geldleistungen für pflegebedürftige Personen hat das Bundespflegegeld eine Zwitterstellung im österreichischen Sozialrecht inne. Es gilt weder als Sozialversicherungs- noch als Sozialhilfeleistung, beinhaltet jedoch Elemente beider Systeme. Wie im System der Sozialversicherung besteht ein Rechtsanspruch auf die Leistung, die allerdings nur einen Teil der Kosten abdeckt: Das Pflegegeld ist als ein Beitrag zu den betreuungsbedingten Mehraufwendungen gedacht, d. h. die betreuungsbedürftige Person ist dazu angehalten, zu den Kosten selbst auch aus eigenen Mitteln beizutragen (Pfeil 1994, Gruber / Pallinger 1998). Im Gegensatz zu den Leistungen der Sozialversicherung wird das Bundespflegegeld nicht über Beiträge, sondern aus allgemeinen Steuermitteln finanziert.

9.4.2 Die Finanzierung von Betreuungsbedürftigkeit in Österreich

Während die materielle Sicherung im Alter traditionell den größten Anteil der Sozialausgaben in Österreich ausmacht und auch die Gesundheitsversorgung großzügig durch das System der Sozialversicherung alimentiert wird, ist Betreuungsbedürftigkeit älterer Menschen im österreichischen Sozialversicherungsrecht nur marginal abgedeckt. Rund 120 Mio. öS (9 Mio. Euro) werden von den Krankenkassen für medizinische bzw. „krankenhausersetzende" Hauskrankenpflege ausgegeben.

Die Neuregelung der Pflegevorsorge und deren Umsetzung durch bundeseinheitliche Pflegegeldregelungen war daher ein wichtiger Schritt in

www.parlament.gv.at

Tabelle 9.22:
Das Pflegegeld im Überblick (Oktober 1998)

Stufe	Pflegebedarf pro Monat	Monatliche Leistung in ATS	Monatliche Leistung in Euro	Gesamtzahl der PflegegeldbezieherInnen (1)
I	>50 Stunden	2.000	145	46.000
II	>75 Stunden	3.688	268	139.000
III	>120 Stunden	5.690	414	68.000
IV	>180 Stunden	8.535	620	30.000
V	>180 Stunden aussergewöhnlicher Pflegebedarf	11.591	842	24.000
VI	>180 Stunden aussergewöhnlicher Pflegebedarf und dauernde Aufsicht	15.806	1.149	5.000
VII	>180 Stunden aussergewöhnlicher Pflegebedarf in Verbindung mit Bettlägrigkeit	21.074	1.532	3.700
				315.700

Quelle: Türk, 1998. – (1) Angesichts der unterschiedlichen administrativen Träger, die für die Umsetzung des Bundes-Pflegegeldgesetzes zuständig sind, werden meist nur partielle Zahlen der BezieherInnen veröffentlicht. Die hier vorgenommene Annäherung berücksichtigt alle Träger.

Richtung einer stärkeren Anerkennung der Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen. Seit 1. Juli 1993 haben pflegebedürftige Menschen mit einem Betreuungsbedarf von mehr als 50 Stunden pro Monat Anspruch auf Pflegegeld. Diese Geldleistung wird unabhängig vom sonstigen Einkommen in sieben Stufen ausgezahlt (Tabelle 9.22), wobei die Einstufung auf Grundlage eines ärztlichen Sachverständigengutachtens vorgenommen wird. Im Falle der stationären Versorgung werden 80% der Leistung direkt an den Träger der Einrichtung überwiesen, während die anspruchsberechtigte Person eine Pauschalleistung von 10% der Stufe 3 erhält (s. Pfeil 1994, Barta / Ganner 1998 für weitere rechtliche Details).

Interessanterweise spielten die notwendigen Zusatzausgaben in der Höhe von rund 8 Mrd. ATS (ca. 600 Mio. Euro) pro Jahr zwar eine wichtige Rolle in der politischen Debatte, konnten aber letztlich relativ friktionsfrei durchgesetzt werden. Erst 1995, als es um die Erreichung der Konvergenzkriterien der Europäischen Union ging, wurden Maßnahmen zur Reduktion von Ausgabensteigerungen auch im Bereich des Pflegegeldgesetzes gesetzt.[19]

Tabelle 9.23 gibt einen Überblick über die Aufwendungen der verschiedenen Gebietskörperschaften zur Absicherung des Risikos „Betreuungsbedürftigkeit" zum jetzigen Zeitpunkt. Dabei ist zu bedenken, dass nicht alle, aber doch der größ-

19 Zum Beispiel: keine automatische jährliche Index-Anpassung, Senkung der Stufe 1 auf 2.000 öS, Kürzung des Taschengelds für HeimbewohnerInnen um 50%, i. e. 10% der Stufe 3 anstatt 20% (zur Novelle 1998 vgl. Rudda 1998).

Tabelle 9.23:
Aufwendungen der Länder und des Bundes für betreuungsbedürftige Menschen 1997 (in 1.000 ATS)

	Heime	ambulante Dienste	Landes-Pflegegeld	Sonstige Aufwendungen	Summe
Burgenland	172.969,5	10.938,2	138.816,6	0	322.724,3
Kärnten	24.910,3	45.953,5	275.620,6	1.911,0	348.395,4
Niederösterreich	1.765.415,3	373.287,4	613.752,0	22.287,4	2.774.742,1
Oberösterreich	1.381.703,9	239.749,2	506.346,5	22.051,5	2.149.851,1
Salzburg	499.156,6	165.482,6	234.310,0	16.267,2	915.216,4
Steiermark	719.082,1	52.719,4	635.836,4	5.832,2	1.413.470,1
Tirol	1.036.948,6	k. A.	281.470,8	k. A.	1.318.419,4
Vorarlberg	461.689,1	31.540,2	121.295,1	1.215,1	615.739,5
Wien	2.825.411,0	1.356.799,9	500.977,2	161.701,7	4.844.889,8
alle Bundesländer	8.887.286,4	2.276.470,4	3.308.425,2	231.266,1	14.703.448,1
Bundes-Pflegegeld					15.923.000,0
davon	Unfall-Vers.	150.000,0			
	Pensions-Vers.	15.773.000,0			
Gesamtausgaben für Betreuungsbedürftigkeit					30.626.448,1
Gesamtausgaben der wichtigsten sozialen Sicherungssyteme					571.664.000,0
Anteil der Ausgaben für Betreuungsbedürftigkeit					5,36%

Quelle: Pratscher / Stolitzka 1999, Türk 1998.

te Teil dieser Leistungen älteren Menschen zugute kommen. So sind etwa 90% aller PflegegeldbezieherInnen über 60 Jahre alt (Türk 1998); die hier angeführten sozialen Dienstleistungen hingegen werden ausschließlich von älteren Menschen in Anspruch genommen.

Insgesamt betragen die Ausgaben für betreuungsbedürftige Menschen etwa fünf bis sechs Prozent der gesamten Sozialausgaben in Österreich. Durch die Entscheidung, die Kaufkraft der betreuungsbedürftigen Menschen durch das Pflegegeld direkt zu stärken, und aufgrund der Tatsache, dass die Länder als Träger der Sozialhilfe Beiträge der NutzerInnen von Heimen und sozialen Diensten einheben, ergibt sich ein komplexer Finanzfluss, der in seiner gesamten Tragweite bislang noch nicht erfasst wurde. Aus Tabelle 4.3 geht jedenfalls hervor, dass ein durchaus bemerkenswerter Teil der Aufwendungen für Heime und Dienstleistungen in die Sozialhilfe-Budgets der Länder zurückfließt.[20] Dieser Rückfluss ist im Bereich der Heime mit fast 50% noch höher als im Bereich der ambulanten Dienste, wo er etwa 26% beträgt.

20 Da einige Erhebungsmethoden der Sozialhilfeausgaben 1994 geändert wurden, sind keine direkten Vergleiche im Längsschnitt möglich bzw. zulässig. Ein Hinweis auf die höhere Deckung von Heimkosten durch die BewohnerInnen sei jedoch gestattet: 1987 betrugen die Ausgaben für Personen in Heimen in ganz Österreich 4,9 Mrd. öS, während die Einnahmen mit 1,2 Mrd. öS lediglich 24,9% der Ausgaben abdeckten (Bartunek 1988:901).

www.parlament.gv.at

Tabelle 9.24:
Einnahmen der Bundesländer für Leistungen an betreuungsbedürftige Menschen 1997 (in 1.000 ATS)

	Heime	ambulante Dienste	Landes-Pflegegeld	Summe
Burgenland	k. A.	4.639,5	18.695,1	23.334,6
Kärnten	7.420,7	16.834,6	k. A.	24.255,3
Niederösterreich	1.325.658,0	k. A.	4.573,0	1.330.231,0
Oberösterreich	925.918,5	39.548,0	523,9	965.990,4
Salzburg	k. A.	13.900,5	6.332,3	20.232,8
Steiermark	601.795,7	53.593,5	14.914,5	670.303,7
Tirol	723.454,3	702,0	19.792,0	743.948,3
Vorarlberg	210.844,0	2.320,9	8.498,8	221.663,7
Wien	532.970,7	464.921,3	6.770,8	1.004.662,8
Alle Bundesländer	4.328.061,9	596.460,3	80.100,4	5.004.622,6
%-Anteil an Ausgaben	49%	26%	2%	34%

Quelle: Pratscher / Stolitzka 1999: 269.

Den NutzerInnen wurde diese Änderung bzw. Verbesserung der finanziellen Basis anfangs lediglich durch höhere Beitragszahlungen bewusst, die wiederum dadurch zustande kamen, dass alle Länder das Pflegegeld als Einkommensbestandteil und somit als Teil der Berechnungsbasis für die individuellen Nutzerbeiträge definierten. Tabelle 9.25 gibt einen Kurzüberblick ausgewählter Regelungen.

9.5 Perspektiven

Eine Zusammenschau der vielfältigen Aspekte der Betreuungsbedürftigkeit in Österreich belegt, dass dieses Feld der Sozialpolitik zu den dynamischsten Bereichen des österreichischen Sozialstaats zählt. Gerade in einer längerfristigen Perspektive – in den Dimensionen von Jahrzehnten – wird offensichtlich, welch gravierende Veränderungen für die betroffenen Personen stattgefunden haben. Insgesamt hat das System der Vorsorge für den Pflege- und Betreuungsfall in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung erfahren, was nicht heißen soll, dass der gegenwärtige Zustand bereits frei von Problemen wäre.

Schon die vergangenen demografischen Veränderungen machen deutlich, dass eine rasch wachsende Zahl von Menschen in irgendeiner Weise von Problemen der Betreuungsbedürftigkeit betroffen ist. Dies ging etwa aus dem Elfjahresvergleich des Mikrozensus eindeutig hervor. Für diese Menschen haben sowohl die Einführung des bundesweiten Pflegegeldsystems im Jahre 1993 als auch der stetige Ausbau ambulanter und teilstationärer sozialer Dienste eine wichtige Erleichterung gebracht. Dazu kommt, dass – anders als dies oft in der Öffentlichkeit behauptet wird – die Verfügbarkeit von familiärer Pflege nicht geringer geworden ist, wenngleich immer noch ein (regional variierender) Anteil (knapp 14%) von älteren Menschen zumindest im kürzerfristigen Krankheitsfall keine ausreichende Hilfe erhält. Diese Ergebnisse des einschlägigen

Tabelle 9.25:
Regelungen über Nutzerbeiträge für Soziale Dienste in den Bundesländern (1997)

Bundesland	Hauskrankenpflege und Heimhilfe
Burgenland	Einkommensabhängige Beiträge zwischen 250 und 320 ATS je nach Dienstleistung bis zu einer Maximalgrenze (Ausgleichszulagenrichtsatz +50% des individuellen Pflegegelds bleiben unberührt), aber nicht mehr als höchstens 70 Betreuungsstunden
Kärnten	1% der Berechnungsgrundlage (Netto-Einkommen abzgl. Miete und Sozialhilferichtsatz) plus ca. 60 ATS, wenn PflegegeldbezieherIn (Höchstbeitrag: 333 ATS pro Stunde)
Niederatsterreich	1% der Berechnungsgrundlage (Netto-Einkommen abzgl. 2.800 ATS) plus 50 ATS, wenn PflegegeldbezieherIn (Höchstbeitrag: 450 ATS pro Stunde)
Oberatsterreich	Einkommensabhängig: 10-200 ATS plus 53 ATS, wenn KlientIn Pflegegeld bezieht
Salzburg	2,5% der Berechnungsgrundlage (Netto-Einkommen abzgl. Miete und Sozialhilferichtsatz) plus 50 ATS, wenn PflegegeldbezieherIn (Höchstbeitrag: 257 ATS pro Stunde)
Steiermark	1,3% der Berechnungsgrundlage (Netto-Einkommen abzgl. Miete und Sozialhilferichtsatz plus Pflegegeld) – Höchstbeitrag: 30% der Vollkosten
Tirol	1% der Berechnungsgrundlage (Netto-Einkommen abzgl. Miete, Heizkosten und Sozialhilferichtsatz plus Pflegegeld) – Höchstbeitrag: 300 ATS / 520 ATS pro Stunde)
Vorarlberg	Mitgliedsbeitrag an lokalen Hauskrankenpflegeverein (ca. 250-350 ATS pro Monat)
Wien	Einkommensabhängig 0-150 ATS plus 70 ATS, wenn PflegegeldbezieherIn (beschränkte Anzahl an subventionierten Betreuungsstunden)

Quelle: Leichsenring 1999, S. 75-78

Mikrozensus 1998 zeigen gleichzeitig die positiven und die kritischen Entwicklungen in der Situation betreuungsbedürftiger Menschen.

Die – grosso modo – erfreuliche Verbesserung der Situation in den letzten Jahren ist wesentlich durch eine Veränderung der politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen ausgelöst worden. Dazu zählen nicht nur das Pflegegeldsystem an sich, sondern auch die wachsende Beachtung der Versorgungsprobleme in den österreichischen Bundesländern, die steigenden Anstrengungen zur Qualitätssicherung, die Einführung neuer Berufe bzw. Berufsbilder und die allgemeine Professionalisierung der Trägerstrukturen.

Neben einem beachtlichen Ausbau an Beschäftigungsmöglichkeiten im traditionellen Bereich der Altenhilfe (stationär und ambulant) wurden und werden sowohl durch die großen Wohlfahrtsorganisationen als auch durch kleinere Initiativen zusätzlich neue Angebote geschaffen (kleine Wohneinheiten, Tages- und Kurzzeitpflege), die dazu beitragen, einerseits das Gesund-

www.parlament.gv.at

heitssystem zu entlasten, andererseits aber auch pflegende Angehörige zu unterstützen. Die freien Wohlfahrtsträger tragen seit Beginn des Ausbaus von (vor allem ambulanten) Dienstleistungen wesentlich zur Weiterentwicklung der Pflegestrukturen in Österreich bei. Deren Rolle als Partner der öffentlichen Hand und als professionelle Dienstleister wird in den kommenden Jahren weiter zu stärken sein – durch eine weitere Verbesserung der vertraglichen Rahmenbedingungen, die gemeinsame Entwicklung von Qualitätskriterien sowie eine entsprechende Dokumentation und Kontrolle. Bei aller Kundenorientierung, die man von sozialen Dienstleistungen erwarten darf, dürfen dabei die Arbeitsbedingungen der MitarbeiterInnen nicht aus den Augen verloren werden, um die personelle Basis für künftige Herausforderungen nicht auszuzehren.

Trotz der offenkundigen Verbesserungen in der Vergangenheit zählt die Organisation der Betreuung und Pflege älterer Menschen zu den größten Herausforderungen für die Sozialpolitik in den nächsten Jahrzehnten. Dies ergibt sich einerseits aus den bevorstehenden demografischen Veränderungen, die die bisherigen Entwicklungen in den Schatten stellen werden. Andererseits werden sich die nach wie vor vorhandenen Probleme in der Zukunft weiter verschärfen, wenn nicht rechtzeitig und langfristig wirkend politische Entscheidungen getroffen werden.

Als erstes Problemfeld ist auf die Stellung der informellen Pflege- und Betreuungssysteme zu verweisen. Einerseits wäre es irreal zu glauben, dass die Problematik der Betreuung, aber auch der sozialen Integration älterer und hilfsbedürftiger Menschen, ausschließlich professionellen und bezahlten Diensten überlassen werden könnte. Dies wäre nicht nur unfinanzierbar, sondern auch nicht wünschenswert. Andererseits ist ein unkritisches Abschieben von Betreuungsleistungen auf „die" Familie ebenso irreal und abzulehnen, weil dies in der Praxis zu einer Perpetuierung von Frauendiskriminierung führt und überdies die soziale Stellung von Betreuungspersonen ungeklärt bzw. unbefriedigend ist. Die Sozialpolitik wird daher eine offensive und ausgewogene Politik zur Unterstützung der informellen Strukturen suchen müssen.

In Abstimmung mit einer solchen Politik sind weiters die bisherigen Anstrengungen zum Ausbau innovativer ambulanter und teilstationärer Betreuungssysteme deutlich zu intensivieren, wobei besonderes Augenmerk auf die Koordination der Dienste und auf ihre Einbettung in ein Gesamtkonzept der Sozial- und Gesundheitspolitik zu legen ist. Aktivierende Altenarbeit wird zum Schlüssel für die Meisterung einer Situation, die anderenfalls in einer finanziell und menschlich überaus schwierigen Situation enden könnte. Dies kann aus den Prognosen über die voraussichtliche Entwicklung der Zahl der betreuungsbedürftigen Menschen abgeleitet werden.

Schließlich benötigt die Altenpolitik der nächsten Jahrzehnte auch noch eine Verbesserung ihrer sozialwissenschaftlichen Grundlagen. Die soziale Lage älterer Menschen und die Möglichkeiten ihrer sozialen Integration im Hinblick auf die geänderten Lebensstile und technologischen Strukturen der modernen Gesellschaft sind ebenso unbefriedigend erforscht wie die ökonomischen Konsequenzen alternativer Betreuungsstrukturen. Dazu zählt auch die Vorbereitung von Finanzierungsoptionen für eine ausgewogene Unterstützung der informellen Systeme, die Eigeninitiative fördert, aber auch sozialen Schutz gewährt. Insgesamt stehen damit Themen im Raum, deren Bewältigung eine intensive Zusammenarbeit von Wissenschaft, Politik und Betroffenen voraussetzt.

10. Ältere MigrantInnen in Österreich

Paloma Fernández de la Hoz, Johannes Pflegerl

10.1 Einleitung

Die Situation älterer MigrantInnen sowie die Kenntnisse über diese Gruppe ist in den einzelnen westeuropäischen Ländern sehr unterschiedlich. Wenn in diesem Beitrag von älteren MigrantInnen die Rede ist, so bezieht sich der Begriff auf ArbeitsmigrantInnen über 60 Jahre, die bereits in Pension sind bzw. jene, die das Pensionsalter schon vorher erreicht haben. Diese demografische Begriffsdefinition schließt nicht aus, dass das Alter je nach sozialem Kontext unterschiedlich aufgefasst werden kann. In manchen Aufnahmeländern mit einer längeren Migrationsgeschichte und einer großen Einwanderungsbevölkerung – wie etwa Frankreich, Großbritannien, Schweden, Deutschland – ist man auf diese Gruppe bereits vor einigen Jahren aufmerksam geworden. Als Folge wurden sowohl umfangreiche Forschungsarbeiten durchgeführt als auch Maßnahmen etwa für eine adäquate Alten- und Pflegebetreuung diskutiert und zum Teil bereits verwirklicht.

In Deutschland etwa werden im Jahr 2020 bereits über 2 Millionen AusländerInnen leben, die 60 Jahre oder älter sind. Zudem ist diese Gruppe im Vergleich zu den in Österreich lebenden Zuwanderern heterogener, was ihre Herkunft betrifft. So leben dort viele MigrantInnen aus früheren Herkunftsländern, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die EU eingegliedert wurden, wie Griechenland, Italien und Spanien. Dazu kommen ältere MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Die in Deutschland erzielten Befunde und Erfahrungen können zwar nicht direkt auf die Situation in Österreich übertragen werden, weisen aber dennoch auf soziale Entwicklungen hin, die möglicherweise in absehbarer Zeit auch auf Österreich zutreffen werden. Zudem gibt es einige Ergebnisse aus Deutschland, die sich mit in Österreich erzielten Befunden in der Migrationsforschung decken.

Generell ist in Österreich die Anwesenheit und die Lebenssituation älterer MigrantInnen bis dato kaum wahrgenommen worden. Bisher wurden, abgesehen von kleineren Untersuchungen wie etwa eine vor kurzem erschienene Pilotstudie zur Betreuungssituation von älteren MigrantInnen in Wien (Reinprecht et al. 1998), keine umfangreichen Forschungsarbeiten zu dieser Thematik durchgeführt. Diesbezüglich besteht ein Nachholbedarf. Dazu kommt, dass die amtlichen Statistiken kaum aussagekräftige Daten liefern, um die Lebenssituation älterer MigrantInnen näher beschreiben zu können.

Die Population älterer MigrantInnen in den westeuropäischen Industriestaaten ist in den letzten Jahren unter anderem vor allem deshalb gewachsen, weil sich tendenziell immer mehr von ihnen im Alter für einen Verbleib im Aufnahmeland entschließen. Dazu kommt, dass zunehmend mehr Menschen, darunter auch viele ältere Personen, aufgrund der instabilen politischen, wirtschaftlichen und sozialen Lage, gegen ihren Willen gezwungen werden, ihre Heimat zu verlassen. Zudem versuchen bereits hier lebende MigrantInnen ältere Familienangehörige aus der Heimat nach Österreich zu holen. Wie groß die jeweilige Gruppe in Österreich ist, lässt sich anhand bestehender Daten allerdings nicht feststellen.

Die Rückkehr in das Heimatland ist nach Ansicht der Soziologin Dietzel-Papakyriakou (Dietzel-Papakyriakou 1993b, 1993c) für viele Zuwanderer der ersten Generation ein fixer Bestandteil ihres Migrationsprojektes. Dies hat mehrere strukturelle Gründe: Zu Beginn der Arbeitskräftewanderung nach Mitteleuropa in den 60er Jahren war die Rückkehrorientierung Teil des Vertrages zwischen dem Herkunfts- und dem Aufnahmeland. Das sogenannte Rotationsprinzip sah vor, dass junge Männer nach einigen Jahren der Erwerbstätigkeit in Österreich wieder in ihr Heimatland zurückkehren und durch neue Arbeitskräfte ersetzt werden sollten. Dieses Vorhaben veränderte sich, als ArbeitsmigrantInnen

die Möglichkeit erhielten, längerfristige Beschäftigungsverhältnisse einzugehen und viele daraufhin ihre Familien nachholten. An der Rückkehrorientierung hatte dies für viele insofern etwas verändert, als der Zeitpunkt der Rückkehr tendenziell verschoben wurde. Damit erschwerte sich jedoch gleichzeitig die Möglichkeit, diese tatsächlich realisieren zu können. Als anzustrebendes Ziel wurde sie jedoch meist aufrecht erhalten.

Zu den im Aufnahmeland alt gewordenen MigrantInnen kamen auch im Zuge des Familiennachzugs ältere Verwandte, wie etwa Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Um einen ersten Überblick über zentrale, diese Thematik betreffende Fragestellungen geben zu können, muss daher auf Quellen zurückgegriffen werden, die zwar ältere MigrantInnen nicht explizit zum Schwerpunkt ihrer Forschungsarbeit machten, sich aber mit Teilaspekten – etwa der Familiendynamik und der Generationenbeziehung – auseinandersetzten. Um diesen Überblick entsprechend zu vervollständigen, werden vor allem Forschungsarbeiten anderer Länder, insbesondere Deutschland, in die Darstellung eingearbeitet.

Der folgende Bericht gliedert sich in die folgenden 5 Schwerpunkte:

- Demografische Aspekte
- Rahmenbedingungen für ältere MigrantInnen in Österreich: Einige wesentliche Schwerpunkte (Wohnen, Rechtssituation)
- Altern in der Fremde – Die Frage nach der Rückkehr
- Die Beziehungen zwischen Generationen: Ältere MigrantInnen und ihre Familien
- Präsenz von älteren MigrantInnen in österreichischen Betreuungseinrichtungen – Chancen und Probleme

10.2. Demografische Aspekte

Ende 1997 lebten nach Ergebnissen der Einwohnererhebung in Österreich insgesamt 743.712 Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft. Der Anteil an der gesamten Wohnbevölkerung Österreichs beträgt demnach 9,2%. Zu diesem Zeitpunkt haben in Österreich 331.536 Personen aus Staaten des ehemaligen Jugoslawiens gelebt, das entspricht 44,6% aller hier lebenden Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft, weiters 138.860 Personen aus der Türkei (18,7% aller Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft), 93.729 Personen aus der EU (12,6%) und 179.587 Personen aus anderen Staaten (24, 1%) (Österreichisches Statistisches Zentralamt 1998: 17).

Nach Angaben der Volkszählung von 1991 waren von 517.690 damals registrierten Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft 32.390 sechzig Jahre oder älter, das entspricht einem Anteil von 6,3%. Betrachtet man speziell die Altersstruktur von Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, so zeigt sich, dass der Anteil der über 60-jährigen vergleichsweise noch geringer ist. So waren nach Angaben der Volkszählung 3,1% der Personen (insgesamt 6.161 Personen) mit einer Staatsbürgerschaft eines der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien und 1,3% mit türkischer Staatsbürgerschaft (insgesamt 1.604 Personen) 60 Jahre oder älter (Findl / Fraiji 1991: 968). Dies weist darauf hin, dass nach wie vor viele ZuwanderInnen in ihre Heimat zurückkehren. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass jene Personen nicht berücksichtigt sind, die im Verlauf ihres Aufenthalts die österreichische Staatsbürgerschaft erlangt haben. Zudem ist die Zahl der ZuwanderInnen zwischen 1991 und 1997 insgesamt angestiegen – besonders aber jene aus dem ehemaligen Jugoslawien zwischen 1991 und 1993 infolge des Bürgerkrieges in dieser Region. Der Anteil der Personen, die aus den vorher genannten Ländern stammten, ist demnach ver-

mutlich um einiges höher. Aus den amtlichen Statistiken lässt sich deren genaue Zahl allerdings nicht feststellen.

Vergleicht man dies mit den Daten der Volkszählung aus dem Jahr 1981, so zeigt sich, dass deren Zahl in den letzten Jahren angestiegen ist. Zum letztgenannten Zeitpunkt lag der Anteil der über 60-jährigen Personen aus dem damaligen Jugoslawien bei 1,4% (1.769 Personen von insgesamt 125.890) und 0,5% aus der Türkei (334 von insgesamt 59.900 Personen) (Österreichisches Statistisches Zentralamt 1984: 37).

Auffällig ist, dass der Anteil der über 60-jährigen Männer bei Zuwanderern aus dem ehemaligen Jugoslawien und insbesondere der Türkei vergleichsweise höher ist als bei der österreichischen Wohnbevölkerung. So sind 48% der über 60-jährigen Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien und knapp 54% derselben Altersgruppe aus der Türkei männlich, während dieser Anteil bei Österreichern vergleichsweise nur bei knapp 38% liegt. Bei näherer Betrachtung zeigt sich weiters, dass der Anteil der ledigen Männer an dieser Altersgruppe sowohl bei über 60-jährigen Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien als auch der Türkei um einiges höher als bei Österreichern ist. Bei den über 60-jährigen Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien beträgt dieser Anteil 11,5% bei der gleichen Altersgruppe aus der Türkei knapp 9%, während er bei derselben Altersgruppe der Österreicher bei vergleichsweise nur etwas mehr als 5% liegt. Die Zahl der Verwitweten bei den genannten Zuwanderergruppen sind vergleichsweise geringer (Findl / Fraiji 1991: 968).

Dies ist ein Hinweis dafür, dass in dieser Altersgruppe nach wie vor jene überrepräsentiert sind, die zu jener Gruppe zählen, die als junge und ledige Männer nach Österreich kamen, um hier Arbeit zu finden.

Bei den Frauen zeigt sich je nach Herkunftsland ein unterschiedliches Bild. Während 91% der über 60-jährigen Frauen aus der Türkei verheiratet sind, beträgt dieser Anteil bei Fräuen aus dem ehemaligen Jugoslawien nur 39% und bei ÖsterreicherInnen vergleichsweise 37%. Dementsprechend niedriger ist der Anteil der ledigen, verwitweten und geschiedenen Frauen dieser Altersgruppe aus der Türkei. So sind 5% von ihnen ledig, 3% geschieden und nur 0,5% verwitwet. Bei den über 60-jährigen Frauen ist der Anteil der Geschiedenen mit knapp 13% deutlich höher und übersteigt damit auch die Vergleichsgruppe der Österreicherinnen, bei denen die entsprechende Rate bei 5,4% liegt. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Verwitweten bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 36,5% um einiges niedriger als bei ÖsterreicherInnen (47,5%). Der Anteil der Ledigen ist mit knapp 12% um einiges höher als die entsprechende Rate bei ÖsterreicherInnen, bei denen sie knapp 10% beträgt. Dies kann als Hinweis dafür gedeutet werden, dass nicht nur ledige Männer als Arbeitsmigranten nach Österreich kamen, sondern auch ein gewisser Anteil an Frauen (Findl / Fraiji 1991: 968).

10.3 Rahmenbedingungen für ältere MigrantInnen in Österreich

10.3.1 Rechtssituation älterer MigrantInnen in Österreich

10.3.1.1 Auswirkungen der neuen Zuwanderungs- und Aufenthaltsrechtsbestimmungen für ältere MigrantInnen

Die Zunahme der Migration nach 1989, insbesondere in den Jahren zwischen 1991 bis 1993, hat den Gesetzgeber dazu veranlasst, die rechtlichen Zugangs- und Aufenthaltsbestimmungen für AsylwerberInnen sowie Personen, die nicht aus EWR Staaten kommen, restriktiv zu verschärfen. Die neu festgelegten Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen erschwerten einerseits die Absichten in Österreich wohnender MigrantInnen, ältere Familienangehörige nachzuholen und ver-

schlechterten die Aufenthaltssicherheit bereits lange hier lebender ZuwanderInnen. 1993 traten zunächst ein reformiertes Fremdengesetz (früher Fremdenpolizeigesetz) – es enthielt vor allem Bestimmungen über die Einreise von nicht-österreichischen Personen – und ein neugeschaffenes Aufenthaltsgesetz in Kraft. Dieses Gesetz sah vor, dass all jene Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft, die sich länger als sechs Monate in Österreich aufhielten oder hier eine selbständige bzw. unselbständige Arbeit aufnehmen wollten, eine sogenannte Aufenthaltsbewilligung benötigten. Die Zahl der Aufenthaltsbewilligungen wurde an eine jährliche Quote gebunden, wodurch der Zuzug von MigrantInnen zahlenmäßig begrenzt wurde. Ältere Familienangehörige konnten in der Folge nur noch dann nachgeholt werden, wenn ein entsprechender Quotenplatz frei war und ihr Lebensunterhalt in Österreich gesichert war. Dazu kam, dass lange hier lebenden MigrantInnen nach den neuen Gesetzesbestimmungen keine bevorzugte Rechtsstellung gegenüber NeuzuwanderInnen eingeräumt wurde. Sie mussten dieselben Voraussetzungen wie etwa den Nachweis für einen gesicherten Lebensunterhalt und eine entsprechende Wohnung erbringen, ohne dass auf ihre bisherige Integration in Österreich Rücksicht genommen wurde. Von Ausweisung bedroht waren in der Folge vor allem jene, mitunter auch schon lange in Österreich lebenden MigrantInnen, die eine dieser Bestimmungen nicht erfüllen konnten. Berichten zufolge betrafen die neuen Bestimmungen besonders jene, die in Unkenntnis der neuen Regelungen, ihre Anträge zur Verlängerung ihres bisherigen Aufenthaltsstatus verspätet einbrachten. Sie wurden in der Folge wie NeuzuwanderInnen behandelt und ihr Antrag für eine Aufenthaltsgenehmigung wurde abgewiesen, wenn kein Quotenplatz mehr frei war (Wiener Integrationsfonds 1994: 44).

Eine vom Institut für Höhere Studien (IHS) durchgeführte Studie erbrachte den Nachweis, dass Österreich im Vergleich zu sechs anderen europäischen Staaten, darunter Belgien, Schweiz, Deutschland, Frankreich, Holland, Schweden und Großbritannien, mit den Bestimmungen des Fremdengesetzes 1993 und des Aufenthaltsgesetzes die restriktivsten Regelungen in Bezug auf Niederlassung und Aufenthaltssicherheit und damit nach Angaben dieser Studie die schlechtesten Werte bezüglich Integrationsfreundlichkeit in diesen Bereichen aufweist (Cinar et al. 1996: 44-46).

1997 wurden sowohl das Aufenthaltsgesetz und das Fremdengesetz umfassend reformiert und zu einem neuen Gesetz (Fremdengesetz 1997) zusammengeführt, das am 1. Jänner 1998 in Kraft trat. In diesem Gesetz wurde im Unterschied zu den vorher gültigen Bestimmungen erstmals dem Prinzip der Integration in Österreich lebender Fremder Vorrang gegenüber Neuzuwanderern eingeräumt. Dies bedeutet die Einführung eines stufenweisen, von der Wohnsitzdauer abhängigen Systems der Aufenthaltsverfestigung. Aufenthaltsverfestigung heißt konkret, dass bei entsprechend langer Aufenthaltsdauer Notsituationen wie Erwerbslosigkeit oder das Fehlen einer ortsüblichen Unterkunft keine zwingenden Gründe mehr gegeben sind, ZuwanderInnen das Aufenthaltsrecht zu entziehen. Von diesen Bestimmungen werden vor allem jene älteren MigrantInnen profitieren, die bereits seit Jahrzehnten hier ansässig sind und das Pensionsalter erreicht haben (König 1998: 12). Der Nachzug von älteren MigrantInnen zu ihren Familienangehörigen ist hingegen schwierig, da ein freier Quotenplatz nach wie vor eine notwendige Voraussetzung dafür bleibt.

10.3.1.2 Für ältere MigrantInnen relevante arbeits-, sozial- und pensionsrechtliche Bestimmungen

ZuwanderInnen haben zwar ebenso wie ÖsterreicherInnen einen Rechtsanspruch auf Arbeitslosengeld, in der Frage der Notstandshilfe waren sie jedoch lange Zeit stark benachteiligt. Mit der mit 1. August 1999 in Kraft getretenen Novelle des Arbeitslosenversicherungsgesetzes wurde der Bezug der Notstandshilfe neu geregelt und die Gruppe der Bezugsberechtigten erweitert. Allerdings kann nach wie vor jenen, die auch nach der Novelle die Anspruchsvoraussetzungen für die Notstandshilfe nicht erfüllen, kein Pensionsvorschuss für ein laufendes Pensionsverfahren gewährt werden. (König 1998: 12).

MigrantInnen, die eine Pension beziehen, jedoch den Richtsatz für eine Mindestpension nicht erreichen, können nach den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ihren Anspruch auf Gewährung einer Ausgleichszulage anmelden. Dies ist allerdings nur für jene möglich, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben. Die derzeitige Rechtspraxis zeigt, dass ab einem Aufenthalt von drei Monaten in der Heimat nicht mehr von einem gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich ausgegangen werden kann und die Ausgleichzulage daher gestrichen wird. Somit können nur jene MigrantInnen eine entsprechende Pension in Anspruch nehmen, die Österreich als Wohn- und Lebensmittelpunkt im Alter wählen (König 1998: 12).

10.3.2 Wohnen

10.3.2.1 Wohnsituation

Betrachtet man die Wohnsituation von ZuwanderInnen aus Ländern wie etwa dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, so zeigt sich, dass sie unter deutlich schlechteren Verhältnissen leben als ÖsterreicherInnen und am Wohnungsmarkt benachteiligt sind. Dies gilt auch für ältere MigrantInnen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft, obwohl über ihre spezifische Wohnsituation in Österreich keine eigenen Untersuchungen vorliegen. Unter der berechtigten Annahme, dass ihre Zahl in den nächsten Jahren zunehmen wird, wären eigene Untersuchungen darüber von Nöten, um entsprechende Maßnahmen setzen zu können (vergleichend: Kap. 5.1).

Der Tatbestand der Benachteiligung von ZuwanderInnen lässt sich anhand mehrerer Indikatoren nachweisen. So zeigen diverse Untersuchungen, dass ein deutlich höherer Anteil von MigrantInnen aus diesen Ländern Wohnungen eines niedrigeren Standards bewohnt als Österreicherinnen.[2] Dazu kommt, dass sie für schlecht ausgestattete Wohnungen höhere Preise zu bezahlen haben[3] und im Vergleich zu ÖsterreicherInnen in klei-

1 Einen Anspruch auf Notstandshilfe hatten bis zum 1. August 1999 im Unterschied zu ÖsterreicherInnen nur jene MigrantInnen nach Erschöpfung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld, die in den letzten 10 Jahren vor Anmeldung des Anspruchs 8 Jahre arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt waren, bei Geltendmachung des Anspruchs auf Arbeitslosen- oder Karenzgeldes vor Vollendung des 25. Lebensjahres die Schulfplicht zumindest zur Hälfte im Bundesgebiet erfüllt oder beendet haben, als Antragssteller in Österreich geboren wurden oder vor Geltendmachung des Anspruches auf Arbeitslosen- oder Karenzgeld zumindest die halbe Lebenszeit in Österreich verbracht haben (Information im Internet: http://www.migrant.at/de5.htm).

2 In einer Auswertung des Mikrozensus 1997 konnte der Nachweis erbracht werden, dass 36% der ZuwanderInnen aus dem ehmaligen Jugoslawien und 27% aus der Türkei österreichweit in Wohnungen der Kategorie D leben, während dieser Anteil bei ÖsterreicherInnen vergleichsweise nur 3% beträgt (Mahidi / Vollmann 1999: 23).

3 Dieselbe Auswertung zeigt, dass ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien für Substandardwohnunen der Kategorie D knapp 52 ATS / m^2, ZuwanderInnen aus der Türkei etwas mehr als 55 ATS / m^2 zahlen mussten. ÖsterreicherInnen hingegen bezahlten für Wohnungen derselben Kategorie vergleichsweise nur knapp 40 ATS / m^2.

www.parlament.gv.at

neren Wohnungen[4] mit vergleichsweise deutlich mehr Personen[5] leben. Charakteristisch für ihre Wohnsituation ist auch, dass der überwiegender Anteil von ihnen in Wohnungen lebt, die vor 1918 erbaut wurden.[6]

Ihre spezifische Situation am Wohnungsmarkt ergibt sich aus einer Reihe unterschiedlicher Faktoren, die einander bestärken. ArbeitsmigrantInnen aus den oben genannten Ländern sind vorwiegend in jenen ökonomischen Branchen beschäftigt, deren Wettbewerbsfähigkeit durch billige Arbeit garantiert wird (Prskawetz 1997, Gächter 1998). Allein aufgrund ihrer ökonomischen Möglichkeiten stehen ihnen nur bestimmte Segmente des Wohnungsmarktes offen. Viele haben zudem die Perspektive, nur eine begrenzte Zeit im Aufnahmeland zu verbringen, Geld für die Rückkehr ins Heimatland zu sparen und daher nicht allzu viel für das Wohnen auszugeben. Erst wenn sich die Perspektiven verändern und die Entscheidung für einen längerfristigen Aufenthalt fällt, steigen die Wohnansprüche.

Dazu kommt, dass ZuwanderInnen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft aufgrund formalrechtlicher Zugangsbeschränkungen bestimmte Teile des Wohnungsmarktes verschlossen bleiben. In Wien etwa werden Gemeindewohnungen nur an Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft bzw. EU-Staatsbürgerschaft und an anerkannte Flüchtlinge vergeben. Dies bedeutet, dass ein Großteil der dort lebenden ZuwanderInnen von diesem Segment des Wohnungsmarktes ausgeschlossen bleiben. Dazu kommt, dass finanzielle Hürden den Zugang zu Wohnungen, die von gemeinnützigen Bauvereinigungen errichtet wurden, für ZuwanderInnen erschweren. Daher bleibt vielen nur das Segment des privaten Wohnungsmarktes offen. Dort entscheidet allerdings im Unterschied zum sozialen Wohnbau das Prinzip des freien Wettbewerbs über die Wohnkosten. Dies führt zu der paradoxen Situation, dass eine Gruppe, in der viele die Kriterien der sozialen Bedürftigkeit erfüllen, keinen Zugang zu jenen Wohnungen findet, für die dieser Bereich eigentlich konzipiert wurde. ZuwanderInnen sind daher im Unterschied zu ÖsterreicherInnen und diesen rechtlich gleich gestellten Personen am Wohnungsmarkt dem ökonomischen Spiel von Angebot und Nachfrage in besonderer Weise ausgesetzt, da der freie Markt für sie oftmals die einzige reale Chance bietet, zu einer Wohnung zu kommen. Bei der Wohnungssuche am freien Markt sind viele jedoch Diskriminierungen ausgesetzt. Ausschlaggebend dafür ist nicht so sehr die individuell fremdenfeindliche innere Haltung von WohnanbieterInnen als das Gefühl vieler von ihnen, dass MigrantInnen zur Entwertung von Wohnhausanlagen beitragen (Häußermann / Siebel 1996). Nicht selten nutzen auch Wohnungsspekulanten die schwierige soziale Situation und eventuelle Sprachschwierigkeiten und Unwissenheit von ZuwanderInnen aus, um Ihnen Wohnungen teurer zu vermieten oder zu verkaufen.

Dazu kommen die Bestimmungen des Fremdengesetzes, die – wie erwähnt – MigrantInnen bestimmte Wohnausstattungsrichtlinien vorschreiben, um ihnen eine Aufenthaltserlaubnis zu gewähren. Viele, die ihre Familienmitglieder nach-

4 Nach einer Auswertung des Mikrozensus 1993 lebten 39% der ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und 41% der MigrantInnen aus der Türkei in Wohnungen, die eine kleinere Nutzfläche als 35m² aufzuweisen hatten. Bei ÖsterreicherInnen lag der vergleichbare Anteil bei nur 8% (Troper 1994: 425).

5 Meindl konnte in seiner Diplomarbeit anhand des Mikrozensus 1993 den Nachweis erbringen, dass in mehr als einem Viertel der Wohnungen von türkischen ZuwanderInnen, die über eine Nutzfläche von unter 35m² verfügen, drei bis vier Personen leben. Bei ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien beträgt dieser Anteil 14%. Beinahe alle Wohnungen hingegen, in denen drei oder mehr ÖsterreicherInnen leben sind größer als 60m² (Meindl 1994: 51).

6 Anhand einer Spezialauswertung der Volkszählung 1991 konnte gezeigt werden, dass beinahe 64% der ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und 63% aus der Türkei in Wohnungen leben, die vor 1918 wurden. Im Vergleich dazu leben 21% der ÖsterreicherInnen in Wohnungen derselben Bauperiode.

www.parlament.gv.at

holen, werden dadurch gezwungen, in größere und teurere Wohnungen zu ziehen, um eine Verlängerung der Aufenthaltsbewilligung sichern zu können.

Über darüber hinausgehende die Wohnsituation von älteren MigrantInnen betreffende Fragen und Problemstellungen lassen sich nur Vermutungen aufstellen. Als Quelle dafür dienen andere in Österreich durchgeführte Studien bzw. Untersuchungen aus anderen Ländern.

10.3.2.2 Wohnzufriedenheit

Eine vom Institut für Höhere Studien (IHS) durchgeführte Studie über die Lebenssituation von ZuwanderInnen in Wien zeigt, dass sich MigrantInnen gegenüber ÖsterreicherInnen am stärksten auf dem Wohnungsmarkt und in Wohnungsfragen benachteiligt fühlen. Dies trifft vor allem für die 20-40-jährigen zu. Bei jenen MigrantInnen allerdings, die bis 1973 nach Österreich gekommen sind, insbesondere bei den über 56-jährigen, geht das Gefühl der Diskriminierung in der Wohnungsfrage wieder zurück, und diese Frage wird als weniger drängend empfunden. Dies lässt sich nach Ansicht der Studienautoren darauf zurückführen, dass jene schon länger in Österreich Lebenden am Wohnungsmarkt kaum mehr mobil sind (Zuser 1998: 31f.). Die Studie kommt weiters zu dem Schluss, dass zwischen dem Gefühl der Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt, der Wichtigkeit der Frage der Wohnungsnot und dem Wunsch nach Öffnung der Gemeindebauten in Wien ein enger Zusammenhang besteht.[7] Weiters zeigt sich, dass mit einem längeren Aufenthalt auch der Wunsch nach Öffnung der Gemeindebauten größer wird. Vor allem jene nun vorwiegend ältere MigrantInnen, die zwischen 1974 und 1988 nach Österreich kamen, befürworten zu einem hohen Anteil (ca. 85%) die Möglichkeit in Gemeindebauten wohnen zu können. An einer Öffnung der Gemeindebauten sind somit vor allem jene MigrantInnen interessiert, die längerfristig planen, in Österreich zu bleiben, sowie jene, die unter der schlechten Wohnsituation zu leiden haben. Beide Faktoren treffen für viele ältere ZuwanderInnen, hier wiederum jene aus der Türkei, zu (Zuser 1998: 43-45).

10.3.2.3 Wohnumfeld

In einer in Deutschland durchgeführten Studie wurde darauf hingewiesen, dass viele Zuwanderer gute Kontakte zu Familienangehörigen und Verwandten haben. Dies entlastet ältere MigrantInnen vom Anpassungsdruck, Stress, Diskriminierung und anderen negativen Erfahrungen im Aufnahmeland. Obwohl viele ältere MigrantInnen nicht in einem Haushalt mit ihren Kindern wohnen, besteht der Wunsch, in der Nähe anderer Verwandter und Bekannter zu wohnen. So zeigt sich bei ihnen wie bei einheimischen Alten eine relativ starke Ortsbindung. Diese Verbindung mit den örtlichen Gegebenheiten, der Nachbarschaft oder bestimmten Stadtteilen erleichtert die Orientierung in unmittelbaren und nahen Lebensbereichen. Ein Umzug in eine andere Umgebung hätte die Notwendigkeit einer völligen Neuorientierung zur Folge (Blaschke / Simoneit 1996: 14). Ein vertrautes und manchmal auch ethnisch geprägtes Wohnumfeld hingegen bietet älteren MigrantInnen sozialen Bezug und Hilfen für die Alltagsbewältigung (Bundesministerium für Familie 1998: 239). Zu bedenken ist auch, dass abnehmende Mobilität im Alter, geringes Einkommen, mangelnde Sprachkenntnisse und die zuvor erwähnten Vorurteile der Wohnungsanbieter eine Veränderung der Wohnsituation erschweren. Wohnverbesserungen sind demnach in der ersten Phase des Alters eher möglich, wenn es noch Bereitschaft und entsprechende Mobilität dazu gibt. Dietzel-Papakyriakou wies auch darauf hin, dass in bezug auf die Erhaltung der

7 Für 89% der Befragten, die angaben, die Diskriminierung im Wohnungsbereich stark zu spüren, hat die Öffnung der Gemeindebauten höchste Priorität. Selbst jene, die keine Diskriminierung in diesem Bereich wahrnahmen, sprachen sich zu 61% für den Zugang von ZuwanderInnen zu gemeindeeigenen Wohnungen aus.

www.parlament.gv.at

Selbstversorgungsfähigkeit die Anpassung der Wohnung an die gesundheitliche Situation erforderlich ist. Schlechte Wohnverhältnisse, wie etwa Wohungen ohne Bad und Zentralheizung sowie Gebäude ohne Fahrstuhl, werden zu zusätzlichen Belastungen, da sie den Alltag, die Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Aktivität erschweren (Dietzel-Papakyriakou 1993a: 50).

Für Deutschland konnte auch gezeigt werden, dass viele ältere MigrantInnen häufig in den Städten, oft auch noch in den gleichen Stadtteilen leben, in denen sie vor Jahrzehnten erstmals Arbeit fanden. Ein Großteil der ArbeitsmigrantInnen hat sich aufgrund des Arbeitskräftebedarfs während der Nachkriegsjahre vorwiegend in den städtischen Ballungsgebieten mit größeren Industrieansiedlungen niedergelassen. Die genannten Stadtteile sind dadurch charakterisiert, dass dort viele ZuwanderInnen leben und ein hoher Anteil von preiswerten Wohnungen vorhanden ist (Bundesministerium für Familie 1998: 230). In Österreich trifft dies für ältere MigrantInnen vermutlich ebenfalls zu, da sich der Großteil der ArbeitsmigrantInnen ebenfalls vorwiegend an städtischen Orten mit Industrieansiedlungen niedergelassen hat.

Im zweiten Deutschen Altenbericht wird für die Situation in Deutschland die Schlussfolgerung gezogen, dass für ältere MigrantInnen gewachsene Nachbarschaften erhalten werden sollten und wohnungspolitische Maßnahme zu entwickeln wären, die den Verbleib im vertrauten Wohnumfeld ermöglichen (Bundesministerium für Familie 1998: 239). Es lässt sich vermuten, dass man bei Vorliegen entsprechender Untersuchungen für Österreich zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen wird, da die Situation hier in Österreich mit jener in Deutschland diesbezüglich durchaus vergleichbar ist.

10.4 Altern in der Fremde – Die Frage nach der Rückkehr

10.4.1 Relevanz der Rückkehrabsichten in der Migrationsforschung

Die Frage nach der Rückkehr und auch die Diskussion über die „Ethnisierung des Alters", (d. h. die Betonung der ethnischen Identität bei älter werdenden MigrantInnen) sind zwei Themenbereiche, die in der Altersmigrationsforschung intensiv diskutiert worden sind (Dietzel-Papakyriakou 1993a: 91).

Das Interesse an den Rückkehrabsichten der Zugewanderten erklärt sich aus unterschiedlichen Gründen, die im folgenden kurz erwähnt werden. In den Jahren der großen Migrationswellen konnten Angaben der MigrantInnen über ihre Zukunftspläne dabei helfen, Prognosen in Hinblick auf eine Planung von notwendigen Diensten und Services zu erstellen. Bald wurde aber klar, dass es in vielen Fällen kaum Korrespondenz zwischen Rückkehrschancen und -absichten gab. Dieser *„Verbleib trotz Rückkehrorientierung"* (Dietzel-Papakyriakou 1993a: 37) ist nicht nur in deutschen (vgl. op. cit.) sondern auch in österreichischen Studien festgestellt worden (Lichtenberger 1984, Liegl 1998: 83f.). Die Rückkehrabsichten der MigrantInnen interessieren dennoch weiter, und zwar als Indikator für den Grad an Integration von ZuwanderInnen.

Aus der Perspektive der Altersforschung hingegen gewinnt der Wunsch nach Rückkehr eine andere Dimension. Ältere Menschen wünschen sich oft eine Rückkehr zum Ursprungsort (Dietzel-Papakyriakou 1993a: 39).

10.4.2 Leben im Aufnahmeland als Provisorium – Kein Randphänomen

Menschen, die aus ökonomischen oder politischen Gründen dazu gezwungen werden, ihre Heimat zu verlassen, tun dies oft mit der Absicht, wieder dorthin zurückzukehren, sobald ihnen das

möglich ist. Dieser Wunsch kann sich im Lauf der Zeit verstärken oder auch schwächer werden. Anhand der bereits zitierten Studien wird die Rückkehrorientierung der meisten MigrantInnen der „ersten Generation" – d. h. jener Zugewanderten, die sich einmal für eine Auswanderung entschieden und ihr Land verlassen haben, ersichtlich. Einigen von ihnen gelang es, nach einigen Jahren Aufenthalt in der Fremde in ihre Heimat zurück zu kehren. Dies ist etwa bei ArbeitsmigrantInnen aus Slowenien der Fall, die in Österreich in den 70er Jahren Arbeit fanden. Viele mussten dennoch im Aufnahmeland bleiben. Die Rückkehr erwies sich für sie als eine „Illusion"[8].

Die Rückkehrabsicht ist an sich kein Spezifikum der ersten Generation. Sie spielt oft eine ganz wichtige Rolle in der sogenannten „zweiten Generation", d. h. im Leben von Migrantenkindern, die einen bedeutsamen Teil ihrer Kindheit und ersten Jugend, wenn nicht ihr ganzes Leben, im Aufnahmeland verbracht haben. Die Studie„Leben in Wien" zeigt, dass die Gruppe der in Österreich Geborenen mit fremder Staatsangehörigkeit einige besondere Merkmale aufweist. Zwar geben nur 10% an, „sicher" zurückzukehren, insgesamt aber zeigt sich eine unsichere innere Haltung gegenüber einem Verbleib im Aufnahmeland (Hofinger / Waldrauch 1997: 139f.).

In anderen Fällen entwickeln Angehörige der zweiten Generation unterschiedliche Interessen und Zukunftspläne, was zu innenfamiliären Konflikten führen kann (eine Fallstudie über diese Problematik befindet sich in Pumares 1996: 148f.).

8 Bourdieu behauptet, dass die Migration – sowie sie von der Aufnahmegesellschaft als auch von den Zugewanderten selbst wahrgenommen wird – auf drei grundlegenden Illusionen beruht: Die Illusion, dass Zugewanderte im Aufnahmeland nur vorläufig sind und in ihre Heimat zurückkehren werden. Die Illusion, dass ihr Aufenthalt im Aufnahmeland durch ihre Arbeit gerechtfertigt wird. Und schließlich die Illusion, dass diese Präsenz politisch neutral ist, da diese eben nur den Arbeitsmarkt betreffe (vgl. Bourdieu in: Sayad 1991: 18).

Eine komplexe Vielfalt von Faktoren erklärt, warum sich MigrantInnen trotz ihres Wunsches nach einer Rückkehr in ihre Heimat schließlich für einen Verbleib im Aufnahmeland entscheiden. Prinzipiell lassen sich Unterscheidungen zwischen äußeren und inneren Faktoren treffen. Erstere umfassen die gesamte soziopolitische Sachlage im Herkunfts- und Aufnahmeland, die ökonomische Situation der Zugewanderten, das Vorhandensein eines sozialen Netzes, auf das sich ältere Personen verlassen können etc. Zweitere betreffen die subjektiven Wahrnehmungen von MigrantInnen (Werte, Vorstellungen, Erwartungen insbesondere an die eigenen Familie sowie die Einschätzung der eigenen Situation). Allerdings besteht ein enger Zusammenhang zwischen beiden Gruppen von Faktoren. Beim Dilemma Verbleib oder Rückkehr spielt zudem das Alter eine wichtige Rolle: Ältere ZuwanderInnen haben eher die Absicht, in die Heimat zurückzukehren als jüngere (Hofinger / Waldrauch 1997: 144f.).

10.4.3 Gründe für den Verbleib im Aufnahmeland

Diverse Studien (Dietzel-Papakyriakou 1993a: 24, Özakin 1993: 37-55, Dietzel-Papakyriakou / Olbermann 1996) nennen folgende Gründe, die sie als ausschlaggebend für einen Verbleib von älteren MigrantInnen im Aufnahmeland erachten:

10.4.3.1 Ökonomische Faktoren

Die Unmöglichkeit, während der Arbeitsjahre im Aufnahmeland genug zu ersparen, um den eigenen Lebensabend in der Heimat gemäß den ursprünglichen Plänen zu garantieren, erklärt, dass viele MigrantInnen trotz ihrer Angst- und Unsicherheitsgefühle im Aufnahmeland bleiben (Perrone 1995: 259). Dietzel-Papakyriakou stellt für Deutschland fest, dass bei vielen MigrantInnen die Auswanderung keine individuelle Entscheidung war. Vielmehr entstand sie als gesellschaftlicher Auftrag zugunsten der gesamten Familie. Diese Tatsache ist auch in anderen Studien – wie etwa bei

www.parlament.gv.at

einer Untersuchung über MigrantInnen in Wien mit berücksichtigt worden (Liegl 1998: 84). Sie erklärt, warum auch manchmal Schuldgefühle entstehen konnten, wenn die ursprünglichen Ziele nicht erreicht wurden. Dieses Gefühl von Unvermögen – wenn nicht von Versagen – hilft zu verstehen, dass insbesondere jene MigrantInnen, die bereits das Pensionsalter erreicht haben, ihre Rückkehr nicht als aufgehoben, sondern als aufgeschoben sehen (Liegl 1998: 85). Ein jahrelang regelmäßiges Pendeln zwischen der Heimat und dem Aufnahmeland kann somit als ein Versuch gedeutet werden, die Preisgabe der eigenen Migrationsziele nicht zur Kenntnis zu nehmen, bzw. erträglich zu machen (Dietzel-Papakyriakou 1993a: 38-40). Im Rahmen einer in Österreich durchgeführten Studie über Familien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei[9] sind auch Fälle festgestellt worden, in denen einige Erkenntnisse von Dietzel-Papakyriau zutreffen. Konkret geht es um die Bewertung der Rückkehr als sozialer Erfolg und Zeichen für Verantwortlichkeit sowie um eine „Pendlermentalität" (das Leben zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland als dauerhaftes Provisorium, dank dessen die Zukunft offen bleibt; dies wird aufgrund der immer billiger werdenden Reisekosten möglich; Fernández de la Hoz / Pflegerl 1999).[10]

10.4.3.2 Familie und soziales Netz

Die Familiensituation erweist sich bei der Frage nach der Rückkehr ebenfalls als bedeutsam. Ältere Menschen, deren Kinder sich im Aufnahmeland eine Existenz aufgebaut haben und darüber hinaus in der Fremde über ein soziales Netz von Beziehungen und Kontakten verfügen, das in der Heimat allmählich schwächer wird, bleiben oft bei ihren Angehörigen, meistens den eigenen Kindern. Im Laufe der Jahre kommt es somit zu einer Verschiebung der familiären Verpflichtungen und Interessen. Die älteren MigrantInnen können andere Verpflichtungen – wie etwa die Betreuung der eigenen Kinder – eingehen und dabei Unterstützung durch die eigenen Kinder erwarten. Diese Erwartungen werden aber in vielen Fällen nicht erfüllt, denn nicht immer können ältere MigrantInnen in der Nähe ihrer Angehörigen leben (siehe auch Kapitel 10.4).

10.4.3.3 Gesundheitliche Probleme

Neben ökonomischen Faktoren und familiären Gründen können auch gesundheitliche Probleme zum Verbleib im Aufnahmeland bzw. zum Pendeln motivieren. Menschen, die jahrelang in Österreich gearbeitet haben, erwarben hier einen Anspruch auf soziale Leistungen. Mit zunehmendem Alter gewinnt zudem die Frage nach der gesundheitlichen Versorgung immer mehr an Relevanz. Dabei muss mit berücksichtigt werden, dass aufgrund ihrer Arbeitsbiografien MigrantInnen im fortgeschrittenen Alter eine durchschnittlich schlechtere Gesundheit haben als Einheimische. Deutsche Studie zeigen, dass die Gesundheit älterer MigrantInnen infolge ihrer spezifischen Rolle am Arbeitsmarkt – durchschnittlich mehr beeinträchtigt ist, als die Gesundheit der Deutschen (Naegele et al. 1997). Ähnliches kann für Österreich vermutet werden. Gesundheitsstudien zeigen, dass Arbeitsunfälle bei ArbeitsmigrantInnen häufiger sind als bei österreichischen ArbeiterInnen (Csitkovics et al. 1997). Körperliche Schwerarbeit, die oftmals im Schicht- und Akkordbebetrieb durchgeführt wird, führt zu Verschleißerscheinungen und als Folge zu Erkrankungen insbesondere im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates sowie des Herz-Kreislaufsystems. So konnte auch in einer Ende 1997 veröffentlichten

9 Die Studie „Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Österreich" wurde vom ÖIF im Rahmen des vom Bundesministeriums initiierten Schwerpunktes „Fremdenfeindlichkeit. Erklärung – Gegenstrategien" durchgeführt.

10 Aufgrund der heuristischen Methode dieser qualtitativen Studie dürfen aber diese erwähnten Merkmale, die bei bestimmten Familien deutlich erschienen, keineswegs auf alle anderen aus demselben Land extrapoliert werden (vgl. Fernández de la Hoz / Pflegerl 1999).

Studie über die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien nachgewiesen werden, dass jene MigrantInnen, die durch schwere körperliche Arbeit sehr stark belastet sind, häufiger an physischen Beschwerden leiden als jene, die keine harten körperlichen Arbeiten verrichten müssen (Csitkovics et al. 1997: 25).

10.4.3.4 Negative Wahrnehmung der Situation im Heimatsland

Wie ältere MigrantInnen die Situation in ihrer Heimat einschätzen, beeinflusst auch ihre Zukunftspläne und kann sie auch zu einem Verbleib zwingen oder motivieren. Länger andauernde ökonomische und daher die Existenzsicherung von Familien gefährdende Krisen erschweren jede mögliche Rückkehr in die Heimat (Naegele et al. 1997, Liegl 1998: 104). Dies trifft in Österreich heute etwa auf Flüchtlingsfamilien zu. Aufgrund der nach wie vor instabilen Situation im ehemaligen Jugoslawien ist es unmöglich für sie, in ihre Heimatorte zurückzukehren. Es ist anzunehmen, dass Schwierigkeiten dieser Art mit zunehmendem Alter noch unüberwindbarer werden.

Deutsche Untersuchungen zeigen zudem, dass es mit zunehmender Dauer des Aufenthalts in einem anderen Land zur Entfremdung gegenüber dem eigenen Land kommen kann. So fasst Özakim einige Untersuchungen über türkische Familien zusammen, anhand derer gegenseitige Entfremdungsprozesse zwischen älteren Zugewanderten und ihrem sozialen Umfeld im Herkunftsland sichtbar werden. So zeigt sich, dass eigene Landsleute diese als Fremde („Deutschländer") wahrnehmen. Manchmal haben die Ausgewanderten im Lauf der Jahre ihr Herkunftsland idealisiert und das früher vertraute Bild der Vergangenheit festgehalten. Dieses entspricht jedoch oft nicht mehr der in der Zwischenzeit veränderten Situation in der Heimat (Özakin 1993: 42).

Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass in Deutschland die zugewanderte Bevölkerung hinsichtlich ihrer Herkunft viel heterogener als in Österreich ist. Alte MigrantInnen aus EU-Ländern (Spanien, Italien Griechenland) geben viel häufiger an, sich mit Deutschland zu identifizieren als andere Gruppen, insbesondere Zugewanderte aus der Türkei. In Österreich fehlen bis dato differenzierte Kenntnisse über den Grad an Identifizierung / Entfremdung von älteren MigrantInnen mit ihrem Aufnahmeland. Dabei wäre es wichtig, nicht nur die Variable Herkunftsland, sondern auch andere Faktoren mit zu berücksichtigen, die in bereits durchgeführten Studien als bedeutsam erachtet wurden. Zu diesen zählen etwa das Geschlecht, das Alter zum Zeitpunkt der Migration, die sozialen Merkmale des Herkunftsortes, die Bildung, das Vorhandensein einer Migrationstradition, die Arbeitsbiografie und das Wohnen.

Sich von der eigenen Heimat zu entfremden, bedeutet andererseits nicht unbedingt, sich mehr mit dem Aufnahmeland zu identifizieren. In dem Maße, wie stabile Migrantengemeinden entstehen, bedeuten diese insbesondere für ältere MigrantInnen eine „neue Heimat in der Fremde", d. h. sie sind ein neuer Raum, in dem ein ähnliches Leben wie im Herkunftsort geführt wird, ohne deshalb dort zu sein. Diese Anmerkung führt zur Frage nach der Entstehung von stabilen „Migrationsgemeinden" und von „Diasporagemeinschaften" in Österreich. Sie wirft auch die Frage nach der sogenannten „Ethnisierung des Alters" auf (d. h. ob und unter welchen Umständen ältere MigrantInnen dazu neigen, ihre Traditionen und Bräuche nachdrücklicher zu betonen als in anderen Lebensphasen). Diese können als Zuflucht vor einer sozialen Isolation nach ihrem Rückzug aus dem Arbeitsmarkt wirken (Dietzel-Papakyriakou 1993a, 1993b). Diese kulturellen Entwicklungen im Leben älterer MigrantInnen in Österreich sind noch nicht untersucht worden. In dieser Frage wäre es äußerst wichtig, der Variable Geschlecht eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Dafür spricht u. a. die Bedeutung der Arbeitsbiografien in der Migration.

10.4.4 Das Migrationsprojekt

In mehreren Untersuchungen, die in unterschiedlichen EU-Ländern durchgeführt wurden, zeigte sich, dass das ursprünglich gefasste „Migrationsprojekt" – d. h. der Lebensentwurf und die Ziele, die sich Zugewanderte zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung für die Migration vorgenommen hatten, sowie die Formen des Familiennachzugs im Aufnahmeland – als ein relativ offenes Vorhaben geplant waren (Dietzel-Papakyriakou 1993a, Zanfrini 1998: 50, Pumares 1996: 95, Fernández de la Hoz / Pflegerl 1999). Es modifiziert sich je nach den konkreten Chancen, die Zugewanderte und ihre Kinder in Österreich und in ihrer Heimat wahrnehmen können. Diese Änderungen werden aber nicht immer bewusst zur Kenntnis genommen. In vielen Fällen helfen der „Rückkehrmythos" (Zanfrini 1998: 47 bzw. 51) oder ein systematisches Pendeln dazu, einen nicht gewünschten Lebensabend erträglich zu gestalten.

Manche Familien teilen dasselbe Migrationsprojekt, andere aber nicht. Wie bereits oben erwähnt, kann es zu Interessenskonflikten zwischen Generationen kommen. Studien aus Ländern, in denen es eine spezifische Nachfrage nach ZuwanderInnen gibt, zeigen, dass auch Frauen auswandern und selbst ihre Familie nachholen. Diese Frauen haben „ihr eigenes Migrationsprojekt", d. h. sie machen sich nicht unbedingt das Projekt ihrer (Ehe-)Männer zu eigen (Pumares 1996: 74). Dieser Tatbestand spricht für die Sinnhaftigkeit, Frauen- und Männerbiografien genauer zu betrachten.

Der Begriff „Migrationsprojekt" erweist sich somit als nützlich, insofern durch ihn auf wesentliche Dimensionen des Phänomens Migration hingewiesen wird: Er macht deutlich, dass Migrationsvorgänge sowohl einen historischen, einen prozessualen als auch einen globalen Charakter haben. Sie erfolgen nicht linear und können unterschiedliche Verläufe haben (Zanfrini 1998: 41, s. auch Sayad 1991). Bei älteren MigrantInnen erscheint die gesamte Bilanz ihres Bestrebens als äußerst relevant. Allerdings sind die Kenntnisse über ihre Situation in Österreich, insbesondere über ihre subjektiven Wahrnehmungen, sehr begrenzt und wenig differenziert.

Ein weiterer bedeutsamer Punkt im Leben älterer MigrantInnen, den es zu vertiefen gilt, ist die Bedeutung des Todes in der Fremde. Menschen, die es nicht vermögen, noch im Leben zum Herkunftsort zurückzukehren, können den Wunsch hegen, zumindest dort begraben zu werden, selbst wenn dies hohe Kosten für ihre Familie bedeutet.

ÖsterreicherInnen, die im Gesundheitswesen tätig sind, erzählen wiederholt von Schwierigkeiten in Spitälern, die sich bei Todesfällen von ZuwanderInnen ergeben, in deren sozialem Umfeld die letzte Lebenszäsur deutlich anders gedeutet, erlebt und gefeiert wird als es den Gewohnheiten vieler ÖsterreicherInnen entspricht. Diese Konflikte lassen sich nicht allein durch den guten Willen der Beteiligten lösen. Vielmehr zeigen sie, wie wichtig es in Hinkunft sein wird, neue Organisationsformen zu finden, die auch den Bedürfnissen von Menschen Rechnung tragen, die Trauerprozesse und -rituale anders gestalten, als es in Österreich üblich ist. Bei vielen Menschen gewinnt die Religion im Angesicht des Todes an Bedeutung, wobei mögliche Unterschiede der Riten und Bräuche mit zu berücksichtigen sind. Wird die zentrale Bedeutung der Rückkehr bei Migrationsprojekten von ZugewanderInnen ins Auge gefasst, so wird ersichtlich, inwieweit es für viele von ihnen bedeutsam ist, mit dem Tod seitens der Einrichtungen der Aufnahmegesellschaft sorgsam umzugehen (Fernández de la Hoz / Pflegerl 1999).

10.5. Bedeutung der Familie. Ressourcen und Probleme

10.5.1 Solidaritätsformen und Konfliktpotential

Wie Migrationserfahrungen die Beziehungsdynamik zwischen Generationen beeinflussen, ist

noch nicht differenziert erforscht worden. Der Integrationsprozess einer Familie – d. h. der meist für einige Jahre geplante Aufbau einer neuen Existenz im Aufnahmeland – hängt im wesentlichen von der eigenen Biografie der Betroffenen sowie von den Rahmenbedingungen und den Erfahrungen ab, die diese in ihrem neuen sozialen Umfeld erleben. Dazu kommt der Grad an Kontakt zum Herkunftsland. In bezug auf die Generationenbeziehung wurde festgestellt, dass für Migrantenkinder die Verbindung zu den Großeltern und anderen älteren Menschen in der Familie bedeutsam ist. Je nach den konkreten Umständen können sich aber sehr unterschiedliche Formen von Beziehung zwischen Migrantenkindern und ihren Großeltern bzw. anderen älteren Mitglieder ihrer Familie entwickeln. Ähnliches gilt für andere Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Familienleben. Daher warnte Dietzel-Papakyriakou vor pauschalen Ansätzen, wie etwa vor dem „doppelten Defizit" älterer Zugewanderte – d. h. ihre Diskriminierung als alt und Migrant – oder vor dem Mythos des „respektierten Alters" (Dietzel-Papakyriakou 1993c: 96, 101, 103).

In ihrer Zusammenfassung der in Italien bis jetzt durchgeführten Studien über Migrantenfamilien warnt Zanfrani ebenfalls vor frühzeitigen und pauschalen Gegenüberstellungen zwischen „nuklearen" und „patriarchalen" familiären Modellen. Erstere würden dem Aufnahmeland, zweitere den Herkunftsländern zugeschrieben. Solche Gegenüberstellungen sind nicht nur ungenau, sie fördern auch die Deutung von Migrationsprozessen als „traumatisch", was in vielen Fällen nicht zutrifft. Auch die Suche nach der Modernität ist Bestandteil vieler Migrationsprojekte. Diese Autorin fasst aber die Rolle der Familien wie folgt zusammen:

„Dennoch bleibt die Familie als ein Mikrokosmos, in dem der Wandel, die Zusammenfügung zwischen „Altem" und „Neuem", die Konflikte zwischen Tradition und Modernität, aber auch die Kräfte, die durch das Zusammentreffen dieser zwei Dimensionen in Gang gesetzt werden, vornehmlich sichtbar sind." (Zanfrini 1998: 61, 63)

Dies wird um so stärker erlebt, je geringer der Grad an Individualisierung und je höher das Zugehörigkeitsgefühl und die familiäre Orientierung einer Gruppe ist.

Wird von idealisierten Auffassungen der Rolle von älteren Menschen in der Familie abgesehen, so zeigt sich, dass diese Respekt und Autorität genießen, wenn sie über immaterielle und auch über materielle Ressourcen verfügen. Dies wurde schon vor einigen Jahren in unterschiedlichen Studien belegt und scheint Teil des „Tauschsystems" (Bourdieu) jeder Gesellschaft zu sein (vgl. zitierte Werke in: Dietzel-Papakyriakou 1993c: 103). Migrationsprozesse können aber so viele Änderungen in den materiellen Rahmenbedingungen der Familien verursachen, dass die ältere Generation auf Dauer um die Grundlagen ihres Beitrages innerhalb des oben erwähnten „Tauschsystems" kommt. Dies kann etwa der Fall sein, wenn Familien aus ländlichen Gebieten den Kontakt mit der Heimat verlieren und definitiv im Aufnahmeland bleiben. Aus diesem Grund gehen Migrationsprozesse oft mit einer neuen Definition von Verpflichtungen und Leistungen zwischen Generationen einher, was auch die emotionelle und normative Kohäsion der Gruppe fördert:

„Je mehr die Generationen in ihrem Alltag aufeinander angewiesen sind, desto stärker wird der Transfer an ethnischer Kultur an die dritte Generation ausfallen. Diese Leistungen fördern die Familienintegration und die emotionale und kulturelle Nähe der Migrantengenerationen" (Dietzel-Papakyriakou 1993b: 191)

Die Familie erweist sich als die wichtigste Säule der Altenbetreuung. Dies wird durch neue empirische Untersuchungen bestätigt. Matuschek u. a. etwa stellen die Bedeutung der intergenerativen Solidarität *für „die materielle, physische und soziokulturelle Existenz der Familie und Verwandt-*

schaft" bei MigrantInnen in Österreich fest. Aus dieser intergenerativen Solidarität werden bei Eintritt von Krankheit – wie etwa Demenz – Regeln abgeleitet werden (Matuschek et al. 1998: 29).

Vieles weist darauf hin, dass in Hinkunft innerfamiliäre Konflikte zwischen Generationen aufgrund der Pflegebedürftigkeit älterer Familienangehörigen zunehmen wird: Es ist damit zu rechnen, dass in absehbarer Zeit immer mehr Migrantenfamilien auf professionelle Hilfe bei der Betreuung ihrer älteren Mitglieder angewiesen sein werden. Die dafür notwendigen Einrichtungen im Aufnahmeland sind dafür noch nicht geeignet (Reinprecht et al. 1998). Eine Vernetzung zwischen Migrationsarbeit und Altenbetreuung scheint in diesem Zusammenhang zweckmäßig, wobei auf die Erfahrung von ExpertInnen aus Bereichen, in denen mit Migrantenfamilien schon länger gearbeitet wird, zurückgegriffen werden könnte.

Nicht allen Zugewanderten, die auf der Suche nach Arbeit allein kamen und auf einen Familiennachzug bzw. auf die Gründung einer neuen Familie im Aufnahmeland verzichteten, gelang nach Erreichen des Pensionsalters eine Rückkehr in die Heimat (vgl. Kapitel 10.1). Die Zahl der alleinstehenden MigrantInnen hängt hauptsächlich mit den in den 60er und 70er Jahren stattgefundenen Formen der Migration zusammen. Dies wird in der regionalen Bevölkerungsverteilung Deutschlands deutlich. So sind alleinstehende ältere MigrantInnen etwa in Süddeutschland überrepräsentiert (Dietzel-Papakyriakou 1993b: 106). Selbst wenn sie zahlmäßig insgesamt keine große Gruppe bilden, ist es wichtig, diesen MigrantInnen aufgrund ihrer spezifischen Situation besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Bei ihnen ist das Risiko einer Vereinsamung und gegebenfalls einer mangelhaften Betreuung immer höher als bei den übrigen älteren ZuwanderInnen.

Wie in Kapitel 10.1 bereits gezeigt, ist die Zahl älterer ZuwanderInnen in Österreich noch immer gering. Trotzdem ist bei MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei der Anteil der Männer im Pensionsalter höher (d. h. aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei) als im österreichischen Durchschnitt, wobei ein Teil von ihnen ledig ist. Zudem gibt es Hinweise auf die Präsenz von älteren Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die auf der Suche nach Arbeit allein nach Österreich kamen und heute geschieden oder ledig sind.

Bei diesen älteren MigrantInnen ist das Risiko einer sozialen Isolierung besonders hoch, zumal die meisten Älteren tatsächlich mehr Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache haben als jüngere ZuwanderInnen (Hofinger / Waldrauch 1997: 178).

10.5.2 Pflege von Kranken

Gesundheitsstörungen nehmen mit dem Alter zu. So sind Krankheiten bzw. Pflegebedürftigkeit älterer Menschen – darunter auch MigrantInnen – Situationen, in denen der Zusammenhalt und die Solidarität der familiären Gruppe und der dem Kranken nahe stehenden Menschen besonders gefragt sind.

In einer exemplarischen Studie über Zuwandererfamilien in Wien wurden ihre Einstellungen zur Krankheit und zum österreichischen Gesundheitswesen untersucht (Fernández de la Hoz / Pflegerl 1999). Aus Gesprächen mit Migrantenfamilien ging hervor, dass Spitälern ein hoher Stellenwert zugemessen wird, da eine Untersuchung im Krankenhaus oftmals die Garantie für eine gute Behandlung darstellt. Der im Vergleich zu den Herkunftsländern höhere Standard des Wiener Gesundheitssystems spielt für manche sogar bei der Entscheidung für die Migration eine bedeutsame Rolle.

Andere Familien wiederum akzeptieren einen Aufenthalt im Spital nur dann, wenn dieser unbedingt notwendig ist. In diesen Fällen gilt es, pflegebedürftige Verwandten so intensiv wie möglich zu begleiten. Besuche sind deshalb von zentraler Bedeutung. Nicht selten steht dahinter die Auffassung, dass es Aufgabe der Familie ist, sich um die

Pflege von Angehörigen zu kümmern. Dies ist oft mit der normativen Vorstellung verbunden, dass Angehörige zu Hause gepflegt werden müssen.

Bei Familien aber, die in kleinen Substandardwohnungen leben, bedeutet die geforderte Pflicht zur Pflege eines schwer kranken Verwandten bzw. eines Behinderten eine zusätzliche Belastung. Die Einweisung eines Kranken in ein Spital kann daher zu einer Entlastung werden, auch wenn Schuldgefühle bleiben, der geforderten Pflicht zur Pflege nicht gerecht geworden zu sein.

Einige Krankenschwestern beobachteten andererseits, dass Spitäler von manchen MigrantInnen – insbesondere Frauen und ältere Menschen – nicht nur im Krankheitsfall aufgesucht werden, sondern offensichtlich auch in Fällen, in denen es familiäre Schwierigkeiten gab, um diesen zu entkommen. Dem Spital kommt dabei eine über seinen eigentlichen Zweck hinausgehende Bedeutung zu, dem es nur zum Teil gerecht werden kann.

Aus den durchgeführten Gesprächen ergab sich die Frage, warum und unter welchen Umständen die Überweisung eines Verwandten in ein Spital bzw. in ein Pflegeheim als unerwünscht, ja sogar als Schande aufgefasst werden kann. Als Arbeitshypothese wurde die folgende Vermutung aufgestellt: Dort, wo die Für- und Vorsorge der Mitglieder einer Gesellschaft lange Zeit hindurch hauptsächlich oder gar ausschließlich innerhalb von Familien garantiert wurde, sind diese Verhaltensmuster tief verinnerlicht worden. Diese ändern sich tendenziell langsamer als die äußeren materiellen Rahmenbedingungen. In einem neuen sozialen Kontext, in dem öffentliche Dienste für die Bewohner eines Landes eine Selbstverständlichkeit sind, können neu angekommene MigrantInnen in Konflikt mit dieser sozialen Organisation geraten. Öffentliche Dienste werden von ihnen als Zusatz, nicht aber als Ersatz ihrer verinnerlichten Verantwortungen akzeptiert (vgl. auch: Kap. 9.3.2).

Selbstverständlich stehen nicht alle MigrantInnen in diesem Konflikt und jene, die solchen Situationen ausgesetzt sind, erleben diese nicht im selben Ausmaß. Konkrete Verhaltensweisen lassen sich aber ohne Hinweis auf Mentalitätsunterschiede – in diesem Falle mit unterschiedlichen Einstellungen zu familiären Verbindungen sowie zum Staat – nicht befriedigend erklären.

10.5.3 Soziale Beziehungsnetze – Die Frage nach der „Ethnisierung im Alter"

MigrantInnen können nicht nur auf die Unterstützung von Verwandten sondern auch auf die von Bekannten und Leuten aus dem eigenen Land bauen. Ergebnisse aus Deutschland zeigen, dass sich ältere Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei – im Unterschied zu spanischen bzw. griechischen MigrantInnen – praktisch ausschließlich auf innerethnische Beziehungen orientieren (Dietzel-Papakyriakou / Olbermann 1996). Der Herkunftsort ist auch von Bedeutung. Familien aus ländlichen Gebieten passen sich weniger an die deutsche Gesellschaft an als Familien aus Städten. Im Falle Österreichs bleibt diese Gleichstellung zwischen ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei zu prüfen. In diesem Zusammenhang wäre es notwendig, genauer zu analysieren, welche anderen Faktoren neben der Staatsangehörigkeit und dem jeweiligen Herkunftsort die grundsätzliche Orientierung an innerethnische Verbindungen bestärken.

In einer qualitativen Studie über Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Österreich sind deutliche Hinweise für diese Verbindungen und deren Bedeutung gefunden worden.[11] Dabei zeigte sich, dass Migrationsgemeinden unterschiedlich entstehen. So suchen manche die physische Nähe von Verwandten und Nachbarn, d. h. eine Wohnungen im selben Haus oder in derselben Straße oder Nachbarschaft. Dies ist aber nicht unbedingt erforderlich, wenn zuverlässige Verkehrsverbindungen bestehen. In manchen Fällen bleiben die Nachbarschaftsverbindun-

11 Siehe Fußnote 9.

www.parlament.gv.at

gen selbst dann aufrecht, wenn die Leute an anderen Orten, ja sogar in anderen Ländern leben. Diese Verbindungen werden durch Besuche und periodische Kontakte, die manchmal auch während der Urlaubszeit stattfinden, bestärkt. In der Analyse der Interviews mit Migrantenfamilien zeigte sich, dass in Österreich bereits Diasporagemeinschaften existieren, d. h. Gemeinden von MigrantInnen, deren Mitglieder nicht im selben Wohnort leben, aber im regelmäßigen Kontakt stehen und untereinander Dienste und Leistungen austauschen.

Aus der Analyse dieser Gespräche lassen sich einige Faktoren ableiten, die die Relevanz dieser sozialen Netzwerke erklären. Zwischen Landsleuten sind die Voraussetzungen für ein gegenseitiges Verstehen da. So ist die Sprache ausschlaggebend, damit Vertrauen und Zuverlässigkeit entstehen kann. Personen, die dieselbe Sprache beherrschen, können etwa auch zwischen den Zeilen lesen und somit Nuancen der gemeinsamen Symbole und der Körpersprache deuten. Ein weiterer Erklärungsansatz für die Bedeutung von Bekannten und Landsleuten ergibt sich aus der meist in Österreich nach wie vor überschaubaren Größe einer Migrationsgemeinde: Innerhalb dieser Gemeinschaft ist es relativ leicht, Informationen über jemanden zu bekommen. Die soziale Kontrolle trägt zu einer zuverlässigen Kommunikation bei. Dazu kommt der besondere Stellenwert, den Nachbarn und Bekannte für Migrantenfamilien aus ländlichen Regionen haben. Dort sind die Beziehungen zu Nachbarn klar definiert und beruhen auf Gegenseitigkeit. Zu diesen Faktoren kommen die als solche wahrgenommenen Mentalitätsunterschiede zwischen Zugewanderten und Aufnahmegesellschaft hinzu. So Dietzel-Papakyrious Ansatz: *„Je größer die Divergenzen und Unvereinbarkeiten des ethnischen Normen- und Wertesystems mit der Aufnahmegesellschaft sind, desto polarisierter die Abgrenzungen"* (Dietzel-Papakyriakou 1993c: 96). Die Wahrnehmung dieser Unterschiede wird allerdings durch ungünstige Rahmenbedingungen gefördert, die zu einer Segregation von MigrantInnen führen. Zu diesen zählt eindeutig die Wohnsituation (s. Kapitel 10.2.2), wenngleich auch eine unerwünschte Nähe zwischen bestimmten MigrantInnen und anderen Bevölkerungsgruppen zu gegenseitigen Entfremdungen führen kann, was für die Tragweite anderer für MigrantInnen negativen Rahmenbedingungen – nicht nur für das Wohnen – spricht (Bourdieu et al. 1993: 19-34).

Die räumliche Konzentration von Nachbarn und Landsleuten beschleunigt die Entwicklung von Migrationsgemeinden. Diese bieten besonders älteren MigrantInnen soziale Ressourcen an. Mit zunehmendem Alter wird ihre Mobilität geringer, wobei das unmittelbare soziale Umfeld ausschlaggebend wird. Der Eintritt ins Pensionsalter kommt auch für viele ArbeitsmigrantInnen einer Reduktion ihrer sozialen Kontakten mit Bekannten – insbesondere mit Einheimischen – gleich. In einem deutlich definierten städtischen Raum können auch dörfliche Traditionen wieder belebt werden, die im Leben älterer MigrantInnen besonders relevant sind. Sie bieten ihnen eine psychische Kompensation und tragen zum Erhalt der eigenen Identität bei. Im Kontext dieser „Mikrowelten" zeigt sich anhand der bereits zitierten Studien über ältere Menschen in Deutschland die Bedeutung der Religion im Leben älterer MigrantInnen. Sie bietet jenen, die mit Verlusterfahrungen – wie etwa mit der Unmöglichkeit zum Geburtsort zurück zu kehren oder mit Gesundheitsproblemen – und mit dem Tod konfrontiert sind, Zuflucht und Sicherheit. Darüber hinaus verfügen oft religiöse Gemeinden über soziale Dienste für ältere Menschen.

All diese Ergebnisse aus einem Land, in dem sowohl die Zahl der MigrantInnen sowie die Gruppe der älteren Menschen viel größer und differenzierter ist als in Österreich, sollten bei weiteren Studien über ältere MigrantInnen hierzulande mit berücksichtigt werden. Bestehende Ergebnisse aus anderen Ländern können nicht so ohne weiteres auf ein anderes Land übertragen werden und haben auch nicht für alle älteren MigrantInnen dieselbe Gültigkeit. Bezüglich der Situation älterer Migrant-

Innen in Österreich bleiben aber folgende bedeutsame Fragen offen:

- Unter welchen Umständen und bei welchen Bevölkerungsgruppen entstehen Migrantengemeinden?
- Welche Stabilität besitzen diese?
- Welche Einflussnahme bzw. Koordination zwischen von Migranten entwickelten eigenen – auch informellen – Organisationsformen und staatlichen sozialen Diensten wäre hinsichtlich einer effektiven Altenbetreuung und in Hinblick auf eine Integration wünschenswert?

10.6. Die Präsenz von älteren MigrantInnen in österreichischen Betreuungseinrichtungen – Chancen und Probleme

In Hinblick auf eine künftige Zunahme der Zahl älterer MigrantInnen ist von einem höheren Bedarf an öffentlichen Pflegeeinrichtungen und Pflegeleistungen auszugehen. Die Pilotstudie „Betreuung von MigrantInnen in Wien" hat zwar keinen repräsentativen Charakter, weist aber auf einige künftige Entwicklungen hin. Die Nachfrage nach Betreuung von älteren MigrantInnen ist laut dieser Studie in den meisten Einrichtungen entweder stabil geblieben oder hat zugenommen. Für Deutschland ist bereits festgestellt worden, dass unter älteren MigrantInnen Männer überwiegen (Naegele et al. 1997).Viele dieser Männer im Alter zwischen dem 55. und dem 65. Lebensjahr leben allein, da sie ledig geblieben sind, oder noch immer getrennt von ihrer Familie bleiben. Typische demografische Phänomene in den Industrieländern, wie etwa die „Feminisierung" des Alters, treffen somit bei MigrantInnen in Deutschland und wahrscheinlich auch in Österreich nicht zu. Letzeres bleibt aber zu überprüfen.

Eine Analyse der Betreuten nach Herkunftsländern korrespondiert mit der Gesamtstruktur der Migrantenbevölkerung in Österreich. So bilden KlientInnen aus Gebieten des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei die Mehrheit, wobei die Präsenz von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien unübersehbar ist.

Die meisten älteren KlientInnen kamen entweder durch Vermittlung von SozialarbeiterInnen, Beratungszentren oder durch Mundpropaganda zu den Wiener Einrichtungen. Dies lässt sich möglicherweise – aber nicht zwingend – auf eine soziale Isolierung der Zugewanderten von der österreichischen Gesellschaft zurückführen.

Die Probleme, mit denen ältere MigrantInnen konfrontiert sind, unterscheiden sich deutlich von jenen der ÖsterreicherInnen derselben Altersgruppe. Die gravierendsten Schwierigkeiten, mit denen die Zugewanderten kämpfen, sind vor allem Beeinträchtigungen der Gesundheit bzw. Krankheiten sowie Wohnungsprobleme. Darauf folgt das Bedürfnis nach verstärkter sozialrechtlicher Beratung. Weiters genannt wurden Arbeitslosigkeit und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Pension. Im Gegensatz dazu scheinen ältere MigrantInnen kaum an Einsamkeit, Isolation, Ehekonflikten bzw. Konflikten mit der Familie oder mit der Nachbarschaft zu leiden.

Werden die BetreuerInnen nach ihren eigenen Schwierigkeiten bei ihrer Arbeit mit älteren MigrantInnen gefragt, so zeigt sich in aller Deutlichkeit ein Defizit an DolmetscherInnen, das zu einem gravierendes Hemmnis bei Therapien sowie bei der Beratung und der Betreuung wird.

Dazu kommen Angstgefühle und Misstrauen der Betreuten, die auch oft über zu wenig Informationen in bezug auf die Rechtslage und Behördeninstitutionen in Österreich verfügen, was wiederum die Kommunikation mit älteren MigrantInnen erschwert. Darüber hinaus weisen die VertreterInnen der Einrichtungen auf unzureichende finanzielle Ressourcen hin. Dies hindert sie etwa

daran, einige speziell für ältere MigrantInnen geeignete Reformmaßnahmen einzuführen.

Werden die BetreuerInnen älterer ZuwanderInnen nach notwendigen sozialen Maßnahmen gefragt, welche der Situation ihrer KlientInnen helfen könnten, so weisen sie vor allem auf die Notwendigkeit hin, die rechtliche Situation von älteren MigrantInnen zu verbessern, ihre soziale Integration zu begünstigen und Toleranz ihnen gegenüber in der österreichischen Gesellschaft zu fördern (Reinprecht et al. 1998).

Insgesamt wird die Lebenssituation älterer MigrantInnen durch die Konvergenz von migrations- und altersspezifischen Faktoren geprägt. Von diesem Gesichtspunkt aus ergeben sich einige Richtlinien für eine künftige Arbeit und Politik, die besonders bedeutsam erscheinen:

Die Betreuungseinrichtungen benötigen Reformen, um sich auf ihre neue KlientInnen entsprechend einstellen zu können (zur Betreuung islamischer Patientinnen sind gleichgeschlechtliche PflegerInnen vonnöten).

In Hinblick auf eine bessere Kommunikation sowie auf den Abbau möglicher Missverständnisse und Konflikte zwischen KlientInnen und BetreuerInnen erscheint es sinnvoll, verstärkt ausländische MitarbeiterInnen mit einzubeziehen.

Zudem wäre es hilfreich, das familiäre Unterstützungspotential sowie Formen von Selbsthilfe und Selbstorganisationen älterer MigrantInnen zu fördern.

Beratung und Information in der Muttersprache der PatientInnen sollte ermöglicht werden, zumal die deutschen Sprachkenntnisse von älteren MigrantInnen nach wie vor mangelhaft sind.

Für ihre Betreuungstätigkeit sollten österreichische BetreuerInnen durch Weiterbildung und Supervision besonders unterstützt werden (Reinprecht et al. 1998).

11. Gesellschaftliche und politische Partizipation älterer Menschen

Kai Leichsenring, Charlotte Strümpel

11.1 Zur steigenden Relevanz der politischen und gesellschaftlichen Partizipation älterer Menschen

Die rund 1,6 Millionen ÖsterreicherInnen über 60 Jahre stellen etwas mehr als ein Viertel der Wahlberechtigten. PensionistInnen in Österreich sind mit einem Organisationsgrad von durchschnittlich rund 48% – in einigen Regionen über 50% – eine der formal besonders stark organisierten Bevölkerungsgruppen. In einigen Bundesländern übersteigen die Mitgliederzahlen in einer der Seniorenorganisationen sogar jene der ihnen nahestehenden Partei.

Trotz dieser eindrucksvollen Daten spielen die SeniorInnen und ihre Interessensorganisationen im politischen System Österreichs nur eine marginale Rolle. Das öffentliche Verständnis vom Altern bzw. von älteren Menschen in Österreich ist im wesentlichen geprägt durch die Betonung von altersbedingten Risiken und Defiziten. Die über 60-jährigen werden vor allem als PensionsempfängerInnen oder sonstige KlientInnen des Sozialstaats wahrgenommen. Für die politischen Parteien werden PensionistInnen allenfalls kurz vor Wahlterminen relevant. Als politisch interessierte (und interessante) BürgerInnen werden sie nur selten in kommunale oder gesetzliche Planungsprozesse einbezogen. Politische Entscheidungen, die vor allem ältere Menschen betreffen, werden in Österreich meist ohne ihre Beteiligung gefällt – als „ExpertInnen" finden hauptsächlich jene Gehör, die aus beruflichen Gründen mit einem eher kleineren Teil der Älteren zu tun haben: Ärzte, Krankenschwestern, AltenhelferInnen, HeimleiterInnen oder SozialarbeiterInnen. Dies ist mit ein Grund dafür, dass das negative Alterssstereotyp („arm, krank, behindert, vereinsamt, gebrechlich") verstärkt und fortgeschrieben wird.

In den letzten Jahren ist jedoch die politische Aufmerksamkeit sowohl in anderen europäischen Ländern (Walker / Naegele 1999) als auch in Österreich stärker auf Aspekte der politischen und gesellschaftlichen Partizipation von SeniorInnen gerichtet worden. SeniorInnen werden zunehmend als wichtige politische Kraft und in ihrem Potential zur gesellschaftlichen Beteiligung wahrgenommen.

Diese Veränderungen stehen im Zusammenhang mit dem von Soziologen seit einigen Jahren diskutierten *„Strukturwandel des Alters"* (Tews 1990), der sich auf die sozialen und politischen Konsequenzen des wachsenden Anteils älterer Menschen an der Bevölkerungsstruktur bezieht. Gemeint sind damit komplexe gesellschaftliche Veränderungen, die entsprechende Anpassungsleistungen auf Ebene der sozialen und politischen Systeme unumgänglich machen und im folgenden kurz skizziert werden.

Die „Normalbiografie", wie sie sich durch den Ausbau sozialer Sicherungssysteme seit 1945 vor allem für Männer konstituiert hat, kann kaum mehr als solche bezeichnet werden: Die Ausbildungszeiten haben sich verlängert, während die mit bezahlter Arbeit verbrachte Zeit kürzer wurde, weil einerseits das durchschnittliche reale Pensionsalter sank und andererseits die Lebenserwartung signifikant zunahm. In Österreich ist beispielsweise allein die Lebenserwartung 60-jähriger Frauen zwischen 1960 und heute um durchschnittlich 3,5 Jahre gestiegen (Prinz 1994; siehe auch Kapitel 1). Das reale Pensionszugangsalter liegt inzwischen durchschnittlich bei rund 57 Jahren bei Frauen und bei rund 58 Jahren bei Männern; die Pensionsbezugsdauer bei Alterspensionen ist seit 1981 bei Männern von 13,8 auf 16,2 Jahre gestiegen, bei Frauen sogar von 18,6 auf 22,0 Jahre (BMAGS 1997: 89-95; siehe auch Kapitel 1). Im Zusammenspiel mit der Tatsache, dass die individuellen Arbeitsbiografien durch eine steigende Zahl und Dauer von Phasen der Arbeitslosigkeit unterbrochen werden, tragen diese Aspekte zu einer weiteren Verkürzung der durchschnittlichen Dauer der mit Erwerbsarbeit verbrachten Zeit bei, weshalb auch von einer „De-Standardisierung des Arbeitslebens" gesprochen wird.

www.parlament.gv.at

Die Konzeption der Pension als Phase der Nicht-Arbeit und ihre materielle Stabilisierung durch soziale Sicherungssysteme gehören zu den wichtigsten Erfolgen in der Entwicklung des Wohlfahrtsstaats. Indem sich nun aber die Phase des „dritten Lebensalters" sowohl nach vorne (Stichwort: Frühpensionierung) als auch nach hinten (Stichwort: längere Lebensdauer) ausweitet, während sich gesellschaftliche Teilhabe und Identität moderner „Arbeitsgesellschaften" weiterhin fast ausschließlich durch Erwerbsarbeit definieren, sieht sich ein Teil der PensionistInnen im „wohlverdienten Ruhestand" durch den Verlust des Arbeitsplatzes gesellschaftlich marginalisiert. Die traditionellen Konzeptionen der Pension als „Ruhestand" oder ausgedehntes Freizeit(er)leben verlieren somit an Bedeutung. Neue Entwürfe, wie etwa normative Konzepte „erfolgreichen" bzw. „produktiven" Alterns (vgl. Bass et al. 1993, Baltes / Baltes 1990), entfalten aber noch keine entsprechende soziale Integrationskraft im Sinne allgemein gültiger, neuer Leitvorstellungen des Alters oder gar einer neuen Alter(n)skultur (Schmidt 1994, Tews 1994).

Im Zusammenhang mit der Pluralisierung des Alter(n)s erweist sich der Begriff „alt" immer stärker als ein soziales Konstrukt, indem er mit der Selbstwahrnehmung der „PensionistInnen", der „RentnerInnen", der „älteren Generation" bzw. der „SeniorInnen" immer weniger zu tun hat: höheres Einkommen, höheres Ausbildungsniveau und eine bessere Gesundheit erweitern das Spektrum der Bedürfnisse älterer Menschen auf sozialer, kultureller und politischer Ebene. Dadurch wird das Alter „zunehmend ein biografisches Projekt, das der individuellen Gestaltung und Sinngebung bedarf" (Künemund / Neckel / Wolf 1993: 539) und somit Konzepte einer kollektiven Altersidentität zumindest fragwürdig erscheinen lässt.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass es in Zukunft stärker um die Verteilung von Lebenschancen, Wahlmöglichkeiten, Entscheidungsspielräumen und knappen Ressourcen – auch zwischen jüngeren und älteren Generationen – geht. Diese Situation der (z. T. latenten) Konflikthaftigkeit ist von Politologen als „Politisierung des Alters" (Künemund / Neckel / Wolf 1993: 540) gekennzeichnet worden. Damit ist zunächst gemeint, dass Alter zum Gegenstand politischer Aktivitäten und Auseinandersetzungen geworden ist, die weit über den vieldiskutierten Bereich der traditionellen sozialen Sicherung des Alters hinausreichen: Erwähnt seien hier die Fragen des Übergangs in die Pension und des gesetzlichen Pensionsalters, die Nutzung des Erfahrungspotentials älterer Menschen, die Frage nach neuen Organisationsformen im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, Bildung und Weiterbildung im dritten Lebensalter oder die Ergänzung des bestehenden Generationenvertrages (im Detail: Kap. 3.7).

Dabei sollte nicht vergessen werden, dass auch die konflikthafte Auseinandersetzung im Rahmen demokratischer Verfahren Chancen für konstruktive Reformen in Richtung mehr sozialer Gerechtigkeit beinhaltet. Dies gilt allerdings nur, wenn die Interessen älterer Menschen bei der politischen Planung und Entscheidung von Maßnahmen auf allen Ebenen ausreichend berücksichtigt werden. Denn wer, wenn nicht die PensionistInnen selbst, sollte für sie Partei ergreifen, wenn es darum geht, die Realität „alternder Gesellschaften" anzuerkennen und zukunftweisend auszugestalten? Damit ist aber auch schon ein grundsätzliches Dilemma der Alterspolitik angesprochen, welches die folgenden Ausführungen begleiten wird: wenn nämlich die Gruppe der älteren Menschen zunehmend inhomogener, undefinierbarer und undeutlicher wird, stellt sich im Zusammenhang mit politischer Repräsentanz natürlich die Frage, wer bzw. welche Gruppe legitimerweise berechtigt bzw. in der Lage ist, diese Aufgabe zu übernehmen.

Der Begriff „Politisierung des Alters" soll daher auch verdeutlichen, dass die politischen Gruppen mit Bezug auf ältere Menschen und deren Aktivitäten gegenwärtig und in Zukunft zunehmen werden:

„Von sich aus aktiver und von den Parteien umworben, werden sie in den sozialen Auseinandersetzungen der Zukunft als konfliktbereite und organisationsfähige Akteure auftreten. Über kurz oder lang wird dies innerhalb und außerhalb von Parteien und Verbänden zu Organisationsbildungen führen, die über die heutigen Ansätze dazu wohl deutlich hinausgehen." (Künemund / Neckel / Wolf 1993: 541)

Durch die genannten Veränderungen werden mehrere Fragen des politischen und gesellschaftlichen Einflusses älterer Menschen aufgeworfen, auf die in diesem Kapitel näher eingegangen wird:

- Wie wirkt sich die veränderte demografische Konstellation auf traditionelle demokratische Prozesse und dabei vor allem auf das Wählerverhalten aus?
- Welche institutionellen Möglichkeiten der Interessensvertretung älterer Menschen kennen wir heute und wie können diese verbessert werden?
- Wie kann das zeitliche und qualifikatorische Potential älterer Menschen für sie und für die Gesellschaft sinnvoll eingesetzt werden, um eine angemessene politische und soziale Teilhabe zu gewährleisten?

Diese Fragen deuten bereits an, dass Partizipation älterer Menschen in diesem Kapitel möglichst breit im Sinne gesellschaftlicher und politischer Teilhabe definiert wird, wodurch auch ein kleiner Beitrag zur Weiterentwicklung der repräsentativen in Richtung einer partizipativen Demokratie geleistet werden soll. Unter politischer Partizipation verstehen wir Teilhabe an politischen Prozessen auf Bundes-, Landes- sowie kommunaler Ebene, insbesondere im Rahmen institutionalisierter Verfahren oder Gremien der repräsentativen Demokratie. Gesellschaftliche Partizipation bezieht sich in diesem Beitrag auf die Beteiligung älterer Menschen an sozialen und gesellschaftlichen Prozessen, etwa in Zusammenhang mit freiwilligem Engagement oder Nachbarschaftshilfe.

Während in den letzten Jahrzehnten von neuen sozialen Bewegungen vor allem von Frauen, behinderten Menschen und AusländerInnen Forderungen nach Gleichstellung und mehr Beteiligung erhoben wurden, z. B. auch bei kommunalen Planungsverfahren, gehen wir davon aus, dass in Zukunft gerade ältere Menschen verstärkt Mitspracherechte einfordern werden (vgl. Croft / Beresford 1993, Naegele 1994).

Die Inhalte der verstärkten Beteiligung sind vielfältig und vermehren sich im Lichte gesellschaftlicher Veränderungen zunehmend. Prinzipiell können alle Themen der Seniorenpolitik, die in diesem Beitrag aufgezeigt werden, Gegenstand der Beteiligung älterer Menschen werden. Themen, die im Rahmen von Arbeitskreisen und Planungsprozessen mit Älteren als besonders wichtig angesehen wurden (Bahr / Leichsenring / Strümpel 1996, Klie / Spiegelberg 1998), waren Freizeitgestaltung und Vereinsaktivitäten, menschengerechte Gestaltung von Seniorenheimen, Wohnen, die finanzielle Absicherung im Alter, öffentliche Meinung und Medien, intergenerationaler Austausch, seniorenfreundliche Gestaltung der Verkehrspolitik, das Image älterer Menschen in den Medien, die besondere Situation älterer Frauen, Probleme älterer ArbeitnehmerInnen und der Übergang in die Pension.

11.2 Politische Partizipation älterer Menschen

Im Zusammenhang mit politischer Partizipation finden sich unter den vielfältigen Vorurteilen, die das allgemein negative Altersbild auch in Österreich prägen, vor allem jene von der grundsätzlich konservativeren Orientierung älterer Menschen und einem mit dem Alter zunehmenden Desinteresse an Politik. Diese Vorurteile sollen im Folgenden mit der empirischen Realität in Bezug auf das Wählerverhalten (Kapitel 11.2.1) und die

www.parlament.gv.at

Mitgliedschaft in politischen Organisationen (Kapitel 11.2.2) konfrontiert werden. In der Folge werden die institutionellen Rahmenbedingungen dargestellt, die gerade in den letzten Jahren zugunsten einer zielgruppenspezifischen Partizipation älterer Menschen entwickelt wurden (Kapitel 11.2.3).

11.2.1 Wählerverhalten

Die These, dass das politische Interesse der Bevölkerung mit dem Alter abnimmt, ist in den letzten Jahren in mehreren Studien im In- und Ausland untersucht wurden. Der eindeutige Befund lautet dabei, dass es – zumindest in Bezug auf den Indikator „Wahlbeteiligung", meist aber auch beim Antwortverhalten auf entsprechende Items in Umfragen – mit zunehmendem Alter ansteigt und erst im sehr hohen Alter zurückgeht (Pelinka / Haller / König 1997: 3). Deutliche Unterschiede sind allerdings zwischen den Geschlechtern zu beobachten – während selbst bei den über 80-jährigen Männern das politische Interesse über jenem der 20-29-jährigen liegt, sinkt jenes von Frauen schon vor dieser Altersschwelle (Köcher 1994: 28). Die Mitgliedschaft bei Interessensorganisationen nimmt zwar mit der Pensionierung in vielen Ländern stark ab, was allerdings durch die nach wie vor verbreitete Praxis von Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen zu erklären ist, RentnerInnen und PensionistInnen die Mitgliedschaft automatisch zu entziehen. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor für politisches Interesse und Beteiligung ist zweifellos die soziale Stellung: besser gebildete und sozial integrierte Personen engagieren sich deutlich stärker als Angehörige benachteiligter Gesellschaftsschichten, was sich schließlich auch in der Wahlbeteiligung niederschlägt: das Bildungsniveau korreliert – zumindest auf Basis von Schweizer Daten – gerade auch in der Gruppe der Älteren stark positiv mit der Wahlbeteiligung (Brunner 1996: 26).

Für Deutschland und Frankreich konnte anhand von Längsschnittanalysen gezeigt werden, dass sich die Altersgrenzen, an denen die Wahlbeteiligung erkennbar abnimmt, seit den 70er Jahren verschoben haben. Subileau (1995: 14f.) hat nachgewiesen, dass Stimmenthaltungen in den 70er Jahren bei den WählerInnen ab 65 stark anstiegen, während in den 90er Jahren ein solcher Einschnitt erst ab 85 zu beobachten war. Köcher (1994: 25) kam zu ähnlichen Ergebnissen, wobei sie einen geschlechtsspezifischen „Aufholprozess" der Frauen zu Beginn der 90er Jahre ausmachen konnte.

Österreichische Wahlanalysen haben die Variable „Alter" bislang nur als eine unter vielen berücksichtigt, wobei mangels einer repräsentativen Wahlstatistik lediglich auf Parteipräferenzbefragungen oder „exit polls" zurückgegriffen werden kann.[1] Lange Zeit, insbesondere seit den NR-Wahlen 1970, bei denen die jugendlichen WählerInnen ausschlaggebend für den SPÖ-Wahlsieg waren, galt das Hauptinteresse der Medien, der Parteien – aber auch der Politikwissenschaft – dem Verhalten der „JungwählerInnen". Spätestens seit Beginn der 90er Jahre hat sich dies relativiert. Zum einen hat der Wandel der Parteienlandschaft zu einer Neustrukturierung des Wählerpotentials geführt. Zum anderen ist die Mobilität der WählerInnen insgesamt deutlich größer geworden, wodurch die heutigen Regierungsparteien SPÖ und ÖVP – die noch 1983 gemeinsam fast 91% der Wählerstimmen auf sich vereinten, 1994 aber nur noch 62% – sich verstärkt der Wichtigkeit ihrer älteren StammwählerInnen bewusst wurden. Vor allem die SPÖ profitierte überdurchschnittlich von der Treue ihrer älteren Mitglieder und WählerInnen. Insgesamt wählten die über 60-jährigen bei den Nationalratswahlen weiterhin in überdurchschnittlichem Ausmaß die traditionellen Großparteien, wie aus Tabelle 11.1 zum altersspezifischen Wählerverhalten seit 1986 ablesbar ist. Unter den älteren WählerInnen konnte die SPÖ regelmäßig über 10% mehr WählerInnen mobilisieren als im Gesamtergebnis (Pelinka / Haller / König

1 Hinweise auf weitere methodische Probleme finden sich bei Pelinka / Haller / König 1997: 10.

www.parlament.gv.at

Tabelle 11.1:
Wahlverhalten älterer Menschen im Vergleich zu anderen Altersgruppen anhand der Nationalratswahlen seit 1986 (in Prozent der gültig abgegebenen Stimmen, gerundet)

	NR-Wahl	SPÖ	ÖVP	FPÖ	Grüne	LIF (4)
Gesamtergebnis (1)	1986	43	41	10	5	-
	1990	43	32	17	5	-
	1994	35	28	23	7	6
	1995	38	28	22	5	6
Ergebnisse nach Altersgruppen						
ErstwählerInnen (2)	1986	37	35	14	12	-
	1990	30	26	19	13	-
	1994	24	23	29	11	13
< 30 Jahre	1986	39	33	12	11	-
	1990	35	24	18	9	-
	1994	31	19	25	12	11
	1995	30	18	29	10	10
30-44 Jahre	1986	43	37	11	5	-
	1990	40	32	15	6	-
	1994	31	26	22	11	7
	1995	36	25	24	5	5
45-59 Jahre	1986	42	48	6	1	-
	1990	46	34	15	2	-
	1994	37	30	22	5	4
	1995	39	33	10	2	5
60-69 Jahre (3)	1986	44	45	8	1	-
	1990	50	33	13	0	-
	1994	41	33	22	2	1
	1995	44	34	15	0	2
> 70 Jahre	1986	46	43	9	1	-
	1990	41	36	19	2	-

Quellen: Fessel+GfK exit polls in: Plasser / Ulram 1987: 67; 1991: 124; 1995: 356, 358; Plasser / Ulram / Seeber 1996: 172, 174f.– (1) ohne sonstige Parteien; (2) keine Daten für 1995; (3) ab 1994 keine weitere Differenzierung: Daten für über 60-jährige; (4) erst seit 1994 bei Nationalratswahlen angetreten.

1997: 11-17). Dabei lassen sich, nicht zuletzt aufgrund der Ausdifferenzierung der Parteienlandschaft, auch in Österreich Anhaltspunkte für die Herausbildung „politischer Generationen" (Fogt 1992) erkennen.

„In den letzten zehn Jahren wurde die Existenz zweier generationsspezifischer Parteiensysteme immer deutlicher. Die Wählerinnen und Wähler über 60 orientieren sich noch immer am Zweieinhalbparteiensystem, das die Zweite Republik jahr-

www.parlament.gv.at

zehntelang prägte – allerdings mit einer mittlerweile deutlich gestärkten FPÖ. Ihre Stimmanteile für die neugegründeten Grünen und Liberalen sind marginal. Die Stimmen der Wählerinnen und Wähler unter 30 dagegen verteilen sich auf alle fünf Parlamentsparteien." (Pelinka / Haller / König 1997: 17)

Innerhalb des jeweiligen Wählerpotentials kann dies dazu führen, dass der Faktor „Alter" ein weitaus höheres Gewicht als bisher erlangt. Parallel dazu ist auch das geschlechtsspezifische Wahlverhalten zu beachten, da der Anteil von Frauen an allen Wahlberechtigten nicht nur allgemein überwiegt (etwa 53% der Wahlberechtigten sind weiblich), sondern mit steigendem Alter zunimmt. Die vorliegenden Befunde zu dieser Frage weisen für Pensionistinnen einen noch höheren Anteil an Wählerinnen von SPÖ und ÖVP aus, d. h. ein deutlich „konservativeres" Wahlverhalten als alle anderen Bevölkerungsgruppen. So wählten beispielsweise bei den Nationalratswahlen 1995 immer noch 81% aller Pensionistinnen SPÖ oder ÖVP – und nur eine von zehn Pensionistinnen wählte FPÖ (Plasser / Ulram / Seeber 1996: 172-175).

Angesichts der angesprochenen Veränderungen innerhalb und zwischen den Wählergruppen während der letzten zehn Jahre erscheinen die wenigen vorliegenden Umfrageergebnisse zu politischen Partizipationsformen ziemlich veraltet. Tendenziell lässt sich aus diesen Daten jedoch immerhin ableiten, dass ältere Menschen deutlich häufiger der Aussage zustimmen, dass sie keinen Einfluss auf die Regierung hätten und sich PolitikerInnen nicht um sie kümmern würden (Fessel+GfK / IFES 1989). BürgerInnen über 60 sehen Wahlen – in weit höherem Ausmaß als jüngere Menschen – als einzige Möglichkeit demokratischer Mitgestaltung. Nur 9% betrachten Demonstrationen als echte Alternative der Mitbestimmung (14-24-jährige: 43%), was darauf schließen lässt, dass politischer Aktionismus sicher nicht zu den präferierten Partizipationsstilen älterer Menschen zählt (IFES 1991). In der selben Umfrage (IFES 1991), die sich mit der Einstellung der WienerInnen zur kommunalen Mitbestimmung beschäftigte, drückten allerdings ältere Befragte ein überdurchschnittlich hohes Interesse an einer kontinuierlichen Beteiligung bei Diskussion und Planung wichtiger Vorhaben aus. Die Erkenntnis, dass ältere Menschen verstärkt an lebensweltlichen Themen und direkt in ihrer Umgebung stattfindenden Ereignissen interessiert sind – und dann auch entsprechendes politisches Engagement zeigen – wurde auch durch eine qualitative Studie über Mitbestimmungsbedürfnisse älterer Menschen in Österreich unterstrichen (Bahr / Leichsenring / Strümpel 1996).

Zweifellos lassen sich das skizzierte Wählerverhalten und die Beurteilung alternativer Partizipationsstile durch ältere Menschen als „konservativ" (Roth / Emmert 1993: 155; vgl. auch Bürklin 1987) interpretieren. Allerdings kann dieser „Alterskonservatismus" immer seltener als eine automatische Abfolge im Lebenszyklus erklärt werden. Es scheint sich – nicht zuletzt im Anschluss an Erkenntnisse allgemeiner sozial- und psychogerontologischer Forschung – vielmehr herauszukristallisieren, dass sich im Alter die im bisherigen Leben ausgebildeten Werte fortschreiben bzw. verfestigen (vgl. z. B. Fogt 1992; Gluchowski / Mnich 1993). Es gibt theoretische Überlegungen und empirische Hinweise darauf, dass neue Seniorengenerationen mit ihrem durchschnittlich höheren Bildungsniveau, größeren Einkommen und besseren Gesundheitszustand gegenüber politischem Engagement weit aufgeschlossener sind als frühere Altengenerationen (s. auch Brunner 1996; Künemund / Neckel / Wolf 1993):

- Die momentan in Pension gehenden BürgerInnen gehören zur ersten Generation, deren Biografie ohne Erfahrung von Diktatur und Krieg, dafür aber durch demokratische Politik und den ständigen Ausbau sozialer Sicherung geprägt war.
- Es bilden sich neue, meist lokale Initiativen älterer Menschen, zum Teil auch neue Parteien und Bewegungen älterer Menschen.

► Es entstehen neue Koalitionen zwischen den österreichischen Seniorenorganisationen, die – weitab von ehemaligem Lagerdenken – in altenpolitischen Fragestellungen meist auf einer Linie liegen.

Die angesprochenen Trends erlangen größere Wichtigkeit, wenn sie im Lichte der gegenwärtigen und prognostizierten demografischen Entwicklungen betrachtet werden. Der Anteil der über 60-jährigen an der wahlberechtigten Bevölkerung ist bereits heute weit höher als deren realer Anteil an der Gesamtbevölkerung. Mit dem weiteren Anstieg des durchschnittlichen Alters der Wahlberechtigten aufgrund des wachsenden Anteils der Bevölkerung über 60 ist mit einiger Sicherheit zu rechnen – Tabelle 11.2 gibt Auskunft darüber, dass das Durchschnittsalter der Wahlberechtigten spätestens im Jahr 2016 über 50 liegen und weiterhin im Fünfjahres-Rhythmus um je ein Jahr ansteigen wird.

Mit diesem Anstieg des durchschnittlichen Alters der Wahlberechtigten sind oft Befürchtungen verbunden, dass die Macht der Älteren gegenüber jüngeren Generationen ein unerträgliches Ausmaß erlangen würde. Demgegenüber ist jedoch anzumerken, dass politische und gesellschaftliche Prozesse von weitaus mehr Faktoren als dem Wahlalter und dem Geschlecht abhängen. Hinzuweisen wäre beispielsweise auf die vorgängigen Veränderungen am Arbeitsmarkt (siehe Kapitel 10), auf den nach wie vor unangetasteten Jugendkult in

Tabelle 11.2:
Entwicklung des durchschnittlichen Alters der Wahlberechtigten in Österreich und des Anteils der älteren Wähler an der wahlberechtigten Bevölkerung (ab 2000: Prognose)

Jahr	Durchschnittliches Alter der Wahlberechtigten	Anteil der über 60-jährigen an der wahlberechtigten Bevölkerung
(über 18 Jahre)		
1981	44,7	25,7
1991	46,0	25,5
1996	46,8	25,3
2001	47,7	26,7
2006	48,6	27,7
2011	49,5	29,3
2016	50,5	30,9
2021	51,5	33,8
2026	52,6	37,8
2031	53,7	41,1
2036	54,5	42,4
2041	55,2	42,9
2046	55,8	43,7
2051	56,2	44,4

Quelle: ÖSTAT, Prinz 1997.

www.parlament.gv.at

Werbung und Medien, aber auch auf selbstreflexive Prozesse von Alteninitiativen, die politische Mitgestaltung nicht allein unter dem Motto „zu unseren Gunsten", sondern durchaus im Sinne eines gedeihlichen Zusammenlebens aller gesellschaftlichen Gruppen verstehen – und als Angebot an jüngere Generationen, ihre Lebenserfahrung und „Weisheit" zur Verfügung zu stellen.

11.2.2 Seniorenorganisationen

Die Österreicherinnen und Österreicher sind im Vergleich zu anderen europäischen Ländern politisch hochorganisierte Menschen. Die politische Kultur dieses Landes ist dadurch gekennzeichnet, dass nicht nur Parteien und Gewerkschaften hohe Mitgliederzahlen – und einen entsprechend hohen Organisationsgrad – aufweisen, sondern auch die jeweiligen Organisationen mit einem politischem Naheverhältnis zu den jeweiligen Parteien, wie etwa der Pensionistenverband Österreichs und der Österreichische Seniorenbund. Insgesamt sind fast 50% aller PensionistInnen Mitglied in der einen oder anderen Seniorenorganisation (Tabelle 3).

Der hohe Organisationsgrad darf jedoch nicht zu der Annahme verleiten, dass damit ein entsprechender politischer Einfluss verbunden wäre. Die Seniorenorganisationen klagen nach wie vor über die geringen Mitgestaltungsmöglichkeiten und die mangelnde Präsenz von SeniorenpolitikerInnen im Nationalrat und anderen politischen Gremien, wozu anzumerken ist, dass ein Politiker in fortgeschrittenem Alter noch nicht unbedingt als „Seniorenpolitiker" zu bezeichnen ist.

Politische Inhalte und Strategien von Seniorenbund, Pensionistenverband und Seniorenring werden im wesentlichen von den führenden Funktionären auf Landes- und Bundesebene geprägt, die großteils selbst über langjährige Erfahrungen in politischen Gremien verfügen und bei der Durchsetzung ihrer Anliegen „informellen" Kanälen politischer Entscheidungsfindung gegenüber öffentlichen Diskussionen zumindest gleichen Wert zuordnen. Da beide großen Seniorenorganisationen relativ eng mit der jeweiligen Partei verbunden sind – wenn auch der Seniorenbund als Teilorganisation der ÖVP formal enger als der Pensionistenverband mit der SPÖ – und sich die Landesregierungen fast durchwegs aus Politikern der beiden großen Parteien zusammensetzen, ist der Kontakt zwischen Seniorenorganisation und zugehöriger Partei automatisch gegeben. Am erfolgreichsten verlaufen dabei, etwa auf Landes-

Tabelle 11.3:
Mitglieder und Organisationsgrad der österreichischen Seniorenorganisationen

	Mitglieder (1)	Organisationsgrad (2)
Pensionistenverband Österreichs	305.000	19,5%
Österreichischer Seniorenbund	245.000	15,6%
Österreichischer Seniorenring	40.000	2,5%
Zentralverband der Pensionisten Österreichs	10.000	0,6%
PensionistInnen im ÖGB	140.000	8,9%
Sonstige (3)	5.000	0,3%
Gesamt	**745.000**	**47,6%**

Quellen: Pensionistenverband, Seniorenbund, Seniorenring; eigene Erhebungen; ÖSTAT (Volks-zählung 1991).– (1) gerundet bzw. geschätzt (laut Auskunft der jeweiligen Organisationen); (2) Anteil der Mitglieder bzw. der organi-sierten Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre (1.564.728); (3) "Die Grauen", "Verband der Sozial-versicherten"; "Die Grauen Panther".

ebene, die Kontakte zwischen dem jeweils ressortzuständigen Landesrat und der parteipolitisch nahestehenden Seniorenorganisation. Auch die entsprechende Zusammenarbeit zwischen den Seniorenorganisationen wird gepflegt, um die Einflussnahme auf die jeweilige Regierung zu optimieren.

In den letzten Jahren bestand ein Schwerpunkt der politischen Arbeit darin, Seniorenbeiräte auf Landes- und Bundesebene sowie in den Gremien der Sozialversicherungsträger zu fordern. Dieser Forderung nach besseren Vertretungsstrukturen für SeniorInnen und PensionistInnen wurde in hohem Ausmaß entsprochen – es wurden inzwischen sowohl auf Bundesebene als auch in den meisten Bundesländern und sogar in manchen Gemeinden (siehe unten) Seniorenbeiräte eingerichtet.

Insgesamt besteht zwischen dem Pensionistenverband und dem Seniorenbund weitgehender Konsens in alter(n)spolitischen Fragen. Dabei stehen Themen wie etwa Pensionen, deren Anpassung und Ausgleichszulagen, Gesundheitsfragen, die Befreiung von der Telefongrundgebühr, Ermäßigung bei Bahn und öffentlichem Nahverkehr im Vordergrund. Gerade in den letzten Jahren sind aber zunehmend auch Pflegebedürftigkeit, die Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit und internationale Aktivitäten wichtiger geworden.

Beeindruckend sind in erster Linie die von den Seniorenorganisationen gebotenen Angebote in Bezug auf Beratung, die Organisation von Seniorenreisen oder von Freizeitaktivitäten in den Gemeinden. Allein die Veranstaltungen des Pensionistenverbands (Seniorenklubs, Feiern, gesellige Veranstaltungen, Reisen, Bildungs-, Kultur- und Sportangebote) sprechen jährlich an die vier Millionen TeilnehmerInnen an. Das Reisebüro „Seniorenreisen" zählt zu den größten Österreichs und betreut allein bei den jährlichen Frühjahrstreffen über 25.000 ältere UrlauberInnen (Pensionistenverband, Jahresberichte).

Aufgrund dieser organisatorischen Breite ist es nicht verwunderlich, wenn die großen Seniorenorganisationen ein weitgehendes politisches Vertretungsrecht von SeniorInnen und PensionistInnen für sich beanspruchen. Dazu kommt, dass viele kleinere Organisationen und Initiativen gar keine „politischen Ambitionen" im Sinne einer Teilnahme an Gremien oder bei Gesetzgebungsprozessen anmelden. Dennoch sind die im Folgenden dargestellten institutionellen Rahmenbedingungen der politischen Partizipation u. E. durchaus ergänzungsbedürftig, wenn es um die Beteiligungsmöglichkeiten von kleineren Gruppierungen oder Minderheiten – beispielsweise älteren MigrantInnen – innerhalb der älteren Generation geht.

11.2.3 Institutionelle Rahmenbedingungen der Vertretung älterer Menschen

Nicht nur in Österreich ist Seniorenpolitik als übergreifender Politikbereich jenseits von Fragen der Pensions- und Gesundheitspolitik erst im Entstehen. Das „Altern der Gesellschaft", welches in den letzten Jahrzehnten zu beobachten war und sich in Zukunft fortsetzen wird, hat nicht automatisch zu einer Anpassung der demokratischen, verbandlichen und staatlichen Institutionen an die größere Zahl älterer Menschen und deren spezifische Bedürfnisse geführt – im Gegenteil: PensionistInnen wurde oft implizit, manchmal sogar explizit die Berechtigung entzogen, ihre Interessen in bestehenden Gremien, Parteien oder auch in den Organen der Volksvertretung vorzubringen. Die bereits erwähnte Reaktion der Seniorenorganisationen, eigene Gremien der Mitsprache in Form von Seniorenbeiräten zu fordern und schließlich auch durchzusetzen, war allerdings ein erster Schritt in Richtung inhaltlicher, struktureller und strategischer Änderungen.

In den letzten Jahren sind in Österreich aber auch über die Seniorenbeiräte hinaus sowohl im Bereich der Vertretungsstrukturen als auch im insti-

tutionellen Gefüge der Verwaltung Entwicklungen vollzogen worden, die als erste Versuche interpretiert werden können, Antworten auf die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf das Alter(n) zu finden.

11.2.3.1 Bund

11.2.3.1.1 Zuständigkeiten der Bundesministerien

Als ein wesentliches Merkmal für das Vorhandensein gesellschaftspolitischen Bewusstseins für die Anliegen einer bestimmte Bevölkerungsgruppe bzw. eines bestimmten inhaltlichen Schwerpunkts wird oft deren Verankerung in den ministeriellen Strukturen herangezogen. Ein Ministerium für Seniorenangelegenheiten ist in Österreich bislang nicht eingerichtet worden, wobei durchaus Argumente für eine solche Strategie vorgebracht werden können, weil sich Fragen des Alterns generell als ressortübergreifende, multidimensionale Politikbereiche charakterisieren lassen (Evers / Leichsenring / Pruckner 1993). In der österreichischen Regierungs- und Verwaltungsrealität auf Bundesebene hat dies dazu geführt, dass mindestens drei verschiedene Ministerien mit Seniorenangelegenheiten zu tun haben: das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, das Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie sowie das Bundeskanzleramt. Darüber hinaus sind bestimmte Agenden der Frauenministerin oder des Bundesministeriums für Wissenschaft und Verkehr durchaus ebenfalls als „altersrelevant" zu bezeichnen.

Im Bereich des *Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie* wurde 1997 durch die Einrichtung des *Kompetenzzentrums für Senioren- und Bevölkerungspolitik* erstmals eine administrative Einheit als expliziter Ansprechpartner für Seniorenorganisationen und -initiativen geschaffen. Mit den Vorbereitungen und der Durchführung bzw. Koordination von alternsrelevanten Aktivitäten während der EU-Präsidentschaft Österreichs (zweites Halbjahr 1998) und im U.N.-Jahr der älteren Menschen 1999 wurde das Kompetenzzentrum von Anfang an mit großen Herausforderungen konfrontiert. Ein Schwerpunkt lag dabei in der Erhebung des Status quo und in der Vernetzung bestehender alternsrelevanter Organisationen und Personen. Im Rahmen von sieben Arbeitskreisen zu Themen wie „Solidarität zwischen den Generationen", „Für eine neue Kultur des Alterns", „Gesund altern", „Wohnen im Alter" etc. wurden insgesamt mehr als 500 Personen in die Erarbeitung politischer Stellungnahmen, Forderungen und Ideen involviert. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse wurde 1999 vom BMfJUF veröffentlicht.

Das *Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales* ist in allen Angelegenheiten der sozialen Sicherung natürlich auch für ältere Menschen ein Ansprechpartner, eine konkrete Schwerpunktsetzung ist in den letzten Jahren allerdings nicht weiter verfolgt worden, obwohl 1994 erstmals ein „Seniorenbericht" als Ergänzung zum jährlich erscheinenden „Bericht zur sozialen Lage" erstellt worden war. Darüber hinaus waren die 90er Jahre seitens des BMAGS mit Blick auf ältere Menschen durch die Vorbereitung und Umsetzung der Reform der Pflegevorsorge, die bekanntlich Verbesserungen für einen großen Teil pflegebedürftiger älterer Menschen mit sich brachte (siehe Kapitel 9), geprägt. In Bezug auf die politische Partizipation älterer Menschen wurde einerseits eine Studie über Bedarfsstrukturen der Mitsprache in Auftrag gegeben (Bahr / Leichsenring / Strümpel 1996). Andererseits wurde mit der 52. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (1993) die Möglichkeit geschaffen, VertreterInnen der Senioren in die Gremien bzw. Beiräte der Sozialversicherungsträger zu entsenden.

Das *Bundeskanzleramt* wiederum war durch die Entwicklung und Umsetzung des Bundes-Seniorenbeirats bzw. in der Folge des Bundes-Seniorengesetzes wesentlich an Verbesserungen der politischen Partizipation älterer Menschen beteiligt.

www.parlament.gv.at

Der Bundesseniorenbeirat und das Bundesseniorengesetz

Die Aufsplitterung der Kräfte durch die jeweilige Anbindung an nahestehende Parteien hat bereits während der letzten Jahrzehnte immer wieder zu Bemühungen geführt, zumindest einen Dachverband der Seniorenorganisationen zu gründen. Eine formelle Zusammenarbeit kam jedoch nie wirklich zustande. Durch das konsensuelle Vorgehen der damals amtierenden Präsidenten ist es 1994 schließlich gelungen, die Einrichtung eines Bundesseniorenbeirats beim Bundeskanzleramt durchzusetzen.

Unter dem Vorsitz des Bundeskanzlers bzw. des von ihm bestellten ständigen Vorsitzenden (Staatssekretär im Bundeskanzleramt) treffen sich seither drei- bis viermal pro Jahr vom Bundeskanzler ernannte VertreterInnen der Ministerien (3), der Länder (3), des Städte- und des Gemeindebundes (3) mit acht weiteren von einzelnen Bundesministern vorgeschlagenen Mitgliedern und der sogenannten Seniorenkurie, die aus 19 VertreterInnen der drei großen Seniorenorganisationen (Pensionistenverband, Seniorenbund und Seniorenring) besteht. Insgesamt umfasst das Gremium 35 Personen. Der Bundesseniorenbeirat dient dem institutionaliserten Dialog zwischen politischen Entscheidungsträgern und den Vertretern der Seniorenorganisationen in Fragen, die von allgemeiner österreichischer oder integrationspolitischer Bedeutung und überdies seniorenspezifisch sind. Zur Klärung von Sachfragen können entsprechende ExpertInnen eingeladen werden. Die Tagesordnung wird von der Seniorenkurie im voraus festgelegt. Dabei standen in den bisherigen Sitzungen neben aktuellen Themen der Seniorenpolitik vor allem für PensionistInnen relevante Themen der Sozialpolitik (Pensionserhöhung, Pflegevorsorge, Freistellung von Radio- und Fernsehgebühren etc.) zur Debatte.

Auch wenn die Struktur dieses Gremiums von verschiedenen Seiten kritisiert wurde – z. B. „Fixierung auf Vertreter der politischen Seniorenorganisationen", „Missachtung der Bundesstaatlichkeit", „zu geringe Repräsentation von Frauen", „Fehlen der Alter(n)swissenschaft", „mangelnde Öffentlichkeitswirkung" – so stellt es doch eine Möglichkeit zur Koordination von altersrelevanten Politikbereichen sowie zur Anerkennung der Alter(n)sproblematik auf Bundesebene dar.

Eine Verbesserung der Rechtsstellung des Beirates konnte durch das *Bundesseniorengesetz* (Bundesgesetzblatt 84/98) erreicht werden. Darin wurden die Begriffe „Senior" und „Seniorenorganisation" erstmals bundesgesetzlich eindeutig definiert. Als Seniorenorganisationen gelten demnach nur freiwillige Zusammenschlüsse von Senioren zur Vertretung und Förderung ihrer Interessen mit gesamtösterreichischer Bedeutung. Letzteres bedeutet, dass die Organisation in wenigstens drei Bundesländern eine Zweigorganisation und mindestens 20.000 Senioren als Mitglieder haben muss. Nur diesen Organisationen wird das Recht zugestanden, dem Bundeskanzler Vorschläge für die Mitglieder der Seniorenkurie zu unterbreiten.[2]

Als weitere Aufgaben des Beirates wurden die Erstattung von Vorschlägen zu einer Reihe von Fragen, unter anderem auch des Verhältnisses zu anderen Generationen, zu Maßnahmen der Seniorenpolitik sowie die Ausarbeitung eines langfristigen Seniorenplanes gesetzlich festgelegt. Ausschließlich der Seniorenkurie vorbehalten bleibt die Stellungnahme zu Gesetzes- und Verordnungsentwürfen, die Erstattung von Empfehlungen für die Förderung seniorenspezifischer Projekte („besondere Seniorenförderung") sowie die Mitwirkung und Anhörung vor Erlassung von Richtlinien für die allgemeine Seniorenförderung. Der volle Umfang der Möglichkeiten des Seniorenbeirats – insbesondere für die Mitwirkung der Seniorenkurie – in allgemein österreichischen oder integrationspolitischen Belangen ist bis heute zweifellos noch nicht ausgelotet. Die weitere Entwicklung muss da-

2 Da die 19 Beiratssitze nach dem D'Hondtschen System vergeben werden, ist derzeit für den 19. Sitz eine Mitgliederzahl von etwas mehr als 30.000 erforderlich.

www.parlament.gv.at

her beobachtet werden, wird aber von den beteiligten Seniorenorganisationen sehr optimistisch beurteilt (Zupancic 1999, Knafl 1999).

Nicht zuletzt regelt das Bundes-Seniorengesetz auch die finanzielle Förderung der Senioren durch den Bund. Zunächst ist eine allgemeine Seniorenförderung aller Seniorenorganisationen vorgesehen, um deren Beratung, Information und Betreuung von SeniorInnen zu unterstützen. Der Bund stellt dafür pro SeniorIn (Ergebnis der letzten kundgemachten Volkszählung) jährlich einen Betrag von 11 öS (0,80 Euro) zur Verfügung – derzeit insgesamt etwas mehr als 20,5 Millionen Schilling (1,5 Millionen Euro). Dieser Betrag deckt die Aufwendungen für die Tätigkeit der Seniorenkurie sowie die Verwaltungskosten für die Vergabe, Abwicklung und Kontrolle dieser Förderung, die nach genauen Regeln auf sämtliche in Betracht kommende Seniorenorganisationen aufgeteilt wird. Darüber hinaus kann die Seniorenkurie für bestimmte Projekte – unbeschadet der Zuständigkeit anderer Bundesminister – besondere Seniorenförderung beim Bundeskanzler beantragen.

11.2.3.1.2 Sozialversicherungsbeiräte

Eine weitere Verbesserung der Mitsprachemöglichkeiten für PensionistInnen wurde, wie bereits erwähnt, mit der 52. Novelle zum ASVG geschaffen. Seit 1.1.1994 wurden Beiräte in der Sozialversicherung eingeführt, die zu einem Drittel aus VertreterInnen der Seniorenorganisationen bestehen. Diese Beiräte sollen sozialversicherungsrechtliche Anliegen der Versicherten und Leistungsempfänger wahrnehmen sowie deren Interessen gegenüber dem jeweiligen Versicherungsträger vertreten. Die praktischen Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Versicherungsträger sind allerdings eher gering, weshalb die Pensionisten- und Behindertenorganisationen eine Verbesserung ihrer Rechtsstellung anstreben, insbesondere in Bezug auf ein Antrags- und Stimmrecht (Zupancic 1999).

11.2.3.2 Landesebene

Die demokratische Einbeziehung von Interessen älterer Menschen war auf Ebene der österreichischen Bundesländer lange Zeit weitgehend vom guten Willen der jeweiligen Landesregierungen abhängig. In den letzten Jahren haben sich allerdings verschiedene Modelle und Varianten der Interessenvertretung und entsprechender Verwaltungsorgane herausgebildet (siehe Übersicht 1), die in fast allen Bundesländern zu einer stärkeren politischen Wahrnehmung der Anliegen von SeniorInnen beigetragen haben (Endl / Leichsenring 1994).

11.2.3.2.1 Seniorenbeiräte in Kombination mit eigenen Seniorenreferaten

Das Modell eines engagierten *Landes-Seniorenbeirats*, der durch ein eigenes Seniorenreferat in der Landesregierung ergänzt wird, hat sich in *Vorarlberg* entwickelt. Nachdem bereits 1977 der erste Seniorenbeirat in Österreich eingerichtet worden war, funktioniert das Gremium seit einer Änderung der Geschäftsordnung im Jahr 1989 zufriedenstellend. Seit nicht mehr der für Soziales zuständige Landesrat, sondern ein von den Mitgliedern gewählter Vorsitzender die Sitzungen einberuft und leitet, tritt der Beirat mit neuem Selbstbewusstsein für die Interessen der Vorarlberger SeniorInnen ein. Der Beirat hat die Aufgabe, die Landesregierung in allen Fragen, die ältere Menschen betreffen, zu beraten sowie Empfehlungen an die Landesregierung zu richten. Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen, der Kampf gegen die Diskriminierung Älterer sowie Aktionen zur weiteren Verbreitung von Mitbestimmungsgremien auf Gemeinde- und Bundesebene sind die wichtigsten Aktivitäten des Seniorenbeirats. Auch ein Musterstatut für Senioren(bei)räte auf Gemeindeebene wurde erarbeitet und an alle Vorarlberger Gemeinden verschickt (siehe unten).

Ein großer Erfolg des Seniorenbeirates war schließlich die Erfüllung der Forderung nach einem eigenen *Seniorenreferat* beim Landesrat für Soziales, Jugend, Frau und Familie, welches 1993

seine Tätigkeit aufgenommen hat. Zu den Aufgaben des Seniorenreferenten zählen u. a. Service und Hilfe, Koordination zwischen Senioreninitiativen und deren finanzielle Unterstützung, die Qualifikation von SeniorentrainerInnen und die internationale Seniorenarbeit.

Während der 90er Jahre hat sich in unterschiedlicher zeitlicher Abfolge auch in Salzburg und Wien eine ähnliche Konstellation wie in Vorarlberg herauskristallisiert.

Seit Anfang 1992 existiert *das „Seniorenbüro des Landes Salzburg"*, welches dem Landesrat für Gesundheits- und Wohlfahrtswesen zugeordnet ist. Das Aufgabengebiet umfasst alle altersrelevanten Themen mit Ausnahme individueller Hilfe. Eine der ersten Tätigkeiten des Seniorenbeauftragten war es, einen „Runden Tisch für Seniorenfragen" einzuberufen, zu dem SeniorInnen und VertreterInnen der mit Altenarbeit befassten Personen eingeladen wurden, um ihre Anliegen vorzubringen. Die Senioren erlangten dabei aber zunehmend den Eindruck, dass die VertreterInnen der Altenarbeit das Gremium zur Durchsetzung ihrer eigenen Interessen verwendeten. Daher wurde der Runde Tisch in ein Senioren-Kommitee, das ausschließlich aus Seniorenvertretern bestand, umgewandelt und 1997 unter dem Titel Seniorenbeirat des Landes weitergeführt. Weitere Schwerpunkte der Arbeit des Seniorenbüros lagen in der Verbreitung der Idee von Seniorenbeauftragten auf Gemeindeebene (siehe unten), in Informationskampagnen (Pflegegeld, Wohnen im Alter, soziale Dienste) und in der Vorbereitung eines Heimgesetzes.

Mit der Bestellung des *Seniorenbeauftragten* in Wien wurde 1996 der Stellenwert der Seniorenpolitik auch in Wien erweitert. Gleichzeitig bildete dies den Ausgangspunkt für einige Neuerungen in der städtischen Seniorenpolitik. Aus diesem Grund – und weil hiermit das jüngste Beispiel für solche Veränderungen vorliegt – sollen die Erfahrungen in Wien etwas ausführlicher beschrieben werden.

Zum einen wurde im Juni 1996 der *Seniorenbeirat*, bestehend aus VertreterInnen der Seniorenorganisationen sowie einiger Magistratsabteilungen, gegründet. Ziel des Beirats ist das Erstellen von Gesetzesgutachten, Stellungnahmen und das Erarbeiten gemeinsamer Lösungen. Bisher kann allerdings noch nicht von erheblichen Wirkungen der Tätigkeiten des Seniorenbeirats gesprochen werden. Um die Vielzahl anderer kleinerer und weniger einflussreicher, aber für die Vertretung von Seniorenfragen inhaltlich nicht minder relevanter Gruppierungen zu Wort kommen zu lassen, wurde die *ARGE Senioreninitiativen* auf Landesebene gegründet. Darüber hinaus finden auf Bezirksebene ebenfalls Arbeitskreise dieser Initiativen statt, um einen Austausch sowie den Überblick über die vielfältigen Aktivitäten zu ermöglichen. Die Einrichtung von *Bezirksseniorenbeauftragten* in jedem Bezirk wurde 1997 abgeschlossen. Die Seniorenbeauftragten werden vom Bezirksvorsteher nominiert und sind alle Mitglieder der Bezirksvertretung. Alle Seniorenbeauftragten Wiens treffen sich einmal im Monat, um Erfahrungen auszutauschen und gemeinsame Vorgehensweisen zu erarbeiten. Schließlich wurden bereits acht sogenannte *„Grätzelrunden"* zur Thematisierung von lokal begrenzten Problemen gebildet. Dabei werden die älteren BewohnerInnen eines „Grätzels" eingeladen, um mit dem Bezirksvorsteher, Seniorenbeauftragten und / oder anderen Verantwortlichen ihre ganz konkreten Anliegen vor Ort zu besprechen.

Neben neu entwickelten Strukturen zur Vertretung der Belange von SeniorInnen auf Wiener und Bezirksebene werden alte Strukturen in der Seniorenarbeit erneuert. So wird gegenwärtig daran gearbeitet, die Aufgaben des Kontaktbesuchsdienstes, den es bereits seit 20 Jahren gibt, auszuweiten und zu verändern. Während bisher jüngere und rüstige SeniorInnen in erster Linie ältere SeniorInnen zum Gratulieren an runden Geburtstagen besuchten, werden die Besuche in Zukunft konkrete Themen wie Pflege und Betreuung, Freizeit und Kommunikation sowie Angebote zur Selbsthilfe zum Inhalt haben. Dazu werden die jüngeren SeniorInnen geschult und mit einem Ge-

sprächsleitfaden ausgestattet. Diese Art des Besuchsdienstes hat zur Folge, dass ältere SeniorInnen besser über Pflegemöglichkeiten informiert werden, dass allgemeine Mängel in ihrer Wohnsituation erfasst und verbessert werden können und dass ältere Menschen, die ansonsten nicht von Aktivitätsangeboten für SenorInnen erreicht werden, gezielt angesprochen werden können. Eine weitere Veränderung bestehender Strukturen betrifft die Modernisierung bzw. Auflösung der städtischen Pensionistenclubs, die durch lokale Seniorentreffs abgelöst werden sollen. Anstatt der bisherigen „Wärmestuben", in denen in erster Linie Karten gespielt und Kaffee getrunken wird, sollen die Seniorentreffs einen Vernetzungsstützpunkt darstellen, in dessen Rahmen ältere Menschen vielfältigen Tätigkeiten nachgehen können.

11.2.3.2.2 Andere Modelle

Leicht abgewandelte Modelle des Seniorenbeirats in Kombination mit einem Seniorenreferat finden sich in Tirol und Niederösterreich. Anfang 1993 wurde von der Tiroler Landesregierung ein Seniorenreferat gegründet, welches der Abteilung Arbeitnehmerförderung, Familie, Frau, Jugend und Senioren zugeordnet wurde. Ziel dieser Stelle ist es, mehr Bewusstsein für die Situation und die Anliegen älterer Menschen zu schaffen und als Anlaufstelle für all jene zu dienen, die im Bereich der Seniorenarbeit Unterstützung suchen. Auch die finanzielle Förderung von Seniorengruppen und „Seniorenstuben" in den Gemeinden wurde ermöglicht. Schwerpunkte der Tätigkeit des Seniorenreferenten sind Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Unterstützug innovativer Projekte. Dabei dient eine im Auftrag der Landesregierung erstellte repräsentative Studie, „Lebenseinstellungen älterer Menschen in Tirol", als Grundlage für die weitere Arbeit. Das Thema „Landesseniorenbeirat" steht in Tirol seit März 1995 nicht mehr zur Debatte, nachdem ein von der SPÖ eingebrachter Antrag auf Errichtung eines solchen Gremiums mit dem Hinweis auf das bestehende Seniorenreferat keine Mehrheit gefunden hat. Allerdings gibt es seit 1993 eine „Seniorenplattform", die fallweise zusammentritt, um seniorenpolitische Anliegen zu besprechen.

In Niederösterreich existiert seit 1988 ein „Unterausschuss Senioren des Landesbeirates für Jugend- und Familienpolitik sowie zur Wahrung der Interessen der älteren Generation", der einem Seniorenbeirat ähnlich ist. Neben den Seniorenorganisationen nehmen daran die Träger der sozialen Dienste und die zuständige Landesrätin teil. Bereits seit 1978 gibt es ein Seniorenreferat, das mit der Durchführung des Niederösterreichischen Seniorengesetzes aus dem Jahr 1977 beauftragt ist (z. B. Förderung von Veranstaltungen oder Urlaubsaktionen des Landes).

In der Steiermark wurde im Herbst 1992 ein Landesseniorenbeirat konstituiert, das Burgenland zog im Herbst 1993 nach, in Kärnten war es Mitte 1995 so weit. Diese Gremien sind von ihrer Konstruktion her eher traditionell strukturiert – „beratend und bittend", wie dies ein Seniorenvertreter aus der Steiermark ausdrückte.

Der steiermärkische Seniorenbeirat wurde vom damaligen Soziallandesrat ins Leben gerufen. Er umfasst je zwei VertreterInnen der Seniorenorganisationen der im Landtag vertretenen Parteien. Den halbjährlich rotierenden Vorsitz führt jeweils ein Mitglied einer Seniorenorganisation. Der Soziallandesrat und ein Beamter der Landesregierung nehmen an den Sitzungen teil. Die im Zusammenhang mit der Einrichtung dieses Gremiums aufgekommene Debatte um die Teilnahmeberechtigung fiel mit dem Argument, der Seniorenbeirat solle nicht zu viele Mitglieder umfassen, zu Ungunsten kleinerer Seniorenorganisationen oder -initiativen aus.

Übersicht 11.1:

Mitbestimmungsmodelle für SeniorInnen in den österreichischen Bundesländern

Bundesland	Bezeichnung des Gremiums	Gründungsjahr	Vorsitz	Mitglieder	Sitzungshäufigkeit
Vorarlberg	Seniorenbeirat	1988	Wahl aus dem Kreis der Mitglieder	Seniorenorganisationen, soziale Dienste, ein Beamter	mindestens 4x jährlich
Tirol	Seniorenplattform	1993	Seniorenreferent	Seniorenorganisationen,-initiativen, soziale Dienste	fallweise
Salzburg	Seniorenbeirat	1997		Seniorenorganisationen, Vereine, ein Beamter, Landesrat	mindestens 2x jährlich
Steiermark	Seniorenbeirat	1992	Vertreter einer Seniorenorganisation; rotiert alle 6 Monate	Seniorenorganisationen der im Landtag vertretenen Parteien, ein Beamter, Landesrat	abhängig vom jeweils Vorsitzenden
Burgenland	Seniorenbeirat	1993	Vertreter einer Seniorenorganisation	Seniorenorganisationen der im Landtag vertretenen Parteien	nach Bedarf; mindestens 2x jährlich
Kärnten	Seniorenbeirat	1995	Vertreter einer Seniorenorganisation; rotiert alle 6 Monate	Seniorenorganisationen der im Landtag vertretenen Parteien, ein Beamter, Landesrat	nach Bedarf; mindestens 2x jährlich
Niederösterreich	Unterausschuss Senioren	1988	Landesrätin	Seniorenorganisationen, soziale Dienste, Landesrätin, Beamte	2x jährlich
Wien	Seniorenbeirat	1996	Stadträtin	Seniorenorganisationen, Seniorenbeauftragter	mindestens 2x jährlich

Quelle: Bahr / Leichsenring / Strümpel 1996; eigene Recherchen.

Der burgenländische Seniorenbeirat besteht aus acht VertreterInnen der Seniorenorganisationen der drei im Landtag vertretenen Parteien (SPÖ, ÖVP, FPÖ), wobei sich die Mitgliederstärke dieser Organisationen im Seniorenbeirat widerspiegelt – der Pensionistenverband stellt vier Mitglieder, der Seniorenbund drei und der Seniorenring eines. Die Mitglieder wählen den Vorsitzenden aus ihren eigenen Reihen.

Der nach längeren Diskussionen erst im Sommer 1995 gegründete Seniorenbeirat in Kärnten stellt eine Kombination der beiden obigen Organisationsformen dar. Die Seniorenorganisationen sind nach der Zahl ihrer Mitglieder vertre-

www.parlament.gv.at

ten (Pensionistenverband: 5 VertreterInnen, Seniorenbund: 3, Seniorenring: 2) und führen den Vorsitz nach dem Rotationsprinzip. Die für Soziales zuständige Landesrätin und ein Beamter der Landesregierung, der gleichzeitig als Geschäftsleiter des Landesseniorenbeirats fungiert, nehmen ohne Stimmberechtigung an den Sitzungen teil.

11.2.3.2.3 Vernetzung der Seniorenbeauftragten

Nachdem inzwischen auch in allen Bundesländern Seniorenreferate in der einen oder anderen Form eingerichtet worden sind, treffen sich seit 1997 alle zuständigen Personen sowie VertreterInnen des Kompetenzzentrums für Alterns- und Bevölkerungsfragen im Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie in regelmäßigem Abstand zum Informations- und Ideenaustausch.

11.2.3.3 Gemeindeebene

Im Zusammenhang mit der Diskussion um „Neue Steuerungsmodelle", bei denen Städten und Gemeinden eine neue Rolle als Verwaltungs-, Steuerungs- und Kontrollinstanz zukommt, und als Gegenpol zu Globalisierungstendenzen steigt die Bedeutung politischer Prozesse auf kommunaler Ebene zunehmend (Leichsenring / Rosenberg 1999). Da die Lebensweltbezogenheit von Inhalten und Formen politischer Beteiligung älterer Menschen eine besonders wichtige Rolle spielt, treten auch in diesem Zusammenhang Strukturen der Mitsprache auf Gemeindeebene in den Vordergrund. In den letzten Jahren sind daher zahlreiche Versuche zu beobachten, die institutionellen Strukturen zur Partizipation älterer Menschen auf Gemeindeebene auszubauen (Strümpel 1999, Blaumeiser / Wappelshammer 1999). Beispiele dafür, die im Folgenden beschrieben werden, sind die sieben kommunalen Seniorenbeiräte in Vorarlberg, die Seniorenbeauftragten in Salzburger Gemeinden sowie die Entwicklung eines Seniorenleitbildes in Zell am See.

11.2.3.3.1 Seniorenbeiräte in Vorarlberger Gemeinden

In Vorarlberg, wo bereits in den 70er Jahren der erste Landesseniorenbeirat Österreichs entstanden war, wurden inzwischen bereits sieben Seniorenbeiräte bzw. Seniorenräte auf Gemeindeebene gegründet. Die inzwischen ältesten finden sich in Bregenz (1991) und Feldkirch (1993); weitere fünf entstanden zwischen 1995 und 1997 in Hard, Rankweil, Bludenz, Fußach und Hörbranz.

Die Aufgaben der Gemeindeseniorenbeiräte umfassen die Beratung der Gemeindeverantwortlichen in allen Fragen, die ältere Menschen betreffen. Insbesondere sollen Stellungnahmen zu geplanten Maßnahmen in den Gemeinden abgegeben werden, wenn sie ältere Menschen betreffen. Insgesamt soll der Gemeindeseniorenbeirat als unabhängige Lobby agieren, die altersspezifische Wünsche und Vorstellungen artikuliert. Dabei wurde vom Landesseniorenbeirat explizit geäußert, dass die Seniorenbeiräte auf Gemeindeebene weder nur parteipolitisch besetzt werden noch die bloße Weiterführung bestehender Strukturen darstellen sollen.

In den vom Landesseniorenbeirat ausgearbeiteten Musterstatuten ist festgehalten, dass alle Institutionen und Gruppen, die in der Altenarbeit einer Gemeinde tätig sind, Delegierte nominieren können, die dann vom Bürgermeister bestellt werden. In der Regel sind Vertreter der Seniorenorganisationen, BewohnerInnnen und Bediensteten der stationären und ambulanten Altenpflege sowie SeniorenvertreterInnen der politischen Parteien in den Beiräten zu finden. Der Vorsitzende des Gemeindeseniorenbeirats wird von den Mitgliedern aus ihrer Mitte gewählt. Die Teilnahme am Seniorenbeirat erfolgt ehrenamtlich. Sitzungen können bei Bedarf, allerdings mindestens zweimal im Jahr, einberufen werden. Die Gemeinden unterstützen die Beiräte, indem sie beispielsweise Räumlichkeiten zur Verfügung stellen und / oder Einladungen versenden und Protokolle erstellen.

Insgesamt können noch keine verlässlichen Aussagen über die Wirkung der einzelnen Seniorenbeiräte getroffen werden, da die meisten noch relativ jung sind. Allerdings lassen sich bereits einige Problembereiche erkennen. Insgesamt reagieren einige Bürgermeister zögerlich bei der Unterstützung von Seniorenbeiräten, da sie eine Konkurrenz für die Stadt- bzw. Gemeindevertretung befürchten. In Bregenz z. B. wird der Seniorenrat zwar von der Stadt anerkannt und in einzelnen Belangen unterstützt. Allerdings hat die Erfahrung gezeigt, dass der Beirat oft nicht einbezogen wird, wenn es um konkrete Maßnahmen geht, wie z. B. die Planung eines Altenheims. Aufgrund der Tatsache, dass die Einbeziehung des Seniorenbeirats fakultativ ist, wird den politisch Verantwortlichen ermöglicht, ihn gänzlich außer Acht zu lassen. Darüber hinaus bringt die relative Unverbindlichkeit auch negative Folgen für das Selbstverständnis der Seniorenbeiratsmitglieder und die Definition ihrer Ziele und Aufgaben mit sich. Wenn z. B. seine Aufgaben nicht verbindlich festgelegt sind, muss ein Seniorenbeirat sehr viel Energie und Initiative aufbringen, um in der Gemeinde erhört zu werden. Die Wirksamkeit der Seniorenbeiräte auf Gemeindeebene ist somit gänzlich abhängig davon, ob der jeweilige Bürgermeister das Gremium als Rat- und Ideengeber akzeptiert oder nicht.

11.2.3.3.2 Seniorenbeauftragte im Bundesland Salzburg

Seit 1993 wurde im Bundesland Salzburg begonnen, Seniorenbeauftragte in allen Gemeinden einzurichten. Die 117 Gemeinden des Bundeslandes Salzburg wurden 1993 vom Seniorenbüro ersucht, Seniorenbeauftragte zu ernennen. Inzwischen haben mehr als 90% der Gemeinden einen Seniorenbeauftragten (VertreterInnen der großen Seniorenorganisationen oder Gemeinderäte). Für die meisten mit dieser Aufgabe betrauten Personen ändert sich durch die neue Funktion nicht viel an ihrer bisherigen Arbeit als Gemeinderat oder aktive/r InteressenvertreterIn. Diejenigen, die ohnehin aktiv die Interessen älterer Menschen vertraten, tun dies weiterhin. Andere lassen ihre Tätigkeit als Seniorenbeauftragte eher „nebenher laufen". Das bedeutet, dass die Umsetzung der an sich positiven Idee von Seniorenbeauftragten in den Gemeinden bislang für viele noch zu wünschen übrig lässt. Zur weiteren Qualifikation und Sensibilisierung der mit dieser Aufgabe betrauten Personen werden vom Landes-Seniorenbüro zwei- bis dreimal pro Jahr Tagungen oder Schulungen zu ausgewählten Themen angeboten.

11.2.3.3.3 Ausarbeitung eines Leitbilds für ein seniorenfreundliches Zell am See

Im Bundesland Salzburg sind mit Unterstützung der Salzburger Landesregierung seit 1993 in mehreren Gemeinden – u. a. Zell am See, Radstadt, Mattsee und Oberndorf – Leitbilder für eine neue Senioren- bzw. Generationenpolitik erarbeitet worden. Während sich das erarbeitete Leitbild z. B. in Radstadt allgemein auf Familien- und Lebensfreundlichkeit in der Gemeinde bezog, konzentrierten sich die Aktivitäten in Zell am See speziell auf eine seniorenfreundliche Gemeinde (Hicka 1998), weshalb dieser Prozess etwas näher beleuchtet werden soll.

Unter dem Motto „Gemeinsam nicht Einsam" sollten BürgerInnen verschiedener Altersgruppen in Zell am See zur Selbsthilfe bzw. Hilfe am Nächsten ermutigt werden. Gleichzeitig zielte der Prozess darauf ab, ehrenamtliche MitarbeiterInnen zur Durchführung der zahlreichen Schritte zur Ausarbeitung eines Leitbilds zu gewinnen. Schließlich sollte die Zusammenarbeit von Selbsthilfe, Initiativen und Projekten mit professionellen Dienstleistungsanbietern in der Seniorenarbeit und Seniorenbetreuung gefördert werden.

Als erster Schritt im Zuge des Projektablaufs erfolgte der Aufbau einer aus BürgerInnen der Gemeinde bestehenden Trägergruppe, die das Projekt unter der Leitung des Stadtrats durchführten. Insgesamt wirkten 26 Personen, mehrheit-

www.parlament.gv.at

lich Frauen, im Rahmen der Trägergruppe bzw. an den Arbeitskreisen mit. Die aktivierende Erhebung von Themen und Problembereichen im Zusammenhang mit älteren BürgerInnen bestand aus Nachbarschaftstreffen für drei Stadtteile, einer Befragung von 250 jungen und alten BürgerInnen sowie aktivierenden Seniorengesprächen. Auf dieser Basis arbeitete die Trägergruppe zusammen mit interessierten SeniorInnen das Leitbild aus. Aufgrund der Analyse von Ergebnissen der vorangegangenen Erhebungen wurden Vorschläge zu ausgewählten Themen in Arbeitskreisen ausgearbeitet.

Die Themen, die im Rahmen des Leitbilds behandelt wurden, umfassten den *Austausch zwischen verschiedenen Altersgruppen,* z. B. durch die Förderung und Verbreitung der Arbeit der existierenden Wissensbörse, überparteiliche und überkonfessionelle *Freizeitangebote, Verkehrspolitik* und die Schaffung von *Wohnungen*, in denen ältere Menschen so lange wie möglich selbständig leben können. Darüber hinaus sollen Modelle erprobt werden, in denen mehrere Generationen gemeinsam wohnen und sich gegenseitig unterstützen können. Auch soll für das neue Seniorenheim ein zukunftsorientiertes Leitbild erstellt werden, dem die Öffnung des Heims nach außen zugrunde liegt – bei gleichzeitiger Achtung des Ruhebedürfnisses älterer Menschen. Schließlich soll ein ausreichender *Informationsfluss* durch eine leicht erreichbare Kontaktperson gewährleistet werden. Diese Person soll auch die Koordination und Zusammenarbeit der verschiedenen Senioreneinrichtungen fördern. Auch das Leitbild selbst wurde schließlich im Rahmen einer öffentlichkeitswirksamen Veranstaltung den Bürgern der Gemeinde Zell am See vorgestellt.

Parallel zur Entwicklung des Seniorenleitbilds wurden in Zell am See weitere Aktivitäten gesetzt, um in der Öffentlichkeit auf die Lebenssituation und die Anliegen von Senioren in Zell am See hinzuweisen. Beispielsweise wurde 1994 das erste österreichische Seniorenparlament einberufen, um insbesondere den geplanten Bau des Seniorenheims zu thematisieren. Alle BewohnerInnen von Zell am See über 60 wurden eingeladen, wobei über 100 SeniorInnen ihre Fragen, Anregungen und Wünsche an den Gemeindevorstand, den Bürgermeister, den Baumeister sowie einen Nationalratsabgeordneten richten konnten.

Abschließend ist festzuhalten, dass die vorbildhaften Aktivitäten zur Leitbildentwicklung in Zell am See teilweise bereits in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden konnten. Dennoch bleibt abzuwarten, ob das Leitbild künftig tatsächlich gelebt wird. An diesem Beispiel zeigt sich, wie wichtig einerseits die Unterstützung der Gemeindevertretung sowie des Bürgermeisters bei der Entwicklung einer neuen kommunalen Seniorenpolitik ist. Gleichzeitig ist die Einbindung einer breiten Basis von SeniorInnen sowie anderen BürgerInnen, die bereit sind, sich zu engagieren und ihre Zeit zur Verfügung zu stellen, unerlässlich. Schließlich illustriert das Beispiel Zell am See die Relevanz öffentlichkeitswirksamer Aktivitäten, um die Belange von SeniorInnen in der Gemeinde zu verbreiten.

11.2.3.3.4 Seniorenvertretungen in Gemeinden

Im Rahmen der Studie „Chancen und Wege der Partizipation älterer Menschen am öffentlichen Leben in kleinen Gemeinden" (Blaumeiser / Wappelshammer 1999) werden eine Reihe von Chancen und Gefahren von Seniorenvertretungen auf Gemeindeebene zusammengefasst. „Seniorenvertretung" wird dabei als Überbegriff für verschiedene Möglichkeiten verwendet, die Interessen von SeniorInnen zu artikulieren (z. B. Seniorenreferate und -beauftragte, Seniorenbüros, Seniorenbeiräte, Initiativen und Projekte).

Mit Blick auf *Chancen* werden Seniorenvertretungen als eine zeitgemäße Form der politischen Mitwirkung älterer Menschen gesehen, wobei SeniorInnen ihre Potentiale und Erfahrungen zum Nutzen der Gemeinde einbringen können. Seniorenvertretungen können eine Möglichkeit sein, der Benachteiligung älterer Menschen auf po-

litischer Ebene entgegenzuwirken, wichtige Beratungsaufgaben für ältere Menschen zu übernehmen und gemeinsame Themen, die Ältere betreffen, zu artikulieren. Älteren Menschen wird im Rahmen von Seniorenvertretungen auch ermöglicht, Verantwortung für das Gemeinwesen zu übernehmen. Schließlich können sich ältere Menschen durch ihre Teilnahme an Seniorenvertretungen weiterbilden und neue Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben (Blaumeiser / Wappelshammer 1999).

Ein *Nachteil* von Seniorenvertretungen besteht darin, dass SeniorInnen eine sehr heterogene Gruppe sind und dass es nicht einfach ist, gemeinsame Interessen zu identifizieren. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass der Einsatz von SeniorenvertreterInnen als Alibi benutzt wird, wodurch letztlich eine echte Beteiligung älterer Menschen verhindert werden kann. Weitere Gefahren bestehen darin, dass nur die Interessen einer bestimmten Gruppe älterer Menschen vertreten werden oder dass die Anliegen anderer Altersgruppen in den Hintegrund gedrängt werden. Schließlich wird angeführt, dass der Aufbau neuer Gremien aufwendig ist und umfangreicher Ressourcen bedarf.

Blaumeiser / Wappelshammer (1999) stellen fest, dass es keine Idealform für Seniorenvertretungen gibt. Besonders wichtig sei es jedoch, die Formen der Beteiligung an die (politische) Kultur vor Ort anzupassen. Als weitere Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Seniorenvertretung wurden folgende Aspekte herausgearbeitet:

- Die Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten und die Gewährleistung von Spesenersatz für die Beteiligten,
- Elemente der Beratung, Moderation und Supervision von außen, sowie
- der Erwerb von Fach- und Expertenwissen der SeniorenvertreterInnen in Form von Fortbildungen, Informationsmaterial etc.

Schließlich muss auch gewährleistet werden, dass das Engagement im Rahmen der Seniorenvertretungen sich nicht nur auf eine Person stützt, sondern auf mehrere Personen verteilt werden kann.

Auf Grundlage der Studie von Blaumeiser / Wappelshammer (1999) hat das Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie eine Initiative zur Förderung der Mitsprache von SeniorInnen auf Gemeindeebene gesetzt. So wurde die Broschüre „Gemeinsam mitgestalten" herausgegeben, in der über Formen und Aufgaben von Seniorenvertretungen auf Gemeindeebene informiert und das *Seniorenvertretungsservice* des Familienministeriums vorgestellt wird. Letzteres bietet z. B. Expertenberatung vor Ort, Hilfe bei der Fragebogenerstellung und Auswertung, die Bereitstellung eines Musterstatuts für Seniorenvertretungen, Möglichkeiten der Vernetzung und des Erfahrungsaustausches sowie Fortbildungsprogramme für SeniorenvertreterInnen.

11.3 Freiwilliges Engagement älterer Menschen

Eine moderne Seniorenpolitik muss freiwilliges Engagement aus zwei Perspektiven betrachten: Zum einen kann die Verstärkung freiwilligen Engagements in Form des sozialen Ehrenamts eine Ressource für unterschiedliche Betreuungsmöglichkeiten darstellen (s. Kapitel 9). Zum anderen gewinnt das Thema Ehrenamt als Option für eine aktive Gestaltung des „Dritten Lebensalters" an Bedeutung. Diese Perspektive bildet daher den Fokus der folgenden Ausführungen.

11.3.1 Zunehmendes politisches Interesse am Ehrenamt im Alter

In den letzten Jahren rückt in allen europäischen Ländern gerade das freiwillige Engagement älterer Menschen immer mehr in den Vordergrund politischer Diskussionen. In Deutschland entstanden die Seniorenbüros, Seniorengenossenschaften und andere innovative Möglichkeiten des Engage-

www.parlament.gv.at

ments älterer Menschen. Auch in Österreich wird diesem Thema in den letzten drei Jahren vermehrt Beachtung geschenkt: So werden etwa auf Bundesebene Bürgerbüros für Jung und Alt ausgeschrieben und mehrere Bundesländer setzen Initiativen zum Thema Ehrenamt, auch mit freiwillig tätigen SeniorInnen.

Diese Entwicklung hängt zum einen mit dem oben erwähnten Strukturwandel des Alters zusammen. Mit Phänomenen wie dem früheren Pensionsalter, der höheren Lebenserwartung und dem verbesserten Gesundheitszustand älterer Menschen rückt auch die Frage nach dem Einsatz der wachsenden Potentiale älterer Menschen – auch für die Gemeinschaft – in den Vordergrund. Zum anderen wird im Rahmen von Diskussionen über die veränderte Rolle staatlicher Instanzen bei der Erbringung sozialer Leistungen zunehmend auf die Beteiligung der BürgerInnen gesetzt (Schmitz-Scherzer et al. 1994).

Gekoppelt mit dem Strukturwandel des Alters wird von einem Paradigmenwechsel in der Altenarbeit gesprochen (Zimmermann / Rickenberg 1999), wobei es zunehmend um die Aktivierung älterer Menschen und weniger um einseitige Hilfeleistungen geht (Becker / Rudolph 1994). Das neue Leitbild der Altenarbeit fußt auf Hilfe zur Selbsthilfe, der Stärkung der Potentiale der Person und der Idee der Gegenseitigkeit. Es orientiert sich an kompetenten älteren Menschen, die ihre Zeit aktiv gestalten möchten, ihre Fähigkeiten und Kenntnisse einsetzen möchten und die auch durchaus von selbstbezogenen Motiven ausgehen. Gleichzeitig wendet man sich davon ab, ältere Menschen als Gruppe zu isolieren, während der Austausch zwischen den Generationen gezielt gefördert wird, beispielsweise durch Projekte zum intergenerationalen Lernen (O'Donnabháin 1997). Selbsthilfe und freiwilliges Engagement nehmen im Rahmen eines solchen Paradigmenwechsels eine Schlüsselrolle ein.

Das „traditionelle Ehrenamt", das mit Altruismus, christlicher Nächstenliebe und Selbstaufopferung in Verbindung gebracht wird, passt allerdings nicht zu dieser neuen Orientierung der Seniorenarbeit. Vielmehr wird eher das bürgerschaftliche Engagement im Zusammenhang mit einer lebendigen Demokratie und Bürgergesellschaft diskutiert. Ihr Ziel ist es, mehr Menschen in ihrer Eigenschaft als BürgerInnen, NutzerInnen, KoproduzentInnen und Beteiligte in die praktische Mitverantwortung und Mitgestaltung im Gemeinwesen einzubeziehen (Hummel 1995). Im Kontext der politischen Partizipation älterer Menschen ist dieser Punkt besonders wichtig, da freiwilliges Engagement im lokalen Bereich eine konkrete Möglichkeit für ältere Menschen bietet, bei Themen, die sie direkt betreffen, mitzugestalten und mitzusprechen (siehe Kapitel 11.2).

Das Thema Ehrenamtlichkeit älterer Menschen wird immer wieder auch vor dem Hintergrund der Verpflichtung älterer Menschen diskutiert, „etwas für die Gesellschaft zu tun" (Tews 1994) – als Gegenpol zur Idee des Alters als einer Zeit der „späten Freiheit" (Rosenmayr 1983) bzw. des „wohlverdienten Ruhestandes". Im Zusammenhang mit dieser Kontroverse darf nicht vergessen werden, dass ein wesentliches Merkmal des Ehrenamts bzw. des freiwilligen Engagements die *Freiwilligkeit* der Tätigkeit ist.

Als weitere definitorische Pfeiler des freiwilligen Engagements gelten die *Unentgeltlichkeit*, auch wenn in der Praxis oft Aufwandsentschädigungen gewährt werden, die nicht immer von geringfügiger Entlohnung abzugrenzen sind. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass freiwillige Tätigkeiten Personen *außerhalb der eigenen Person bzw. Familie* zu Gute kommen. Auch dazu ist ein Apekt einschränkend anzumerken: Selbsthilfe und der Nutzen für die eigene Person spielen eine zunehmend wichtige Rolle. Schließlich setzen zahlreiche Definitionen voraus, dass freiwilliges Engagement *organisiert* stattfindet, wobei es von der informellen Nachbarschaftshilfe abgegrenzt wird (Strümpel / Pleschberger / Riedel 1999).

11.3.2 Gründe für ältere Menschen, freiwillig tätig zu werden

Neben der Bedeutung freiwilligen Engagements für die Gesellschaft kann es für ältere Menschen selber *vielfältige Funktionen* einnehmen. Es kann Befreiung, Emanzipation und Selbsthilfe bedeuten. Es bietet die Möglichkeit etwas Eigenes aufzubauen, familiäre Belastungen zu kompensieren sowie Leere und Einsamkeit zu vermeiden. Schließlich kann es eine neue Qualität der Lebens- und Zeitgestaltung bieten, indem man „aus dem Haus kommt", „sich gebraucht fühlt" oder durch inhaltlich attraktive Tätigkeiten neue Arbeitserfahrungen gewinnt (Schmitz-Scherzer et al. 1994).

Als *Nachteile* freiwilligen Engagements kann sich erweisen, dass eine gesicherte Existenz die Grundlage einer derartigen Tätigkeit bildet und zahlreiche – finanzielle, persönliche und soziale – Ressourcen nötig sind, um einer derartigen Tätigkeit nachzugehen. Auch der zunehmende Druck und die Professionalisierung von Bereichen, in denen viele Leistungen bislang „ehrenamtlich" erbracht wurden, kann dazu führen, dass ältere Menschen von freiwilligem Engagement abgehalten werden.

Zahlreiche *Studien* beschäftigen sich mit den *Motiven älterer Menschen,* freiwillig tätig zu werden, wobei jeweils etwas unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden:

So haben Schuhmacher / Stiehr (1996) die Wünsche älterer Ehrenamtlicher in Deutschland mit den diesbezüglichen Einschätzungen von Organisationen, die ältere Freiwillige einsetzen, verglichen. Dabei zeigt sich, dass der Wunsch nach Kontakt und Kommunikation bei älteren Menschen zwar durchaus vorhanden ist, aus ihrer Sicht aber andere Faktoren, wie das Einsetzen erworbener Fähigkeiten, eher im Vordergrund stehen. Das heißt, dass das Motiv, Kontakt zu gewinnen und einer Gemeinschaft anzugehören, von Organisationen meistens überschätzt wird. Den verantwortlichen EinsatzleiterInnen ist oft nicht bewusst, wie sehr Ältere eigene Interessen realisieren und neue Qualifikationen erwerben möchten. Darüber hinaus wünschen sich ältere Menschen, etwas für andere tun zu können und ihre Zeit sinnvoll zu verwenden (Schuhmacher / Stiehr 1998).

Auch britische Forschungsergebnisse unterstreichen, dass ältere Ehrenamtliche mit steigendem Bildungsgrad besonders daran interessiert sind, ihre erworbenen Fähigkeiten einzusetzen. Für manche ältere Menschen bildet freiwilliges Engagement einen wesentlichen Teil der Lebensplanung im Umgang mit Pensionierung oder Arbeitslosigkeit. Für andere dient es wiederum der Bewältigung veränderter Lebenssituationen wie Partnerverlust, Umzug oder Auszug der Kinder (Forster 1997).

In Niederösterreich und Österreich[3] unterscheiden sich die Gründe älterer und jüngerer Menschen, freiwillig tätig zu werden, nur in wenigen Aspekten. Während der Wunsch, etwas für die Gemeinschaft zu tun bzw. anderen Menschen zu helfen, für alle weit oben steht, sind religiöse Motive bei Menschen über 55 wichtiger als bei Menschen unter 55. Der Wunsch, Kontakte zu knüpfen, steht bei Menschen unter 55 an erster, bei jenen über 55 erst an fünfter Stelle. Dieser Befund deckt sich mit den oben erwähnten Ergebnissen (Schuhmacher / Stiehr 1996), dass Kontaktsuche als Motiv für freiwillige Tätigkeit bei älteren Menschen häufig überschätzt wird. Fragt man nach Vorteilen, die für den Einzelnen mit freiwilligem Engagement verbunden sind, ist für ältere Menschen das Vertreten ihrer Überzeugungen wichtiger als für Jüngere. Umgekehrt steht für jüngere Menschen die Erweiterung ihrer Lebenserfahrungen mehr im Vordergrund als für Menschen über 55 (Strümpel / Riedel / Pleschberger 1999).

3 Die im Folgenden vorgestellten Zahlen für Österreich beziehen sich in erster Linie auf Niederösterreich, da sie im Rahmen der Studie „Freiwilliges Engagement in Niederösterreich. Status quo und internationale Beispiele der Förderung" (Strümpel / Riedel / Pleschberger 1999) ausgewertet wurden. Gesondert erwähnt werden Fälle, bei denen die Niederösterreich-Daten nicht den österreichischen entsprechen.

www.parlament.gv.at

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden in den Tätigkeitsbereichen und -profilen (s. Kapitel 11.3.4) finden sich auch bezüglich der Motive, tätig zu werden, geschlechtsspezifische Besonderheiten. Während Frauen im Rahmen einer freiwilligen Tätigkeit eher neue Arbeitsbereiche kennenlernen möchten, steht für Männer eher die Weiterführung der im Beruf erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten im Vordergrund (Schuhmacher / Stiehr 1996).

In zahlreichen Studien zeigt sich, dass weniger die persönlichen Motive im engeren Sinne, sondern vielmehr die Ansprache von Freunden, Bekannten oder der jeweiligen Organisation für die Aufnahme einer freiwilligen Tätigkeit auschlaggebend sind. Gerade bei älteren Ehrenamtlichen steht dieser Aspekt besonders im Vordergrund. So geben Ehrenamtliche mehrheitlich an, dass sie ehrenamtlich tätig wurden, weil sie gefragt worden waren bzw. weil sie erfahren hatten, dass die Organisation jemanden brauchte (Atfield 1994, Forster 1997). In Niederösterreich und Österreich geben über 50% aller freiwillig Aktiven an, dass sie von anderen gezielt angesprochen wurden (55% der Aktiven über 55). Dies spielt im Zusammenhang mit der Frage danach, wie und ob ältere Menschen, die noch nicht aktiv sind, für freiwilliges Engagement gewonnen werden können, eine große Rolle (s. Kapitel 11.3.4).

11.3.3 Freiwilliges Engagement älterer Menschen: Ausmaß, Zielgruppen und Bereitschaft

Für Konzepte zur Förderung freiwilligen Engagements älterer Menschen ist von Interesse, wie viele ältere Menschen bereits tätig sind, um welche Personengruppen es sich dabei handelt und wie viele Nicht-Aktive prinzipiell bereit wären, freiwillig tätig zu werden.

11.3.3.1 Ausmaß

Zum Umfang freiwilligen Engagements älterer Menschen liegen sehr unterschiedliche Befunde vor, die sich nach Erhebungsmethode, befragten Bevölkerungsgruppen und Region unterscheiden.

In Niederösterreich sind 41% der Menschen über 65 formell und informell aktiv, wobei in Gesamtösterreich lediglich 27% der Personen über 65 aktiv sind.[4] In Niederösterreich entspricht das Engagement älterer Menschen jenem anderer Altersgruppen, in Gesamtösterreich ist es wesentlich geringer (s. Tabelle 4). Dies dürfte unter anderem auf die ländlichen Strukturen in Niederösterreich zurückzuführen sein: allgemein findet sich in kleineren Orten mehr Engagement als in städtischen Gebieten. Darüber hinaus befindet sich in Niederösterreich traditionell ein gut ausgebautes Netz an Vereinen, in denen auch zahlreiche ältere Menschen tätig sind.

Interessante Unterschiede ergeben sich zwischen Jungen und Älteren in der Art des Engagements. Während 30% der Menschen unter 55 organisiert aktiv sind, sind es lediglich 20% der Personen über 55. Ehrenamtliche Funktionen im Rahmen von Organisationen werden allerdings in etwa gleichem Ausmaß ausgeübt. Dies dürfte die Tatsache widerspiegeln, dass jüngere Menschen immer weniger Verantwortung auf Ebene von Funktionärstätigkeiten übernehmen wollen (Strümpel / Pleschberger / Riedel 1999).

Bei der informellen Nachbarschaftshilfe zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Dort sind 49% der Älteren, aber nur 38% der Jüngeren aktiv. Dies deckt sich mit Befunden von Reinprecht (1999), wonach nicht-organisierte Nachbarschaftshilfe die am häufigsten genannte Form freiwilliger Tätigkeit älterer Menschen ist. Im Rahmen dieser Studie in der Gürtel-Region Wiens gaben ein Drittel der befragten Menschen über 50 an, dass sie unbezahlten Tätigkeiten in der Nachbarschaft nachgehen (Reinprecht 1999).

4 In Deutschland sind ein Drittel der Senioren nach dem Berufsleben informell und formell freiwillig aktiv. Bei den 65-70-jährigen sind es fast 50% (Verhülsdonk 1999).

www.parlament.gv.at

Tabelle 11.4:
Gesellschaftliche Partizipation (informell und formell) nach Alter

		Niederösterreich		Österreich	
		nicht aktiv	aktiv	nicht aktiv	aktiv
bis 25	absolut	50	50	355	278
	%	49,6	50,4	56,1	43,9
25-35	absolut	108	65	559	343
	%	62,7	37,3	62,0	38,0
35-45	absolut	81	68	472	314
	%	54,2	45,8	60,1	39,9
45-55	absolut	56	34	292	227
	%	62,1	37,9	56,3	43,7
55-65	absolut	68	28	349	172
	%	70,9	29,1	67,0	33,0
65 und älter	absolut	83	58	449	166
	%	58,8	41,2	73,0	27,0
Gesamt	absolut	446	303	2.477	1.500
	%	59,5	40,5	62,3	37,7

Quelle: Strümpel / Pleschberger / Riedel 1999: 245. – Anmerkung: Prozentangaben = Prozent in der Altersgruppe.

11.3.3.2 Wer ist freiwillig tätig?

In allen Studien zum Ehrenamt werden über alle europäischen Länder hinweg eindeutige Zusammenhänge zwischen Bildungsstand, Einkommen, Schicht und freiwilligem Engagement festgestellt (Gaskin / Davis Smith 1995, Forster 1997, Reinprecht 1999, Strümpel / Pleschberger / Riedel 1999). Dabei sind Menschen mit höherer Bildung, höherem Einkommen und einer höheren Schicht zugehörige Personen eher freiwillig aktiv als andere (siehe auch Wahlverhalten, Kapitel 11.2). Diese Zusammenhänge sind bei Menschen über 55 besonders prägnant, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass Schicht- und Bildungsunterschiede bei dieser Generation deutlicher verankert sind.

Die Tatsache, dass ehrenamtliches Engagement traditionellerweise mit kirchlichen Aktivitäten verbunden ist, spiegelt sich auch empirisch wider. So sind Menschen mit Glaubensbekenntnis eher aktiv als Menschen ohne Glaubensbekenntnis. Personen, die öfters die Kirche besuchen, sind eher ehrenamtlich tätig als Menschen, die seltener in die Kirche gehen. Auch hier sind die Zusammenhänge bei älteren Menschen eindeutiger als bei jüngeren Menschen (Strümpel / Pleschberger / Riedel 1999).

Über alle Freiwilligen hinweg sind tendenziell Männer und Frauen gleichermaßen aktiv, wobei Männer eher im „politischen Ehrenamt" (Vorständstätigkeiten etc.) und Frauen im sozialen Ehrenamt und in durchführenden Tätigkeiten engagiert sind (Backes 1987, Gaskin / Davis Smith 1995, Reinprecht 1999). Auch beim Merkmal Geschlecht zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei älteren Menschen noch größer sind. So sind bei den Älteren noch mehr Männer als Frauen in Vorstandstätigkeiten involviert und noch mehr Frauen als Männer bei Besuchsdiensten. Hier setzen sich die im Erwerbsleben vorhandenen Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen auch im Rahmen frei-

www.parlament.gv.at

willigen Engagements fort. Bezeichnend ist auch, dass in Österreich in der Gruppe der über 55-jährigen Personen Männer aktiver sind als Frauen. Dies könnte man so interpretieren, dass außerhäusliche Aktivitäten von Frauen im Rahmen der traditionellen Geschlechterrollen selbst in Form von freiwilligem Engagement wenig Platz haben (Strümpel / Riedel / Pleschberger 1999).

11.3.3.3 Bereitschaft zu freiwilligem Engagement

Über alle Altersgruppen hinweg sind 11% der Niederösterreicher nicht aktiv, äußern aber eine grundsätzliche Bereitschaft, sich freiwillig zu engagieren.[5] Ein interessanter Aspekt ergibt sich aus folgender Überlegung: Zählt man diejenigen zusammen, die als Antwort zu der Frage, warum sie nicht tätig sind, „kein spezieller Grund", „bin nie gefragt worden", „nie darüber nachgedacht" und „kann es mir nicht leisten" angegeben haben – also Gründe, bei denen man davon ausgehen kann, dass sie durch gezielte Maßnahmen überwunden werden können – ergibt sich für Niederösterreich ein „Potential" von 18% aller Personen.

Bei den über 55-jährigen in Niederösterreich ist interessant, dass nur 3% der bisher Nicht-Aktiven eine grundsätzliche Bereitschaft zum Engagement angeben, aber 15% aller Nicht-Aktiven ein „Potential" im o. g. Sinne darstellen würden. Bei Jüngeren ist diese Diskrepanz zwischen geäußerter Bereitschaft und „Potential" viel geringer. Vermutlich sind ältere Menschen vorsichtiger in ihrem Antwortverhalten, weshalb davon auszugehen ist, dass auch ältere Menschen, die keine grundsätzlich Bereitschaft äußern, freiwillig tätig würden, wenn sie gezielt darauf angesprochen würden (Strümpel / Pleschberger / Riedel 1999). Dies sollte einerseits bei der Interpretation von Umfragen oder persönlichen Erkundigungen nach der Bereitschaft älterer Menschen ehrenamtlich tätig zu werden berücksichtigt werden, aber auch bei der Planung von möglichen Einsatzbereichen und Rekrutierungsformen.

In diesem Zusammenhang ist in Erinnerung zu bringen, dass ältere Menschen etwas tun, wenn sie darum gebeten werden (siehe oben). So begannen in fünf europäischen Ländern 25% der Befragten, nach ihrer Pensionierung tätig zu werden – besonders die männlichen Befragten (Atfield 1994). Im Rahmen der Deutschen Seniorenbüros engagierten sich 35% der dort tätigen älteren Menschen zum ersten Mal. Insgesamt kann somit festgehalten werden, dass ein erhebliches Potential an noch nicht aktiven älteren Menschen für freiwilliges Engagemen aktiviert werden könnte.

Angesichts der Gründe, die von Befragten gegen ein Engagement vorgebracht werden, wird deutlich, dass sowohl bei Jüngeren als auch bei Älteren die Hauptgründe gegen ein Engagement „kein spezieller Grund", „ich bin nie gefragt worden" und „ich bin kein geselliger Mensch" sind (Strümpel / Pleschberger / Riedel 1999). Allerdings bestehen in zwei Punkten gewichtige Altersunterschiede: Während „keine Zeit" bei Menschen unter 55 Jahren an erster Stelle steht, kommt dieser Aspekt bei Menschen über 55 Jahren erst an fünfter Stelle. „Krankheit, Alter und Behinderung" ist bei älteren Menschen der viertwichtigste Grund, nicht freiwillig tätig zu sein, bei Jüngeren findet er sich erst an neunter Stelle. Obwohl ältere Menschen in zahlreichen Tätigkeitsfeldern aktiver werden und weniger Zeit haben, zeigt sich, dass Zeit als Barriere eine vergleichsweise geringe Rolle spielt, während „Krankheit, Alter und Behinderung" ein ganz reales Hemmnis für freiwilliges Engagement älterer Menschen sein kann.

11.3.4 Bereiche, Tätigkeiten und Organisationsformen freiwilligen Engagements älterer Menschen

Freiwilliges Engagement älterer Menschen – wie auch freiwilliges Engagement allgemein – findet im

5 45% der Niederösterreicher sind aktiv und 44% sind nicht aktiv und äußern auch keine prinzipielle Bereitschaft, freiwillig tätig zu werden.

Rahmen einer großen Bandbreite von inhaltlichen Bereichen, Organisationen und Tätigkeiten statt.

Inhaltliche *Bereiche,* in denen freiwilliges Engagement älterer Menschen stattfindet, umfassen Umwelt- und Naturschutz, Soziale Dienste, Kultur, Sport, Erwachsenenbildung u. v. m. In Österreich sind die meisten Personen über alle Altersgruppen hinweg im Rahmen von kirchlichen Aktivitäten tätig. Bei der Ausübung von ehrenamtlichen Funktionen sind die am häufigsten genannten Bereiche der Sport, politische Parteien und Gewerkschaften. Für Personen über 55 ergibt sich ein etwas anderes Bild: Während die meisten über 55-jährigen im kirchlichen Bereich eine ehrenamtliche Funktion inne haben, stehen ehrenamtliche Funktionen im sozialen Bereich bei den über 55-jährigen schon an zweiter Stelle. Danach kommen ehrenamtliche Funktionen in Pensionisten- und Volksgruppen. Sport steht für Menschen über 55 in Bezug auf ehrenamtliche Funktionen erst an vierter Stelle, für Menschen unter 55 an zweiter Stelle (Strümpel / Pleschberger / Riedel 1999).

Mit Blick auf konkrete Tätigkeiten älterer Ehrenamtlicher reicht die Bandbreite von der Mitarbeit in Vorständen und der Organisation von Veranstaltungen über Besuchsdienste und Büroarbeit bis hin zu Spenden sammeln, Gruppen leiten u. v. m., wobei die Tätigkeiten auf allen Verantwortungsebenen angesiedelt sind – mit Einschränkung der bereits erwähnten geschlechtsspezifischen Aufgabenverteilung (s. auch Kapitel 11.3.3.1).

Traditionellerweise sind z. B. in Deutschland und Österreich zahlreiche SeniorInnen im Rahmen von Wohlfahrtsverbänden, Seniorenorganisationen (siehe oben) und unterschiedlichen Vereinen freiwillig tätig. In den letzten Jahren haben sich gerade in Deutschland – verbunden mit dem bereits erwähnten Paradigmenwechsel in der Altenarbeit – viele neue Organisationsformen für freiwilliges Engagement älterer Menschen entwickelt.

Diese vielfältigen Formen des Engagements werden unter den verschiedensten Bezeichnungen geführt. Es wird von Altenbildung, Altenselbsthilfe, bürgerschaftlichem Engagement u. v. m. gesprochen. Beispielsweise wird im Rahmen der Selbsthilfe in Deutschland zwischen Altenselbsthilfegruppen, Alteninitiativen, Altenprojekten und Seniorengenossenschaften unterschieden. Bei der Selbsthilfe wird davon ausgegangen, dass sie zwei Wirkungsebenen hat: die auf das Individuum gerichtete und die auf das soziale System bezogene Ebene. Daher ist es auch sehr schwierig abzugrenzen, welche Tätigkeiten zur Selbsthilfe gehören und welche eher als ehrenamtliches Engagement gelten (Reggentin / Dettbarn-Reggentin 1999). Zwei Bereiche freiwilligen Engagements stehen in Deutschland seit einigen Jahren besonders im Vordergrund: Seniorengenossenschaften und Seniorenbüros.

Die ersten *Seniorengenossenschaften* sind 1991 in Baden-Württemberg gegründet worden, wobei hier ältere Menschen unterschiedlichste Leistungen erbringen, die verrechnet und auf ein Zeitkonto gutgeschrieben werden. Wenn diese Personen selber Hilfe benötigen, können Sie mittels ihres Zeitkontos auf die Hilfe anderer Menschen zurückgreifen. Während sich 1993 1.600 Personen in 12 Initiativen engagiert haben, waren es 1994 schon 2.400 Mitglieder. Mehr als die Hälfte der hier engagierten Personen waren zuvor nicht freiwillig engagiert (Alber / Schölkopf 1999).

Seniorenbüros wurden in Deutschland erstmals im Rahmen eines 1994 initiierten Modellprogramms aufgebaut. Ihr Ziel ist die Heranführung älterer Menschen in der nachberuflichen Phase an ehrenamtliche Tätigkeiten, bei denen sie ihre Lebenserfahrungen und Kenntnisse einsetzen können. Sie stellen eine zentrale Anlauf- und Vermittlungsstelle für freiwilliges Engagement dar und bieten auch zahlreiche Möglichkeiten für ältere Menschen, selber Initiativen und Projekte zu gründen. Es wurden 44 Seniorenbüros in ganz Deutschland im Rahmen des Modellprogramms gefördert. In diesen Seniorenbüros sind ca. 35.000 Personen, davon 37% Männer, freiwillig tätig, wo-

www.parlament.gv.at

bei das Durschschnittsalter 67 beträgt. Zusammen mit jenen Seniorenbüros, die außerhalb dieses Rahmens entstanden sind, bestehen in Deutschland 100 Seniorenbüros, die von Kommunen, Wohlfahrtsverbänden, Kirchengemeinden und freien Initiativen getragen werden (ISIS 1999, BAGSO 1994).

In Österreich ist die Entwicklung bezüglich neuerer Engagementformen für ältere Menschen langsamer. Dennoch bilden sich zunehmend neue Organisationsformen für freiwilliges Engagement älterer Menschen heraus, wie etwa „Bürgerbüros für Jung und Alt", Nachbarschaftszentren oder Initiativen von Senioren für Senioren. Im Folgenden sollen exemplarisch einige Möglichkeiten freiwilligen Engagements älterer Menschen in Österreich aufgezeigt werden.

Zum einen sind die vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie initiierten Modellprojekte *„Bürgerbüros für Jung und Alt"* zu nennen, die auf der Idee der deutschen Seniorenbüros basieren. Sie sollen konkrete Impulse zur Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements bieten und eine Drehscheibe für ältere Ehrenamtliche sein, aber auch für Organisationen, die Freiwillige suchen. Dabei wurde zunächst vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie eine Startförderung für 10 Bürgerbüros in Österreich ausgeschrieben, wobei sowohl Schulung und Ausbildung für die dort Tätigen als auch Beratung und Organisationshilfe angeboten werden. Gegenwärtig existieren bereits 10 Bürgerbüros in 8 Bundesländern. In erster Linie erfolgt deren Finanzierung durch die Gemeinden. Beispiele für Aktivitäten, die durch die Bürgerbüros vermittelt werden können, sind die Tätigkeit als Schülerlotse, das Abholen von Kindern, Hilfe bei Amtswegen, kleine Handwerksdienste etc. Beispiele für Initiativen, die von älteren bzw. jüngeren Menschen aufgebaut werden können, sind der Kulturaustausch, Zeitzeugen, Erzählcafes, das Sorgentelefon etc. Rahmenbedingungen, die für alle Bürgerbüros vorgegeben werden, sind u. a. die Gewährleistung von Spesenersatz, Haftpflicht- und Unfallversicherung für Ehrenamtliche, adäquate Räumlichkeiten sowie die Dokumentation der Tätigkeiten (BMUJF 1999).

Eine weitere Möglichkeit, freiwillig tätig zu sein, bieten die sieben *Nachbarschaftszentren des Wiener Hilfswerks*. Obwohl sie sich an Menschen aller Altersgruppen richten, sind es in der Realität mehrheitlich ältere Menschen, die sich dort freiwillig engagieren. Das Ziel der Zentren ist es, Hilfe anzubieten, aber auch ein Forum für Menschen zu sein, die helfen wollen. Die Grundsätze ihrer Arbeit basieren auf dem Konzept des gegenseitigen Austauschs und der Offenheit der Angebote. So gibt es zahlreiche BesucherInnen, die die Gruppen- und Beratungsangebote wahrnehmen und dadurch auch an ein freiwilliges Engagement in den Nachbarschaftszentren herangeführt werden. Die Nachbarschaftszentren bieten, wie auch die Bürgerbüros, Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen oder Initiativen der BesucherInnen an. Tätigkeiten Freiwilliger in den Nachbarschaftszentren umfassen Besuchsdienste, Lernhilfe, Hilfe bei der Organisation von Festen und Flohmärkten u. v. m. (Oberbauer 1998).

Die *Wissensbörse* in Wien ist eine 1990 gegründete Initiative, in denen ältere und jüngere Menschen Erfahrungen, Kenntnisse und Wissen austauschen können. Insbesondere bietet sie gerade SeniorInnen die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und Wissensinhalte weiterzugeben. Zahlreiche ältere Ehrenamtliche sind damit beschäftigt, Anbieter und Suchende der Wissensvermittlung (Sprachen, Auskunft zu bestimmten Fachgebieten etc.) miteinander in Kontakt zu bringen. Konkrete Angebote sind u. a. das Café, der Euleninfo, Referate und Diskussionsveranstaltungen.

Die *GEFAS Steiermark* wurde 1991 von SeniorenstudentInnen an der Universität Graz gegründet. Ihr Ziel ist es, ältere Menschen zu motivieren und zu aktivieren, um einer Ausgrenzung entgegenzuwirken, Vorurteile gegenüber anderen Generationen abzubauen und Solidarität und

Zusammenhalt zwischen den Generationen zu fördern. Die Organisation beruht weitgehend auf der ehrenamtlichen Tätigkeit von SeniorInnen. Die GEFAS Steiermark führt zahlreiche Projekte durch, wie das Projekt „Wohnen für Hilfe", bei dem junge Menschen Älteren Hilfe anbieten und dafür kostengünstig bei diesen wohnen können. Darüber hinaus werden u. a. Ringvorlesungen, Arbeitskreise und Schulprojekte zu Generationenthemen angeboten. Zwei wichtige Mottos prägen ihre Arbeit: „Generationen: Miteinander, Füreinander, Zueinander" und „Mitbestimmen, mitgestalten und sich dabei selbst entfalten" (Kurz 1999).

Der *Austrian Senior Experts Pool* (ASEP) wurde 1988 in Zusammenarbeit mit der Vereinigung österreichischer Industrieller (VÖI) gegründet und hatte zum Ziel, die Erfahrung und das Wissen pensionierter ManagerInnen zu erhalten und in Bereichen und Ländern einzusetzen, in denen ein Bedarf an entsprechender Expertise besteht. Zu den Mitgliedern zählen in erster Linie Manager und Managerinnnen, die bereits in Pension sind oder nicht mehr im Arbeitsprozess stehen. Die Hauptaufgaben bestehen darin, Konzepte für Branchen oder Betriebe zu erstellen (z. B. Management von Tourismusbetrieben in China), Vorträge zu halten oder an Diskussionen mit ausländischen ManagerInnen teilzunehmen. Die Tätigkeiten von ASEP bringen sowohl für die pensionierten ManagerInnen, die ihre Erfahrungen produktiv einsetzen können, als auch für die in- und ausländischen Industriebetriebe, bei denen sie eingesetzt werden, große Vorteile mit sich (Jaekel 1994).

Seit 1994 gibt es die Initiative *Seniorarchäologie* in Wien, bei der ältere Ehrenamtliche verschiedenen archäologischen Aktvitäten nachgehen können. Dazu gehören die Ausgrabung, die Aufarbeitung von Materialien (Waschen, Beschriften, Sortieren und Restaurieren) sowie die Mitgestaltung von Ausstellungen, Veröffentlichungen etc. Insgesamt werden 360 ältere Menschen als freiwillig Engagierte in der Statistik geführt. Im Jahr 1997 wurden in drei Werkstätten 5300 ehrenamtliche Arbeitsstunden von SeniorInnen geleistet (Strohschneider-Laue 1998).

Diese Beispiele zeigen, dass sich in Österreich in den letzten zehn Jahren einige innovative Formen des freiwilligen Engagements für ältere Menschen herausgebildet haben. Die Einsatzbereiche sind vielfältig und erlauben es SeniorInnen, eine Auswahl in Hinblick auf ihre Wünsche und Fähigkeiten zu treffen. Diese innovativeren Initiativen sind in erster Linie im städtischen Bereich anzutreffen, während am Land eher traditionelle Formen der Ehrenamtlichkeit zu finden sind. Prinzipiell ist festzustellen, dass sich in Österreich weniger Initiativen „von unten" entwickelt haben, sondern dass es auch der verstärkten Anregung „von oben" bedarf, um innovativere Möglichkeiten des Engagements aufzubauen.

11.3.5 Zusammenfassende Überlegungen

Es ist deutlich geworden, dass zahlreiche ältere Menschen bereits freiwillig engagiert sind, und dass ehrenamtliche Tätigkeiten eine Reihe von Funktionen für ältere Menschen einnehmen können. Darüber hinaus wurde festgehalten, dass es durchaus noch ein immenses Potential an SeniorInnen gibt, die zu freiwilligem Engagement angeregt werden könnten. Dazu wäre es wünschenswert, weitere – auch innovative – Möglichkeiten des Engagements aufzubauen und ältere Menschen gezielt dazu anzuregen, diese Angebote zu nutzen.

Problematische Aspekte im Zusammenhang mit freiwilligem Engagement können u. a. dort auftreten, wo Konkurrenz zur gewerblichen Wirtschaft entsteht, beispielsweise bei Handwerksdiensten. Darüber hinaus kann es, gerade auch im sozialen Bereich, im Rahmen freiwilliger Tätigkeiten zur Zementierung traditioneller Rollenklischees kommen, indem weiterhin Männer in Bereichen tätig sind, die mit höherer Anerkennung und weiteren Handlungsspielräumen verbunden sind, während sich Frauen in Bereichen wiederfinden, die ihrer

www.parlament.gv.at

traditionellen Geschlechterrolle entsprechen (Becker / Rudolph 1994).

Um freiwilliges Engagement älterer Menschen sinnvoll zu gestalten, müssen politische EntscheidungsträgerInnen darauf achten, dass freiwillige SeniorInnen nicht eingesetzt werden, um Lücken zu füllen, die durch finanzielle Engpässe entstehen. Ältere Menschen dürfen zudem in ihrem Einsatz nicht überlastet werden und, d. h. ihre Bedürfnisse bei einem solchen Engagement sind zu berücksichtigen. Der Blick sollte also darauf gerichtet werden, unter welchen Bedingungen und in welcher Form freiwilliges Engagement zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen beiträgt. D. h., dass Organisationen und Politik bei der Förderung der freiwilligen Tätigkeit älterer Menschen adäquate Rahmenbedingungen für dieses Engagement bereitstellen müssen.

Es reicht nicht, wenn Organisationen älteren Freiwilligen lediglich ein Forum für Kontakte, Geselligkeit und Gemeinschaftsgefühl bieten. Vielmehr muss älteren Menschen die Möglichkeit geboten werden, für sie interessante Einsatzbereiche und -tätigkeiten gezielt auszuwählen, ihre eigenen Interessen zu realisieren und neue Qualifikationen – auch in Form gezielter Weiterbildung – zu erwerben. Mitspracherechte bei der Gestaltung der Arbeit, Wahl der Tätigkeit und Einflussnahme auf Termingestaltung werden bisher von vielen Organisationen unterschätzt (Stiehr / Schuhmacher 1996). Auch die Absicherung gegen Risiken in Form von Haftpflicht- und Unfallversicherung ist – nicht nur – älteren Ehrenamtlichen ein wesentliches Anliegen (Schuhmacher / Stiehr 1996; Strümpel / Pleschberger / Riedel 1999). Das Moment der Anerkennung und Wertschätzung freiwilliger Tätigkeiten Älterer muss sehr ernst genommen werden, wobei weniger der materielle Aspekt als vielmehr der Erlebnisaspekt im Sinne von interessanten Freizeitaktivitäten o. ä. und die Vermittlung einer ehrlich gemeinten Anerkennung im Vordergrund steht (Stiehr / Schuhmacher 1996).

Im Hinblick darauf, dass – gerade auch bei älteren Menschen – jene mit höherer Bildung und höherem Einkommen eher freiwillig aktiv sind, sollte auch versucht werden, Menschen aus benachteiligten Gruppen das freiwillige Engagement zu ermöglichen. Dies würde den integrativen Charakter freiwilligen Engagements, der gerade in letzter Zeit häufig angeführt wird, stärken. Dazu gehören einerseits die Herstellung entsprechender Rahmenbedingungen, wie Auslagenersatz oder flexible Einsatzmöglichkeiten, und andererseits gezieltes, zugehendes Ansprechen derartiger Gruppen.

Bei Überlegungen hinsichtlich der Gewinnung für SeniorInnen für freiwillige Tätigkeiten sollte im Auge behalten werden, dass SeniorInnenen aufgrund von gezielter Ansprache und konkreten Angeboten zu freiwilligem Engagement motivierbar sind. Daher sollte darauf geachtet werden, adäquate Angebote zu schaffen und SeniorInnen gezielt und zugehend zu kontaktieren.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass freiwilliges Engagement für ältere Menschen vielfältige Chancen zur Mitgestaltung, Mitsprache sowie zur persönlichen Lebensgestaltung bieten kann, vorausgesetzt, dass von politischer und organisatorischer Seite adäquate Rahmenbedingungen gesetzt werden.

11.4 Perspektiven

Die veränderten Rahmenbedingungen für *politische und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen* haben in Österreich während des letzten Jahrzehnts zu instutionellen Anpassungsprozessen geführt, in deren Folge sich nicht nur neue Formen der Beteiligung, sondern auch Ansätze für neue Inhalte der Alter(n)spolitik entwickelt haben.

Dass diese Entwicklung nur langsam vonstatten geht, steht in Kontrast zu dem relativ rasch ansteigenden durchschnittlichen Wähleralter und dem

hohen Organisationsgrad älterer Menschen. Nun kann man daraus schließen, dass der Faktor Alter ebenso wie die große Zahl allein offensichtlich nicht ausreichen, um das Ausmaß an politischem Einfluss bzw. das Gewicht einer Bevölkerungsgruppe im Zusammenhang mit politischen Entscheidungsprozessen zu bestimmen. Damit rücken die vorhandenen politisch-institutionellen, gesellschaftlichen und individuellen Barrieren der Mitsprache älterer Menschen in den Mittelpunkt des Interesses.

Entscheidende *politische Hindernisse* bestehen in der Schwierigkeit vieler älterer Menschen, adäquate Informationen über politische Zusammenhänge und gesetzliche Regelungen zu erhalten. Innerhalb der bestehenden Senioren- und Pensionistenorganisationen, die hier nur zum Teil Abhilfe schaffen, werden wiederum andere Hindernisse für die Gestaltung einer eigenständigen Alter(n)spolitik identifiziert – beispielsweise durch das unterschiedliche Politikverständnis zwischen „Basis" und Funktionären oder auch durch die für Österreich spezifische Nähe der Seniorenorganisationen zur Parteipolitik. Die Erfolge und Leistungen von Pensionistenverband und Seniorenbund sollen durch solche kritischen Einwände nicht geschmälert werden, denn die in den letzten Jahren beobachtbare Zunahme von *institutionalisierten Mitsprachegremien* auf Bundes-, Landes- und zum Teil auch auf Gemeindeebene, die Durchsetzung des *Bundes-Seniorengesetzes* und die Etablierung von *SeniorenreferentInnen in allen Bundesländern* werden von den meisten interessierten Personen grundsätzlich begrüßt. Allerdings wird diese Form der Institutionalisierung politischer Mitbestimmung längst nicht als *die* demokratische Errungenschaft schlechthin erachtet. Einerseits wird durch die jetzt bestehenden Seniorenbeiräte der Eindruck eines Vertretungsmonopols der den politischen Parteien zuzuordnenden Seniorenorganisationen verstärkt. Andererseits lassen einige Beiratskonstruktionen, die „von oben" vorgegeben werden, darauf schließen, dass es hier in erster Linie um die Profilierung des einen oder anderen Politikers geht. Seniorenbeiräte könnten aber auch relativ wertfrei einfach als zusätzliche Möglichkeit der Einflussnahme beschrieben werden, als sprichwörtlicher „erster Schritt" für eine bessere Vertretung der SeniorInnen und eine stärkere öffentliche Wahrnehmung ihrer Anliegen, auch wenn über die Struktur und die Legitimität solcher Beiräte weiter diskutiert werden muss.

Ähnlich verhält es sich mit neu etablierten *Seniorenreferaten* auf Landesebene, die einerseits ein zusätzliches Zeichen für eine gewisse Aufbruchstimmung der Seniorenpolitik sind, andererseits aber nach Wegen suchen, um die Vertretung *für* SeniorInnen durch Möglichkeiten des Engagements *von* SeniorInnen – also durch Maßnahmen, welche die soziale Partizipation befördern – zu ergänzen. Es wäre wünschenswert, dass zwischen Seniorenbeiräten und Seniorenreferaten sowie kommunalen und regionalen AktivistInnen ein kontinuierlicher Austausch stattfindet, dass die Seniorenorganisationen und -initiativen die Seniorenreferate aktiv nutzen und dass Seniorenreferate, wo notwendig, vor allem aktivierend wirken, um weit verbreitete Schwellenängste zu überwinden.

In diesem Zusammenhang erlangen die von vielen älteren Menschen wahrgenommenen *gesellschaftlichen Barrieren und Diskriminierungen,* mit denen sie häufig konfrontiert sind, besondere Relevanz. In erster Linie betrifft dies das immer noch vorherrschende negative Altersbild, welches nicht zuletzt von den Medien geprägt und transportiert wird. Eine Konsequenz daraus ist ein kollektiv, vor allem aber individuell oft mangelndes Selbstbewusstsein älterer Menschen, welches durch die unterschiedlichen Verlusterlebnisse im Alter (Übergang in die Pension, Tod von Angehörigen und Freunden) noch verstärkt wird. Vor allem im höheren Alter entsteht das Gefühl gesellschaftlicher Ausgrenzung nicht zuletzt auch durch die Schwierigkeit, mit dem beschleunigten technologischen Wandel Schritt zu halten.

Damit sind auch schon einige *individuelle Merkmale* angesprochen, die Barrieren der gesell-

schaftlichen und politischen Partizipation darstellen können. Natürlich sind hier zum Teil gesundheitliche Einbußen zu nennen, aber auch biografische Prägungen, mangelnde Eigeninitiative oder einfach Passivität. Schließlich darf auch das umgekehrte Phänomen nicht gering geschätzt werden – dass ältere Menschen nämlich so vielen Aktivitäten bzw. Verpflichtungen (z. B. Betreuung von Enkelkindern, Pflege von Angehörigen) nachkommen, dass sie keine Zeit und Energie für zusätzliche politische und gesellschaftliche Partizipation aufbringen können.

Im allgemeinen lässt sich jedoch feststellen, dass für viele ältere Menschen *freiwilliges Engagement* eine willkommene Möglichkeit darstellt, um ihre zeitlichen Ressourcen und ihre Lebenserfahrung sowie die mit der individuellen Biografie verbundenen Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der aktiven Gestaltung gesellschaftlicher Prozesse einzubringen. Allerdings ist auch in diesem Bereich ein gewisser Wandel wahrzunehmen. Traditionelle Bereiche freiwilligen Engagements, etwa im Sozialbereich, werden zunehmend professionalisiert – eine Tendenz, die schwindende Einsatzmöglichkeiten für freiwillige HelferInnen bzw. wachsenden Spannungen zwischen Ehrenamtlichen und Professionellen nach sich zieht. Gleichzeitig erlebt freiwilliges Engagement im Zusammenhang mit Finanzierungsproblemen des Wohlfahrtsstaats und Debatten um die Bürgergesellschaft – zumindest rhetorisch – eine bemerkenswerte Renaissance. In diesem Zusammenhang entstehen neue Möglichkeiten für ältere Menschen freiwillig tätig zu sein, wie etwa im Rahmen von kleineren Initiativen oder Bürgerbüros. Diese neuen Bereiche des bürgerschaftlichen Engagements stellen gleichzeitig ein Potential dar, um Formen der sozialen Teilhabe und Einflussnahme zur erproben, die in traditionellen Organisationen meist nicht möglich sind. Bei der Förderung solcher Aktivitäten darf allerdings nicht vergessen werden, dass sie häufig erhebliche Zeitressourcen binden und eine nicht unbeträchtliche psychische und körperliche Belastung darstellen können. Freiwilliges Engagement darf somit nicht als generelle Lösung für gesellschaftliche Probleme des Alterns angenommen werden. Es muss vielmehr darauf geachtet werden, dass es älteren Menschen als – an ihre Lebenssituation angepasste – Möglichkeit zur aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben angeboten wird (ergänzend: Kap. 13.7).

Eine *zukunftsorientierte Seniorenpolitik, die die politische und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen fördern will*, sollte einige Eckpunkte beachten. Wichtig ist sicherlich die Herstellung des *lokalen Bezuges*, bei dem SeniorInnen die Möglichkeit gegeben wird, konkrete alltägliche Probleme zu artikulieren und zu ändern. Darüber hinaus ist es unerlässlich, freiwilliges Engagement *sicherzustellen und zu unterstützen*. Dabei müssen einerseits finanzielle Ressourcen, aber auch Infrastruktur und Beratung bereitgestellt werden. Bei der Bereitstellung von Information ist darauf zu achten, dass sie auf die Belange älterer Menschen zugeschnitten ist. Im Zusammenhang mit der Förderung freiwilligen Engagements älterer Menschen ist es wünschenswert, dieses Thema *als Konzept zu etablieren und öffentlich zu machen*. Auch sollten Möglichkeiten geschaffen werden, in deren Rahmen die Belange von SeniorInnen – *jenseits parteipolitischer Trennlinien* und quer zu existierenden Strukturen – vertreten werden können. Schließlich sollte versucht werden, *Teilhabemöglichkeiten gezielt für ältere Frauen* zu schaffen, aber auch für spezielle Zielgruppen, die aufgrund individueller Benachteiligungen dazu sonst nicht in der Lage sind. Dabei könnte gerade der *Integrationscharakter freiwilligen Engagements* herangezogen und verstärkt werden.

Abschließend stellt sich die Frage, ob angesichts der *Heterogenität von Interessen und Wünschen* von älteren Menschen überhaupt ein konsolidiertes „neues Leitbild" für Lebensweisen im höheren Alter bzw. ein allgemein verbindliches „role model" für das „Projekt Alter" und die immer wieder zum Ausdruck gebrachte Hoffnung auf die

Ausformung kollektiver Interessen entstehen kann. Angesichts der gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen in einer alternden Gesellschaft ist jedoch ohnehin zu hoffen, dass „Alter" als soziologische Kategorie nicht ausreicht, um politische Kräfte zu mobilisieren.

Die journalistische Rede vom „Krieg der Generationen" sollte in diesem Zusammenhang als Warnung verstanden werden – und als Chance, die Differenzen innerhalb der älteren Generation und jene zwischen dieser und den nachfolgenden Generationen (aus)haltbar zu gestalten. Dem steht die traditionelle Idee vom Alter als „Ruhestand", den man sich schwer verdient hat, vielfach entgegen. Intergenerationaler Austausch, der Dialog zwischen verschiedenen Interessensgruppen und die aktive Einbeziehung unterschiedlicher Ideen – unabhängig vom biologischen Alter – wären Bausteine einer Vision vom Altern mit Zukunft. Mögliche Orientierungen in Richtung dieser Vision beinhalten zweifellos Maßnahmen zur Unterstützung der politischen und gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen. Sie bedeuten möglicherweise aber auch den Einstieg in eine Debatte über Rechte und Pflichten der älteren Generation in Bezug auf Arbeit, alternative Beteiligungsformen und bürgerschaftliches Engagement.

Politische und gesellschaftliche Partizipation älterer Menschen wird weiterhin ein Feld dynamischer Auseinandersetzung bleiben (Walker / Naegele 1999) – zukunftsweisende Konzepte des Alter(n)s, die Repräsentativität demokratischer Vertretungsstrukturen und die Aufrechterhaltung intergenerationaler Solidarität werden dabei im Mittelpunkt stehen.

12. Altersforschung in Österreich

Anton Amann

Eine Übersicht über Entwicklung und Stand der Altersforschung in Österreich zu geben, hätte zur Voraussetzung, dass ein eigenes Projekt zu einem solchen Vorhaben durchgeführt würde, das allererst der Zusammenführung vorhandener Dokumentationen und der systematischen Sichtung und Analyse des physisch vorhandenen Materials zu dienen hätte.[1] Der Mangel an systematisierter Dokumentation und Forschungsanalyse brachte es mit sich, dass für die hier vorgelegte Arbeit eine eigene Struktur der Darstellung entwickelt werden musste. Der Grundgedanke ist, kurz gefasst, folgender: Für die Würdigung eines Forschungsfeldes ist es sinnvoll, jene Grundlagen seiner Entwicklung sichtbar zu machen, die die späteren Strukturen beeinflussten – dieser Voraussetzung entsprechen die Hinweise zur Geschichte und die Begriffsbestimmungen von Alterssoziologie, Sozialgerontologie und Geriatrie. Da, wie später ausgeführt wird, die Sozialgerontologie kein konsolidiertes Fach darstellt, ist eines ihrer fundamentalen Kennzeichen der Versuch der Entwicklung eigener Konzepte und Theorien – in diesem Fall eine Arbeit, die in Österreich viele Jahre lang auf Universitätsebene verfolgt wurde und die durch Bezugnahmen auf diese Entwicklung eigens hervorgehoben wurde. Sozialgerontologische Forschung ist allerdings in den letzten Jahren zunehmend auch außerhalb der Universitäten vorangeschritten, wobei die empirische Deskription und die Konzentration auf Praxis- und Politikbezüge immer stärker wird. Dem tragen Darstellungen der wichtigsten Entwicklungslinien sowie eine grobe Übersicht über graue Forschungsliteratur, Diplomarbeiten und Dissertationen Rechnung. Trotzdem ist letztlich die Konsequenz daraus, dass der hier unternommene Versuch über den Stand einer Skizze nicht hinauskommen konnte. Was allerdings versucht wurde, ist, in akzentuierter Hervorhebung Schwerpunkte, Entwicklungslinien und Lücken bzw. Forschungsdesiderata sichtbar zu machen; Auswahl und Bewertung müssen im subjektiven Kalkül verbleiben.

12.1 Zur Vorgeschichte der Gerontologie[2]

Gerontologie, hier vorerst ohne weitere begriffliche Präzisierung verwendet, ist in Österreich ein relativ junges Forschungsfeld. Ob es nun biologische, medizinische, psychologische oder soziologische Aspekte sein mögen: Öffentliche Aufmerksamkeit und entsprechende Institutionalisierung des wissenschaftlichen Arbeitens konnten erst ab den 50er Jahren dieses Jahrhunderts errungen werden. Alle sporadischen und z. T. isolierten Versuche, die in die Zeit davor fallen, müssen deshalb wohl zur *Vor-Geschichte* gerechnet werden.

Nach den allerfrühesten Vorläufern wie G. van Swieten, dem „Gesundheitsminister" und Arzt

1 In den mühsamen Recherchen, die auch für jemanden, der seit vielen Jahren in diesem Bereich schwerpunktorientiert arbeitet, häufig ergebnislose Sucharbeit bedeuten, zeigte sich, dass eine umfassende Bibliografie noch immer fehlt, dass zahlreiche kleinere und größere Berichte, hauptsächlich im Feld der grauen Literatur, physisch gar nicht greifbar sind, dass in Publikationen zitierte Quellen falsch erfasst und deshalb nicht auffindbar sind, dass von manchen Universitätsinstituten Angaben über altersbezogene Publikationen, Dissertationen oder Diplomarbeiten zu bekommen, auch innerhalb von acht Wochen nicht möglich ist etc. Gerade diese Erfahrungen haben gezeigt, wie notwendig Dokumentation und Wissenschaftsforschung in der Sozialgerontologie in Österreich wären.

2 In dieser Arbeit beziehe ich mich weitestgehend auf sozialwissenschaftliche Altersforschung; geriatrische, experimentell-gerontologische, biologische etc. Altersforschung bleibt, mit wenigen Ausnahmen, weitgehend außer Betracht. Die Vorgeschichte der Gerontologie stützt sich, was Quellenangaben betrifft, vor allem auf folgende zwei Publikationen: Amann / Majce 1984a, 1984b.

www.parlament.gv.at

Kaiserin Maria Theresias, der über Probleme und Krankheiten im Alter in Abhandlungen und Vorlesungen sprach, war es dann am Beginn dieses Jahrhunderts u. a. E. Stainach in Wien, der in seinen „Untersuchungen über die Jugend und das Alter" im Zusammenhang mit der modernen Hormontherapie einen neuen Ansatz vorlegte; allerdings scheinen dem nie systematische klinische Untersuchungen zum Alterungsprozess gefolgt zu sein. Als das erste große Pflegeheim in Wien (Lainz) im Jahre 1904 mit ca. 6.000 Betten und zahlreichen Spezialabteilungen gebaut wurde (vgl. Amann 1989), kam es zu einer Intensivierung klinisch-geriatrischer Forschung. I. Nascher, ein gebürtiger Österreicher, der als Arzt in New York lebte, besuchte Lainz, war von der modernen Konzeption sehr beeindruckt und prägte in einer Publikation im Jahre 1909 den Begriff „geriatrics", offensichtlich in Analogie zu „pediatrics" (Nascher 1909). In den 30er Jahren gründete A. Müller-Deham eine „Forschungsstation für Altersmedizin" im Pflegeheim Lainz. Aus diesem Institut gingen zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten hervor, auch solche, die offenbar als Grundlagenbeiträge konzipiert worden waren (Müller-Deham 1937). Eine beträchtliche Zahl weiterer Namen wäre zu nennen, die wichtige Schritte markieren: F. Stengel, W. Birkmayer, K.S. Lachnit, W. Danielczyk, A. Neumayr, A. Kment, F. Seitelberger etc. Besonders F. Stengel war es immer auch darum zu tun, die medizinischen Erkenntnisse über das Altern durch Aufklärung und Weiterbildung für die ganze Bevölkerung praktisch fruchtbar zu machen (Stengel 1956, 1958, 1959, 1964, 1976). Im wesentlichen gilt wohl, dass *die Vorgeschichte der gerontologischen Forschung in Österreich von Medizinern und Biologen bzw. Physiologen getragen* worden ist. Unter ihnen war aber der entscheidende Wegbereiter W. Doberauer. Er gründete 1955 die „Österreichische Gesellschaft für Geriatrie" und schuf die berühmten Fortbildungstagungen in Bad Hofgastein, an denen im Laufe der vielen Jahre tausende Ärzte aus Österreich, Deutschland, der Schweiz etc. teilgenommen haben. Neunzehn Bände „Scriptum Geriatricum" bergen den Ertrag (Doberauer 1962a, 1962b, 1963). Eine spezifische Dimension wurde in den frühen Entwicklungen aber auch in der Psychiatrie und Tiefenpsychologie eröffnet. E. Stransky, H. Hoff und H. Strotzka lenkten die Aufmerksamkeit auf psychologische und psychiatrische Probleme des hohen Alters. Es muss in diesem Zusammenhang auch auf Ch. Bühler und die von ihr methodisierte Lebenslaufbetrachtung hingewiesen werden (Bühler 1933), die in den Anfängen der Sozialgerontologie im Rahmen einer Lebensstufenkonzeption wieder aufgenommen wurde. In diesen frühen Ansätzen hat systematische und in einzelnen Schwerpunktbereichen kontinuierlich betriebene Forschung so gut wie keine Rolle gespielt; was allerdings auf die weiteren Phasen bereits deutlich zu wirken begann, waren die Betonung der Bedeutung der Altersthematik und die langsam entstehende Überzeugung, dass damit ein eigenes Forschungsprogramm zu entstehen beginnen musste.

12.2 Versuch einer Präzisierung des Begriffs Sozialgerontologie[3]

Gerontologie ist heute nach breitem Verständnis das Forschungs- und Ausbildungsprogramm, das auf Fragen des menschlichen Alterns gerichtet ist und natur-, sozial- und geisteswissenschaftliche Disziplinen umfasst. In diesem Verständnis zählt auch die Geriatrie unter die Gerontologie. Da es mir hier aber um eine Skizze der *sozialgerontologischen* Forschung geht, also ein engeres wissenschaftliches Arbeitsfeld, ist eine Begriffsklärung angebracht.

3 Die logischen und materialen Abgrenzungen der Begriffe wurden von Amann teilweise an anderem Ort bereits verwendet (1994).

Die Heterogenität der wissenschaftlichen Fragestellungen, Methoden und Forschungsprogramme, die im weitesten Sinn das Feld der Forschung über menschliches Altern und Alter heute ausmachen, lässt es geraten erscheinen, die drei Begriffe Alterssoziologie, Geriatrie und Sozialgerontologie zumindest grob gegeneinander abzugrenzen und näher zu beschreiben. In Anlehnung an einige Bestimmungsmerkmale für die Sozialgerontologie ist dann eine Standortbestimmung der Forschung in Österreich vorzunehmen.

Alterssoziologie befasst sich herkömmlicherweise mit den Strukturbedingungen der Lebenssituation und den subjektiven Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen der unterschiedlichen Gruppen von Älteren, Alten und Hochbetagten. Abgrenzungen zwischen jungen Alten, alten Alten, Hochbetagten etc. haben meist nur pragmatischen Charakter und sind nahezu nie empirisch-systematisch begründet. Die logische und materiale Abgrenzung des Erkenntnisbereichs der Alterssoziologie richtet sich – zumindest indirekt – an einer Chronologie des Alterns aus, indem sich Fragestellungen und Forschungsprogramme vornehmlich auf eine zeitlich vom späten Erwachsenenalter ausgehende und nach oben offen gedachte Zeitlinie (bis zum Tode) konzentrieren. Diese Logik ist ein erkennbares Erbe der älteren Phasierung des Lebens nach Kindheit, Jugend, Erwachsensein und Alter, ergänzt um eine innere chronologische Zusatzdifferenzierung des „Alters".

Ergänzend hat sich in den letzten Jahren eine „Soziologie der Lebensalter" bzw. „Lebensstufen" formiert, die diese logische und materiale Abgrenzung der Alterssoziologie konzeptuell besser begründet und die gesellschaftliche Differenzierung einer Vielzahl von Altersgruppen, Kohorten und Generationen sowie das historisch sich wandelnde Verhältnis zwischen diesen in den Vordergrund rückt (vgl. Kohli 1978, Rosenmayr 1978, 1984). Für beide „Programme" gilt allerdings, dass ihnen die Qualität einer alternsgenuinen Konstitution mangelte: Insbesondere eben unter der Frage nach den gesellschaftlichen Bedingungen der Produktion oder der „Erzeugung" von Alter – das Problem einer kategorialen Grundlegung einer Theorie samt der Explikation ihrer metatheoretischen Vorannahmen – sowie unter der Frage der Differenzierung des Alters, seiner Institutionalisierung und Bewertung und schließlich Bewältigung das Problem der theoretischen, methodologischen und empirischen Begründung einer Theorie: im vorliegenden Fall eine umfassende Bestimmung der Logik der ökonomischen, kulturellen, sozialen und wissenschaftlichen Produktion des Alters insgesamt.

Geriatrie erscheint gegenwärtig als ein Forschungs- und Lehrprogramm, das sich auf dem Wege zur Erringung einer eigenen kognitiven und institutionellen Identität befindet. Eine jüngere Programmschrift (Bruder / Lucke / Schramm et al. 1991) weist auf den transitorischen Charakter dieser Wissenschaft anhand von zwei Merkmalen hin: Zum einen gilt die Frage als bisher unentschieden, ob die Entwicklung in Richtung „Geriatrisierung der Spezialgebiete oder Spezialisierung in der Geriatrie" geht bzw. gehen soll, zum anderen wird geltend gemacht, dass sich innerhalb des medizinischen Paradigmas die Entwicklung der Geriatrie erheblich von den bisherigen Verselbständigungsprozessen medizinischer Teilgebiete unterscheide. Diese Situation, die vermutlich als ein Übergang im medizinischen Paradigma zu begreifen ist, wird vor allem an den institutionellen Gegebenheiten in verschiedenen Ländern deutlich. Die in der medizinisch-pflegerischen Praxis und in der Aus- und Fortbildung beobachtbaren Aktivitäten und Neuerungen verweisen darauf, dass Geriatrie in allen industrialisierten Ländern nach einer Neudefinition verlangt. Einzelne Dimensionen einer neu zu bestimmenden geriatrischen Medizin sind z. B.: altersbedingte Faktoren, die das Wissen vieler medizinischer Fachgebiete modifizieren; die gleichzeitige oder zeitlich versetzte Befasstheit mit vielen

verschiedenen aktiven oder inaktiven Krankheiten (Multimorbidität); die Identifikation von Risikopatienten unter präventiven Gesichtspunkten; die besondere Bedeutung der senilen Demenz; das hohe Gewicht der Psychosomatik; eine entscheidende Betonung der Rehabilitation trotz der gegebenen Irreversibilität von Krankheiten; die Notwendigkeit der Weiterversorgung und die Problematik der Todesnähe; Umfeldbezogenheit, Angehörigenarbeit und institutionell-organisatorische Umbrüche; Interdisziplinarität (alle Dimensionen nach: Bruder / Lucke / Schramm et al. 1991).

Diesen beiden Forschungsfeldern steht die *Sozialgerontologie* nicht abgegrenzt gegenüber, sondern bietet von ihrem Programm her, das noch nicht konsolidiert ist, eine ganze Reihe systematischer Anknüpfungsmöglichkeiten. Bisher ist Sozialgerontologie ein Komplex kognitiver und praktischer (wissenschaftlich und politisch teilinstitutionalisierter) Systeme mit Wurzeln in sehr verschiedenen Wissenschaften (Amann / Majce 1984a: 4) bzw. erfüllt eine „Dachfunktion" über divergente Disziplinen hinweg (Rosenmayr 1984: 436). In Verwendung eines terminologischen Vorschlags von W. Lepenies lässt sich sagen, dass Sozialgerontologie (noch) keine Disziplin mit einer eigenen, spezifischen sozialen, kognitiven und historischen Identität ist; sie zeigt in diesen drei Dimensionen Ansätze und erste Festigungen. Ich halte diese Situation mangelnder Konsolidierung nicht für ein strukturelles, also in den bisherigen Grundansätzen selbst beschlossenes und somit unüberwindbares Problem; ich bin aber auch nicht der Auffassung, dass sich die „Problematik", wenn nur so „weitergemacht" wird, die begonnenen Forschungs- und Ausbildungsaufgaben vorangetrieben sowie die „Bewegung" in Gang gehalten werden, gewissermaßen im Selbstlauf erledigen wird. Ich bin der Meinung, dass in der gegenwärtigen Entwicklungsphase der Sozialgerontologie die umfassende Anstrengung einer Analyse ihres grundsätzlichen Stellenwerts im Wissenschaftsprozess, ihrer wesentlichen theoretischen und methodologischen Resultate und der sich daraus ergebenden Arbeitsperspektiven unerlässlich ist. Für eine Abgrenzung der Sozialgerontologie als eigenes Fach bedürfte es einer Grundlegung auf (a) philosophischer, (b) gesellschaftstheoretischer, (c) kategorialer und (d) einzelwissenschaftlicher Ebene. Auf allen vier Ebenen bedürfte es der konzeptionellen und methodologischen Kritik bisher bestehender und sich entwickelnder Programme. Die Kategorien hätten Grundbegriffen wie Alter, Altern, Jugend, Lebenslauf etc. zu entsprechen; sie wären aus wissenschaftshistorischem Material zu gewinnen und nicht aus aktuell empirischem. Aus ihnen hätten sich auch die methodologischen Prinzipien ihrer Ableitung zu ergeben und die vorhandenen Forschungsbefunde hätten ihnen integriert zu werden. Die Sozialgerontologie leidet zur Zeit unter kategorialer Beschränktheit und die weitere Argumentation wird zeigen, dass in ihrer Entwicklung vor allem die einzelwissenschaftliche Forschung und Konzeptbildung im Vordergrund stand und noch steht.

12.3 Sozialgerontologische Forschung in Österreich

12.3.1 Institutionalisierung, ausgewählte Schwerpunkte und Entwicklungen

Zur Klärung muss hier vorausgeschickt werden, dass angesichts der eben vorgelegten Argumente über den Entwicklungsstand der sozialgerontologischen Forschung natürlich auch eine fruchtbare Trennung in allgemeine und angewandte Theorie, in empirisch prüfende und testende bzw. empirisch explorierende und systematisierende Forschung nicht vollzogen werden kann. Zahlreiche der gesichteten empirischen Studien haben z. B. die Eigenart, dass ihre „theoretischen" Einleitungen, Begründungen und Programme im empirischen Teil untererfüllt, gar nicht mehr zentral berücksich-

tigt und schon gar nicht schrittweise überprüft wurden; Artikel und Berichte, die selbst nicht auf empirischen Erhebungen beruhen, geben ihrerseits ebenso häufig nicht Auskunft über die methodischen Randbedingungen der argumentativ eingeführten empirischen Befunde – es fehlen Informationen detaillierter Art über Stichprobengrößen, Datenqualität und Auswertungsverfahren etc. jener Studien, aus denen zitiert wird. Es mag dies nun ein Charakteristikum nicht nur der sozialgerontologischen Fortschung sein, Faktum ist, dass dadurch vergleichende und qualitätsbezogene Urteile schlicht unmöglich werden.

Nach dieser Vorbemerkung will ich nun in einem ersten Schritt eine Rekonstruktion der wichtigsten Entwicklungsschritte der Forschung versuchen. Als kognitives System erlebte die (Sozial-)Gerontologie zwar ihre wichtigsten Anfänge am Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert. Hier standen in Österreich, wie bereits erwähnt, Versuche einer medizinisch-naturwissenschaftlichen und teilweise philosophisch-psychologischen Konstruktion im Vordergrund; aus der Perspektive ihrer sozialen Identität (Institutionalisierung) entwickelte sie sich aber erst in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg. Bemerkenswert ist für das Fach in historischer Perspektive, dass seine Internationalisierung und seine Festlegung auf Interdisziplinarität erfolgte, ehe eine nationale Institutionalisierung möglich war. Die Gründung der nationalen geriatrischen und gerontologischen Gesellschaften und ihre Verkoppelung mit internationalen Verbänden und der wissenschaftliche Austausch über internationale Kongresse entstanden, lange bevor Forschungsinstitute, Lehrstühle und Studiengänge eingerichtet werden konnten. Dies ist keine österreichische Besonderheit, sondern gilt fast ausnahmslos für ganz Europa. Die „International Association of Gerontology" wurde 1950 ins Leben gerufen, das „European Social Research Committee", die europäische sozialwissenschaftliche Sektion der IAG, im Jahr 1954; die „Deutsche Gesellschaft für Gerontologie" wurde 1967 gegründet.

Der bereits erwähnten Gründung der „Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie" fand 1955 statt, erst 1972 folgte die Einrichtung eines „Instituts für Altersforschung" im Rahmen der „Ludwig Boltzmann-Gesellschaft" mit K. Fellinger als dem ersten Direktor. Die ersten, als sozialgerontologische Forschung bezeichenbaren Aktivitäten im Rahmen dieses Instituts entstanden im wesentlichen in der von L. Rosenmayr geleiteten sozialwissenschaftlichen Abteilung, aus der später (1980) das „Ludwig Boltzmann-Institut für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung" hervorging. Da die „Ludwig Boltzmann-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung" in Österreich, eine außeruniversitäre Einrichtung, überwiegend durch öffentliche Mittel finanziert wird, kann diese Gründung auch insofern als Markstein angesehen werden, als an dieser Gelegenheit der politische Wille sichtbar wurde, Sozialgerontologie zu einem durch dauernde Förderung gekennzeichneten Schwerpunkt zu erheben. Aus heutiger Sicht lässt sich diese Gründung als Teil einer damals weitsichtigeren Forschungspolitik begreifen. Diesem Hinweis korrespondiert auch die Tatsache, dass es im Jahr 1982 gelang, die „World Assembly on Aging", ausgerichtet von den Vereinten Nationen, nach Wien zu bringen. Es sollte rund ein weiteres Jahrzehnt dauern, in dem die Institutionalisierungsphase nächste Schritte erlebte wie z. B. die Gründung eines „Instituts für Altersfragen" (E. Fischer), in enger Kooperation mit dem Institut für Psychologie an der Universität Wien, eines Vereins „Altern & Kultur" (H. Hoffer), oder eines „Zentrums für Alternswissenschaften" an der „Wissenschaftlichen Landesakademie" in Krems (Niederösterreich) im Jahre 1991 durch A. Amann. Wenn wir unter der sozialen Identität eines Faches im wesentlichen die Entwicklung seiner führenden Einrichtungen, die Definition von deren Verhältnis zur Politik, zu den gesellschaftlich relevanten Interessen, und das Entstehen oder Herauskristallisieren eigener Forschungsprogramme verstehen, so hat die Sozialgerontologie in Österreich

www.parlament.gv.at

diesen Prozess Anfang der 70er Jahre begonnen und steht möglicherweise gerade mitten in der Herausbildung dieser Identität. Was zu einer klaren Konturierung allerdings fehlt, ist die Etablierung der Sozialgerontologie als Studienfach an Universitäten oder auch als Berufsausbildungsgang, etwa jenem für diplomiertes Sozialarbeitspersonal vergleichbar; es existieren keine Lehrstühle für Sozialgerontologie an Universitäten, und bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt haben nach meinem Wissen in Österreich nur drei Personen die Lehrbefugnis für Sozialgerontologie erworben.

Wenn wir unter kognitiver Identität im strengen Sinn die hauptsächlichen theoretischen Programme einer Disziplin, ihre epistemologischen und methodologischen Grundlagen, kurz: ihr Paradigma, verstehen wollen, so ist klar, dass die Sozialgerontologie eine gereifte Version dieser Identität (noch) nicht besitzt. In den ersten zwanzig Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich in Österreich eine sozialwissenschaftliche, empirische Forschung, die Fragen der Situation älterer Menschen nur sehr vereinzelt aufgriff oder Daten zu solchen Fragen als „Nebenprodukt" abwarf wie z. B. die Familienforschung.[4] Darauf folgte in den späten 60er und frühen 70er Jahren jene Phase, in der die ersten sozialwissenschaftlichen Konzeptionen zum menschlichen Altern entwickelt bzw. soziologische und sozialpsychologische Konzeptionen mit Fragen des Alters verbunden wurden (vor allem Rosenmayr 1978).

An dieser Stelle ist eine prinzipielle Einschränkung zu machen: Ein Überblicksversuch über die Forschungsentwicklung eines Landes, selbst wenn der Bereich schmal und das Land klein sind wie im vorliegenden Fall, bleibt, wie erwähnt, subjektiv eingefärbt und lückenhaft. Ich möchte daher, um es nochmals und nachdrücklich zu betonen, die *folgende Zusammenfassung auch nur als Skizze verstanden* wissen. In der genannten Phase standen im Vordergrund der empirisch erforschten Bereiche die Familienbeziehungen und die Umwelt alter Menschen, Stadtplanung und Wohnformen für die Alten, Hilfebedürftigkeit und Hilfeformen, Unterbringungsfragen, Gesundheitszustand, Lebensverhältnisse[5] und Mobilität im Alter, soziale Integration und Desintegration der Älteren etc. (Rosenmayr / Köckeis 1965, Ifes 1968, Rosenmayr / Amann 1974, Fellinger 1974, Majce / Hörl 1974). Parallel zu diesen empirischen Untersuchungen und teilweise ihnen als Grundlagen dienend, wurden Thesen, Konzepte und Theorien ausgearbeitet. Erst Anfang der 70er Jahre erfuhren theoretische und methodologische Diskussionen in der österreichischen Sozialgerontologie eine gewisse Regelmäßigkeit und Intensivierung in breiterer Bedeutung. Bis zu dieser Zeit waren die theoretischen Anstrengungen von zwei bis drei Personen getragen worden. Der Wandel zeigte sich primär an der Ausweitung des publizierenden Personenkreises (inkl. der wachsenden Anzahl an Dissertationen und Diplomarbeiten), an der zunehmenden Überlappung soziologischer, sozialpsychologischer und ökonomischer Fragestellungen und schließlich an der wachsenden Differenzierung und Reformulierung soziologischer Konzepte unter sozialgerontologischen Fragestellungen. Die allgemeine Austauschtheorie, Theorien der Bedürfnisse, Lebenslagentheorie, Theorie der Sozialpolitik, Begriffsbestimmungen zu Gesundheit, Hilfebedürftigkeit etc., Ergänzungen herkömmlicher Theoreme über intergenerationelle Beziehungen, moderne Eheformen, Funktionswandel der Familie etc. wurden zunehmend Gegenstand solcher Bemühungen (Amann 1980, 1983, Amann / Majce 1976, Majce 1982, Rosenmayr 1974, 1978).

4 Zu den ersten Forschern, die Altersfragen in beiderlei Version, sowohl als zentrale Thematik wie als Nebenaspekte, empirisch untersuchten, gehörte L. Rosenmayr (z.B. Rosenmayr 1958, 1959).

5 Im Jahr 1971 wurde erstmals eine Erhebung des Österreichischen Mikrozensus den „Lebensverhältnissen älterer Menschen" gewidmet; ein Teil der zahlreichen Daten wurde von Amann (1975) einer Spezialauswertung unterzogen.

Teilweise in den 80er Jahren, deutlicher seit Beginn der 90er Jahre, wird in Österreich einerseits zunehmend eine Konzentration auf sozialgerontologische Forschung in enger Verbindung zu Politikberatung und Praxisanleitung deutlich, andererseits eine Häufung altersbezogener Forschungen in Bereichen, die traditionellerweise solche Fragestellungen nicht oder nur vereinzelt aufnahmen wie beispielsweise die Japanologie (mit den dort typischen Versuchen, auch die kuturellen Differenzen im Vergleich zum Westen herauszuarbeiten) (z. B. Linhart 1983, Sommer 1986, Pernsteiner 1986, Kargl 1987, Getreuer-Kargl 1990) oder die Sozialgeschichte (Konrad 1982, Ehmer 1990). Die erstgenannte Tendenz mag teilweise darauf zurückzuführen sein, dass vor allem die Länder und Gemeinden vermehrt Forschungsprojekte im Einzugsbereich von Fragen der Altenpolitik und Altenhilfe zu finanzieren beginnen, die eng mit dem wachsenden institutionellen Ausbau dieser Felder in Verbindung stehen, die zweite wird vor allem damit zusammenhängen, dass in der öffentlichen und damit auch wissenschaftlichen Aufmerksamkeit „Alter" ein Thema geworden ist. Dass solche „Schwerpunkte" einer Art von Konjunkturcharakteristik unterliegen, lässt sich auch daran erkennen, dass erst in den 80er Jahren „ältere Arbeitskräfte" und die Finanzierung von Pensionskassen intensiver beforschte Themen wurden, als „Frühpension" und Pensionssicherung, Kostenfragen und Arbeitsmarktprobleme allgegenwärtig wurden (z. B. Kaiser 1980, Traxler 1989, Eftaxias 1989, De Pauli 1989, Blaumeiser / Wappelshammer 1991, Eberhartinger 1990, Zweimüller 1992, Hruda 1992, Hofstätter / Roithinger / Pauli 1993, Jäger 1993, Seebacher 1993, Amann 1988, Amann / Böhm / Kolland / Penz 1986, Amann / Bohmann / Herrmann / Nemeth / Wieser 1992, König / Frassine 1988, Kryda 1978, Stiegnitz 1987, Schönbauer 1998, ZSI 1997).[6]

Es war ein Kennzeichen der Diskussion jener Zeit, dass die sichtbar werdenden grobkörnigen Veränderungen in der gesellschaftlichen Struktur viele der Diskussionen bestimmten. Sowohl auf der gesellschaftlich-strukturellen Ebene wie auf jener des individuellen Lebensverlaufs wurden „Deregulierungen" sichtbar: der Normalarbeitstag, die Normalbiografie, das Normalarbeitsverhältnis – sie alle sah man einer mehr oder weniger starken Erosion unterliegen. Die Frage, die sich im Zusammenhang mit älteren Arbeitnehmern als erste stellte, war die nach der lebenslauf- und sozialisationsspezifischen Erforschung solcher Zusammenhänge. Schließlich ging es darum, dass die Anforderungen stiegen, die an die zeitliche Organisation und an die Führung des Alltagslebens gestellt wurden; ein Mehrbedarf an Planung, Koordination und Synchronisation wurde als Folge angesehen; es stiegen aber auch die Anforderungen an die funktionelle, arbeitsteilige Organisation des Alltags; ein Mehrbedarf an erfolgreichem Aushandeln, bezogen auf individuelle Optionen, wurde als die wahrscheinliche Folge angesehen. Zwischen den verschiedensten Anforderungen, seine Kräfte haushälterisch zu verteilen, sich dabei an Gelegenheiten zu orientieren und neue Optionen zu finden, gehörte zu den Eckpunkten neuer Konzepte.

Zwar war in den Jahren davor in der Sozialisationsforschung an die Stelle der Vorstellungen einer gesellschaftlichen Determination der Persönlichkeitsentwicklung oder einer naturgesetzlich bestimmten organischen und psychischen Reifung längst die Annahme eines „die Realität produktiv verarbeitenden" Subjekts getreten und auch die Erwachsenensozialisation galt nicht mehr als eine neben der frühen Kindheit vernachlässigbare Größe, doch dieser Wandel hatte auf die Diskussion über die älteren Arbeitnehmer und die Pensionierung und die sie begleitenden Lernprozesse bei den Betroffenen, insbesondere in ihrer sozialpolitisch forcierten Form der Frühpension, noch keinen besonderen Nachholdruck erzeugt. Dabei schien gerade diese Phase im Lebensverlauf

6 Eine ausführliche Darstellung einschlägiger Forschungsergebnisse zur Situation älterer Arbeitskräfte findet sich in Kap. 8 dieses Berichtes.

vieler Menschen von besonderer Bedeutung zu sein, da sie im gesellschaftlichen und familiären Kontext von entscheidenden Veränderungen begleitet wurde, materielle und immaterielle Kosten verursachte, Lebenspläne erschütterte, unvorbereitet traf, wohl doch auch Chancen zu Neuem barg und für die Persönlichkeitsentwicklung als nicht unerheblich angesehen wurde. Das Forschungsdefizit hatte eine seiner Ursachen in der Tatsache, dass die relevanten Entwicklungen in den Arbeitsmarkt- und Sicherungssystemen der westlichen kapitalistischen Länder „erst" eineinhalb Jahrzehnte andauerte und Sozialforschung gesellschaftlichen Problemvorgaben gegenüber sich eben meist reaktiv verhält; eine innerwissenschaftliche Ursache war aber wohl dort zu suchen, wo die theoretische Fassung des Vermittlungsverhältnisses zwischen „äußeren und inneren Strukturen", zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und individuellen Kognitionen und Emotionen, weder kohärent entwickelt, noch gar auf sozialisatorische Prozesse im späten Erwachsenenalter angewendet worden war.

Die Schwierigkeiten des Erfassens subjektiver Prozesse, die im Zusammenhang mit institutionalisierten (und erzwungenen) Übergängen von der Arbeit in die Nicht-Arbeit, vom Arbeitsleben in den „Ruhestand" in Gang gesetzt wurden, hingen mit der einfachen und doch nie befriedigend beantworteten Frage zusammen: „Was tun wir, wenn wir tätig sind?" An dieser Stelle ging es darum, der Frage von strukturellen Bedingungen und ihrer subjektiven Bewältigung unter konzeptuellen Gesichtspunkten nachzuspüren.

Die theoretisch und methodisch innovative Beschäftigung mit Altersfragen hatte zwar in den letzten Jahren eine Intensivierung und Differenzierung erfahren, wurde aber doch nur von einer kleinen Zahl von Menschen, zwar nicht ausschließlich, aber doch überwiegend, im universitären Bereich und einigen außeruniversitären Forschungsinstituten geleistet (vgl. Amann 1993, Amann / Risser 1995, Hörl 1992, Kolland 1996, Majce / Rosenmayr 1991, Rosenmayr 1992). Wesentliche Beiträge zu einer Differenzierung und Erweiterung theoretischer Alternskonzepte wurden z. B. von L. Rosenmayr, F. Kolland und J. Hörl geliefert. Rosenmayrs Arbeiten zur Sozialgerontologie und zur Alter(n)stheorie scheinen von einem doppelten Theorieverständnis auszugehen, das einerseits an der Verbindung zwischen Gesellschaftsentwicklung und Theoriebildung als einer sich ständig neu stellenden intellektuellen Aufgabe anknüpft, das andererseits aber auch Theorieentwicklung und Praxisbezug als Kernaufgabe festhält. In diesem Verständnis sind von L. Rosenmayr vor allem zwei Konstrukte formuliert und schrittweise ausgebaut worden: das Nähe-Distanz-Konstrukt (erstmals unter der Formel: „Intimität auf Abstand") und das Austausch-Konstrukt; ersteres wurde auf der Basis sozialkökologischer Befunde über das Zusammenleben der Generationen bereits Mitte der 60er Jahre entwickelt. In „Die späte Freiheit" (1983) tritt eine Wendung von der sozialtheoretischen zur kulturtheoretischen Konzeption ein, wobei die Verselbständigung im späten Leben, das ein „Dilemma mit erschwerten Lösungsbedingungen" bereithält, aus der Verstärkung des Endlichkeitsbewusstseins, der erhöhten Anstrengung von Kreativität aus und zu Originalität und der Hingabe zur Liebe gesehen wird.

F. Kollands Arbeit „Kulturstile älterer Menschen" (1996) dient insbesondere einer Neubestimmung des Aktivitätsbegriffs in Verbindung mit Fragen der Sinnfindung und Sinnstiftung, die über den Bezug der Berufs- bzw. Erwerbsarbeit hinausgehen. Im Zentrum der theoretischen Bemühungen steht u. a. die Bestimmung einer Lebensführung ohne Beruf, wobei als die Determinanten dieser Lebensführung Kompetenz, Selbst-Aufmerksamkeit und Selbst-Wirksamkeit, Produktivität und schließlich sinnvolle Aktivität gelten. Als weiterführende theoretische Grundlegungen können vor allem die kultursoziologisch gedachten Bestimmungen über das „Kulturrepertoire" älterer Menschen dienen. Sowohl Rosen-

mayrs wie Kollands Arbeiten öffnen den Blick auf eine mögliche Kulturgerontologie.

Im Vergleich zu den Befunden über kulturelle Partizipation ist die Forschungslage zur politischen Beteiligung und Teilhabe der Älteren sowie zu ihren politischen Präferenzen und Bewertungen etc. sehr dürftig. Sofern überhaupt Studien vorliegen, werden in ihnen formale Grundlagen und Voraussetzungen der Beteiligung bearbeitet (z. B. Bahr / Leichsenring / Strümpel 1996). Auch die Thematik politischer „Bewegung" bei den Älteren ist kaum thematisiert (eine jüngere Ausnahme bei Pelinka / Haller / König 1997), gänzlich unerforscht scheint die Rolle der Medien und ihr Beitrag zur Produktion von Altersbildern in der Gesellschaft, der Bewertung des Alters und der leitenden Menschenbilder.[7] Allerdings muss hier auf ein Kuriosum hingewiesen werden, das von wissenschaftssoziologischer Bedeutung ist. Wir kennen nun in Österreich die Debatte über die Alten als Kostenproblem, als unproduktive Gruppe, die von der Gesellschaft erhalten werden muss oder die auf Kosten der anderen lebt seit zwanzig Jahren, es sind uns die Sichtweisen der beschworenen Jugendlichkeit, des herbeigeredeten Generationenkampfes und der ultimativen Forderung nach Selbstvorsorge bei sonstigem Untergang der Nachfolgegeneration sattsam geläufig. Gegenwärtig wird, so scheint mir, diese Debatte allerdings bis zur Sinnlosigkeit verkürzt, weil sie sich, in der öffentlichen Diskussion geradezu endemisch, immer mehr auf Fragen der „Wirkung" des demografischen Prozesses auf das Pensionssystem und das Problem des materiellen Transfers zwischen den Generationen reduzieren lässt. Bezeichnenderweise ist diese Diskussion und das Bisschen Forschung, das dazu getrieben wird, seit Jahren ohne klares Ergebnis. Es wird nämlich die eigentliche Frage nicht gestellt: Wer hat in dieser von den Medien aufgebrachten (oft auch finanzierten) und betriebenen Debatte welche Interessen? Welche Wahlkampfstrategen, Versicherungsbosse, Ministersekretäre, Partei-Intellektuelle und Sozialpathologen führen hier ihre ideologischen Stellvertreter-Kriege, verbreitet durch populistische Intellektuelle im Kampf des Fernsehens und der Printmedien, der öffentlichen und privaten Anstalten, um die Marktsegmente und Wählergunst? Würden diese Fragen analysiert, bekämen die als bedrohlich und systemgefährdend eingestuften Entwicklungen wahrscheinlich den Charakter von Symptomen, die für gesellschaftliche Interessenkonflikte stehen.

J. Hörls Studie „Lebensführung im Alter" (1992) hat sowohl theoretisch (mit Bezug auf die Arbeiten M. Webers) als auch empirisch das Dilemma der sozialen Dienstleistungen offengelegt, in das diese geraten, wenn sie – ihrem eigenen Auftrag folgend – einerseits als humanitäre und psychosozial orientierte Einrichtungen und andererseits als marktorientierte Unternehmen agieren (müssen). Ältere Menschen, die der Betreuung bedürfen und Angehörige, die betreuen sowie schließlich das Personal der sozialen Dienste selbst bleiben von diesem Dilemma nicht unberührt. In theoretischer Sicht öffnet Hörls Arbeit den Blick auf Notwendigkeiten, aber auch Strategien der Bewältigung dieses Dilemmas.

Initiativen zur Belebung der gerontologischen Diskussion im Veranstaltungsbereich wurden in den vergangenen fünfzehn Jahren verschiedenste gesetzt, die von Einzelveranstaltungen, Theateraufführungen und Symposien bis zu Messen und Ausstellungen reichten. Nicht immer waren sie frei von Absichten, das Alter zu vermarkten. Erkennbare Veränderungen im Bereich der wissenschaftlichen Produktion gingen in den Umgewichtungen vorherrschender Fragestellungen und Publikationsthemen vor sich. Der Versuch einer Bestandsaufnahme der sozial- und geisteswissenschaftlichen Alternsforschung in Österreich 1980-95[8] ortet in der Soziologie die meisten Arbeiten, gefolgt von Sozialpolitik und Volkswirtschaft. Eine starke Steigerung der Publikationszahlen hat der Bereich

7 Über Altersbilder in der Plakatwerbung allerdings: E. Mitterhauser (1992).

www.parlament.gv.at

Pflege erfahren, am gesamten Veröffentlichungsvolumen hat der Anteil an Hochschulschriften (vor allem Diplomarbeiten und Dissertationen) entscheidend zugenommen (vgl. Hoffer / Ingrisch / Laa / Mitterhauser o. J.). Gerade diese Tendenz betrifft den Institutionalisierungsaspekt insofern, als es in einzelnen Themenbereichen (z. B. Pflege, häusliche Dienste und ihre Kostenfragen, Sozialpolitik, Alterssicherung etc.) gelungen ist, an einigen Universitätsinstituten Forschungsmittel zu konzentrieren und unter Beteiligung von Studierenden (der Volkswirtschaft, der Politikwissenschaften, der Soziologie etc.) entsprechende Projekte durchzuführen; darauf wird noch näher eingegangen. Gegenwärtig, so mein Eindruck, ist diese Entwicklung allerdings im Vergleich zu den vergangenen Jahren wesentlich eingeschränkt worden. Daran ist die politische Entscheidung nicht unbeteiligt, Forschungsmittel im Bereich des ehemaligen Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung (mit 1995) drastisch zu kürzen und einen eigenen „Altersschwerpunkt", der in letzterem einige Jahre existiert hatte, aufzulösen, aber auch nicht jene, die Gesundheits- und Familienressorts mit Altersfragen notorisch nicht zu befassen bzw. sie zwar mit Einzelagenden zu beauftragen, aber materiell nur geringfügig auszustatten. Eine erhebliche Gefahr ist außerdem darin zu sehen, dass die Sozialwissenschaften zunehmend unter einen spezifischen Legitimationsdruck insofern geraten, als immer dringlicher und immer einseitiger nach ihrem wirtschaftlich zu messenden Nutzen gefragt wird. Abgesehen davon, dass keine ausgereiften und praktikablen Konzepte und Instrumente zur Nutzenbeurteilung der wissenschaftlichen Produktion in den Sozialwissenschaften, vor allem aber in der Sozialgerontologie, existieren, ist hier außerdem eine völlig falsch verstandene, aber populistisch gut verwertbare Vorstellung des gesellschaftlichen Nutzens der Wissenschaften am Werk: Eine Wissenschaft, so wird geglaubt, ist nur dann nützlich, wenn die Ausbildung ausschließlich der Produktion marktgerechter Arbeitskraft dient und wenn sich die Forschungsprodukte in Patente und gewinnbringende Verfahren ummünzen lassen. Die Chancen für eine breitere Entwicklung des Faches scheinen gegenwärtig vertan.

12.3.2 Forschungsdokumentation

Zur besseren Beurteilbarkeit der Lage ist hier eine Unterscheidung zu treffen; es gibt zwar eine relativ große Zahl von gedruckten Bibliografien und Publikationsverzeichnissen von Einzelpersonen, insbesondere natürlich aus dem akademischen Bereich, wo das Publizieren und die Dokumentation darüber eine Karrierestrategie darstellt, aber nur eine sehr kleine Zahl von Forschungsdokumentationen, *denen Datenbanken zugrundeliegen, die zugänglich sind und Suchprozeduren bewältigen können*. Die folgenden drei, die kurz beschrieben werden, erfüllen diese zwei Bedingungen, andere, die auch darunter fallen könnten, sind mir nicht bekannt geworden. Die Motive, die bei diesen Projekten mehr oder weniger deutlich Anlass waren, die Mühe einer solchen Arbeit auf sich zu nehmen, sind im wesentlichen folgende. Sowohl in Politik und Verwaltung als auch in der Wissenschaft stellt die Beschaffung schon vorhandener Informationen zu einer spezifischen Fragestellung ein außerordentlich zeitaufwendiges und kostspieliges Problem dar. Steht kein spezialisiertes Archiv zur Verfügung, dann muss in oft wochen- bis monatelanger Recherche-Arbeit Datenmaterial und Literatur zusammengetragen werden. Durch diese Such-Phase werden zugleich personelle Ressourcen gebunden, welche andernfalls bereits für die inhalt-

8 Es muss diese Bestandsaufnahme als „Versuch" bezeichnet werden, weil am endgültigen Erhebungsergebnis nicht abgeschätzt werden kann, wie vollständig die Erfassung gelungen ist und weil schon existierende Auswahlbibliografien, in denen der Zeitraum von 1980 bis 1994 teilweise bereits abgedeckt ist, nicht mit berücksichtigt wurden; auf dieses Thema werde ich im Abschnitt über Forschungsdokumentationen noch näher eingehen.

liche Bearbeitung des Gegenstands fruchtbar gemacht werden könnten (von der Vorbereitung eines Vortrags über die Erstellung eines Überblicks des Informationsstandes zur in Frage stehenden Thematik bis hin zur Problemaufarbeitung in Vorbereitung eines Forschungsprojektes). Mangelnde Übersicht über die bereits vorliegenden Daten führt auch nicht selten zu Mehrgleisigkeiten bei Untersuchungen und verhindert das Anknüpfen an anderswo offen gebliebenen Fragestellungen, wodurch erheblich kohärentere und – durch die Herstellung größerer Zusammenhänge – effizientere Studien erstellt werden könnten.

12.3.2.1 „GeroAust"[9]

Die Literaturdokumentation wird im Ludwig Boltzmann-Institut für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung in Wien in Kooperation mit dem Institut für Soziologie an der Universität aufgebaut. Das Projekt wurde im September / Oktober 1997 mit dem Ziel begonnen, möglichst umfassend eine österreichweite Aufarbeitung aller Materialien durchzuführen, in denen relevante empirische Daten über *„Alter(n) unter Einschluss der Generationenbeziehungen in Österreich"* enthalten sind bzw. in denen datenbasiert gesellschafts-, sozial-, kultur- / bildungs-, wirtschafts- oder arbeitsmarktpolitische wie auch administrative Maßnahmen, Modelle u. dgl. dargestellt und diskutiert werden, sofern sie sich auf Österreich insgesamt oder auf Regionen in Österreich beziehen. Mit einbezogen werden sollen sozialmedizinische, sozialpsychologische, sozialpsychiatrische und, soweit soziologisch bedeutsam, epidemiologische, präventivmedizinische, ernährungswissenschaftliche und sportwissenschaftliche Arbeiten, nicht aber im engeren Sinn geriatrische und experimentell-gerontologische (biologische).

Die Aufarbeitung selbst besteht aus zwei Komponenten: der Entwicklung einer *Datenbank* und dem Aufbau eines *Archivs*. Die *Datenbank:* Bisher wurden 2.613 Titel aus ganz Österreich gesammelt und in eine intermediäre Datenbank (Freeware-Datenbank „Literat" v1.05) aufgenommen. Zur gleichen Zeit wurde eine eigene Datenbank (aus Copyright-Gründen für die Weitergabe) zu programmieren begonnen, die in einer zwar lauffähigen, aber noch unfertigen Testversion vorhanden ist. Die grundlegende Struktur dieser Datenbank, die *Eingabemasken* und eine Testversion der *Abfragemaske* liegen ebenfalls schon vor, allerdings noch nicht in einer völlig „absturzsicheren" Version. An der Programmierung eines komplexen Abfragesystems wird aktuell gearbeitet, ebenso an einem aufwendigen *Beschlagwortungssystem* (inklusive Thesaurus), das eine benutzerdefinierte Ausweitung bzw. Modifikation erlaubt. Das Modul für die Erstellung von *Berichten über Abfrageergebnisse* sollte im Frühjahr 1999 für endgültige Tests ebenfalls fertiggestellt werden. Da die Sammlung der Arbeiten kaum auf brauchbare Vorarbeiten auf diesem Gebiet in Österreich zurückgreifen konnte, musste von Anfang an die Literatursuche in der Form von individuellen Anfragen bei einschlägigen Institutionen und als Fachleuten bekannten Personen angelegt werden, die zugleich im Sinne der Anwendung von „Schneeballtechniken" um Auskünfte über ihnen weiter bekannte Institutionen und Personen ersucht wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch diese sehr zeitaufwendige Technik bisher mindestens 75% der zugänglichen Werke erfasst werden konnten. Es liegt aber auch in der Natur dieser Technik, dass es gegen Ende der Erfassungsphase immer schwieriger wird, den Rest zu erreichen. Eine Vervollständigung der Sammlung ist neben den weiter laufenden Erhebungen vor allem dann zu erhoffen, wenn die Datenbank bereits in Gebrauch ist, sodass bisher nicht erfasste Personen und Institutionen nicht zuletzt durch Mundpropaganda auf „GeroAust" stoßen und ihre Arbeiten ebenfalls in dieser Datenbank dokumentiert haben wollen. Es ist geplant, in einschlägigen

9 Die Datenbank wird in Zusammenarbeit zwischen G. Majce und P. Graf aufgebaut.

www.parlament.gv.at

Zeitungen / Zeitschriften Artikel über „GeroAust" zu lancieren (erste Kontakte sind diesbezüglich schon aufgenommen worden), um Selbstmeldungen zu veranlassen. Das *Archiv*: Gleichlaufend mit dem Aufnehmen der Titel in die Datenbank wurde ein Archiv angelegt. Das heißt, es wurde darauf geachtet, möglichst jedes Zitat auch als Werk zu erwerben, sei es im Original, sei es als Separatum oder als Fotokopie. Werke, die sich bereits in der Bibliothek des Instituts für Soziologie oder in der Fachbibliothek des Ludwig Boltzmann-Instituts für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung befinden, wurden allerdings nur in die Datenbank aufgenommen, da aufgrund der räumlichen Nähe und institutionellen Verflochtenheit jederzeit der physische Zugriff möglich ist. Die (physische) Sammlung der Werke erfolgt nach dem Prinzip, Arbeiten nach Möglichkeit zu erwerben; in jenen wenigen Fällen, in denen dieser Erwerb unmöglich sein sollte (z. B. weil das Werk nur mehr als Unikat vorhanden ist) und auch der Erwerb einer Fotokopie unmöglich ist, erfolgt nur eine Aufnahme in die Datenbank, aber mit dem Vermerk des Originalstandortes. Alle übrigen Werke sind mit einer Signatur versehen, die auch in der Datenbank abrufbar ist, und im Archiv untergebracht.

12.3.2.2 „Altenpflege"[10]

Als Plattform für Informationsaustausch und Wissensdiffusion wurde im Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung (Niederösterreichische Landesakademie) ab 1993 eine elektronische Datenbank eingerichtet, in der bisher ca. 600 Einträge vorgenommen worden sind. Aufgrund der Tatsache, dass generell Literatur zum Thema schon über (außerösterreichische) Datenbankenbetreiber und -hersteller erschlossen wird, aber – was „graue" Literatur und österreich-spezifische Quellen anbelangt – ein deutliches Informationsdefizit besteht, wurde das Sammelgebiet z. T. nach geografischen und inhaltlichen Kriterien eingeschränkt. Die Datenbank ist in der Form gestaltet, dass sowohl Bücher, Beiträge aus Büchern, als auch Zeitschriftenartikel erschlossen werden können. Im Retrieval besteht die Möglichkeit, hinsichtlich formaler Kriterien beliebig nach Autoren, Erscheinungsdatum oder -ort etc. die dokumentierte Literatur abzufragen. Die verwendete Software „LDB" von Pablitos bietet aber noch weitergehende Präzisierungsinstrumentarien im Rechercheprozess. Durch entsprechende logische Verknüpfungen können Schnitt-, Vereinigungs- und Teilmengen aus der Gesamtzahl der dokumentierten Quellen produziert werden. Um die inhaltliche Erschließung der Dokumente systematisch und in einer Weise vornehmen zu können, die den Retrievalprozess sinnvoll unterstützt, wurde eine Thesaurus „Altenpflege" entwickelt und in der Schriftrenreihe des ZENTAS als Band 6 veröffentlicht. Bis zu diesem Zeitpunkt lag kein deutschsprachiger, spezifisch für diese Materie konzipierter Thesaurus vor, der auch gängigen Standards im Bereich der Dokumentation und Information entsprochen hätte. Es ist geplant, dieses System mit der Datenbank „GeroAust" zusammenzuführen.

12.3.2.3 „Alternsforschung in Österreich"[11]

Eine dritte Dokumentation auf der Basis einer elektronischen Datenbank wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung durch den Verein „Altern und Kultur" in Wien erstellt. Die Übersicht bezieht sich auf universitäre und außeruniversitäre Forschung im Bereich der Geistes- und Sozialwissenschaften und angrenzende Gebiete aus den Jahren 1980-95 inklusive noch laufender Projekte. Die Broschüre enthält

10 Verantwortlich für diese Datenbank sind B. Löger und A. Amann.

11 Diese in Form einer Projektarbeit erstellte Dokumentation wurde von H. Hoffer, D. Ingrisch, H. Laa und E. Mitterhauser vorgenommen und 1994 in broschürter Form publiziert.

eine Bibliografie der Arbeiten sowie Texte über Schwerpunkte, Trends und Lücken, die auf der Basis von Experteninterviews erstellt wurden. Für die (relationale) Datenbank wurde das Programm „Paradox" verwendet, es ist kompatibel mit dBase und bietet Exportfilter für die Datenbankprogramme Quattro, Lotus und Excel.

Die Bibliografie umfasst 496 Arbeiten[12], an denen sichtbar wird, dass es in der Zeit zwischen 1980 und 1995 zu einer ständig steigenden Publikationszahl gekommen ist, innerhalb derer der größte Anteil der Arbeiten auf die Soziologie, die Volkswirtschaft und die Sozialpolitik (zusammen fast 40%) entfällt. Insgesamt ergaben sich aus einer Analyse der bibliografierten Arbeiten dieses Projekts inhaltliche und methodische Schwerpunktsetzungen, Trends und Lücken sowie institutionelle und Umsetzungsdefizite.

12.3.2.4 Eine Sonderentwicklung jüngerer Zeit: Altenhilfe, Altenpolitik und Ausbildungsfragen

Auf universitärer Ebene existiert Sozialgerontologie, wie bereits erwähnt, in institutionalisierter Form in Österreich nicht. Es gibt keinen Lehrstuhl für dieses Fach, keinen Studiengang, ja, es kann nicht einmal als sogenanntes Nebenfach studiert werden (gleiches gilt übrigens für die Geriatrie). Einzelne Lehrveranstaltungsangebote, die sich im Rahmen der akademischen Ausbildung finden, gehen daher allein auf private Initiativen und Interessen von Lehrenden zurück. Anfang der 70er Jahre unternommene Anstrengungen um eine Institutionalisierung des Faches scheiterten damals vermutlich an der Tatsache, dass die verantwortlichen Politiker mit dieser Wissenschaft und ihren Aufgaben wenig anfangen konnten, während heute eine Realisierung dieses Zieles aufgrund akuten Ressourcenmangels in weite Ferne gerückt zu sein scheint. Andererseits steht Österreich, ebenso wie andere europäische Länder, vor der Situation, eine „ergrauende" Gesellschaft zu sein. D. h.: Altern ist ein die gesamte Gesellschaft durchdringender Prozess, der Probleme mit sich bringt, die gelöst werden müssen. Zwei Bereiche sind besonders geeignet, die Eigenart dieser Lösungsprozesse sichtbar zu machen: Die Sozialpolitik und der Berufs- und Bildungssektor. Meine These lautet denn auch, dass die *Sozialgerontologie in Österreich auf universitärem Boden eine prekäre Stellung hat, sich aber im Wege von Professionalisierungsprozessen beginnt, unter berufspraktischen Gesichtspunkten eine nicht-akademische Position zu erkämpfen, die sich im Forschungsbereich mehr und mehr niederschlägt*. Aufgrund dieser Beobachtung habe ich den folgenden Bildungsfragen überdurchschnittlich viel Platz eingeräumt.

Im Bereich der beruflichen Ausbildung lassen sich in Österreich zwei Typen von Ausbildungsgängen unterscheiden: Ausbildungsgänge, die altersbezogene Themen beinhalten, aber auf den Erwerb von Kenntnissen für andere Tätigkeitsfelder ausgerichtet sind, und Ausbildungsgänge, die wesentlich auf die Ausbildung für die Arbeit mit Älteren konzentriert sind. Diese Muster, in denen altersbezogene Themen entweder als zentrale oder als periphere auftauchen, stehen in Beziehung zur Praxis späterer Arbeit, in der „Alter" ebenfalls zentral oder „unter anderem" vertreten ist. Weiterbildung erfolgt in Wochenendseminaren, Intensivseminaren oder Speziallehrgängen. Grundsätzlich ist das gesamte Ausbildungswesen für die Pflegevorsorge für ältere Menschen uneinheitlich und bedürfte dringend einer bundesweiten Homogenisierung.

Einhelligkeit besteht bei den in der Aus- und Weiterbildung Tätigen darüber, dass ein Nachholbedarf an gerontologischer Aufschulung für

12 Allerdings muss in Rechnung gestellt werden, dass aufgrund dieses hier durchgeführten Projektes nicht gesagt werden kann, wie hoch der Ausschöpfungsgrad dieser Bibliografie ist; jedenfalls ist sie unvollständig, was sich anhand von nicht wenigen mir bekannten Arbeiten und Projekten nachweisen lässt, die zwischen 1980 und 1995 fertiggestellt wurden oder erschienen, aber nicht in der Bibliografie enthalten sind.

www.parlament.gv.at

Diplomierte Krankenpflegekräfte in der Altenhilfe besteht. Ansätze dazu existieren in Form einzelner Sonderausbildungen oder befinden sich zumindest in der Planungsphase.

Auf einem Seitenarm dieses vielfältigen Kanalysystems entwickelt sich zur Zeit eine eigene Forschungstätigkeit, die unter dem Stichwort „Qualitätssicherung" erfasst werden kann. Sie bezieht sich auf Gesundheitsförderung, Pflege, generell Arbeit mit alten Menschen. Die häufigste Projektform scheint jene der lokalen Fallanalysen geworden zu sein, in denen örtliche Projekte evaluiert, begleitet oder durch Projekte geplant werden (z. B. Moser 1989, Schaffenberger, Pelikan 1988, Ullmann 1993, Akademie für höhere Fortbildung 1985).

An gerontologisch bzw. für die Arbeit mit alten Menschen relevanten Ausbildungsformen finden sich in der österreichischen Bildungslandschaft Sonderausbildungen für Diplomierte Pflegekräfte, PflegehelferInnenausbildungen, Fachschulen für Altendienste, Fachschulen für Sozialdienste etc. und die HeimhelferInnenausbildungen.

Die Ausbildungsgänge für Physio-, Ergo- und LogotherapeutInnen werden hier, obwohl diese Berufsgruppen in der Altenhilfe eine immer größere Bedeutung bekommen, nicht dargestellt, weil die derzeit bestehenden Curricula nicht speziell auf eine Tätigkeit mit alten Menschen vorbereiten. Eine stärkere Ausrichtung der Ausbildungen auf bzw. eine Möglichkeit zur Spezialisierung im Rahmen der Ausbildung für die Tätigkeit im gerontologischen Arbeitsfeld muss angesichts der steigenden Bedarfe dringend eingemahnt werden.

Erst in Ansätzen gibt es ein gesetzlich anerkanntes Berufsbild „Altenpflege" und somit auch entsprechende eigenständige Ausbildungsgänge. Die oben genannten Fachschulen, die AltenhelferInnen ausbilden, gehen mit ihren Lehrplänen und Stundenausmaßen zum Teil weit über die Erfordernisse einer PflegehelferInnenausbildung hinaus, inkludieren in der Ausbildung aber die PflegehelferInnenprüfung, damit die AbsolventInnen im pflegerischen Tätigkeitsbereich danach offiziell die beruflichen Kompetenzen von PflegehelferInnen haben. Diese Regelung stellt eine Kompromiss dar, der keineswegs zur Zufriedenheit der AusbildnerInnen und der AbsolventInnen gereicht.

Die Ausbildung von HeimhelferInnen ist in den meisten Bundesländern überhaupt nicht gesetzlich geregelt, in jenen Fällen, in denen Normen gesetzt wurden, beziehen sich die gesetzlichen Vorgaben auch auf die Ausbildung und die Tätigkeit von Alten- und FamilienhelferInnen.

Als Konsequenz aus dieser Situation wuchsen eine Reihe von Ausbildungsprogrammen und Tätigkeitsfeldern, um dieses Vakuum zu füllen. Das Resultat ist, dass diese „neuen" Berufe völlig unterschiedliche Ausbildungsqualität haben, und dass gegenwärtige Anstrengungen zur Verbesserung der Lage in hohem Maße darauf ausgerichtet sind und darauf ausgerichtet sein müssen, in der Vergangenheit grundgelegte Versäumnisse erst einmal zu beseitigen. Eines dieser Probleme, die aus der Vergangenheit als Mängel sich entwickelt haben, ist das Fehlen einer breiten gerontologisch-geriatrischen Qualifikation in den verschiedenen Personalgruppen.

Nochmals sei die Frage beantwortet, weshalb diese ausführliche Darlegung des Bildungsbereichs nötig ist. Die Antwort kann von der oben formulierten These aus nun weitergeführt werden. In Österreich fehlt weitgehend eine institutionalisierte Verbindung zwischen der Alters-Politik und Alters-Praxis auf der einen Seite und der sozialgerontologischen Grundlagenforschung auf der anderen Seite; diese Verbindung ist es aber letztlich, die eine produktive Entwicklung erst möglich macht. Wir gehen zwar auf eine Situation zu, in der ein Drittel der Bevölkerung zu den Älteren zählen wird, empirisch verlässliches Grundlagenwissen über diese Altersgruppe, die in sich differenzierter ist als jede andere, besitzen wir aber nur in spärlicher Form. Oftmals verbleibt selbst bei wichtigen politischen Entscheidungen das, was als Grund-

wissen wichtig wäre, im Dämmer des Halbgewussten.

Demografische Entwicklungen und mit ihnen einhergehende Kostenveränderungen im Gesundheits- und Sozialbereich werden in Zukunft einen erheblichen Bedarf an sozial-integrativen und medizinisch-pflegerischen Leistungen mit sich bringen, dem die gegenwärtig vorhandenen Kapazitäten weder in qualifikatorischer Hinsicht, noch ihrem Umfang, noch ihrer Organisationsstruktur nach genügen werden können. Für Detaildiagnosen dessen, was hier das Spiel zwischen Nachfrage, Angebot, neuen Bedürfnissen und neuen Problemlagen beeinflussen wird, fehlen uns die Grundlagen. Die historische Entwicklung im Krankenanstalten-, Heim- und Fürsorge- / Sozialarbeitswesen hat dazu geführt, dass die spezifischen Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft – ein Phänomen, das erst in den letzten Jahren mit vollem Gewicht spürbar zu werden begann – nicht mehr zentral abgedeckt werden können. Dies gilt auch für den Aus- und Weiterbildungsbereich, in dem altersspezifische – gerontologisch / geriatrische – Forschungsresultate unterrepräsentiert sind. Anstrengungen im Aus- und Weiterbildungsbereich müssen deshalb an dieser Bruchstelle ansetzen, und Programme, die entwickelt werden, haben auf die Frage nach der Schaffung geeigneten Wissens Rücksicht zu nehmen. Durch den vielerorts forciert vorangetriebenen Ausbau der ambulanten Altenhilfe erhöht sich das durchschnittliche Zugangsalter beim Eintritt in ein Heim (meist Pflegeheim) und damit verschlechtert sich folgerichtig der Gesundheitszustand bis zu diesem Zeitpunkt; mehr Menschen kommen kranker ins Pflegeheim als dies bisher der Fall war (Amann / Kneusel / Nemeth / Urbas / Wiegele 1994). Damit stellen sich aber auch erhöhte und neue Anforderungen an die Qualifikation des Personals ein: Vermehrter Umgang mit Demenzkranken, mit Altersdepressionen und mit Regressionen erfordert mehr und bessere psychosoziale Schulung, mehr und bessere Kenntnisse in Animation und Rehabilitation, eine genauere und systematischere Kenntnis des gesamten Pflegeprozesses – und er erfordert mehr gesichertes Grundlagenwissen über all diese Veränderungen, die die älter werdenden Menschen treffen.

Damit im Zusammenhang müssen wir lernen, dass weitere Anstrengungen notwendig sind, das Bild der Alten in unserer Gesellschaft in ein anderes Licht zu rücken: Wir müssen die Akzeptanz des Alterns und das Verständnis für das Alter in der Gesellschaft verbessern. Aus- und Weiterbildung für Tätigkeitsfelder, die ihrerseits im sozialen Ansehen negativ bewertet werden, müssen suboptimalen Erfolg selbst bei besten Absichten und höchster Anstrengung haben. Wir müssen die gesellschaftliche Aufmerksamkeit erhöhen, um eine permanente Verbesserung der Lebensqualität Älterer zu gewährleisten. Für viele andere Zielgruppen in unserer Gesellschaft ist Betreuung durch zuständige Spezialisten längst eine Selbstverständlichkeit, im Falle der alten hilfebedürftigen Menschen scheint dies nicht so klar zu sein.

Langfristig müssen wir einen Bezugsrahmen entwickeln, aus dem abgeleitet werden kann, welches gerontologische Wissen welchen Zwecken dienen kann und welche Rolle es in der Weiterbildung für Sozialarbeit und Pflegeberufe spielen soll. Der Fokus ist der Prozess des Alterns in der Gesellschaft: Das Phänomen des Alterns erscheint auf verschiedenen Ebenen. Dementsprechend muss das „Wissen" unterschiedliche Ebenen betreffen: (a) Wissen um gerontologische Theorie und Forschung betreffend die Bedingungen des Alterns auf gesellschaftlicher und individueller Ebene; (b) Wissen um die Verbesserung des gesellschaftlichen Verständnisses für Alternsprozesse und die Besonderheiten der späten Jahre; (c) Wissen um Hilfestellungen, die dem einzelnen gegeben werden können, um das eigene Leben besser bewältigen zu können; (d) Wissen um Form und Inhalte der Ausbildung von Professionellen und Ehrenamtlichen im Feld der Arbeit mit Älteren.

Wenn einmal gewährleistet ist, dass alle, die an der Diskussion um die Beziehungen zwischen

www.parlament.gv.at

Wissenschaft, Politik und Helferpraxis beteiligt sind, der Wichtigkeit der Schaffung eines solchen Bezugsrahmens zustimmen, ist ein weiterer wichtiger Schritt nötig: Sozialgerontologie (die selbst erst weiter institutionalisiert werden muss) mit der Aus- und Weiterbildung für die Altenarbeit systematisch zu verknüpfen und beide ihrerseits wieder mit Erwachsenenbildung und Bürokratie zu koppeln, in der die altersrelevanten Entscheidungen gefällt werden.

12.4. Versuch einer Trend-Skizze

Die Entwicklung der Sozialgerontologie in Österreich ist im Bereich ihrer theoretischen Begründungen, wie eingangs schon dargestellt, von soziologischen und teils sozialpsychologischen Ansätzen intensiv und von sozialpolitikwissenschaftlichen Perspektiven teilweise beeinflusst und geleitet worden; sie zeigt gegenwärtig eindeutige Tendenzen eines Umbruchs bzw. einer segmentierten Ausweitung, die Stoßrichtung weist allerdings auf Einzeltheorien und Einzelforschung, weit weniger auf Anstrengungen der Art, die ich oben mit dem Begriff der Grundlegung auf vier verschiedenen Ebenen bezeichnet habe. Teilweise ist eine zunehmende Verknüpfung soziologischer und psychologischer Konzeptionen sichtbar, die sich um die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen einer selbstaktiven, bewusst gestaltenden und auf vermehrte Handlungschancen zielenden Auseinandersetzung mit sich wandelnden äußeren Lebensbedingungen dreht; teilweise wurden durch Kritik alter Theorieansätze und Vorschläge zu Neukonzeptionen entscheidende Wendungen vollzogen, die sich schrittweise auf ein Programm einer „Erzeugungstheorie" des Alters durch ökonomische, soziokulturelle und politische Bedingungen hin bewegen; drittens zeigt sich in der jüngeren Zeit die Sinnhaftigkeit einer Öffnung sozialgerontologischer Forschung für kultursoziologische und interkulturell vergleichende Ansätze, primär ein Produkt der verstärkten Rezeption der Lebensbedingungen der Menschen in der Dritten Welt.

Wenn die Sozialgerontologie als ein Forschungsprogramm verstanden wird, in dem die Theorienbildung neben den methodologischen Begründungen und der ständig begleitenden empirischen Erforschung der Verhältnisse zur Überprüfung der Erkenntnisse einen eigenen wichtigen Teil der Arbeit darstellt, so zeigen sich zwei relativ wenig aufgearbeitete Bereiche. Einerseits fehlt es an der entsprechenden Würdigung der Rolle der Politik und des Staates, andererseits an der Integration der mittlerweile sehr zahlreich gewordenen empirischen Einzeluntersuchungen. Seit dem Zweiten Weltkrieg haben internationale und nationale Organisationen, vom Europarat über die Vereinten Nationen bis zur Weltgesundheitsorganisation und vom Europäischen Parlament bis zu den nationalen Regierungen Berge von Empfehlungen, Deklarationen, Programmen, Beschlüssen und Gesetzen verabschiedet, die eine gestaltende Funktion für die Lage der Älteren bekommen haben. Dem steht in Österreich eine erst in den Anfängen sich befindende theoretische Diskussion über Hintergründe, Wirkungsweisen und Ziele solcher politischer bzw. staatlicher Maßnahmen gegenüber;[13] die Theorien zeigen eine merkwürdige Abstinenz gegenüber einer systematischen Einbeziehung der staatlichen und politischen Entwicklungen in ihre Fragestellungen. Ähnliches lässt sich, wenn auch unter anderen methodologischen Gesichtspunkten, über die Einzelforschung sagen. Ohne auf bibliometrische Untersuchungen zurückgreifen zu können, ist trotzdem deutlich, dass es pragmatisch abgegrenzte, institutionalisierte und vorherrschende Forschungsbereiche gibt, die theoretisch sehr wenig untereinander integriert sind. Zwei wichtige und quantitativ

13 Eine verdienstvolle neuere und annotierte Dokumentation gesetzlicher Grundlagen für Österreich findet sich bei H. Barta und M. Ganner (1998).

erhebliche Beispiele solcher Forschungsregionen mit manchmal deutlichen Grenzziehungen sind folgende.

12.4.1 Staat, Sozialpolitik und Versorgung[14]

Geboren aus einer allgemein deutlicher in den Vordergrund getretenen In-Dienstnahme der Sozialgerontologie für Zwecke sozialpolitischer Entscheidungsfindung, Entscheidungslegitimation und Problemdefinition einerseits und einer häufiger werdenden Wahl von altersbezogenen Themen für Diplomarbeiten und Dissertationen andererseits (z. B. in den Fächern Sozialgeschichte, Psychologie oder Sozialpolitik)[15] hat sich seit längerer Zeit ein Forschungsbereich entwickelt, der sich um den Kern sozial- und versorgungspolitischer Fragen anlagert. In den frühen Jahren, ca. ab den beginnenden 80er Jahren, waren die Untersuchungen konzeptuell auf Bedürfnis- und Problemfelder der Älteren, auch unter Versorgungsaspekten gedacht, ausgerichtet (z. B. Mayer 1980, Schleinzer 1980, Puffer 1982, Gaspar-Ruppert / Prinz 1986, Langerf 1986, Sucher 1987, Nott 1989, Hahnl 1989, Hörl 1989, Cserjan 1990, Stricker 1992, Saurug / Stoppacher 1993, Wastl-Walter 1994, Blaumeiser / Wappelshammer 1998). In den zitierten Arbeiten steht fast durchgängig die empirische Deskription im Vordergrund, fallweise wurde danach getrachtet, Konzepte theoretischer Art (Bedürfniskonzepte, Allokationsmodelle, der Begriff des Alltags, der Sozialpolitik etc.) forschungsleitend einzusetzen, theoretische Entwicklungsarbeit und Neukonzeptionen fehlen allerdings fast vollständig. Trotzdem kann festgehalten werden, dass hier *in Österreich auf breiterer Basis sozialpolitische Bedarfsforschung für das Alter* entsteht. In den 90er Jahren erfolgen spezifische Schwerpunktsetzungen, die vor allem entweder auf gegenwärtige Versorgungsdiagnose oder auf prognostische Fragestellungen zukünftiger Versorgungsbedarfe ausgerichtet sind. Einerseits zählen dazu Arbeiten, die den Charakter von „Altenplänen" (z. T. nach den Vorbildern aus Deutschland oder Frankreich) annehmen, andererseits aber in regelrechte Prognosen mit alternativen Schätz-Modellen bzw. Modelle des Kostenvergleichs münden (z. B. Kytir / Münz 1989, 1991, Amann / Fröschl / Herrmann / Nemeth / Stöckler / Urbas 1991, Amann / Kneusel / Wiegele und Badelt / Holzmann / Matul 1994, Alte Menschen in Kärnten 1994, Amann / Kneusel / Nemeth / Urbas / Wiegele 1994, Bauer 1996, Porsch 1996). Zunehmend gewinnen auch Arbeiten auf der Basis qualitativer Sozialforschung an Terrain (z. B. Wappelshammer o. J., Konrad / Sprinkart 1987, Sekera 1988, Auer 1990).

Mit dem Jahr 1993 ist es in Österreich insofern zu einer Intensivierung der Berichterstattung über die Versorgungslage der Älteren, über die Effekte vollzogener Maßnahmen und zu einer gewissen Verpflichtung zu entsprechender Forschung gekommen, als durch die „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen" (publiziert in den Landesgesetzblättern)

14 In der im folgenden referierten Literatur werden bibliografische Kurzverweise gegeben – es wird also z. B. nicht extra ausgewiesen, ob es sich um einen Forschungsbericht, eine Diplomarbeit, Dissertation oder Expertise etc. handelt. Vollständige Zitate sind in den drei genannten Datenbanken zu finden.

15 Ich habe in dieser Übersicht bewusst einen großen Teil an Diplomarbeiten und Dissertationen berücksichtigt sowie auch außeruniversitäre Projekte, die schwer zugänglich sind. Oft bewegt sich ja gerade die von Innovationsfreudigkeit getriebene Theoriedikussion eher auf universitärer Ebene, weil dort Zeit und Kapazitäten dafür freigemacht werden können, während in der Auftragsforschung oder in projektförmigen Einzelstudien sowohl methodische Stringenz als auch theoretische Integration aufgrund von Ressourcenmangel manchmal leiden dürften. Für Interessierte sei angemerkt, dass das Sozial-Forum des Österreichischen Hilfswerks einschlägige Diplomarbeiten und Dissertationen durch Preise prämiert. In „Wissenschaft und soziale Arbeit" (1999) sind jene Arbeiten inhaltlich kurz zusammengefasst, die zwischen 1991 und 1998 einen Preis erhielten.

www.parlament.gv.at

eine gewisse Art von Standards eingeführt wurde. Die Art. 15a-Vereinbarung regelt die „Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen" (Art. 1[1]) und die Schaffung eines „umfassenden Pflegeleistungssystems an Geld- und Sachleistungen" (Art. 1[2]). Dabei verpflichteten sich die Länder zur Erstellung von Bedarfs- und Entwicklungsplänen bis 1996 (Art. 6), auf deren Grundlage die Leistungserbringung „bis zu dem in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen festgelegten Bedarf qualitäts- und bedarfsgerecht nach den Grundsätzen der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit" (Art. 3[2]) festgeschrieben wurde. Es ist der erste Fall in Österreich, in dem für Zwecke alters-sozialpolitischer Steuerung wissenschaftliche Expertise bundesweit in Dienst genommen wurde. Unter den wenigen bisher parallel zu den Bedarfs- und Entwicklungsplänen unternommenen Evaluationsforschungen ist in diesem Zusammenhang jene von Ch. Badelt, A. Holzmann-Jenkins, Ch. Matul und A. Österle (1997) zu nennen.

Alle bisher genannten (und viele hier nicht zitierten) Arbeiten zählen zu jenen Belegen, welche die oben bereits formulierte These stützen, dass sozialgerontologische Forschung in Österreich in den letzten Jahren in bedeutsamer Weise durch sozial- und kommunalpolitische Bedürfnisse und Fragestellungen beeinflusst, wenn nicht gar praktisch festgelegt wurde. Diese „Deskriptionslastigkeit" kann, z. B. im Vergleich zu Deutschland, allein schon daran gesehen werden, dass im Rahmen der empirischen Forschung so wichtige Konzepte wie jene der Lebenslage oder der Sozialstruktur, der biografisch erworbenen Ungleichheit und der Sozialmilieus und Lebensstile nicht auf breiterer Ebene diskutiert werden (von einzelnen Ausnahmen ist dabei abzusehen), was dort bei vergleichsweise intensiven empirischen Untersuchungen nahezu kontinuierlich geschieht. Solche Defizite sind in größeren Kontexten zu sehen.

Dass Sparmaßnahmen, Konsolidierung der Budgets, ein möglichst breit gefächerter Konsens über wirtschafts-, finanz- und verteilungspolitische Strategien sowie der sogenannte „Umbau" des Sozialstaats Themen auch der nächsten Jahre sein werden, ist kaum zu bezweifeln. Weniger deutlich wird schon gesehen, dass diese Strategien in hohem Maße die Lebenslage der Älteren berühren (vgl. oben), diese also von politischen Entscheidungen teilweise direkter abhängig ist als die anderer Bevölkerungsgruppen. Die Alters-, Haushalts- und Familienstruktur sind relativ gut dokumentiert, die Einkommens- und Vermögenslage bereits weniger gut, die Effekte wohlfahrtsstaatlicher Politik auf die Lage der Älteren verschwindend gering. Gerade hier aber geht es um das theoretische Konzept der Lebenslage, das planerisch von hoher Bedeutung ist, und den Nachweis, dass es in empirisch ungenügender Weise und für die Absicht prognostischer Einschätzungen nicht zufriedenstellend dokumentiert ist. Der Kern des Lebenslagenkonzeptes ist die dialektische Beziehung zwischen „Verhältnissen" und „Verhalten". Diese Beziehung wird als eine gleichzeitig zweiseitig bestimmte erfasst: als eine bedingte und strukturierte und zugleich als eine bedingende und strukturierende. Dabei ist der Fehler der traditionellen Auffassungen zu vermeiden, der auf eine Dichotomisierung zwischen dem beharrenden Charakter der Institutionen und dem unsteten der Individuen hinausläuft. Lebenslagen sind also die historisch entstandenen und sich entwickelnden Strukturbeziehungen, die sich aus den äußeren Lebensbedingungen ergeben, die Menschen im Ablauf ihres Lebens vorfinden, sowie die mit diesen äußeren Bedingungen in wechselseitiger Abhängigkeit sich entwickelnden individuellen Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungen, die diese Menschen hervorbringen. Nur so lässt sich die empirisch gestützte These verstehen, dass sowohl Benachteiligungen wie Privilegierungen biografisch „erworben" werden und sich im Alter sogar verschärfen können. Lebenslagen sind dynamisch in der Perspektive ihres dauernden sozialen, ökonomischen und kulturellen Wandels, sie sind beharrend

in der Perspektive ihrer nur durch Anstrengung veränderbaren Zustände. Die Forschung gibt der genannten Dichotomie leider immer wieder nach, indem auf der einen Seite sozialstatistische Standarddaten erhoben werden, ohne die Interpretation und Akzeptanz der indizierten Sachverhalte durch die Individuen zu kennen, und indem sie auf der anderen Seite individualisierte Phänomendeutungen rekonstruiert, ohne die Rückbindung an äußere Gegebenheiten ernst zu nehmen. Wir wissen daher sehr wenig über Verwendung und Konsequenzen von Pflegegeldleistungen, wenig über neue Trends in der Pensionierung, so gut wie gar nichts über die nach Altersgruppen und sozialer Lage differenten Erwartungen, Einstellungen und Praktiken der Älteren, über Gesundheits- und Krankheitsverhalten, materielle Transfers zwischen den Generationen, Engagementbereitschaft etc.

Lebenslagen sind Ausdruck gesellschaftlich produzierter Ungleichheitssysteme, in ihnen wird die jeweils vollzogene und sich vollziehende Vermittlung zwischen strukturierender Struktur und die Realität produktiv verarbeitenden Subjekten manifest. Damit ist deutlich, dass Lebenslagen Start- und Entwicklungschancen festlegen, die auf zweierlei Art im historischen und im individuellbiografischen Verlauf formierenden Charakter bekommen: Lebenslage heißt einerseits die für aufeinanderfolgende Kohorten unterschiedliche Höhe und Verteilungsform des gesellschaftlichen Reichtums, der sozialen Chancen und der politischen Freiheiten sowie der kulturellen Potentiale, unter denen Menschen leben, und schließlich die auf diesem Hintergrund sich ergebenden tatsächlichen und potentiellen Zugangs- und Verfügungschancen im je individuellen Fall (über Einkommen und Vermögen, Arbeit und Bildung, Leistungen und Rechte, Deutungs- und Interpretationsmöglichkeiten hin bis zu Ideologien und Theorien über die eigene soziale Existenz und ihre Voraussetzungen); Lebenslage heißt aber auch der Spielraum, den die einzelnen innerhalb dieser Verhältnisse zur Gestaltung ihrer Existenz potentiell vorfinden und tatsächlich verwerten und in denen sich Chancen als strukturierte Wahlmöglichkeiten, als Dispositionsspielräume darstellen.

Es kommt also nicht von ungefähr, dass aufgrund mangelnder empirischer Repräsentation der Lebenslage der Älteren Prognosen schwierig sind und die Diskussion von Thesen und Antithesen sowie Mutmaßungen voll ist. Ich will nur einige wenige nennen. Das gesetzliche Alterssicherungssystem wird nicht mehr finanzierbar sein, der einzelne muss mehr Selbstvorsorge betreiben; die gehalts- und beitragsbezogene Pension / Rente muss durch eine Grundrente (z. B. in Höhe des Sozialhilfeniveaus) ersetzt werden; das Leistungsniveau des Alterssicherungssystems kann gesenkt werden, weil die Menschen in bisher nie erreichter Weise über Vermögen verfügen; die zukünftigen Alten werden weniger bescheiden und zurückhaltend sein, sie werden im Wege über politische Einmischung die Verteilungskämpfe verstärken; der Gesundheitszustand der künftig Alten wird im Schnitt besser und die Phase, die von Krankheit und Leiden gekennzeichnet ist, wird kürzer sein. Diese Aussagen könnten sich leicht weiter fortsetzen lassen und – ebenso die Argumente, die dagegen sprechen oder relativieren.

Lücken oder Defizite der Forschung finden sich innerhalb dieses Schwerpunktes vor allem – um dies nochmals zu wiederholen – in einem mangelhaften Einbezug der Einflüsse des modernen Wohlfahrtsstaats in die hauptsächlichen Projektfragestellungen. Die Implikationen sozialpolitischer Maßnahmen und rechtlicher Entscheidungen sind keinesfalls systematisch erfasst worden, auch wenn z. B. das gesetzliche Pensionsalter in manchen Untersuchungen eine strategische Theoriegröße im Sinne der Altersgruppen-, Leistungs- und Statusabgrenzung eine Rolle spielt. Ein Versuch, dieses Defizit abzubauen, steht noch aus. Ein weiteres Defizit ist in der nur mangelhaft entwickelten Evaluierungs- und Wirkungsforschung zu sehen. Zwar haben sich im Rahmen der allgemein verdich-

www.parlament.gv.at

teten Befassung mit Altersfragen zahlreiche Gesetzesänderungen, Maßnahmen und Programme eingestellt, ihre Bewertung und ihre Untersuchung auf die erhofften und geplanten Wirkungen ist aber mangelhaft.

12.4.2 Bildung, Gesundheit und Sport im Alter

Diese Themenbereiche zeigen, ähnlich wie die eben diskutierten, relativ frühe Anfänge. Sichtbar sind sie beeinflusst von jeweils aktuellen Themenhochkonjunturen, aber auch gekennzeichnet durch eine relative Kontinuität in ihrer Erforschung. Die Bildungsfrage lässt sich in Subthemen differenzieren wie Bildung im Alter, Seniorenstudium, Vorbereitung auf das Alter, Umgang mit Medien (z. B. Brandes 1981, Kolland-Hutterer / Kolland 1982, Altenbildung 1984, Kolland 1989, Scheiber 1990, Pfisterer 1993, Kurz 1993, Ebner 1985, Frassine / Lange / Kessler 1988, Heimgartner 1993, Klaus 1987, Brezansky 1990, Rieder 1990). Soweit Bildungsfragen im engeren Sinn in Betracht gezogen werden, zeigt sich auch hier ein eigenartiges Defizit. Zum einen scheint das Weiterbildungsinteresse älterer Menschen in Österreich im Vergleich zu den USA oder Deutschland relativ niedrig zu sein; wo das Bildungsinteresse ansteigt, dürfte es durch die höhere Bildung nachrückender Kohorten getragen sein, da offensichtlich höhere Bildung zusammen mit neuen Angeboten die Lernmotivation steigert. In Österreich ist allerdings ein steigendes Interesse im Rahmen institutionalisierter Weiterbildung fast nur in einem peripheren Bereich, dem des Seniorenstudiums, festzustellen. Von 1979/80 bis 1993/94 hatten die älteren Hörer an Österreichs Universitäten von 1.833 auf 9.841 zugenommen, das stark gestiegene Interesse war aber vor allem durch die 40-60-jährigen getragen worden. Auch die spezifischeren Zahlen über Volkshochschulen und Erwachsenenbildung zeugen nicht von vehementem Anwachsen des Interesses. Insgesamt lässt sich wohl sagen, dass Weiterbildung im Alter, Vorbereitung auf das Alter und Lernbereitschaft und -aktivität im Alter untererforscht sind, dass wir viel zu wenig über motivationsfördernde und -hindernde Bedingungen wissen und dass uns schließlich auch aus soziologischen und psychologischen Perspektiven die niedrige Bereitschaft der Österreicher und Österreicherinnen, sich mit dem eigenen Älterwerden auseinanderzusetzen, ziemliche Rätsel aufgibt (vgl. auch: Kap. 7.2 und 13.4).

Gesundheitsfragen betreffen spezielle Alterskrankheiten, allgemeine Fragen der Kompetenz im Alter, Gesundheitsbedürfnisse, aber auch Körperlichkeit und Identität, Sterben und Tod. Der Themenzusammenhang Sport und Alter nimmt hier eine Sonderstellung insofern ein, als relativ zahlreiche Projekte zu Sportfragen durchgeführt wurden, ihr Bezug zu Gesundheitsfragen im engeren Sinn aber recht lose ist und außerdem regionale Einzelfallanalysen im Vordergrund stehen (für letzteren Fall mögen als Beispiele Stadtschreiber 1981 und Esterer 1982 gelten; weiters wären u. a. zu nennen: Kanzler 1983, Moser 1983, Kopp 1985, Hirczy 1988, Wampera 1991). Auch zu Sicherheitsfragen tauchen vereinzelt Arbeiten auf (z. B. Rehberg 1993).Wiederholt sei hier, dass das vergleichsweise enge Feld sozialwissenschaftlicher Forschung betrachtet wird. Als – zugegebenermaßen – Pauschalurteil mag gelten, dass die Untersuchungen zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten ebenfalls relativ spärlich gesät sind. An dieser Stelle sind zwei Defizite aber besonders hervorzuheben: zum einen existiert keine Langzeitstudie über Alter und Gesundheitsveränderungen und deren soziale, psychische, ökonomische und biografische Bezüge, zum anderen fehlt es an epidemiologischen Daten speziell für die ältere Bevölkerung. Versteht man unter Epidemiologie wissenschaftlich vergleichende Analyse des Auftretens und der Verbreitung von Erkrankungen in der Bevölkerung nach Zeit, Ort und Personengruppen sowie die Ableitung von Erkenntnissen über die Ursachen der Entstehung, den Verlauf und den Ausgang der Erkrankungen, so wird vor allem sichtbar, dass dieser Forschungsansatz eine besondere Bedeutung im Zusammen-

hang mit den fundamentalen demografischen Veränderungen hat, die industrialisierte Länder zur Zeit erfahren. Eine Vielzahl von Modellrechnungen hat die wesentlichen demografischen Entwicklungstrends nachgewiesen. Die unmittelbar mit den Veränderungen der Altersstruktur verbundenen Konsequenzen im sozialstrukturellen und ökonomischen Bereich stehen ebenfalls vor Augen, nur – sie sind wesentlich weniger verlässlich einzuschätzen. Jene, die im Jahr 2030 über 85 Jahre alt sein werden, leben heute zwar schon alle, ob aber jene, die dieses Alter erreichen werden, dann gesünder als die heute über 80-jährigen sein werden, vermag niemand verlässlich zu sagen.

In vielen Ländern, Österreich und Deutschland sind hier keine Ausnahmen, wurde und wird die gerontologisch-epidemiologische Forschung vernachlässigt. Die bisher zur Diskussion gestellten Szenarien reichen von der pessimistischen Einschätzung einer überalterten, von mehrfachen und chronischen Leiden und Behinderungsfolgen geplagten älteren Bevölkerung hin bis zur Vorstellung eines immer gesünderen und immer aktiveren Alters. Stellvertretend für die erste Auffassung mag die Hypothese der „compression of morbidity" stehen, für die zweite kann die quasi gegenteilige Auffassung eintreten. Neuere Untersuchungen, die diese oppositionellen Sichtweisen wahrscheinlich überwinden können werden, dafür aber unsere Aufmerksamkeit auf weniger hoffnungsfrohe Zukünfte zwingen, sind jene, die Anfang und Mitte der 90er Jahre vorgelegt wurden. Auch wenn die verwendeten Indikatoren methodische Schwächen aufweisen, zeigt sich eines überraschend deutlich. Es ist nicht die pure Lebenserwartung, die unsere politischen Diskussionen leiten sollte, sondern die Überlegung einer behinderungsfreien oder gesunden, auch „aktiven" Lebenserwartung. Die Befunde stützen die Interpretation, dass in den letzten Jahren die durchschnittliche Lebenserwartung erheblich stärker gestiegen ist als die durchschnittliche Erwartbarkeit behinderungsfreier Jahre, die ihrerseits im Schnitt auch steigt, für manche Gruppen in der Bevölkerung allerdings stagnierte oder sogar fiel. Das heißt, dass die gewonnenen Jahre nicht unbedingt Jahre gewonnener Gesundheit waren. Damit hat die Altenhilfepolitik mit größerer Wahrscheinlichkeit sich auf den Fall des Anstiegs der Morbidität im höheren Lebensalter einzustellen und nicht auf ältere Menschen, die gesund und aktiv ihre „späte Freiheit„ leben – ein Phänomen, das vermutlich eher in den oberen Schichten zu erwarten ist, die ohnehin nicht das Gros der Altenhilfeklienten stellen. Neben einer auf der Basis entsprechender Prognosen möglich werdenden Konsequenzenabschätzung können derartige Ergebnisse auch andere Funktionen erfüllen, indem sie z. B. zur Festlegung von Gesundheitszielen herangezogen werden. Die Reihung und das Erscheinungsbild der Krankheiten sehen für die sogenannten behinderunsgfreien Jahre völlig anders aus als für die verbleibende Lebenserwartung. Dies kann als Argument für differenzierte gesundheitspolitische Programme eingesetzt werden. Leider muss aber zugegeben werden, dass in unseren Ländern die Primärdatenlage äußerst mangelhaft ist. Es fehlen groß angelegte, national repräsentative Untersuchungen (wie sie z. B. in den USA durchgeführt werden), die eine personenbezogene Verknüpfung von Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten erlaubten. Die Planungseignung solcher Daten kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Selbstbild, Zufriedenheit, emotionales Umfeld, aber auch geistig-seelische Veränderungen, Umgang mit Krankheit und Tod, soziale und medizinische Prophylaxe sowie Arzt-Patient-Verhältnisse stellen demgegenüber Einzelprojekte über Einzelthemen dar, denen die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in fast allen Fällen fehlt; manche Befunde dagegen sind von hermeneutischer Relevanz (Viernstein 1977, Seel 1984, Zippl 1985, Bretschneider / Reuer 1985, Benard / Schlaffer o. J., Hein / Hoffmann-Richter / Lalouschek / Nowak 1985, Weber 1987, Schneider 1987, Halbwachs 1988, Weinberger 1989, Samitz 1990, Seeburger

www.parlament.gv.at

1990, Böck 1992, Grohs 1992, Titze 1991, Urban 1993, Amann / Kneusel / Löger 1994, Amann / Doblhammer-Reiter / Findl / Költringer / Urbas 1998).

Im Zusammenhang der im vorigen Absatz angesprochenen Thematik lässt sich ein weitläufiges Defizit markieren; es betrifft die mangelnde Kenntnisnahme der sich entwickelnden Probleme der Hochaltrigkeit in einer „ergrauenden" Gesellschaft.[16] Da ich überzeugt bin, dass dieser Bereich aufgrund der jetzt absehbaren Entwicklungstendenzen für die sozialgerontologische Forschung ähnlich bedeutsam werden wird wie es die Frage der Höher- und Weiterqualifizierung des quantitativ ständig zunehmenden Personals in der Altenversorgung bereits heute ist (vgl. oben), werde ich auf ihn ebenfalls etwas ausführlicher eingehen. Über die sehr Alten reden andere, nicht sie selbst. Zumindest für die Öffentlichkeit, und hier insbesondere die politische und mediale, gilt dies ganz besonders, wenn Themen der sehr Alten zur Sprache kommen. Selbst melden sie sich nicht zu Wort, in den Foren des demokratischen Geschehens haben sie kaum eine Stimme, andere berichten über sie: die Wissenschaft, die Zeitungen, die Todesanzeigen. Die Hochbetagten sind eine schweigende und unsichtbare Minderheit in unserer Gesellschaft. Unter den über 60-jährigen stellen sie jene Gruppe, über die weithin am wenigsten bekannt ist und über die, als notwendige Folge des Nichtwissens, auch am meisten falsche Vorstellungen verbreitet sind. In willkürlicher Unbekümmertheit werden ihnen Weisheit und Rigidität, Armut und ruhiges Pensionistendasein, Erfahrung und Borniertheit gleich beliebig zugeschrieben.

1971 lebten in Österreich 53.316 Menschen im Alter von 85 und mehr Jahren; eine Gruppe, die z. B. um 20.000 geringer war als die Zahl der Langzeitarbeitslosen im Jahr 1995. Doch diese 85-jährigen und älteren haben inzwischen an Zahl zugenommen: 1991 waren es bereits 107.212 und im Jahr 2050 werden sie eine knappe halbe Million betragen. Das macht eine Indexsteigerung um 833% aus. Noch mehr der Beachtung wert ist aber die Entwicklung dessen, was mit Greisenalter gemeinhin bezeichnet wird: die Gruppe der 95-jährigen und älteren. Sie betrug im Jahr 1971 1.412 Personen in Österreich, eine Kleingemeinde. Im Jahr 2050 wird diese Gruppe mehr als 35.000 Menschen umfassen. Das sind immerhin so viele, wie im Jahr 1926 die Gruppe der über 80-jährigen insgesamt ausgemacht hat. Es muss also bei den Hochaltrigen eine rapide zahlenmäßige Zunahme zur Kenntnis genommen werden, die einen stärkeren Anstieg aufweist als in jeder anderen Altersgruppe.

Wenn schließlich davon ausgegangen werden muss, dass die 75-jährigen und älteren im Jahr 2050 1,424.437 ausmachen werden, ist die Haltung, die „älteren Alten" weiterhin als schweigende, versteckte und sich nicht zu Wort meldende Minorität anzusehen, unzeitgemäß geworden. Es müsste vielmehr die Frage endlich konsequent beantwortet werden, welche besonderen Eigenheiten diese große Gruppe aufweist, die von gesamtgesellschaftlichem, aber auch politischem und ökonomischem Interesse sind.

Zum hohen Alter gehört das Herausfallen aus familiären und verwandtschaftlichen Kontexten. Zwar ist der Familienstand nur *ein* Indikator für diese Kontexte; aus sozialpsychologischen Überlegungen kommt ihm aber hohe Bedeutung zu. Verwitwet zu werden bedeutet den Verlust einer häufig langjährigen emotional hochbesetzten Beziehung, gleichgültig, wie befriedigend oder konfliktreich sie verlaufen ist. 80% der Frauen und 46% der Männer im Alter von 85 Jahren und dar-

16 Zu diesem Thema konnte ich kein einziges größeres Forschungsprojekt bibliografisch feststellen. Auffälligerweise befassen sich einzelne Personen oder Vereinigungen aus höchst praktischen Anlässen mit dieser Thematik, wie z. B. Ärzte im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen und Inkontinenz. Im Umgang mit den sehr alten Menschen selbst dürfte der Problemdruck entschieden größer sein als am konzeptiven Tisch derer, die sich die Gegenwartsgesellschaft zum Thema erheben.

über sind also eine erhebliche und wichtige Zielgruppe für solche Fragestellungen. Wie sich Verwitwung auf die Struktur des sozialen Netzwerks im Alter und insbesondere im hohen Alter auswirkt, ist wenig erforscht. Es gibt aber Hinweise, dass dieser Faktor z. B. doch signifikant zur Einsamkeit beiträgt. Hier ist noch ein Gedanke anzumerken, der ebenfalls mit dem Mangel an Wissen über das hohe Alter zu tun hat. Die Annahme, dass Einsamkeit, Verlusterlebnisse und Rückzug im hohen Alter zunähmen, weil dort auch die Wahrscheinlichkeit negativer Lebensumstände und Lebensereignisse steigt, ist in der gerontologischen Literatur weit verbreitet, wir wissen jedoch kaum etwas über den Zusammenhang zwischen solchen Veränderungen und dem Gesundheitszustand, dem well-being, der Mobilität, Selbständigkeit und Autonomie etc. Auch hier wäre ausgedehnte Forschung dringend notwendig.

In ersten Schritten ausgedehnt initiierter Untersuchungen müsste die Aufmerksamkeit vor allem auf folgende Zusammenhänge gerichtet werden. Im I. Deutschen Altenbericht aus dem Jahr 1993 wurde davon ausgegangen, dass ältere Patienten im Ausmaß zwischen 50% und 80% gleichzeitig internistischer und psychiatrischer Behandlung bedürfen und dass unter den 80- und mehrjährigen ca. 30%, unter den 85- und mehrjährigen aber bereits 40% auf qualifizierte Behandlung angewiesen sind. Diese Altersgruppen sind durch vielfache und chronische Erkrankungen charakterisiert, sie bedürfen der hauswirtschaftlichen, der psychosozialen und medizinisch-pflegerischen Versorgung. Es muss hier betont werden, dass für Personen dieser Altersgruppe – also Hochbetagte – eine steigende und die Besonderheiten und Schwächen annehmende soziale Umgebung lebensnotwendig ist. Wieweit dies gelingt, ist gegenwärtig schwer zu entscheiden, verschiedene Befunde deuten jedoch darauf hin, dass hier schwerwiegende Lücken bestehen. Eine beträchtliche Anzahl der Hochbetagten, die Leistungen der ambulanten Altenhilfe beziehen, wären ohne diese Hilfen unfähig, den Rest an Selbständigkeit zu bewahren, den sie noch besitzen, und müssten stationäre Betreuung in Anspruch nehmen, was vor allem eine Erhöhung der Kosten bedeuten würde.

Aufgrund der sich entwickelnden Hochaltrigkeit in unserer Bevölkerung wird in Zukunft ein Problemkomplex stärker auftreten, dem bisher, nicht zuletzt deshalb, weil es sozial tabuisiert ist, nicht die notwendige Aufmerksamkeit zuteil wird: *Inkontinenz und Demenz*. Kein Zweifel kann daran bestehen, dass Inkontinenz im Alter häufiger auftritt als in jüngeren Jahren und in hohem Alter nochmals häufiger als im Schnitt bei den über 60-jährigen. Männer sind davon sowohl wie Frauen betroffen; einerseits stehen Stressinkontinenz – unwillkürlicher Harnverlust bei Belastung – andererseits Dranginkontinenz – Harnverlust durch überempfindliche Blase bzw. mangelnde Kontrolle über die Harnblase – im Vordergrund. In der Beurteilung der Inkontinenz muss davon ausgegangen werden, und dies stellt z. B. ein besonderes Problem in Pflegeheimen dar, dass geistige Verwirrtheit und Inkontinenz in einem engen und direkten Zusammenhang stehen. Rund zwei Drittel der hochaltrigen PatientInnen in Pflegeheimen sind geistig verwirrt und ca. zwei Drittel sind inkontinent. Gelingt es, den Patienten in seinem Verhalten der Umgebung gegenüber zu bessern, so ist es gleichzeitig auch oft möglich, ein gewisses Toilettentraining einzuüben und damit Kontinenz zu erreichen.

Erkrankungen mit solcher Verbreitung sind vor allem auch kostenrelevant. Nun ist es nicht immer möglich, die Kosten, die durch Inkontinenz entstehen, im einzelnen ziffernmäßig zu bestimmen, da sie sich aus den verschiedensten Komponenten zusammensetzen, vom erhöhten Pflegebedarf über allgemeinen Sachaufwand bis zu Inkontinenzhilfsmitteln. Was mögliche Kostenersparnis anbelangt, so ist die Inkontinenz ein wichtiger Ansatz, da die große Zahl von Betroffenen große Wirkungen erzielen lässt. Jede Verbesserung, die mit Bezug auf Inkontinenzhilfsmittel und Personaleinsatz gelingt, bringt im Gesamten erhebliche Einsparungen.

www.parlament.gv.at

Prinzipiell gehören solche Überlegungen natürlich in den Rahmen allgemein-gerontologischer Befunde über Gesundheit und Krankheit im Alter und die dort typischerweise auftretenden Zusammenhänge. Alter ist zwar nicht gleichbedeutend mit Krankheit, trotzdem werden Krankheit und Behinderung im Alter häufig zu ganz zentralen Aspekten des Lebens. Entsprechend muss vermutet werden, dass diese auch in ursächlichem Zusammenhang mit vielen anderen Veränderungen stehen. Krankheit und Behinderung kann z. B. ein entscheidender Grund für den Verlust der Selbständigkeit sein und sinnvollerweise *ist jede Intervention darauf auszurichten, Selbständigkeit auch unter reduzierten Möglichkeiten soweit wie möglich zu erhalten oder wieder herzustellen*. Weiters können körperliche Krankheiten und Behinderungen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung psychischer Krankheiten wie Depression oder Demenz spielen und schließlich muss ein ausgeprägter, negativer Einfluss von chronischen Krankheiten, Behinderungen und Funktionseinbußen auf das subjektive Wohlbefinden im Alter angenommen werden. Umgekehrt wird Gesundheit aber auch durch psychische und soziale Bedingungen beeinflusst. So können Institutionalisierung, Verwitwung, Vereinsamung, Resignation, Depression und Demenz z. B. durch Vernachlässigung der Selbstpflege, inadäquate Ernährung oder Veränderungen der Immunität, zu einer Verschlechterung der körperlichen Gesundheit beitragen. Parallel dazu muss aber auch die Plastizität, die Anpassungsfähigkeit des älteren Menschen an veränderte Lebenbedingungen, gesehen werden. Möglicherweise werden Funktionseinbußen „im Alter" durch die individuelle Entwicklung relativiert, die Raum für subjektive Adjustierungen „während des Alterns" zulässt.

12.4.3 Weitere Einzelforschungsthemen

Familiale und soziale Netzwerke und Fragen der Hilfe und des Austausches, Lebens- und Einkommensverhältnisse mit Wohnen und Wohnsituation, besondere Frauenbelange (allerdings noch sehr selten), Alter und Behinderung, die Pflegeproblematik, Prävention, Therapie und Rehabilitation im Alter spielen ebenfalls eine Rolle. Neueste Untersuchungen sind Generationenfragen gewidmet, nicht ohne Bezug natürlich zur Aktualität des Altersthemas aufgrund des von den UNO ausgerufenen Jahrs der älteren Menschen. Gerade innerhalb der Generationenbeziehungen tut sich ein Teil-Desideratum auf, das auch im Lichte der öffentlichen Kostendiskussion immer mehr Bedeutung bekommt: Es betrifft die materiellen Transfers zwischen den Generationen unter Einbeziehung des regelmäßigen Geld- und Sachtausches, aber auch des Vererbungsvolumens und der Koppelung dieser Ergebnisse mit Fragen des Lebensstiles und des Lebensstandards auf Seiten aller Betroffenen.

Im Herbst 1998 untersuchte G. Majce in einem österreichweiten Survey die intergenerationellen Solidaritäts- und Konfliktpotentiale. Die Studie war der quantitative Teil eines umfassenden Forschungsprojekts im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie über „Generationenbeziehungen in Österreich '98" und erhob anhand einer für die über 18-jährige österreichische Bevölkerung repräsentativen Stichprobe (N=1.000) die Einstellungen und Verhaltensweisen im Wechselverhältnis zwischen den Generationen bzw. Altersgruppen einerseits in den Familien, andererseits auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Der zentrale Befund der Studie lautet, dass die Familie, insbesondere die intergenerationellen Beziehungen der Kernfamilie, nach wie vor ein äußerst tragfähiges, solidarisches System der Sicherung gegen Notlagen und in Situationen des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs darstellt. Tritt Unterstützungsbedürftigkeit auf – und das war bei vier Fünftel der erwachsenen Bevölkerung in den letzten zwei Jahren der Fall – dann bleibt kaum jemand ohne ausreichende Hilfe seitens der Familie. Ein solcher Hilfebedarf tritt bei den Jüngeren zum Teil erheblich häufiger auf als bei den Älteren. Besonders

deutlich wird das im finanziellen Bereich und bei der Betreuung von Kindern, und *es ist regelmäßig die Elterngeneration, die primär diesen Hilfebedarf deckt*. Zentrale Hilfeperson ist die Mutter, bei Dienstleistungen für Personen in höherem Alter spielen auch die Töchter eine wichtige Rolle, wie überhaupt das Helfen eine starke weibliche „Schlagseite" hat.

Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ist zwar Konfliktpotential, aber keine Feindseligkeit im Verhältnis zwischen den Generationen auszumachen. Den Senioren wird nur wenig Beteiligung an intergenerationellen Konflikten zugeschrieben. Sie gelten nach wie vor als eine tendenziell benachteiligte Gruppe, allerdings als eine, die in Konkurrenz mit anderen benachteiligten Gruppen, wie z. B. Familien mit Kleinkindern, in Zukunft dennoch eher Einschränkungen in Kauf wird nehmen müssen. In bezug auf die Frage, ob zur künftigen Sicherung der Finanzierbarkeit des Pensionssystems eher die jüngere Aktivbevölkerung oder eher die Pensionisten zurückstecken werden müssen, deutet sich eine gewisse Polarisierung der Meinungen an, jedoch nicht so sehr im Sinne (alters)gruppenegoistischer Haltungen, sondern als altersunspezifischer Dissens quer durch die Bevölkerung. Konflikte werden wahrscheinlicher, wo Alt und Jung einander als Fremde begegnen und wo daher die Klischeevorstellungen und Vorurteile an die Stelle persönlicher Kenntnis treten: Je urbaner die Wohnlage, desto häufiger nehmen die Befragten Generationenkonflikte in der Öffentlichkeit wahr. Den Massenmedien wird denn auch überwiegend ein negativer Einfluss auf das Verhältnis zwischen den Generationen zugeschrieben. Insgesamt scheint das gesamtgesellschaftliche Generationenverhältnis von einer „wohlwollenden Ambivalenz" gekennzeichnet zu sein, die auch ins Negative kippen könnte. Die Zukunft dieses Verhältnisses wird von der Mehrheit jedenfalls skeptisch beurteilt. Nur wenige glauben an eine Verbesserung, die Hälfte an eine Fortsetzung des status quo, und immerhin vier von zehn nehmen an, dass sich das Verhältnis zwischen Alt und Jung in den nächsten zwanzig Jahren verschlechtern wird (Majce 1998).

12.5 Ausblick

Unter pragmatischer Perspektive und geboren aus einer Entwicklung, die Ökonomie und Wohlfahrtsstaat gleichermaßen in der Krise sieht, hat sich sozialgerontologische Forschung in Österreich in den letzten Jahren mehr als je zuvor auf Fragen und Probleme konzentriert, die die Lebenssituation älterer und sehr alter Menschen betreffen und unmittelbar mit den Voraussetzungen und Konsequenzen der sozialpolitischen Gestaltung sozialer Lebensverhältnisse zusammenhängen. Hier zeichnet sich vor allem ab, dass Grundlagenwissen und entscheidungsrelevante Informationen in den Bereichen der Sicherung, Versorgung und Pflege im Alter, der älteren Arbeitskräfte und der Pensionierung sowie ihrer Verbindung zu Mustern der sozialen und kulturellen Teilhabe im Alter, der „Kosten" des Alters und der Grenzen der Hilfe und Solidarität dabei die gegenwärtig besonders genutzten und nachgefragten Befunde der Forschung sind.

Wenn das Urteil des paradigmatischen Wandels stimmt, in dessen Verlauf die Sozialgerontologie sich als Disziplin konsolidieren und wissenschaftliche Identität gewinnen wird, so dürften mindestens folgende Dimensionen in diesem Prozess von Bedeutung sein. Bei allen Versuchen einer Abgrenzung gegenüber Alterssoziologie und Geriatrie ist *eine Integration und systematische Verknüpfung der verschiedenen Forschungsprogramme unter dem Gesichtspunkt genereller Fragen der Produktion, Institutionalisierung, Differenzierung, Bewertung und Bewältigung des menschlichen Alterns unabdingbar*. Entgegen den bisherigen Tendenzen einer Abschottung einzelner Alternsforschungsfelder gegeneinander, die sich in Theorie, Methode und Empirie zeigen, ist gezielte und institutionalisierte Interdisziplinarität notwendig.

www.parlament.gv.at

Schließlich dürften in Zukunft soziologische Theorieansätze, die sich wesentlich nur auf sozioökonomische Faktoren konzentrieren, und psychologische Konzepte, die von lebensweltlichen Umfeldbedingungen abgekoppelt sind, gleicherweise unbrauchbar werden.

Unter dem Gesichtspunkt einer verstärkten gerontologischen Forschungstätigkeit mit Bezug auf sozial- und alterspolitische Erfordernisse ist schließlich folgendes festzuhalten. Österreich hat sich, wie andere demokratische politische Systeme auch, in den letzten Jahrzehnten aufgrund der verschiedensten rechtlichen Regelungen dazu entschieden und sich damit selbst verpflichtet, eine menschenwürdige und für alle zugängliche Versorgung und Pflege mit zeitgemäßen sozialen und medizinischen Einrichtungen auf einem ebenfalls zeitgemäßen Qualitätsniveau zu schaffen. Dieser Selbstverpflichtung nachzukommen, wird als der Kern einer auf Integration und sozialen Frieden bedachten Sozialpolitik angesehen.

Es entspricht diese Selbstverpflichtung durchaus der Programmatik des sogenannten Wohlfahrtsstaates, wie er sich seit mehr als einhundert Jahren entwickelt hat; zugleich bringt sie diesen Staat aber in ein Dilemma. Er steht vor der Notwendigkeit, wegen Knappheitsbedingungen von der Zielerfüllung dieser Programmatik laufend abweichen zu müssen, dies aber nur soweit tun zu können, wie die Akzeptanz des Volkes reicht. Es ist die paradoxe Situation, dass ein System, das „Wohlfahrt" schafft oder schaffen will, zugleich um seine Legitimität bangen muss.

Dieser, in ihren Absichten durchaus großzügigen, Programmatik stehen zur Erfüllung immer mehr und größere Hindernisse entgegen. Analysen der Versorgungssysteme lassen Defizite zutage treten, die sofort beseitigt werden sollten; sie lassen aber auch in der Zukunft erheblich wachsende Zusatzbedarfe absehen, die schrittweise immer weitere und neue Anstrengungen erfordern werden, um nur jenes Versorgungsniveau zu halten, das bisher erreicht worden ist.

Nun sind nicht wenige Länder in einer Situation, in der Mittel im Sozialbereich gekürzt werden (müssen) und in der sich deswegen erhebliche Unzufriedenheit bemerkbar macht. Kürzung von Arbeitslosengeld und Sozialhilfeleistungen, zeitliche Limitation der Notstandshilfe, Abbau der Rehabilitationsleistungen und der Kurkostenersätze durch die Krankenversicherungen, rigidere Auslegung der Gesetze zur Beurteilung von Krankheit und Gebrechen zählen in vielen Ländern zu diesen Abbaustrategien.

Solchen Entwicklungen muss, darin sind sich viele einig, gezielt gegengesteuert werden. Die Problematik liegt allerdings darin, dass alle auftauchenden Fragen geradezu magisch unter die Perspektive fiskalischer Betrachtung rücken, während sie angemessenerweise zugleich auch aus jener eines gewaltigen strukturellen Wandels (der seinerseits zuwenig erforscht ist) zu betrachten wären, der überkommene soziale und kulturelle Strukturen auf entscheidende Weise verändert und nach ganz neuen, z. T. außerhalb der bisherigen wohlfahrtsstaatlichen Programmatik liegenden Lösungen verlangt.

Ganze Regionen in Österreich sehen sich diesen Veränderungen gegenüber, die einerseits zur Auflösung alter, z. T. jahrzehntelang funktionierender sozialer Netze und andererseits zur unausweichlichen Notwendigkeit führen, völlig neuen, aber sinnvollen Ersatz oder passende Ergänzungen zu schaffen. Sinkende Kinderzahlen, Alterungsprozess, Rückgang der bäuerlichen Bevölkerung, Pendlerprobleme, Zunahme der intergenerationellen Mobilität, Zunahme der Ein- und Zweipersonenhaushalte bei gleichzeitig rapidem Rückgang der Großhaushalte, Arbeitslosigkeit und Produktivitätseinbrüche – diese und ähnliche Entwicklungen bedeuten, dass traditionelle Strukturen der Unterstützung, Hilfe und sozialen Integration verschwinden bzw. in ihrer Leistungsfähigkeit abnehmen werden.

Es wäre fatal, unter dem Druck der knappen Mittel nun verstärkt sich darauf zu verlassen, dass

„die Familie" und „die Nachbarschaft" weiterhin die Bedarfe so abfangen können, wie sie es bisher getan haben. Es bedarf vielmehr der gezielten und energischen Ergänzung und Unterstützung der familialen und nachbarschaftlichen Netze, wenn sie in Zukunft die Rolle weiter spielen können sollen, die ihnen aus bestätigter Gewohnheit zugedacht wird.

Es wäre aber auch fatal, die Möglichkeiten der Bewältigung all der absehbaren Probleme und Belastungen nur unter fiskalischen Gesichtspunkten zu betrachten – wie es übrigens häufig geschieht. Neben den traditionellen Säulen der familialen und nachbarschaftlichen Hilfe und der staatlichen Versorgung und Pflege wird es gemischter, womöglich aber auch ganz neuer, oder zumindest ungewohnter, Formen und Wege der Bewältigung bedürfen. Unter methodologischen und theoretischen Gesichtspunkten ist es hoch an der Zeit, dass die Sozialgerontologie Konzepte erarbeitet, die diesen Wandel, die Rolle der Politik und die Verknüpfung mit Wirtschaft und Gesellschaft zu fassen vermögen; unter praxisrelevanten Gesichtspunkten läge es an ihr, alternative Handlungsmöglichkeiten zu entwerfen und die langfristigen Konsequenzen offenzulegen, die aus einer politischen Gestaltungslogik resultieren, der der reine Monetarismus als Erkenntnisgrundlage dient. Sozialgerontologie ist in diesem Sinne ein unvollendetes Projekt.

13. Kultur des Alters und Altersbilder

Franz Kolland

Die Herauslösung der Individuen aus traditionellen Sozialbeziehungen und Milieus im Zuge gesellschaftlicher Modernisierung, der Zwang zur selbst verantworteten Lebensplanung sowie die Herausbildung neuer, „post-traditionaler" Gemeinschaftsformen konfrontieren die Einzelnen mit neuen Entscheidungszwängen und Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf die Lebensführung. Die verbesserten materiellen und sozialen Ressourcen sind dabei wichtige Grundlagen und können dabei Unterstützung geben. Standardisierende Konzepte sozialer Sicherung verlieren angesichts der Vielfalt individueller Präferenzen und Handlungschancen an Plausibilität und geraten unter den Druck konkurrierender Konzepte und Strategien, die für mehr Wahlfreiheit und Selbstbestimmung plädieren. Diese Entwicklung bedeutet, dass Lebensentwürfe nicht nur gestaltet werden können, sondern gestaltet werden *müssen* (Schweppe 1996). Sie müssen deshalb entwickelt werden, weil das Verharren in Lebensentwürfen, die an traditionellen Leitbildern orientiert sind, oft konfliktreich, risikoreich, krisenhaft und häufig gar nicht mehr realisierbar sind.

Neue Leitbilder oder verlässliche Entwürfe als Gegenmodell zu traditionellen Leitbildern, an denen sich alte Menschen zur Bewältigung dieser Aufgabe orientieren können, stehen kaum bereit. Die sich auflösenden alten Orientierungen werden erst in Ansätzen durch neue ersetzt. Es lassen sich vorerst noch wenige Anzeichen erkennen, dass sich die „ergrauende Gesellschaft" insgesamt auf eine Alterskultur zubewegt, die die Vorbereitung, Gestaltung und Meisterung des höheren Lebensalters erleichtert und die vorhandenen „Alterspotenziale" individuell und gesellschaftlich erschließt.

Wenn wir nun in dem vorliegenden Kapitel auf der Basis eines Qualitätswandels des Lebenslaufs eine Sichtung der Bilder des Alters vornehmen, dann müssen wir uns allerdings auch vor dem Irrtum hüten, es könne um das kulturelle Ziel einer inhaltlichen Normierung und Standardisierung „optimalen" Alterns gehen. Worauf sich nämlich das bewusste Bemühen um Gestaltung des Altwerdens und des Alters konkret richtet, welches die Kriterien für erhöhtes Einverständnis und größere Zufriedenheit mit dem Älterwerden sind, welche Anforderungen und Ressourcen dabei im Sinne eines „kompetenten Älterwerdens" in Balance zu bringen sind: all das ist sehr subjektiv und nur in konkreten Situationen entscheidbar (Zeman 1996). Es bedarf deshalb eines den Alternsprozess begleitenden Prozesses der Reflexion.

Vor dem Hintergrund der Beschreibung der sozialen Lage älterer Menschen stellt sich die Frage, wie sich die Bilder des Alters bzw. die Kultur des Alters auf die gesellschaftliche Organisation von *Arbeit* und *sozialer Wohlfahrt* beziehen. Das Alter leitet sich in seiner heutigen Konstruktion zwar aus der Arbeitsgesellschaft ab und ist bis heute von deren Prinzipien geprägt, doch hat es durch die soziale, kulturelle und materielle Absicherung eine Eigendynamik entwickelt, die über die Prinzipien der Arbeitsgesellschaft hinausgehen. Und: Mit der Ernüchterung der hochgesteckten Erwartungen an zentralstaatliche Gestaltungschancen sozialer Wohlfahrt hat auch das Interesse an dezentralen Prozessen der eigengesteuerten Produktion von Wohlfahrt zugenommen. Vor diesem Hintergrund ist es zu einer „Wiederentdeckung des Selbst" (Koslowski 1987) gekommen. Und das nicht nur in der Pensionspolitik, wo von Selbstverantwortung und Eigenvorsorge die Rede ist, sondern auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen. Aufgehoben scheint das kompensatorische Prinzip des Wohlfahrtsstaates, demgemäß die Nachteile, die eine bestimmte gesellschaftliche Ordnung als Nachteil für das Leben des Einzelnen produziert, gesellschaftlich zu kompensieren sind. Propagiert wird eine Kultur des „Do-it-yourself" und persönlich verantwortbarer Risiken samt Folgen.

Die Verschiebung des Risikos vom Staat zurück zum Individuum wird sehr unterschiedlich begründet, wenn auch das Ziel dasselbe ist. Das Ziel ist

www.parlament.gv.at

Kompetenz und Bereitschaft zur eigenverantwortlichen Lebensführung im Lebenslauf. In den Alternswissenschaften kam es zu einem Wandel des normativen Diskurses (siehe den entsprechenden Abschnitt in diesem Kapitel), um die *Aufhebung eines defizitären Altersbildes* herzustellen. In der Gerontologie setzt man seit den 70er Jahren den Akzent auf die Fähigkeit des Individuums zu einer selbständigen und aktiven Lebensführung im Alter. Damit sind Selbstverantwortung und Eigenvorsorge nicht nur auf eine vor und für das Alter bezogene Haltung konzipiert, sondern auf eine Haltung, die auch für das Alter selbst gilt. Es sollte damit dem bis dahin geltenden Stereotyp vom alten Menschen als passiv, ruhebedürftig, sozial isoliert und schicksalsergeben entgegengewirkt werden. Das Leitbild vom „kompetenten älteren Menschen" entstand.

Der optimistische Grundduktus des normativen Modells der Kompetenz und seiner Weiterentwicklungen enthält die Tendenz, seinen eigenen Geltungsbereich weiter auszudehnen. Anders ausgedrückt: immer mehr ältere Menschen, die nach einem überkommenen Altersverständnis als „pflegebedürftig", „hinfällig" etc. charakterisiert worden wären, können nun als (potentiell) selbständig definiert werden (Kondradowitz 1990). Das Motto ist: Freiheit steht vor Fürsorge. Der ältere Mensch definiert sich zunehmend selbst, formuliert eigene Ansprüche, beansprucht Rechte und ist in wesentlich größerem Maße als früher auf sich selbst angewiesen. Das reicht von selbstbestimmter Freizeitgestaltung über Selbständigkeit fördernde Strategien im Fall von Hilfe und Pflege bis zur selbst gestalteten Patientenverfügung für die terminale Phase des Lebens. Damit wird nicht mehr die / der Ältere selbst, sondern werden die sozialen, physischen, materiellen und ökologischen Lebensbedingungen im Alter Gegenstand der Verantwortung.

In den folgenden Punkten wird zuerst eine Annäherung an den Begriff der Alterskultur bzw. der Kultur des Alters versucht. Kultur ist im doppelten Sinne immer sowohl eine selbstdarstellende, werteschaffende Chance und Anforderung des / der Einzelnen an die Gesellschaft als auch eine disziplinierende Anforderung der Gemeinschaft an den / die Einzelne/n. Die zu keiner Lebenszeit beendete Kulturleistung der Emanzipation, der Befreiung und Vermeidung von Abhängigkeit, gilt gerade auch für das Alter. Ein weiterer Teil dieses Kapitels bringt eine Entwicklungsgeschichte der Bilder des Alters bzw. der Altersstereotype in der europäischen Moderne. Altersbilder sind dabei „bildhafte Vorstellungen", die in vereinfachter Form Informationen, Meinungen und Vorstellungen über alte Menschen vermitteln, die sich in einer gegebenen Kultur zu einer bestimmten Zeit finden lassen und sich meist auf alle Lebensbereiche beziehen. Um Altersstereotype handelt es sich, wenn Menschen aufgrund ihres Lebensalters bestimmte Eigenschaften, Verhaltens- und Rollenerwartungen zugeschrieben werden, ohne die betreffenden Personen genauer nach ihren Wahrnehmungen, Bewertungen und konkreten Verhaltensweisen zu betrachten. Verbunden damit sind Vorstellungen von „typischen" Entwicklungen beim alternden Menschen. So wie es zu negativen Stereotypen kommt bzw. negativer Stigmatisierung, können – wie noch zu zeigen sein wird – auch positive Stereotypen bzw. Stigmatisierungen vorgenommen werden. Letzteres geschieht etwa über Vorstellungen vom „kompetenten Älterwerden", die von Wissenschaftlern/Innen entwickelt wurden.

Während die gesellschaftliche Vermittlung von Bildern über das Altern früher primär über Märchen und Sagen erfolgte, geschieht dies heute in zeitgemäßer Vermittlung über Medien und Werbung, denen sich ein weiterer Punkt dieses Kapitels widmet. Daran anschließend werden zwei Themen der Alterskultur behandelt, die lange Zeit Tabuthemen waren, nämlich Eros und Sexualität bzw. Sterben und Tod. Wenn älteren Menschen bzw. dem Alter Eigenschaften generalisierend zugeschrieben werden, ohne die Differenziertheit und Vielfalt von Äußerungsformen des Lebens im Alter zur Kenntnis zu nehmen, dann bezogen sich diese

oftmals auf negative Einschätzungen der Altersexualität und auf das Sterben. Zu einer neuen Alterskultur gehört eine offenere Behandlung beider Themen. Zur Alterskultur gehört schließlich auch die Untersuchung von Religiosität bzw. Spiritualität, wobei sich hier sowohl im Verhalten als auch in den Ansprüchen eminente Umbrüche zeigen.

13.1 Die soziale Situation der älteren Menschen nach kulturellen Gesichtspunkten

Leopold Rosenmayr

Lässt sich Kultur überhaupt auf einen Teilbereich der Gesellschaft, z. B. auf die ältere Bevölkerung beziehen? Oder wirkt Kultur nicht immer in alle gesellschaftlichen Bereiche hinein? Beides trifft zu: Es gibt die bereichs*übergreifende* Wirkung der kulturellen Strukturen und Impulse und die sich *innerhalb* von Teilgruppen ausformenden Einflüsse auf Ideale, Aktivitäten und Lebensformen von Gruppen. Während wir seit vielen Jahrzehnten von sich rasch wandelnden Elementen der Jugendkultur sprechen, hat auch die Frauenbewegung seit den 70er Jahren neue Kulturimpulse mit sich gebracht, die sich sowohl direkt auf das Selbstverständnis von Frauen bezogen als auch gesellschaftliches Bewusstsein zu verändern begannen. Und die Alterskultur?

Das Fragezeichen ergibt sich einmal daraus, dass mit Ausnahme kleiner Gruppen und einer gewissen Verbandstätigkeit (regionaler, überregionaler und internationaler Art) von einer Alten-Bewegung die Rede nicht sein kann. Daher sind auch Triebkräfte zur Entstehung einer Alterskultur schwächer bzw. kommen sie von außen, von Wissenschaftlern und Forschern, die, legitimiert durch Professionalität, zusätzlich auch in die Rolle von „Advokaten" für Alten-Interessen und -Lebensformen treten. Auch neuere Darstellungen des Alters in Kunst und Literatur spielen eine Rolle.

Ein zweiter Grund für die Schwierigkeiten der Entstehung von Alterskultur liegt darin, dass viele Forschungen bestätigen, wie sehr die individuellen Unterschiede und Divergenzen von Interessen und Orientierungen, ja auch in der Ausformung der Persönlichkeiten, mit dem Alter zunehmen. Die älteren Generationen bieten ein inhomogenes Bild. Sie zeigen auch sehr verschiedene Motivationsprofile.

Schließlich, drittens, muss festgehalten werden, dass es bereits ab 50, deutlich über 60, auf Grund neuer österreichischer Forschungsbefunde zwar noch eine beträchtliche „Unternehmungslust" gibt. Aber für eine gewisse Regelmäßigkeit und für nachhaltige Durchführung und Zielverfolgung, die für Kultur-Erwerb oder kulturelle „Kreativität" nötig sind, werden Gesundheitsdefizite als Einschränkungen – bis zu 50% – geltend gemacht. Allerdings sind durch verbesserte körperliche Beweglichkeit, mehr (Schul-)Bildung, relativen Wohlstand von zwei Drittel der über 60-jährigen und durch erhöhte Angebote seit etwa 15 Jahren, die agilen Spätlebens-Jahre eine gesellschaftliche Neuerwerbung. Die „Lebenssubstanz" konnte gegenüber der Kulturmöglichkeit rascher wachsen und sich stärker ausbreiten. Hier besteht Nachholbedarf. Daraus erklärt sich, dass bei einer österreichischen Umfrage unter Experten durch Anton Amann „Alterskultur" in einer Rang-Reihung von Präferenzen für Politik-Schwerpunkte an zweiter Stelle erschien. Nur das Generationenproblem erschien noch wichtiger. Es soll daher hier versucht werden, eine einleitende Bestimmung von Kultur einzubringen, um die folgenden empirischen Darstellungen unter orientierende Gesichtspunkte zu stellen.

Oben wurde gesagt, dass Bemühung und eine gewisse Dauerhaftigkeit Kultur konstituieren. Dieser Gedanke lag schon dem begründenden, von den Römern geschaffenen europäischen Begriff der „Cultura" zu Grunde, der, abgeleitet von „colere", Pflege und Entfaltung bedeutet.

www.parlament.gv.at

Im Kulturbegriff lag von seinem Ursprung her der Hinweis auf Gestaltung, damit auf Verwandlung der natürlichen (biologischen) Grundlagen des Menschen zur geordneten und sozialen Selbsterhaltung und -gestaltung. Naturverwandlung (für die ältere Bevölkerung: Berücksichtigung körperlicher Ressourcen), pflegliche, d. h. auch gezielt organisierte Orientierung der Alterskultur an den (bildungsmäßigen, sozialen und lebensgeschichtlichen) Voraussetzungen der älteren Generationen erscheint damit nötig.

Für das Verständnis der Alterskultur ist eine Gegenüberstellung zur „Jugendkultur" dienlich. Im 18. Jahrhundert, in der Phase der Aufklärung, ging es um eine Legitimierung von Bildung als Mittel gesellschaftlichen Fortschritts und der Erweiterung sowohl individueller Freiheiten als auch der Bindungsfähigkeit des Menschen innerhalb des „Sozialvertrags". Hiezu wurde die Jugendkultur entdeckt. Jener Autor, der den *Sozialvertrag* als Fundierung der Bildungsgesellschaft ansah, Jean Jaques Rousseau, bestand auf einer grundsätzlichen Forderung: Die Jugend, als die – in der Sicht des 18. Jahrhunderts – entscheidende Bildungsphase (wir sind inzwischen zum Lebenslaufstrukturierenden Bildungsbegriff übergegangen) müsse, so Rousseau, verlängert, *gedehnt* werden. Erst so sei eine „bonne culture" als Grundlage für ein neues Gesellschaftssystem zu ermöglichen. In den beiden Jahrhunderten seit Rousseau hat sich diese Erstreckung der Jugendphase realisiert. Schul- und Bildungsjahre haben sich vervielfacht und sozial enorm verbreitert. Die Jugend wurde *durch ihre Kultivierung* (Lernjahre, Freiräume, Angebote von Bildung) verlängert. Sie wurde *erstreckt*. Demgegenüber ist das späte Leben, sind die Jahrzehnte die durch Langlebigkeit gewonnen wurden, Resultat naturwissenschaftlich-medizinischen Fortschritts und der zivilisatorischen Errungenschaften von Pensionsgesetzgebung und Gesundheitsvorsorge. Hier erfolgte die Erstreckung anders. Für das späte Leben geht es, wenn man solche Wertungen und Forderungen gesellschaftspolitisch akzeptieren will, um *inhaltliche* Erfüllung. Das bedeutet, durch Alterskultur dem gewonnenen Leben die Gestaltungschancen im Sinne einer Pflege des Geistigen und Psychischen angedeihen zu lassen. Dies setzt allerdings sowohl wissenschaftliche Grundlagen zwecks Abschätzung von Erreichbarem und ein geplantes politisches Probierverhalten voraus. Dazu muss auch eine ausgedehnte (philosophische) Reflexion über Ziele und Probleme der Sinnverleihung im späten Leben treten. Im Unterschied zu einer „Ars moriendi", der Fähigkeit eines Lebens auf den Tod hin, wie die mittelalterliche moralische und religiöse Literatur den Alternden empfahl, wird eher eine von verschiedenen Zeitidolen des Jugendlichkeitskults sich absetzende „Ars vivendi", eine *Lebenskunst* der „reifenden Disposition über sich selbst" (bei eingeschränkten Fähigkeiten), nicht ohne Reflexion auf die eigene Endlichkeit als Instrumentierung der Alterskultur in den Vordergrund treten. Reifen heißt dabei nicht Risiko vermeiden sondern dieses zu akzeptieren und einzugehen. Kompetenz als (alltäglich-praktische) oder selbst als gehobene Daseins*bewältigung* greift zu kurz, um mit Krisen, Enttäuschung, Zurücksetzungen durch das Ausscheiden aus der Arbeit und „Unnützwerden" zu Rande zu kommen. Hier muss Alterskultur zum Zug kommen. Sie könnte auch ins Persönliche der nie ganz „lösbaren" Generationen-Problematik eingreifen. Sie müsste, durch Endlichkeitsbewusstsein, Gelassenheit sowie gesteigerte Versöhnungsfähigkeit bei Verletzungen in Partnerschaft und in den Beziehungen zur „Nachkommenschaft" durch „Generativität", durch Förderung der Jungen (Erik Erikson) wirksam werden können.

Alle Kulturen als verhaltensbestimmende Systeme von Werten, Normen und Symbolen dringen in die soziale Interaktion und die gesellschaftlichen Strukturen ein. So kann man auch den auf das Alter bezogenen Kulturbegriff von Jennie Keith (1990) akzeptieren: Kultur sei ein „design for living", wobei die gemeinsamen Formen des Verstehens einem gemeinsamen (bzw. aufeinander ab-

gestimmten) „way of life" zu Grunde liegen. Trotz einer gewissen Eindeutigkeit von Symbolen, die eine Kultur oder Kulturrichtung konstituieren mögen, werde, so Keith, eine gewisse Zwiespältigkeit wirksam, wenn diese Werte, Normen und Symbole im Leben eingesetzt werden. Man kann diese Zwiespältigkeit einerseits im Selbstverständnis älterer Menschen (als Unangepasstheit an die Zeit, Unzufriedenheit mit dem gelebten Leben etc.) und anderseits im Verhältnis der Gesellschaft zu den Älteren (Versorgungsbereitschaft, aber geringe Hochschätzung der sozialen Position der älteren Generationen) auffinden. Hier stoßen wir auch auf eine grundlegende historische Zwiespältigkeit der heutigen Altenposition, die der Soziologie Max Weber schon zu Beginn des Jahrhunderts wahrnahm: „Abraham oder irgendein Bauer der alten Zeit starb ‚alt und lebensgesättigt', weil er im organischen Kreislauf des Lebens stand, weil sein Leben auch seinem Sinn nach ihm am Abend seiner Tage gebracht hatte, was es bieten konnte, weil für ihn keine Rätsel, die er zu lösen wünschte, übrig blieben und er deshalb ‚genug' daran haben konnte. Ein Kulturmensch aber, hineingestellt in die fortwährende Anreicherung der Zivilisation mit Gedanken, Wissen, Problemen, der kann *‚lebensmüde'* werden, *aber nicht: lebensgesättigt*. Denn er erhascht von dem, was das Leben des Geistes stets neu gebiert, ja nur den winzigsten Teil, und immer nur etwas Vorläufiges, nichts Endgültiges, und deshalb ist der Tod für ihn eine sinnlose Begebenheit" (Weber 1995 [1919]: 20).

Die fortwährende Anreicherung der Zivilisation, wie sie Max Weber kommen sah, hat den Preis einer starken Marktförmigkeit. Heute wird das Alter durch marktkonforme Image-Bildung beeinflusst. Wo begegnen sie uns nicht, die stets lächelnden und schick weißhaarig umrahmten, polierten Gesichter und beglückt Händchen haltenden alten Paare? Glücklich wird, wer im Alter reichlich konsumiert, das ist dabei die Botschaft. Ein solches Image ist nur aufs erste unproblematisch. Denn gegenüber selbstbestimmten oder selbst entwickelten Bedürfnissen schafft dieses konsumadäquate Image eine vorfabrizierte Wahnwelt, die schmerz- und leidensfrei sein und bleiben soll. Auch die Anstrengungen um Gesundheit, Beziehung etc. erübrigen sich anscheinend. Denn die angepriesene Verwendung eines Produktes oder die durch die Werbung empfohlene Verabreichung von Tropfen und Pillen, seit neuestem auch der Erektionspille, soll ja direkt zu paradiesischen Zuständen führen. Da haben die verdrängten Ängste vor Schmerz und Tod und die Unsicherheiten, mit denen man sich auseinandersetzen muss, gar keine Chance, ihren Beitrag zur Nachreifung des Menschen zu leisten.

Kultivierung bedeutet deshalb heute die Überwindung eines Zustandes, in dem der Mensch bloß Produkt zeitgeschichtlich-sozialer Entwicklungen ist und in passive Abhängigkeit von Konsumwelt und Medien gerät. Kultivierung bringt *Freiheitsgewinne*, setzt Wahlfähigkeit voraus und steigert diese. Sie befähigt zu Reifung und Mündigkeit, über das hinauszugehen, was angeboten wird und was subjektiv bedeutungsvoll ist oder werden kann. Nicht „Anhäufung", wozu unsere Welt verführt, sondern die Auswahl dessen, was „für das persönliche Leben im Tiefsten" (Simmel 1923) bedeutungsvoll ist, wäre ein Ziel der Kultivierung im späten Leben.

Jede Kultur enthält ihre eigenen Chancen und Gefährdungen. Die Massenverbreitung und -informatik, die sehr stark auf unpersönliche Vermittlungsformen baut – das Internet ist die letzte Form dieser Entwicklung – enthält in hohem Grad Unverbindlichkeit und die Möglichkeit außerordentlich schnellen Wechsels von Themen und Schauplätzen. Das „Surfen", „Switchen", das rasche Wechseln von einem TV-Kanal zum anderen, all dies mag symptomatisch für unsere unverbindliche Wandlungs-Zivilisation angesehen werden.

Viele gesellschaftliche Entwicklungen führen zu Wert-Unsicherheiten, zu Orientierungslosigkeit und Zwiespältigkeit. Alle diese Faktoren und Bedingungen können nicht aufgehoben werden,

www.parlament.gv.at

sind aber im Hinblick auf die Alterskultur in Betracht zu ziehen. Daraus scheint sich zu ergeben, dass nicht nur die *Wahlfähigkeit* der Kultivierung und Stützung bedarf sondern auch die Förderung von *„seelischer Zentralität"* (Georg Simmel) bzw. die Verarbeitungs- und Synthese-Fähigkeit durch ein Ich, das sich selber Kontinuität nicht nur zubilligt sondern auch aufzubauen sucht.

13.1.1 Bedingungen einer Alterskultur

Alterskultur besteht aus verhaltensrelevanten Vorgaben von Werten, Normen und Symbolen. Alterskultur ist in ihrer Realisierung auch als eine Vielzahl von Prozessen der Kultivierung zu verstehen, die zu Strukturen des selbstbestimmten Verhaltens der älteren Generationen und zu ihrer verstärkten Anerkennung in der Gesellschaft führen können. Alterskultur setzt die Auffindung, Stützung und Verwirklichung von Erwartungen, Werten und Normen voraus, durch die späte Lebensabschnitte gestaltet werden. Die Integration sowohl von Traditionen als auch von Neuerungen und Erfahrungen gelebten und bewusst gemachten Daseins ermöglicht und verstärkt Alterskultur. Diese ist *sowohl als individuelle Selbstgestaltung* als auch als *gesellschaftliche Aufgabe* im Sinne der Organisation von Impulsen und Angeboten zu verstehen. Die Selbstgestaltung verlangt Vorausschau und Planung besonders für die den Älteren (fühlbar?) kürzer werdende Lebenszeit.

Die Bewahrung und Förderung von körperlicher, psychischer und sozialer Kompetenz durch „dosierten Stress" (Ursula Lehr), durch Übungsverhalten und Trainingsprozesse, vermögen sowohl Lebenslust als auch die Horizonterweiterung durch stimulierendes Lernen zu vermitteln. Gesundheit und deren Stützung durch Selbstsorge wird zur Schlüsselfrage für die Kultur der Langlebigkeit. Lernprozesse auf der Basis von Aufgeschlossenheit, „Unternehmungslust", Erweiterungs- und Veränderungswillen (Festhalten blockiert) sind „Kulturhelfer". Benützung und Handhabung neuer Technologien verbessern den Zugang zur Kultur der Gegenwart für die älteren Generationen.

Kultur von gesellschaftlichen Teilgruppen wird durch Integration in die Gesamtgesellschaft besser und voller lebbar. Teilkulturen bedürfen der Rückbindung an die Gesamtgesellschaft. Besondere Ausformung von Nähe und Kooperation, die gepflegt und kultiviert werden, sind die Kontakte sowohl zu *Gleichaltrigen* als auch zu den *anderen Generationen*. Beide Bereiche bedürfen der Förderung und Stützung, um Träger von Kultivierung sein zu können. Zu einer Kultur des Alters gehören nicht nur Aufnehmen und Leben von Angeboten, sondern auch Vermittlung persönlicher Erlebnisse in Denkformen der Gegenwart, wobei besonders im intergenerationellen Bezug Heroisierung und Selbstlob stören. Ohne Pathos können den nachfolgenden Generationen geschichtliche Zusammenhänge, verbunden mit der Darstellung persönlichen Erlebens, eher einsichtig gemacht werden.

Eine neue Kultur der ins höhere Alter eintretenden Generationen kann sich nur dann formieren, wenn die fortwährende Aufnahmefähigkeit dieser älteren und alten Generationen weit über ihre Jugendprägungen hinaus in einer Art „Acculturation permanente" sich auf den raschen gesellschaftlichen Wandel von Modellen und Imaginationen einlässt. Sie könnte z. B. Gegenwartskunst und -musik kritisch rezipieren und sich nicht nur an Klassik und Traditionen orientieren.

Indem Geschichte für die gegenwärtigen und kommenden Generationen fokussiert und von den Gruppen höheren Alters in verarbeiteter Form weitergegeben wird, entstehen transnationale und überregionale Bezüge, die den Abbau von Vorurteilen fördern. Europäisierung und darüber hinaus weltweites Denken, können – könnten – bei den entsprechenden Bewusstseinsschritten von den Älteren als Leistung zur Überwindung früherer Vorurteile ethnozentrierter und nationalistischer Art überzeugend und lebensgeschichtlich belegt werden: ein Beispiel rational fundierter Versöhnung als Errungenschaft des Alters.

Politik sieht und aktiviert die Alten vorwiegend als gesellschaftliche Belastung und Betreuungsobjekte. Alterskultur besteht aber darin, dass über die Lobby-Tätigkeit von Senioren- und Pensionisten-Vereinigungen hinaus, in denen (vielfach) pensionierte Politiker Alteninteressen vertreten, politisches Bewusstsein durch gelebte Beispiele geweckt wird. Die bisherige inhaltliche Vertretung von Alten-Interessen und Entwicklungschancen könnte generationenübergreifend mit Rücksicht auf Jugendanliegen und -bedürfnisse erweitert werden.

Alte Menschen können mehr als bisher auch politisch als Aktivitäts-Ressource gesehen und formiert werden. Dazu sind Basis- und Gruppenprozesse in vielfältiger Ankoppelung an Institutionen aber auch ohne diese nötig. Die finanzielle und ideelle Stützung von Gruppen, die Senioren aktivieren, ist daher als Kulturaufgabe anzusehen. Dabei kommen Sozial- und Bildungseinrichtungen wichtige Rollen zu, die auszubauen und zu intensivieren sind. Auch die Beratungskapazität für Senioren wird zu erhöhen sein.

Die quantitative und qualitative Unangemessenheit, in der in den Medien, vor allem im Fernsehen, auf Alterns- und Generationenprobleme eingegangen wird, steht in krassem Gegensatz zu den Interessen, Bedürfnissen der älteren Generationen. Diese Unangemessenheit in der Informationspolitik ist deswegen ein bedeutendes Defizit, weil Gestaltung des späten Lebens zu einer zentralen Zukunftsaufgabe der Gesamtgesellschaft wird. Diese Gestaltung hat stark individuelle Dimensionen: die Menschen müssen ihre eigene Lebensführung unter der Perspektive eines längeren Lebens begreifen. Es gibt aber auch genug allgemeine Alternsprobleme, die medialer Aufbereitung bedürfen. Das bedeutet einerseits eine Ausweitung und Vertiefung von Interessen, andererseits vermehrte Selbststeuerung. Man muss wissen, was man will und zu welchen Formen und durch welche sozialen Aktivitäten man das eigene Leben zu führen gedenkt.

Die Zukunft wird einen bewussten Menschen verlangen, nicht einen, der sich treiben lässt oder abschaltet, um bloß zu ruhen. Auch hier gilt für Körper, Geist und Soziales: Was nicht geübt wird, bildet sich zurück. So sollte das Potential der Selbstgestaltung, als kulturinspirierter und kulturgenerierender Aktivität quer durch alle sozialen Schichten erkundet werden. Dadurch würden die Chancen der gesellschaftlichen Stützung und Ermutigung erhöht. Berufliche Entpflichtung darf nicht soziale Entpflichtung bedeuten. Gegenüber den eher passiven Haltungen des „Ruhestandes" zeichnen sich jetzt schon vermehrt sowohl Absichten als auch Realisierung von (bewusst) sinnorientierten und selbstbejahten Aktivitäten ab, die sich mit Vorstellungen „später Freiheit" verbinden. Je mehr wahrgenommene und genutzte Freiheit desto höher die Kulturchancen, da bei Freiheit Gestaltungsspielräume geöffnet werden.

Für ein „Umsteigen" von ich-bezogenen Individualisierungstendenzen zu generationenübergreifenden oder seniorenbezogenen Initiativen sind vororganisierte und teils finanziell unterstützte Angebote von Bund, Ländern und Gemeinden nötig. Neue Formen von teilweiser oder voller Freiwilligenarbeit werden für die nachberuflichen Kulturinitiativen von großer Bedeutung sein. Rückhalt in Vereinen oder Gemeinden ist für die Alterskultur anzustreben. Die Hebung des Niveaus der Bildungsarbeit und die Ausbildung von Menschen zu qualifizierter Kultur-Animation mit gerontologischem Vorwissen kommt als Voraussetzung der Aktivierung der unter den Älteren vorhandenen Potentiale zugute.

In einer pluralistischen Welt bedarf eine neue Alterskultur der Selbst-Kontrolle und der Orientierung. Forscherische Grundlagenarbeit auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Formen von Popularisierung ist nötig. Wissenschaft als Gerontologie und Geriatrie und das aus verschiedenen Disziplinen von der Biologie über die medizinischen Fächer zur Psychologie, Ökonomie, Soziologie und Ethnologie gewonnene Wissen

kann und sollte zur Basis von Ausbildung an den entsprechenden Bildungsstätten, einschließlich der Hochschulen, werden. So kann man zunehmend Menschen heranbilden, die dann in Altenarbeit und Altenbildung bzw. -animation auf Grund selbstkritischer und reflektierter Aneignung von Wissen in der Stützung von Alterskultur tätig sind.

13.2 Historischer Wandel der Altersbilder und der Lebensmuster alter Menschen

13.2.1 Wandel des Altersbegriffs; Alter als soziale Kategorie

Grenzziehungen, wann das höhere Lebensalter beginne, und Überlegungen darüber, wie seine Stellung im gesamten Lebenslauf zu verstehen sei, haben sich im Verlauf der Jahrhunderte stark verändert. Klare Abgrenzungen im Lebenslauf, die zur Herausbildung der sozialen Gruppe der Kinder und Jugendlichen auf der einen sowie „der Alten" auf der anderen Seite führten, wurden erst im Verlauf des 19. Jahrhunderts geschaffen, am Lebensbeginn durch die Einführung der allgemeinen Schulpflicht und am Lebensende durch die Einführung der Rente bzw. der Pension. Das Alter als soziale Kategorie ist ein Produkt des späten 19. Jahrhunderts. Die Binnendifferenzierung des Alters nach Altersgruppen („junge" und „alte Alte") und einzelne Geburtenjahrgänge („Kohorten") erfolgte sogar erst in den letzten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts.

Kultur und Gesellschaft beeinflussen das Altern und die Beziehungen zwischen den Altersgruppen. Es sind nicht nur die biologischen und physiologischen Veränderungen als solche, die den Prozess des Alterns und das Bild von Kindheit, Jugend, mittlerem und hohem Alter bestimmen, es sind immer auch soziale und kulturelle Elemente, die auf diese Lebensphasen einwirken und sie überformen. In der Gesellschaft werden in Abhängigkeit von Veränderungen der sozialen Strukturen jeweils verschiedene Bilder, Vorbilder, Regeln für das Älterwerden geprägt, d. h. die Altersbilder verändern sich im Laufe der historischen Entwicklung. Alter muss daher als soziale Dimension der Gesellschaftsstruktur und zugleich als normative und symbolische Dimension verstanden werden (Amann 1999).

Aussagen zum Alter, mögen sie kritisch oder bedauernd, befürwortend oder glorifizierend sein, wirken immer auf die Gesellschaft als Ganzes. Sie treffen also nicht nur die Gruppe der Alten selbst. Historische Altersstereotype beeinflussen alle, die in Familie, Staat, Wirtschaft oder Politik mit den Alten zu tun haben. In der europäischen Geschichte gibt es darüber hinaus keine lineare Evolution im Status des Alters in dem Sinne, dass es zu einer eindeutigen Verschlechterung oder Verbesserung von Ansehen, Macht, Integration etc. der alten Menschen kam.

13.2.2 Das Prestige der Alten von der Antike bis zur Moderne

13.2.2.1 Geringes Prestige im Mittelalter und der frühen Neuzeit – die Lebenstreppe als Symbol

Eine Betrachtung der Geschichte der letzten 500 Jahre in Mitteleuropa zeigt, dass kaum von einer verloren gegangenen trauten Übereinstimmung der Generationen gesprochen werden kann. Vor allem in der frühen Neuzeit waren die Alten Ziel gesellschaftlichen Spotts (Rosenmayr 1996). Die Zeitgenossen vergötterten die Jugend, wobei sich eine eigenständige Jugendphase erst langsam herauszubilden begann. Denn erst die zunehmende *Familiarisierung* und *Verhäuslichung* im Zuge der Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft und die zunehmende *Pädagogisierung* der Lebensphasen Kindheit und Jugend seit der Durchsetzung der allgemeinen Schulpflicht (18. und 19. Jahrhundert) führten zur Herausbildung einer eigenen Jugendphase. (Bei historischen Kulturen und Gesell-

schaften wie bei gegenwärtig noch existierenden Stammesgesellschaften findet sich in der überwiegenden Zahl der Fälle keine Lebensphase, die man als Jugend bezeichnen könnte. Im Allgemeinen findet sich eine sozial und kulturell *überformte Dreiteilung der Lebensphasen in Kindheit, Erwachsen-Sein und Alter*. Der Übergang von der Kindheit zum Erwachsen-Sein wird zumeist durch einen Initiationsritus markiert.)

Von der frühen Neuzeit bis ins 17. Jahrhundert ist der alte Mensch für die Zeitgenossen/Innen kein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft, „die Furcht vor dem Alter war größer als die Furcht vor dem Tod" (Borscheid 1990: 2). Das Alter wurde gleichgesetzt mit Zerfall, Abstieg und mit einer Rückbildung aller früheren Fähigkeiten. Dieses Bild vom Alter hat nichts mehr gemein mit dem geistig so kraftvollen, tapferen und selbstbewussten Greisen der römischen Antike, wie sie Cicero in seiner Schrift „Cato der Ältere über das Greisenalter" beschreibt. Der alte Mensch des 16. und 17. Jahrhunderts war der Verachtung durch seine Mitmenschen preisgegeben. Der durch Seuchen, Kriege und Hunger allgegenwärtige Tod wurde als ekelhaftes, scheußliches Monster und Verbündeter des Teufels vor- und dargestellt. Das Alter geriet als Vorstufe des Todes in den Sog derartiger Darstellungen. Kriege, Pestwellen und die vielfältigsten Notlagen der Zeit haben die Lebenserwartung gesenkt. Die durchschnittliche Lebenserwartung erreicht im Dreißigjährigen Krieg (1618-48) ihren absoluten Tiefpunkt. Kaum jemand erreicht das 60. Lebensjahr. Zwar bleibt in der christlichen Lehre und in den moralischen Schriften der Grundgedanke der christlichen Antike von der Wertschätzung des hohen Greisenalters lebendig, doch mit der alltäglichen Realität hat das wenig zu tun. Dem Alter misst man nur geringen Wert bei, es ist unnütz und von Übel. Malaria, Pest, Lepra, Typhus, Ruhr sind die Krankheiten, die die Menschen als Geißel Gottes empfinden, gegen die sie sich mit unzureichenden Mitteln wehren. Zwar besteht ein hygienisches Bewusstsein, man macht sich Gedanken über die Gesundheit, aber es sind naive und teils kuriose Vorstellungen. Badehäuser kommen auf, doch sie werden eher noch zu weiteren Stätten von Ansteckung und Krankheit.

Zwischen dem 16. und 19. Jahrhundert prägte eine bestimmte ikonografische Darstellung des Lebenslaufs die Vorstellung vom Alternsprozess – die *Lebenstreppe*. Wie Ehmer (1990, 1996) ausführt, nimmt die Denkfigur der Lebenstreppe eine Gleichförmigkeit und Regelmäßigkeit des Lebenslaufs vorweg. Angesichts der Unsicherheit des Lebensablaufs versuchte diese Darstellung Ordnung zu vermitteln. Die erste Hälfte des Lebens erscheint als Aufstieg, der mit vierzig Jahren sein Ziel erreicht. Die höchste Stufe der Doppeltreppe wird mit dem fünfzigsten Lebensjahr erreicht. Die zweite Hälfte des Lebens erscheint als Abstieg. Der in jedem Jahrzehnt deutlicher sichtbare körperliche und geistige Verfall findet im Tod seinen Abschluss. Der zweite Teil der Lebenstreppe bot den Jüngeren zudem die Legitimation, die Älteren zu verdrängen und diese – sollten sie ihren Rückzug nicht akzeptieren – darauf aufmerksam zu machen, dass sie mit Verachtung und Spott rechnen müssten.

Zugleich erscheint im Modell der Lebenstreppe das Altern als biologischer Prozess, als stufenweise fortschreitender Verlust der körperlichen und geistigen Kräfte bis hin zum völligen Verfall und schließlich zum Tod, während die klaren Trennlinien unseres gegenwärtigen Lebenslaufs dagegen sozial gesetzt sind. Tatsache und Zeitpunkt unserer Pensionierung werden von der Struktur der Arbeitsmärkte und den Regeln der gesetzlichen Pensionsversicherung bestimmt und nicht vom Zustand unserer körperlichen und geistigen Kräfte.

13.2.2.2 Neuer Status und Wert des Alters in der Moderne

Peter Borscheid (1987) kommt in seiner Untersuchung des Verhältnisses der Generationen der letzten zwei Jahrhunderte zu dem Schluss, dass das Alter zu keiner Zeit früher oder später eine solche Verehrung genossen hat wie nach der Mitte des

www.parlament.gv.at

18. Jahrhunderts. Seinen Hintergrund hatte dieses positive Altenbild in den agrarischen Lebensverhältnissen. Denn nirgendwo sonst war das Alter so mit Macht ausgestattet wie in diesem Lebensraum. Es erlangten jene alten Generationen im ländlichen Milieu eine starke soziale Stellung und hohes Prestige, die sich im Besitz von Land und Hof befanden. Besitz war gleichzeitig die Voraussetzung für die Gründung einer eigenen Familie, die eine gewisse Unabhängigkeit eröffnete und größere Sicherheit bei Krankheit und Not gewährte.

Das 18. Jahrhundert – als Jahrhundert der Aufklärung – stellte allgemein das Alter als verehrungswürdig und ehrfurchtgebietend dar. Allerdings nicht in Form einer Wertschätzung des Alters an sich, *sondern immer in Verbindung mit besonderen Verdiensten* oder Beiträgen der Älteren zur Gesellschaft oder Kultur oder mit einer besonderen Machtposition der betreffenden Familie oder einfach mit Besitz. Einen Teil der patriarchalen Familienordnung bildete das Stammhalterprinzip bei der Erbschaftsteilung. „Erst die Erbgleichheit emanzipierte das Individuum von der patriarchalen Familienordnung und schuf die Voraussetzung für eine auf wechselseitiger Verpflichtung basierende Moral der Generationenbeziehungen" (Schultheis 1993: 420).

Die Erbgänge sind Mechanismen, die verschiedene Familiengenerationen aneinander binden und familiale Interessen miteinander verzahnen. Der Transfer war dabei stets auch von emotionellen Parametern geprägt, wie uns sozialhistorische Studien zeigen (z. B. Langer-Ostrawsky 1996). Eltern beeinflussten durch selektive Vererbung das Verhalten ihrer Kinder ihnen gegenüber und konnten dadurch ihren eigenen lebenszeitlichen Nutzen maximieren.

Langer-Ostrawsky (1996) belegt anhand ihrer Auswertung von Testamenten aus Niederösterreich (Göttweig und Horn) aus dem vorigen Jahrhundert, dass die Zuwendungen, mit denen Personen in den Testamenten bedacht wurden, klar von folgenden Kriterien bestimmt waren: Verwandtschaft und Gehorsam, Beziehung durch Übernahme einer Patenschaft (Tauf- oder Firmkind), Leistung besonderer Dienste. Verwandtschaft allein ist noch kein Garantiemittel – viel wichtiger war das Wohlverhalten gegenüber den Eltern. *Das erwartete Wohlverhalten wurde an den Normen gemessen, die die ältere Generation für die Jüngeren setzten.* Abweichungen von diesen Verhaltenserwartungen oder „Ungehorsam" wurden mit Erbentzug sanktioniert.

Die folgende Textstelle aus einem 1834 in Krems abgefassten Testament belegt diesen Zusammenhang zwischen Besitz und Verhaltenssanktionierung gegenüber der Nachfolgegeneration:

„Das die Anna Maria Meine Tochter welche sie unerbar und ausgelassen verhalten hat, auch hat sie der Vatter und Stiefmutter verlangt sie solt zu Hause bleiben um ihre Wirtschaft leiten zu richten und die Wirtschaft zu verbessern sie aber nein und wolte zu Haus nicht bleiben, und weil sie den Willen des Vatter nicht thut so solt sie nach seinen tod nur 100 gulten zu fordern haben und kann ihr nicht allen Recht nich mer gehören" (Langer-Ostrawsky 1996: 84).

Historisch lässt sich nachweisen, dass in den Präambeln der Testamente Überlegungen zur Endlichkeit des menschlichen Daseins mit dem Wunsch nach Regelung der irdischen Vermögensverhältnisse unter dem Gesichtspunkt der Konfliktvermeidung verschmolzen werden (vgl. Langer-Ostrawsky 1996). In den Testamenten verfügen Menschen über ihren persönlichen Besitz, dessen freiere Disponibilität doch außerhalb der strengen Logik der Einhaltung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Nachfolgegeneration (im bäuerlichen Bereich des Hofes) steht. Hier können durch Legate Personen bedacht werden, die den Erblassern, aus welchen Gründen auch immer, wichtig sind, hier bietet sich eine letzte Möglichkeit, Sanktionen zu setzen – positiver oder negativer Art. Es gibt keine Wiedergutmachungschance, dieser Wille ist wirklich der letzte Wille.

Im 19. Jahrhundert erfuhren die Älteren zwar weiterhin Wertschätzung, jedoch kam es durch die Aufwertung des Status der Jugend langsam zu einem Wandel des Altenbildes und der Beziehungen zwischen den Generationen. Zunächst war es *„Schonung"* (Borscheid 1990), die das Verhältnis der jungen Generation zur älteren bestimmte. Doch schon bald kam es zu einer deutlichen Konfliktbeziehung. Dies beruhte darauf, dass gegen Ende des Jahrhunderts die alten Menschen fühlbar an Einflussmöglichkeiten und Macht einbüßten. *Eine Ursache dafür bildete der Strukturwandel der Gesellschaft.* Die Möglichkeiten, die die expandierende Industrie den Jungen eröffnete, verringerte deren Abhängigkeit von den Älteren. Sie konnten nunmehr – losgelöst von agrarischen Lebensformen – eine eigene Familie gründen und damit unabhängiger werden. Mit der Verlagerung der Berufstätigkeit nach außerhalb der Haushalte ging der unmittelbar sichtbare Beitrag der Alten zur Produktion verloren, und kam andererseits die Haushaltstrennung in den Städten auf, die dann zum Klischeebild von der Isolation der Älteren führte. Die noch kaum entwickelte außerfamiliäre Altersversorgung verschärfte das Problem, ließ die Alten zur Last werden. Die auf Erfahrung und tradiertes Wissen bauende Funktionalität der Alten, die ein Hauptgrund für ihre Hochbewertung gewesen war, verlor durch die Technisierung und die ständigen Neuerungen rasch an Bedeutung und vermittelte damit auch den älteren Menschen keine Wertschätzung mehr, im Gegenteil: „Wo Neuerungen eingeführt wurden, da wurde das Prestige der ‚alten Meister' nur zu schnell angegriffen, und ihre allgemeine Hochbewertung schwand dahin" (Rosenmayr 1978: 127).

Und auch die Fortschritte der Medizin beeinflussten das Bild vom Alter ungünstig. Durch die erfolgreiche Bekämpfung der Akut- und besonders der Infektionskrankheiten konnten wesentlich mehr Menschen bis ins höhere Alter überleben, doch um den Preis höherer Morbidität. Der Wiener Sozialhistoriker Reinhard Sieder beispielsweise stellt dazu fest, dass dieser Trend zu wachsender Morbidität bei steigender Lebenserwartung wesentlich zum Statusverlust der alten Menschen beigetragen hätte – insbesondere in einer Gesellschaft, „für die Leistung, Aktivität und Aggressivität zu immer dominanteren Verhaltensmaßstäben wurden" (Sieder 1977: 176).

In der Gegenwart gibt es allerdings Studien, die von einer „Kompression der Morbidität" ausgehen, d. h. eine längere durchschnittliche Lebenserwartung bedeutet nicht automatisch auch eine längere Phase von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (siehe dazu Kapitel 6 des Berichts). Nach der These von der „Kompression der Morbidität„ sollte es gelingen, auch die Manifestationskurve insbesondere der chronischen Erkrankungen zu verschieben. Durch die erfolgreiche Bekämpfung der Risikofaktoren (Prävention) sollte es möglich sein, die klinische Manifestation der Erkrankung zeitlich hinter den „Alterstod" zurückzudrängen. Das hätte natürlich eine Verkürzung der terminalen Phase von Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit zur Folge.

13.2.3 Das Altersbild im 20. Jahrhundert

Seit der Jahrhundertwende blickt die Jugend nicht mehr zum Alter auf – vielmehr ist es die Jugend, die zum Orientierungspunkt für alle Altersgruppen wird und damit auch Verhalten und Einstellungen der Alten beeinflusst. Die jungen Generationen lehnten immer häufiger die Führung durch die Erwachsenen ab.

Und auch der unbezweifelbare soziale Fortschritt der Pensionsversicherung hatte seine Kehrseite. Durch das systematische und kollektive Ausscheiden aus der Berufswelt ab einem bestimmten Alter verknüpfen sich mit dieser Altersgruppe Assoziationen von Funktions-, wenn nicht gar Nutzlosigkeit, von Entbehrlichkeit und von einem Status der Nehmenden, nicht mehr Gebenden. Bis ins 20. Jahrhundert war vor allem die eigene Arbeitskraft und nicht die Familie die wichtigste

www.parlament.gv.at

Stütze für die alten Menschen in ihrer Statuszuweisung im Altersgruppenaufbau der Gesellschaft. Damit konnte auch die Unabhängigkeit von den jungen Generationen erwirkt werden.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts zeigen Literatur und Kunst einen Wandel in den Generationenbeziehungen. Es kommt zu einer negativen Bewertung des Alters, die durch die rasch expandierende Jugendbewegung verschärft wird. Die Jugendbewegung war neben einer Reaktion gegen die Erstarrungen, Einengungen und Konventionen der bürgerlichen Gesellschaft mit ihren ersten negativen Folgeerscheinungen der Industrialisierung (darum der Slogan „Aus grauer Städte Mauern") und Verstädterung auch eine Reaktion gegen die Vormachtstellung der älteren Generationen.

Die Jugend, die sich als Anhängsel der alten Generation fühlte, suchte ihren Weg in das öffentliche Leben. Sie strebte nach einer Lebensführung, die dem „jugendlichen Wesen" entspricht. Bart, Spitzbauch und Kneifer, mit denen sich bis dahin Jüngere ausstaffiert hatten, um älter zu wirken und in Beruf und Gesellschaft ernst genommen zu werden, wichen jetzt den Symbolen der Jugend: einem sportlich geübten Körper und einer körperbetonten Mode. Nichtsdestoweniger wird angenommen, dass nur etwa 2% (!) der jeweiligen Alterskohorte einer Jugendbewegung angehörten (Rosenmayr 1978).

Während also zu Beginn dieses Jahrhunderts und in der Studentenbewegung 1968 massive Konflikte die Beziehungen zwischen Jung und Alt charakterisierten, lässt sich das Verhältnis in der Gegenwart eher als „Beziehungslosigkeit" bezeichnen. Die Beziehungslosigkeit zwischen den Generationen drückt sich z. B. darin aus, dass Kommunikation hauptsächlich innerhalb der eigenen Generation stattfindet. Die Generationenspanne beträgt lediglich 15 Jahre, d. h. soziale Kontakte werden hauptsächlich mit jenen Personen gepflogen, die nicht mehr als sieben, acht Jahre älter bzw. jünger sind (Majce 1992). Zu ähnlichen Ergebnissen kam bereits Tartler 1955, der damals aufgrund einer empirischen Erhebung schrieb: „Die Jugend wertet das Alter nicht mehr ab, sie ignoriert es einfach und anerkennt es nicht einmal mehr als etwas von ihr selbst wesentlich Verschiedenes. [...] 70% der Jugendlichen kennen keinen Angehörigen der älteren Generation. Ältere kennen sie wenn, dann nur aus der eigenen Familie. [...] Auf dieses Ergebnis wird man ohne Übertreibung behaupten können, ‚dass die Jugend die mit ihr lebende alte Generation nicht einmal mehr kennt'" (Tartler 1955: 329).

13.2.3.1 Das Defizitmodell

Alter wird in der Mitte des 20. Jahrhunderts zu einem Lebensabschnitt, der durch Ruhestand statt Aktivität, Defizite statt Kompetenzen, Sinnlosigkeit statt Perspektiven, Nutzlosigkeit statt Produktivität, Rückzug statt Engagement gekennzeichnet ist. Diese Sichtweise wird als Defizitmodell des Alters bezeichnet. Nachfolgend soll diese Perspektive beispielhaft illustriert werden.

Intellektuelle Einschränkung

Bis in die 60er Jahre hat die Alltagsthese vom generellen Leistungsabfall und Intelligenzabbau im Alter auch die wissenschaftliche Forschung geprägt. Vor allem der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest hat sehr stark zu einem generellen Defizit-Modell des Alters beigetragen. Diesem Test entsprechend komme es zu einem Höhepunkt intellektueller Leistungsfähigkeit im 4. Lebensjahrzehnt und danach zu einer sukzessiven Abnahme. Inzwischen konnte diese These vielfach zurückgewiesen werden (vgl. Lehr 1991). Es wurde nachgewiesen, dass die unterschiedlichen Intelligenzleistungen von Jüngeren und Älteren auf unterschiedliche Schulabschlüsse zurückzuführen sind, d. h. ältere Menschen haben u. a. deshalb schlechtere Intelligenzleistungen, weil sie über weniger Schulbildungsjahre verfügen. Ebenso konnte herausgefunden werden, dass das Gehirn über große kognitive Kapazitätsreserven und Potenziale verfügt (Reischies / Lindenberger 1997), die durch

Tabelle 13.1:
Zusammenhang zwischen Ruhestandsorientierung und Veränderungsbereitschaft (n=693; Spaltenprozente)

		Ich will mein Alter genießen ohne Termine und Stress	
		trifft zu	trifft nicht zu
Im Alter gibt es keinen Grund mehr, etwas zu lernen	trifft zu	29,8	13,9
	trifft nicht zu	70,2	86,1

Quelle: Kolland 1996a; über 50-jährige Österreicher/Innen; γ=.45; (1-p)*100=99,9%

Lernen, Übung und gezieltes Training aktiviert werden können.

Veränderungen und Veränderungsbereitschaft werden dabei von kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen beeinflusst. Dazu gehört etwa die Vorstellung vom „wohlverdienten Ruhestand" nach der Pensionierung. Österreichische Daten zeigen (siehe Tabelle 13.1), dass es einen starken Zusammenhang zwischen gesellschaftlich vermittelter Ruhestandsorientierung und Veränderungsbereitschaft (Kolland 1996a) gibt.

Der Zusammenhang wird dabei beeinflusst von Alter und Schulbildung. Letzteres heißt, dass Pflichtschulabgänger/Innen mit einer Ruhestandsorientierung eine geringere Lernbereitschaft aufweisen als Personen mit höheren Schulabschlüssen.

Nicht gebraucht im Beruf

Das für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer seit 1990 verschärft auftretende Problem der Arbeitslosigkeit – über 50-jährige zählten noch 1989 in Österreich zu den am seltensten betroffenen Altersgruppen (Finder et al. 1995) – und der seit den 50er Jahren sichtbare frühere Rückzug aus dem Erwerbsleben sind auch über soziale Zuschreibungsprozesse erklärbar. Diese Zuschreibungsprozesse üben Druck aus in Richtung Ausscheiden aus dem Betrieb und steuern die Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt. Ab welchem Lebensalter jemand als älterer Arbeitnehmer bzw. ältere Arbeitnehmerin eingestuft wird beruht auf alltagsweltlichen Erfahrungen und wird als handlungssteuernde Norm interpretiert (Amann et al. 1992).

Auf Basis einer Befragung von 1.918 Österreicherinnen und Österreichern 1990 (ebd.: 176ff.) stuften unter 45-jährige Berufstätige eine/n Erwerbstätige/n im Durchschnitt ab 48,5 Jahren als „Älteren Arbeitnehmer" ein. Für Berufstätige über 45 Jahren zählten Erwerbstätige ab 50 und für Pensionisten/Innen Erwerbstätige ab 52 Jahren zu den älteren Arbeitnehmern/Innen. Männer setzen den Übergang im Schnitt um ein halbes Jahr früher an als Frauen, bis 24-jährige um 1,8 Jahre früher als der Durchschnitt. Die Einstufung „Älterer Arbeitnehmer" variiert also nach dem eigenen Alter, d. h. nach dem Maß der „Entfernung" des eigenen Lebensalters von diesem Status, was als Phänomen der „relativen Altersdistanz" interpretiert werden kann. Man setzt eine Altersgrenze umso niedriger an, je jünger man selbst ist (vgl. auch: Kap. 8.2).

Diese Altersgrenzen decken sich weitgehend auch mit der Sicht österreichischer Arbeitgeber, wiewohl ein Drittel dezidiert unter 35-jährige bei Neueinstellungen bevorzugt (Finder et al. 1995). In einer 1995 durchgeführten Befragung von 828 österreichischen Unternehmen (ebd.) nannten diese als Nachteile älterer Arbeitnehmer/Innen: „zu teuer" (60%), „mangelnde Flexibilität" (42%), „geringe Belastbarkeit" (33%) „geringe Anpassungs-

www.parlament.gv.at

bereitschaft" (30%), „nicht weiterbildungswillig" (31%) und Krankheitsanfälligkeit (21%). Wenn auch die negative Stigmatisierung bei qualifizierten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der Regel geringer ausfällt und sich vor allem auf die wenig qualifizierten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bezieht, ändert dies nichts an der Tatsache, dass ältere Arbeitnehmer/Innen als Problemgruppe gesehen werden. Dies gilt besonders unter Bedingungen einer angespannten Arbeitsmarktsituation.

In der zitierten Unternehmensbefragung wurde auch nach den Vorzügen älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gefragt. Dabei nannten 90% die berufliche Erfahrung, 67% die persönliche Erfahrung, 40% die hohe Motivation älterer Beschäftigter. Die genannten Vorzüge gelten hauptsächlich für den vorhandenen Mitarbeiterstab und haben bei der Einstellung neuer Arbeitskräfte wenig Bedeutung.

Die negative Einstellung zur Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter/Innen im Betrieb bestimmt auch maßgeblich die Selbsteinschätzung derselben. Die Betroffenen haben Zweifel an ihren Umstellungsfähigkeiten, erwarten bei Schulungsmaßnahmen nur wenig Erfolg und sichtbare Lernergebnisse und schrauben ihre Aufstiegserwartungen zurück, wie eine Studie über ältere Arbeitnehmer/Innen in der Steiermark zeigt (Heimgartner / Knauder 1995). Bei den Älteren findet sich deshalb – mit Ausnahme hochqualifizierter Personen – meist eine hohe Akzeptanz einer frühzeitigen Pensionierung. Die Freizeitrolle verspricht mehr Zeitfreiheit, mehr Selbstverwirklichung, mehr Unabhängigkeit.

Soziale Isolation der Alten

Ältere Menschen gelten als sozial isoliert. Nach der Mikrozensuserhebung 1998 „Ältere Menschen" ist die Mehrheit der gesunden älteren Menschen außer Haus aktiv. Von den über 60-jährigen besuchen 7,1% häufig und 36,2% gelegentlich „Lokale", 7,7% nehmen häufig und 39,2% gelegentlich an „Ausflugsfahrten" teil. „Bildungs- und Kunstveranstaltungen" besuchen 6,7% der über 60-jährigen häufig und 22,2% gelegentlich und zu „Seniorenveranstaltungen" gehen 6,4% häufig und 29% zumindest gelegentlich. Dabei zeigt sich auch, dass „häufige Teilnahme" bei den jeweiligen Veranstaltungstypen erst bei den über 80-jährigen zurückgeht, d. h. aktive Beteiligung weist zumindest in einer der angegebenen Veranstaltungen eine hohe Stabilität auf. Fasst man nun die vier Veranstaltungstypen zu einem Index von gesellschaftlicher Beteiligung zusammen (Tabelle 13.2), dann stellt sich heraus, dass zwei Drittel aller nichtbehinderten alten Menschen regelmäßig oder zumindest fallweise Lokale und Veranstaltungen besuchen. 10,1% der Älteren können als sehr aktiv gelten, denn sie besuchen alle vier abgefragten Veranstaltungstypen, weitere 17,4% besuchen drei der vier genannten Veranstaltungen zumindest gelegentlich, 22,3% gehen in mindestens zwei Veranstaltungen und 17,1% nennen mindestens eine Veranstaltung. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung des Veranstaltungsbesuchs nach Altersgruppen. Dabei wird ersichtlich, dass erst im hohen Alter eine Mehrheit angibt, sich nicht an den abgefragten Aktivitäten zu beteiligen.

Tabelle 13.2:
Gesellschaftliche Beteiligung älterer Menschen (Spaltenprozente)

Anzahl der besuchten Veranstaltungen*)	Altersgruppen						Insgesamt
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
4	12,8	11,2	11,1	9,1	6,1	2,9	10,1
3	21,9	18,9	17,9	14,8	13,5	7,9	17,4
2	23,6	23,6	22,5	22,0	20,2	16,8	22,3
1	17,4	19,1	17,9	16,9	13,9	12,7	17,1
Keine	24,3	27,3	30,6	37,1	46,3	59,7	33,1

*) Gefragt wurde nach der Teilnahme bzw. dem Besuch von Lokalen, Ausflugsfahrten, Bildungs- und Kunstveranstaltungen und Seniorenveranstaltungen.
Quelle: Mikrozensus 1998 "Ältere Menschen"

Diese Außenorientiertheit ist allerdings bei den hilfsbedürftigen oder pflegebedürftigen älteren Menschen die Ausnahme von der Regel (Kytir / Münz 1989).

Während mit dem Begriff Isolation stärker die objektiven Bedingungen angesprochen sind, umfasst der Begriff Einsamkeit stärker das subjektive Erleben des sozialen Interaktionsgefüges. Eine Person kann sich einsam fühlen, auch wenn sie objektiv nicht isoliert ist. Dabei ist festzuhalten, dass erstens Einsamkeitsgefühle stark von Erwartungen abhängig sind und nicht eine Funktion der tatsächlichen Kontakthäufigkeit sind und dass zweitens Einsamkeit eine Funktion der Langeweile ist. In der Studie „Alterskultur und Altersaktivierung" (Rosenmayr / Kolland 1999) geben 19% der über 50-jährigen Gefühle der Langeweile an, wobei über 70-jährige signifikant häufiger solche Gefühle nennen. Bei einer näheren Sichtung der Daten stellt sich heraus, dass Familienstand und sozio-ökonomischer Status den Alterseinfluss fast völlig ausgleichen. Witwen und Personen mit niedrigeren Schulabschlüssen bzw. geringerem Einkommen geben eher an, sich einsam zu fühlen als Verheiratete und Personen mit höherem sozio-ökonomischem Status.

13.2.3.2 Ageism

In den 50er Jahren ist es in den Vereinigten Staaten aufgrund der Beobachtungen der Beziehungen zwischen den Generationen zur Entwicklung des Begriffs des *Age-Ism* (Butler 1969) gekommen. Gemeint ist damit, dass in der Gesellschaft eine dem Rassismus ähnliche Diskriminierung gegenüber den Älteren bestehe. Die Vorurteile gegenüber dem Alter führen zwar, so relativieren spätere Untersuchungen diesen Ansatz, nicht zu einem radikal-diskriminierenden Verhalten, jedoch in der Tendenz durchgängig zu einem eher passiven und defizitären Altersbild. Robert H. Binstock (1985) hat von einem „compassionate" ageism gesprochen, einer Art „übertriebener Rücksichtnahme" auf die Alten. Nach einer deutschen Repräsentativbefragung (Infratest et al. 1991) haben 44% der Älteren das Gefühl, dass sie als Belastung gesehen würden. Der Rat und die Lebenserfahrung gelten wenig in einer Gesellschaft, die das Leitbild der Jugend vergöttere.

In der Studie „Alterskultur und Altersaktivierung" (Rosenmayr / Kolland 1999) wurde 1.000 über 50-jährigen Österreicherinnen und Österreicher die Frage gestellt: „Wenn Sie jetzt an

www.parlament.gv.at

die Bedürfnisse und Interessen älterer Menschen denken. Wie werden Ihrer Meinung nach die Bedürfnisse und Interessen der 50-70-jährigen bzw. der über 70-jährigen in Österreich berücksichtigt?" Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht einerseits einen signifikanten Unterschied zwischen der wahrgenommenen Berücksichtigung der Bedürfnisse der jungen und der alten Alten. Während die Interessen der jungen Alten für zwei Drittel der Befragten als ausreichend berücksichtigt gelten, gilt dies für die Gruppe der alten Alten etwa für die Hälfte. Und über 50-jährige Frauen nehmen ein defizitäreres Bild des Alters in der Gesellschaft wahr als über 50-jährige Männer.

Die Wahrnehmung von Defiziten ist von der Lebenssituation der Befragten abhängig, d. h. je älter, je geringer der Schulbildungsabschluss, je geringer das Einkommen, desto häufiger wird angegeben, dass die Bedürfnisse älterer Menschen nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Neben diesen Faktoren beeinflusst auch die sozialräumliche Lage die Einschätzung der Stellung des Alters in der Gesellschaft. Über 50-jährige, die in einer dörflichen Umwelt leben bzw. in Tirol oder Vorarlberg, sehen stärker die Interessen der älteren Menschen gewahrt als Personen, die in Wien bzw. in Großstädten wohnen.

13.2.3.3 Kompetentes Älterwerden: Unabhängigkeit, Kohärenz, Weisheit und Würde

Als positive Seite eines dichotomen Altersbildes hat sich mit der Perspektive der „gewonnenen Jahre" und unter dem Stichwort der „Neuen Alten" (siehe weiter unten) ein hoffnungsvolles Erwartungsmuster etabliert. Über Kompetenz, Unabhängigkeit und Mitwirkung kann Lebensqualität gewonnen werden. Dabei meint Kompetenz Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung eines selbständigen, selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens, in einer anregenden und unterstützenden sozial-ökologischen Umwelt (Zweiter Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998: 19).

Die Indikatoren zur Messung von Kompetenz reichen von der Lösung praktischer Aufgaben, wie z. B. Kochen, Benützung des Telefons und öffentlicher Verkehrsmittel, selbständiges Einkaufen,

Tabelle 13.3:
Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen nach Geschlecht (n=1.000; Spaltenprozente)

Bedürfnisse werden....	Bezogen auf die Gruppe der 50-70-jährigen sagen....% der....		Bezogen auf die Gruppe der über 70-jährigen sagen....% der...	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
viel zu viel / eher zu viel berücksichtigt	2	4	1	2
ausreichend berücksichtigt	62	66	49	56
zu wenig berücksichtigt	30	24	34	30
viel zu wenig berücksichtigt	6	6	16	12

Quelle: Rosenmayr / Kolland 1999; über 50-jährige Österreicher/Innen.

Geld-Management (Ausfüllen von Schecks, Zahlung von Rechnungen) und vom adäquaten Umgang mit Pharmaka bis zu Gedächtnisleistungen und allgemeinen Elementen der Umweltanpassung, wie z. B. der Fähigkeit, mit einer neuen Umgebung fertig zu werden, Bemühung um Ausweitung des sozialen Lebenskreises, Grad und Art außer-familiärer Rollen (Nachbar, Vereinsmitglied), Extension und Qualität des Zukunftsbezuges.

Nach Baltes et al. (1996) ist eine gewisse Kompetenz und Performanz in Basisfunktionen des täglichen Lebens notwendige Voraussetzung für die Ausführung von Freizeitaktivitäten (siehe das entsprechende Kapitel in diesem Bericht). Zu diesen Basisfunktionen gehören Aktivitäten wie Einkaufen gehen, Stiegen steigen, öffentliche Verkehrsmittel benützen etc. (=Activities of Daily Living). Das bedeutet auch, dass Ressourcen wie Bildung oder finanzielle Sicherheit allein nicht ausreichen, um Freizeitaktivitäten zu verwirklichen. Voraussetzung für anspruchsvollere bzw. eher sinnstiftende Aktivitäten ist eine gesicherte Basiskompetenz, die allerdings nicht zwingend an individuelles Leistungsvermögen gebunden ist sondern auch durch entsprechende soziale Intervention (technische Hilfen, persönliche Dienstleistungen) gesichert werden kann. Nimmt die Chance zur Selbststrukturierung ab, sind strukturierende Angebote notwendiger, die von außen kommen.

Kompetenz ist auch an *Selbstkohärenz* gebunden, d. h. mit Dingen verbunden, die einen „Sitz im Leben" haben. Eine Reihe von Persönlichkeitstheoretikern/Innen konstatiert eine zunehmende Konsolidierung der Selbst-Schemata im Lebenslauf (vgl. Markus / Herzog 1991). Diese Konsolidierung kulminiert spät im Leben aus der Sicht des Phasentheoretikers Erik Erikson in *Ich-Integrität* (1973), aus der Sicht der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne in *Weisheit* (Baltes / Smith 1990). Ältere haben demnach ein konsolidierteres Selbst-Konzept als Jüngere. Es ist die Akkumulation von Wissen im Laufe des Lebens, die – diesem Modell zufolge – zu einer größeren Klarheit und stärkeren Kohärenz im Selbst-Konzept führt. Zu dieser Kohärenz gehört auch eine positive *Lebensbilanzierung* und *Lebenszufriedenheit*.

Das allgemeine Bild des Alters und insbesondere des höheren Alters ist – wie bereits ausgeführt – eher negativ. Dies legt die Vermutung nahe, dass es für ältere – aber vor allem für alte Menschen – sozial akzeptabler ist, ein eingeschränktes Wohlbefinden anzugeben. Dem steht die Vorstellung von Kohärenz und selbstprotektiven Mechanismen zur Aufrechterhaltung von Wohlbefinden bis ins hohe Alter entgegen. So zeigen denn auch Befragungen von Personen über die verschiedenen Altersgruppen hinweg im Allgemeinen, dass die große Mehrheit der Teilnehmer/Innen über ein relativ hohes Maß an Lebenszufriedenheit und positiver Lebensbilanzierung berichten. Und dies trotz erheblicher Unterschiede in den materiellen Lebensbedingungen (vgl. Smith et al. 1996).

Welche Ergebnisse bringt hier die bereits zitierte Studie „Alterskultur und Altersaktivierung" (Rosenmayr / Kolland 1999)? In dieser Untersuchung wurden drei Fragen zur Lebensbilanzierung gestellt (siehe folgende Tabelle). Auf die Aussage: „Insgesamt bin ich mit meinem Leben zufrieden" antworteten 82%, dass dies auf sie zutreffe oder sehr zutreffe; 86% gaben an, dass sie die wichtigen Dinge, die sie im Leben wollten, weitgehend erreicht hätten. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Berliner Altersstudie (siehe Smith et al. 1996: 509). In der österreichischen Studie ergeben sich in Bezug auf Lebenszufriedenheit und Lebensbilanzierung keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Es gibt jedoch Unterschiede nach dem Geschlecht und nach dem Familienstand. Im höheren Alter geben die Männer eher als die Frauen an, dass sie die wichtigen Dinge im Leben erreicht hätten (41% der über 70-jährigen Männer sagten im Vergleich zu 26% der über 70-jährigen Frauen, dass dies sehr auf sie zutreffe). In Hinsicht auf die Lebensbilanzierung („*Wenn ich mein Leben noch einmal von vorne beginnen könnte, dann würde ich vieles ganz anders machen.*") gab jede

www.parlament.gv.at

Tabelle 13.4:

Lebensbilanzierung nach Geschlecht und Altersgruppen (Angaben in Prozent; n=1.000)

Die folgende Aussage trifft sehr zu (auf einer vierstufigen Antwortskala)....	Frauen			Männer		
	50-59	60-69	70+	50-59	60-69	70+
Die wichtigen Dinge, die ich im Leben wollte, habe ich weitgehend erreicht	32	37	26	35	30	41
Insgesamt bin ich mit meinem Leben zufrieden	44	46	38	40	49	57
Wenn ich mein Leben noch einmal von vorne beginnen könnte, dann würde ich vieles ganz anders machen	19	11	20	12	15	11

Quelle: Rosenmayr / Kolland 1999; über 50-jährige Österreicher/Innen.

fünfte über 70-jährige Frau im Vergleich zu jedem zehnten über 70-jährigen Mann an, dass sie alles anders machen würde.

Vor dem Hintergrund der generell optimistischen Lebensbilanzierung ist wohl auch das Konzept der *Weisheit* zu sehen. Dieses Konzept wurde auf der Suche nach einer positiven Komponente für ein ausgewogeneres Altenbild entdeckt, weil fast definitionsgemäß Weisheit nur Älteren zukommen kann. Doch wie soll Weisheit empirisch überprüft werden? Es handelt sich um einen außerordentlich komplexen und vielschichtigen Begriff. Der/die Forscher/in gerät, jedenfalls wenn er/sie „weise" ist, in eine Aporie: Kompetent zu sagen, was Weisheit wäre, käme offenbar nur Weisen zu – aber welche/r Weise würde das von sich behaupten? Abgesehen von diesen methodologischen Einwänden kritisiert Tews (1995), dass es sich um eine wissensgebundene (=hoch bildungsabhängige) Kompetenz handelt, welche individualistisch-elitäre Züge aufweist. Wenn auch historische Gesellschaften die Weisheit des Alters nutzten, so stellt sich die Frage, wo sie heute gebraucht werden könnte.

13.3 Pluralisierung der Lebensalter und Lebensstile: dritte und vierte Lebensphase aus gerontologischer Sicht

13.3.1 Unterscheidung zwischen älteren und alten Menschen, den Hochbetagten und den Langlebigen bzw. zwischen jungen und alten Alten

Nach Vorschlägen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird in der zweiten Lebenshälfte zwischen älteren Menschen (60-75-jährigen), den alten Menschen (75-90-jährigen), den sehr Alten oder Hochbetagten (den über 90-jährigen) und schließlich den Langlebigen (den über 100-jährigen) unterschieden. Solche Altersbegrenzungen haben aber eher nur Orientierungswert, weil sich Altern sozial, kulturell und individuell verschieden vollzieht.

Günstig scheint eine an der Chronologie orientierte Unterscheidung, wie sie von Neugarten (1994) vorgeschlagen wurde. Sie unterschied die 55-75-jährigen jungen Alten von den über 75-jährigen alten Alten. Die jungen Alten beschreibt Neugarten als noch relativ gesund, vergleichsweise materiell

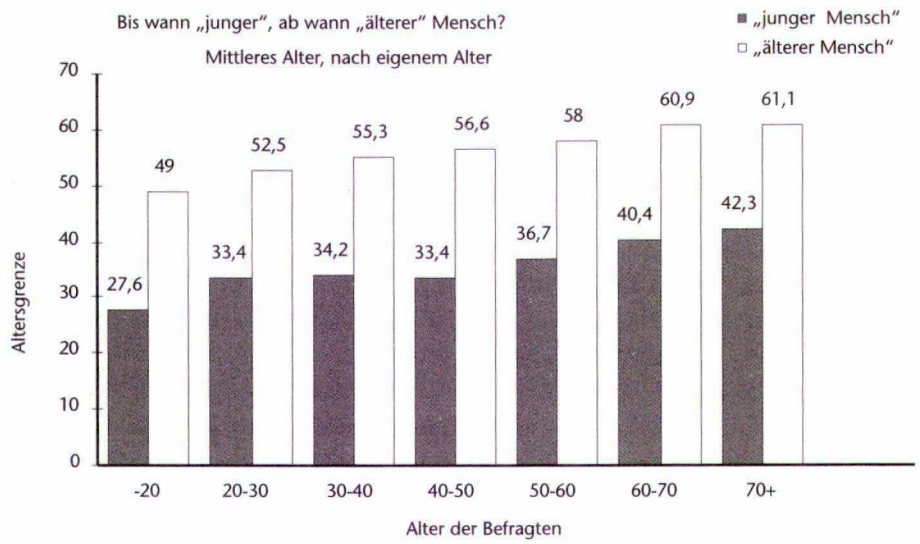
gut gestellt, frei von traditionellen Verantwortungen für Beruf und Familie, zunehmend besser gebildet und auch zunehmend politisch aktiv. Eng damit verknüpft sei eine positivere Sichtweise des Alters (vgl. Kap. 8.1).

Sinnvoller noch erscheint allerdings eine solche Differenzierung, wenn sie, wie Rosenmayr (1995) vorschlägt, in einem qualitativen Sinn gemacht wird. Es könnte demnach eine 90-jährige Frau geben, die man unter die Jung-Alten zählen würde, und einen 65-jährigen Mann, der den Alt-Alten zuzurechnen wäre. Ähnlich argumentiert der Sozialhistoriker Peter Laslett (1989), der ein sozial definiertes „drittes Lebensalter" (third age) als kollektive Altersphase von einem eher biologisch definierten „vierten Lebensalter" unterscheidet. Letzteres bezeichnet eine Periode physischer und psychischer Belastungen, während ersteres eine qualitativ neue Phase des späten Lebens bedeutet. Die Trennung des Alters von seiner biologischen Bedingtheit und seine soziale Definition sind die Voraussetzung dafür, dass wir den Prozess des Alterns als eine strukturell einheitliche und kollektiv erfahrbare Lebensphase abgrenzen können.

Die Etikettierung, wer als „älterer Mensch" gilt, hängt nicht nur von Äußerlichkeiten wie Erscheinungsbild oder Verhalten eines Menschen ab, sondern auch von symbolischen Stigmata. Dazu gehört an vorderster Stelle das *kalendarische Alter*, und jede/r ältere Arbeitnehmer/in, der/die auf Stellensuche war, wurde schon mit der Typisierungsgewalt dieses Stigmas konfrontiert.

Lebensalter als diskreditierendes Merkmal setzt also schon deutlich vor der Pensionierung ein. Dass dies nicht bloß als „Schönheitsfehler", sondern als ein die Lebenslage der Betroffenen existentiell berührendes Stigma gewertet werden muss, zeigt die Arbeitslosenstatistik: Ältere weisen weit über dem Durchschnitt liegende Arbeitslosenraten auf und stellen mit Abstand den höchsten Anteil an Langzeitarbeitslosen. In Österreich war 1997 bei den über 50-jährigen der Anteil der Langzeit-

Abbildung 13.1:
Grenzalter für „junger Mensch" und „älterer Mensch", nach eigenem Alter



Quelle: Majce 1992; x-Achse: Altersgruppen; y-Achse: Prozentangaben zu den jeweiligen Altersgrenzen

www.parlament.gv.at

arbeitslosen doppelt so hoch (49%) wie der gesamtösterreichische Durchschnitt. So waren etwa 52,6% der 55-59-jährigen Arbeitslosen länger als sechs Monate arbeitslos (Bericht über die soziale Lage 1997).

Welches Alter verbindet man nun konkret in der österreichischen Gesellschaft mit dem Begriff „älterer Mensch". Die Frage in der von Majce (1992) durchgeführten Untersuchung lautete: *„Ab wievielen Jahren zählt man Ihrer Meinung nach zu den ‚älteren Menschen'?"*. Als Globalwert gilt, dass das aus allen Antworten errechnete Durchschnittsalter, ab dem man als „älterer Mensch" gilt, 56 Jahre beträgt. Damit ist man in Österreich etwas „alterstoleranter" als in Deutschland, wo man nach einer Untersuchung aus dem Jahre 1988 bereits ab etwa 52 Jahren als ein „Älterer" gilt (Bundesministerium für Familie und Senioren 1993).

Die Altersgrenze ist erwartungsgemäß vom eigenen Alter abhängig, derart, dass man sie umso niedriger ansetzt, je jünger man selbst ist (siehe vorhergehende Grafik). So empfinden unter 20-jährige bereits im Durchschnitt 45-jährige als „ältere Menschen", 45-jährige ihrerseits lassen den „älteren Menschen" zehn Jahre oberhalb ihres eigenen Alters beginnen, und ab dem Alter von 60 Jahren stuft man im Schnitt 61-jährige und Ältere als „ältere Menschen" ein.

Auch das Grenzalter für den „jungen Menschen" und damit für das mittlere Alter ist wieder vom Alter der Befragten abhängig. Während man für bis 20-jährige mit 28 Jahren aufhört, ein „junger Mensch" zu sein, sehen 40-50-jährige diesen Übergang bei 33 Jahren und lassen über 60-jährige selbst 40jährige noch als „jung" gelten. Einen optischen Überblick gibt die Abbildung 13.1.

13.3.2 Reorganisation des Lebens nach der Pensionierung; Veränderungen des Alltagslebens

Den Befunden zum sogenannten „Pensionsschock" (z. B. Lehr / Dreher 1967), die sich vorwiegend mit der psychischen Verarbeitung der Pensionierung befassen, steht eine Vielzahl von Forschungen in den USA (vgl. Busse / Maddox 1985) und in Europa (z. B. Naegele 1992) gegenüber, die darauf hinweisen, dass sich nur mehr eine Minderheit der Bevölkerung vorstellen kann, bis zum Erreichen der „normalen" Altersgrenze im Beruf zu verbleiben. Auf Basis einer Repräsentativbefragung in der Bundesrepublik Deutschland resümiert Stadié (1987): „Je früher die älteren Menschen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, desto höher ist der Anteil derjeniger, die den Zeitpunkt des Ausscheidens als für richtig gewählt halten" (S. 36). Dem Argument, dass sich ältere Arbeitnehmer/Innen, je näher der Zeitpunkt der Pensionierung rückt, umso stärker eine Verschiebung dieses Termins in die Zukunft wünschen, wird entgegengehalten, dass solche Forschungsergebnisse auf Befragungen in einer Personengruppe beruhen, deren Angehörige zu den ältesten Noch-Arbeitern/Innen zählen, also einer „Positiv-Auslese" der „Noch-übrig-Gebliebenen". Von solchen Aussagen könne keineswegs auf alle älteren Arbeitnehmer/Innen geschlossen werden (Naegele 1992: 246).

Der Verlust der Berufsrolle durch die Pensionierung führe, so Tews (1990), nicht zu einer gesellschaftlichen Ausgliederung und führe auch nicht mehr generell zu einer negativen Stereotypisierung des Alters. Bei einer Befragung von 1.738 Personen über 45 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland 1987 (Arnold 1989) wurde festgestellt, dass mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben 72% einverstanden sind. Nur 13% hätten lieber länger gearbeitet. Kaum Unterschiede ergaben sich bei Personen vor und nach der Pensionierung auf die Frage nach der Verarbeitung des Übergangs. Mehrheitlich nehmen die noch im Erwerbsleben Stehenden an, dass ihnen der Übergang in die Pension leicht fallen werde. Und auch von denjenigen, die sich schon in Pension befinden, ist es nur eine kleine Minderheit, die Anpassungsprobleme angibt. Die Studie kommt sogar zu dem Schluss, dass die Schwierigkeiten mit dem Übertritt in den Ruhestand eher überschätzt als unterschätzt wird.

Für Österreich liegt eine Studie von Fessel+GfK vor, in der 1.438 Tiroler/Innen zwischen 50 und 80 Jahren über ihre Einstellungen zur Pensionierung befragt wurden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass das beabsichtigte Pensionierungsalter um rund zwei Jahre höher ausfällt als das tatsächliche Pensionierungsalter, wobei die Differenz zwischen Wunsch und Wirklichkeit bei den Frauen größer ist als bei den Männern. Zwei Drittel der Berufstätigen erwarten keinen Pensionsschock und ähnlich hoch ist der Prozentsatz der bereits aus dem Berufsleben Ausgeschiedenen. In dieser Hinsicht besteht also Kongruenz zwischen Wunsch und Wirklichkeit,

Tabelle 13.5:
Einstellungen zur Pensionierung von Berufstätigen und Pensionisten/Innen (n=1.438)

	Berufstätige			Pensionisten		
	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer
Alter der Pensionierung:	Pensionierungsalter			Pensionierungsalter		
Beabsichtigtes Alter der Pensionierung / Tatsächliches Alter der Pensionierung	60,0	59,2	60,3	57,9	56,6	59,2
Wird bzw. ist Ihnen das Ausscheiden aus dem Berufsleben...	Spaltenprozente			Spaltenprozente		
leicht (ge)fallen	68	63	71	64	64	62
schwer (ge)fallen	23	25	21	26	23	28
weder noch	9	12	8	10	13	9
Erwartungen an die Pensionierung	Zustimmung in %			Zustimmung in %		
- Mehr Zeit für Hobbies	89	83	91	80	76	84
- Mehr Kontakt mit Familie	77	77	77	67	66	69
- Mehr Zeit wird Partnerschaft gut tun / hat gut getan	72	62	77	60	46	75
- Froh, nicht mehr arbeiten zu müssen	56	50	57	67	66	68
- Mehr Sport betreiben	50	45	53	23	19	27
- Arbeitskollegen (werden) fehlen	36	33	38	26	24	28
- Langeweile	11	13	11	10	12	8
- Kein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft	4	4	4	7	8	7

Quelle: Fessel+GfK – Institut für Marktforschung 1994; 50-80-jährige Tiroler/Innen

www.parlament.gv.at

wobei allerdings angemerkt werden muss, dass nur eine Längsschnittstudie hier valide Ergebnisse bringen könnte. Die Mehrzahl der Befragten erwartet sich mehr Zeit für Hobbies und trifft sich hier im Prozentsatz der Zustimmung mit den Pensionisten/Innen. Ältere Frauen sehen die Zeitfreiheit weniger positiv für die Beziehung zum Ehepartner als dies ältere Männer angeben. Auffällig sind Unterschiede hinsichtlich der Sportausübung, der Beziehung zu den Arbeitskollegen/Innen und der Einstellung zur Arbeit. In allen diesen Einstellungen gibt es eine Differenz zwischen Berufstätigen und Pensionierten. Letztere betreiben weniger Sport, die Arbeitskollegen/Innen gehen nicht ab und man ist eher froh, nicht mehr arbeiten zu müssen.

Für den Zusammenhang zwischen Arbeit und Älterwerden gilt also, dass das wohlfahrtsstaatliche Sicherungssystem die individuellen Akteure/Innen zwar „veranlasst", die Arbeit frühzeitig zu verlassen, diese Akteure/Innen dabei aber, solange es sich um die „normale" Pensionierung handelt, mehrheitlich nicht das Gefühl eines Verlustes äußern. Die nachberufliche Lebensphase verspricht jene Erwartungen und Bedürfnisse zu erfüllen, die über Jahrzehnte stark an Arbeit und Beruf gebunden waren. Gemeint sind damit Bedürfnisse nach „Gesellung" bzw. sozialer Kontaktnahme. Diese Bedürfnisse können auch durch formelle und informelle Vereinigungen außerhalb des Arbeitslebens abgedeckt werden.

Problematisch ist die Statuspassage Pensionierung bzw. der Austritt aus dem Erwerbsleben hingegen für diejenigen, die ihre Erwerbstätigkeit aufgrund einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beenden *müssen* und für jene Personen mittleren Alters, die arbeitslos bzw. über verschiedenste Regelungen der Frühpensionierung ausgegliedert werden. Die hier angesprochenen Regelungen, die die Grenze zwischen der Erwerbstätigkeit und der Nicht-Erwerbstätigkeit verändern, zeigen, dass sie einer anderen Logik gehorchen als der Pensionssicherung. Es handelt sich vorwiegend um Sicherungssysteme, die von der Arbeitslosenversicherung oder Sonderaktionen getragen werden. Der Status älterer Erwerbsloser ist ungesichert, er pendelt zwischen Wiederbeschäftigung, Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeitspension.

Der Übergang in die Nicht-Erwerbstätigkeit wird in diesen Fällen zu einem abrupten, schwer voraussehbaren und zumeist erzwungenen Übergang. Die Möglichkeit, über den Austritt aus der Erwerbsphase selbst zu entscheiden, wird stark eingeschränkt. Die Aufgabe des Berufslebens wird direkt durch den Zustand des Arbeitsmarktes und die durch ihn produzierten Altersdefinitionen beeinflusst. Sie ist nicht dadurch bedingt, dass man das Pensionsalter erreicht hat. Diese Gruppe von Betroffenen ist wesentlich stärker negativen Altersstereotypen ausgesetzt. Die Zeit der Nicht-Erwerbstätigkeit wird nicht als Zeit definiert, in der das Recht auf Ruhestand wahrgenommen wird, sondern in der eine Arbeitsunfähigkeit besteht (vgl. Guillemard 1992).

13.3.3 Die „Neuen Alten"

Ihren Ursprung hat die Diskussion um die „neuen Alten" in der seit den 70er Jahren in Deutschland beobachtenden Tendenz zu immer frühzeitigerer Pensionierung. Anfänglich wurden diese neuen Alten als Problemträger gesehen, die nichts mit ihrem Alter anzufangen wüssten. Dieses Bild ist sehr rasch einem optimistischen gewichen, wonach die frühzeitige Pensionierung Gestaltungsmöglichkeiten und Chancen zur Um- bzw. Neuorientierung biete. Die „neuen" Alten wurden zu einem Leitbild für ein „erfolgreiches" Leben im Alter (Karl / Tokarski 1989). Die Bemühungen um die Propagierung eines positiven Altersstereotyps – des „kompetenten" und „aktiven" Alters – haben allerdings in ihrer Einseitigkeit nur teilweise zu einer differenzierenden Sichtweise des Alters beigetragen. Aufgetaucht ist mit einem Mal auch das Bild von den saturierten und in ihren Freizeitmöglichkeiten privilegierten Älteren (Dieck / Naegele 1993). Solche Einschätzungen beruhten auf

Lebensstilanalysen, wie sie von Infratest et al. 1991 durchgeführt wurden und in ähnlicher Form auch für Österreich vorliegen (Fessel+GfK 1990).

Etwa ein Viertel der Älteren wird der Gruppe der „Neuen Alten" zugeordnet, welche aktive und expansive Verhaltensmuster aufweisen. Unterschieden wird zwischen den „zielgerichteten Aktiven" (13%) und den „interessierten Agilen" (14%). Die typischen Milieuvertreter/Innen sind (ehemalige) leitende Beamte und Angestellte, Selbständige mit höherer Schulbildung und Haushaltseinkommen über 20.000 ATS (1.453 Euro). Die „zielgerichteten Aktiven" bevorzugen Aktivitäten, die Beanspruchung bedeuten: kulturelle Aktivitäten, Sport, Weiterbildung, Vereinsbesuch und sie sind weniger sparsam als Angehörige anderer Milieus. Unter den „interessierten Agilen" finden sich mehr Frauen. In dieser Gruppe zählt – im Gegensatz zu den „Aktiven" – weniger die Intensität und Zielgerichtetheit als vielmehr Universalität und Erlebniswert. Wichtig sind ihnen Selbstverwirklichung und Spontaneität sowie die Betonung der Gefühlswelt (ebd.: 23ff.).

Der Begriff von den „neuen Alten" trägt wohl aufgrund seiner konzeptuellen Ungenauigkeit dazu bei, dass das intendierte Ziel einer differenzierenden Sicht des Alters nicht erreicht wurde. Deshalb werden in Anlehnung an Majce (1992) und Tews (1990) nicht einzelne Verhaltens- und Einstellungsmuster zur Erklärung von Veränderungen herangezogen sondern Strukturvariablen. Dazu gehören die „Verjüngung des Alters", d. h. eine frühzeitigere Auseinandersetzung mit Alternsproblemen in der Erwerbsarbeit (siehe oben), die „Entberuflichung", d. h. das frühzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, „Singularisierung", d. h. zunehmende Vereinzelung – die nicht mit Isolation und Vereinsamung gleichzusetzen ist (vgl. dazu die entsprechenden Kapitel in diesem Bericht) – und Hochaltrigkeit, d. h. die überproportionale Zunahme der Hochaltrigen. Die neuen Alten wären demnach nur ein Teilphänomen des sich durch den Strukturwandel der Gesellschaft ergebenden „neuen Alters".

13.3.4 Späte Freiheit – neue Freiräume

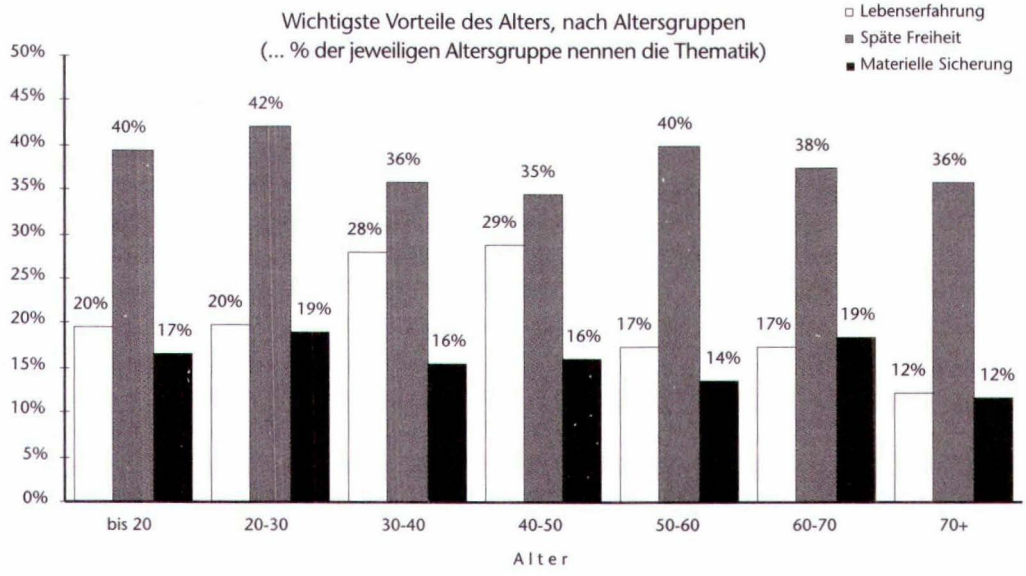
Mit dem „neuen Alter" ist auch der Begriff der „späten Freiheit" (Rosenmayr 1983) verknüpft. Das Individuum löst sich aus traditionellen Sozialbindungen heraus, wodurch sich auch für ältere Menschen Chancen zur individuellen Gestaltung des Aktivitätspotenzials ergeben. Mit den Chancen wächst aber auch die Unsicherheit, denn es werden immer mehr individuell zu treffende Entscheidungen verlangt. Späte Freiheit wird zu einer Möglichkeit; ihre Erlangung erfordert jedoch Entscheidungsstärke.

Die positive Komponente des Altersbildes wurde in der von Majce (1992) durchgeführten Studie durch die Frage erhoben: „Jeder Lebensabschnitt ist mit Vor- und Nachteilen verbunden. Wenn Sie an das Alter denken, was sind Ihrer Meinung nach die größten Vorteile, die dieser Lebensabschnitt zu bieten hat?" An den Antworten ist zweierlei bemerkenswert. Einerseits wurde eine Vielfalt von Antworten gegeben und nur 14% der Respondent/inn/en fiel dazu nichts ein – ein bei „offenen" Fragen geringer Prozentsatz. Andererseits konzentrierten sich die Antworten thematisch auf sehr wenige Kategorien, was man als hohen Konsens interpretieren kann. Drei Themenkreise stechen heraus: Die Lebenserfahrung mit ihren Konnotationen; „späte Freiheit", Ruhe, Ungebundenheit und Unabhängigkeit; und schließlich, schon etwas abgeschlagen und teilweise das Thema verfehlend, die materielle Sicherung des Alters.

Sehr auffällig ist die große Bedeutung, die der „späten Freiheit", dem Freiwerden von beruflichen Zwängen und von Fremdbestimmung zugemessen wird – 38% der Österreicher/Innen sehen darin den größten Vorteil des Alters, oder, anders formuliert: Da dies die mit Abstand am häufigsten genannte Thematik ist, können wir sie auch als den nach Ansicht der Bevölkerung größten Vorteil des Alters betrachten. Mehr vielleicht noch als in anderen Zusammenhängen interessiert hier die Frage, ob die Älteren als unmittelbar Betroffene eine andere Sicht von den Vorteilen des Alters haben (siehe folgende Grafik).

www.parlament.gv.at

Abbildung 13.2.:
Größte Vorteile des Alters (Auswahl): Lebenserfahrung, späte Freiheit, materielle Sicherung; nach Altersgruppen (n=1.500)



Quelle: Majce 1992; x-Achse: Altersgruppen; y-Achse: Prozentangaben zu Vorteilen des Alters

Man erkennt in der Grafik, dass die „späte Freiheit" kaum vom Alter beeinflusst wird. In keiner Altersgruppe ist der Anteil derer, die sie als den größten Vorteil des Alters beurteilen, niedriger als 35%, und es sind auch keine Kontinuitätsbrüche festzustellen, etwa in der Nähe des Pensionierungsalters. Ältere und Jüngere sind sich also in Bezug auf diesen Hauptvorteil des Alters bemerkenswert einig. Auch hinsichtlich der materiellen Sicherung besteht im Großen und Ganzen Ähnlichkeit über alle Lebensalter hinweg. Eine beachtliche Altersabhängigkeit registrieren wir hingegen bei der Lebenserfahrung, die vor allem von den mittleren Alterskategorien wesentlich höher eingestuft wird als von den übrigen Altersgruppen.

Die Ausweitung der Altersphase hat – zusammenfassend – in Verbindung mit der Entwicklung der Hochaltrigkeit zu einer Binnendifferenzierung des Alters geführt. Dieser Altersstrukturwandel hat aber bislang nicht zu einer Vielfalt von Altersbildern geführt, sondern zu einer stärkeren Polarisierung. Neben einem positiv gefärbten Bild eines „Alters der Gewinne" besteht das Bild eines „Alters der Verluste". Das „Alter der Gewinne" bezieht sich auf eine Lebensphase, die als *qualitativ* neu eingestuft wird (Tews 1995). Es sind dies die neuen (jungen) Alten, die durch Aktivität, Autonomie, Engagement und Produktivität gekennzeichnet werden. Demgegenüber findet sich ein „Alter der Verluste", welches durch Passivität und Lethargie statt Aktivität, Defizite und Abhängigkeit statt Kompetenz und Autonomie bzw. Nutzlosigkeit statt Produktivität gekennzeichnet wird. Und für diese „alten Alten" – auch in einem qualitativen Sinn – fehlen kulturelle Orientierungen, fehlen Konzepte, wie dem drohenden Werteverlust unter Bedingungen realer Belastungen begegnet werden könnte. Eine Kultur des Alters

hat sich deshalb auch mit der Frage zu befassen, wie die Gesellschaft Krankheit und soziale Benachteiligung behandelt und welche Formen von den Älteren selbst zur Bearbeitung von Belastungen (=coping) gewählt werden.

13.4 Selbst- und Fremdeinschätzung

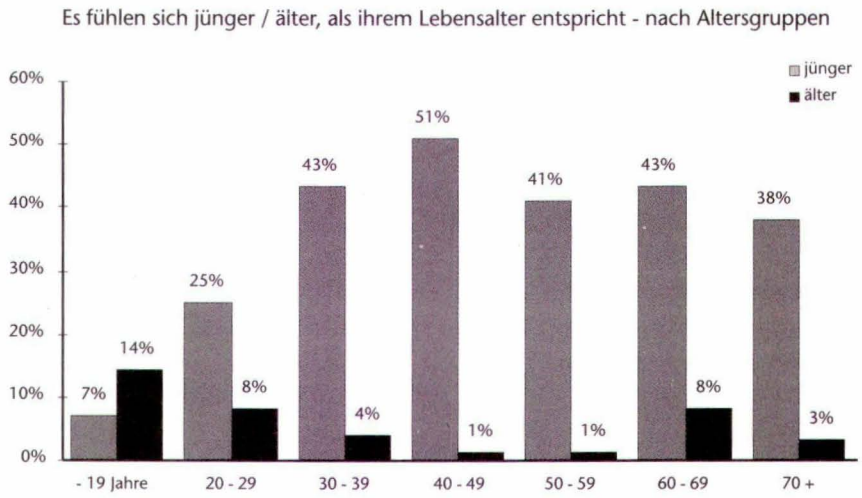
13.4.1 Erleben des eigenen Alters im Generationenvergleich

Über das subjektive Alter gibt es für Österreich nur eine einzige Studie (Majce 1992). In dieser Studie wurde erhoben, wie sich die Befragten im Vergleich zu ihrem tatsächlichen chronologischen bzw. kalendarischen Alter einschätzten und wie alt sie sich fühlten, wobei eine Jahresangabe gemacht werden musste. Die dazu gestellte Frage lautete: *„Ich möchte jetzt mit Ihnen über das Alter sprechen. Man kann sich – unabhängig davon, wie alt man tatsächlich ist – innerlich älter oder jünger fühlen. Fühlen Sie sich jünger, älter oder so alt, wie Sie tatsächlich nach Lebensjahren sind?“*

Nur die Hälfte der Befragten (54%) lebt in einer sozusagen inneren Synchronisation mit dem eigenen kalendarischen Alter. 5% fühlen sich älter und 36% fühlen sich jünger, als es ihrem Alter nach Lebensjahren entspräche. Zu entnehmen ist der Grafik eine deutliche Altersabhängigkeit; allerdings verläuft diese nicht linear, sondern steigt bis in die Vierziger, das Alter der Midlife-Crisis, kontinuierlich und scharf an, um danach nur noch leicht abzufallen und sich auf einem Niveau von etwa 40% einzupendeln.

Umgekehrt treffen wir nur in der jüngsten Altersgruppe auf einen nennenswerten Anteil von Personen, die sich älter fühlen, als sie es kalendarisch eigentlich sind. Hier herrscht offenbar ein Zug zum Status des „vollwertigen“ Erwachsenen, weg vom vielfach diskriminierten Jugendlichen. Erhebliche *geschlechtsspezifische* Unterschiede sind überraschenderweise nicht festzustellen. So ist bemer-

Abbildung 13.3.:
Subjektives („komparatives“) Alter, nach Altersgruppen (n=1.500)



Quelle: Majce 1992; x-Achse: Altersgruppen; y-Achse: Prozentangaben zu Vorteilen des Alters

www.parlament.gv.at

kenswert, dass zwischen 20 und 75 Jahren zwischen Männern und Frauen bei den Anteilen derer, die sich jünger fühlen so gut wie keine Differenzen auftreten; nur in der ältesten Gruppe der über 75-jährigen lassen die Männer mit 47% „subjektiv Jüngeren" die Frauen um 10% hinter sich. Das dürfte vor allem an der *subjektiv besseren Gesundheit der Männer in diesem Alter* liegen. Das positive Lebensgefühl, welches das subjektive Alter senkt, empfinden offenbar eher besser Gebildete, Einkommensstärkere und Angehörige der gehobenen Schichten. Kreuztabellenanalysen zeigen, dass man sich umso jünger fühlt, je höher das Einkommen ist, je höher die soziale Schicht ist, der man angehört, und je qualifizierter der Beruf ist, den man ausübt (vgl. auch: Kap. 3.7).

Ein auch in anderen Kontexten immer wiederkehrender Zusammenhang verdient hier besondere Erwähnung: derjenige mit der *Ortsgröße*. Sieht man vom Sonderfall Wien ab, dann ist der *Anteil derjenigen, die sich jünger fühlen, umso geringer, je kleiner der Wohnort* ist. So fühlen sich 47% der Bewohner/Innen von Orten mit mehr als 50.000 Einwohnern/Innen jünger als es ihrem Lebensalter entspräche, in kleineren Orten sind es nur noch 37%, und wenn die Ortsgröße unter 2.000 Einwohnern/Innen liegt, dann fühlen sich nur noch 29% jünger, in Orten mit weniger als 1.000 Einwohnern sind es überhaupt nur mehr 18%. Eine mögliche Erklärung, die allerdings nicht durch Daten dieser Studie überprüft werden kann, könnte in dem durch die bessere Kenntnis der Gemeindemitglieder voneinander begründeten Zwang liegen, zur „Realität" zu stehen. Wenn in einer Gemeinschaft, in der jede/r jede/n kennt, allgemein bekannt ist, dass ich 46 Jahre alt bin, dann mag dies eher dazu führen, dass ich mich zu diesem Alter – auch subjektiv – bekenne (vielleicht sogar bekennen *muss*, will ich mich nicht lächerlich machen) als in einem urban-anonymen Begegnungsraum.

Das subjektive Alter wurde nicht nur als *komparatives* erhoben, sondern auch, ob man sich jünger, älter oder so alt fühle, wie man es nach Lebensjahren wäre. So fühlen sich beispielsweise 40-jährige Frauen durchschnittlich um 2,9 Jahre jünger, Männer gleichen Alters um 3 Jahre jünger als sie tatsächlich sind. 60-jährige erleben sich bereits im Mittel um gut fünf Jahre jünger. Über die jeweiligen geschlechtsspezifischen Diskrepanzen zwischen subjektivem Alter und kalendarischem Alter bzw. über das jeweilige subjektive Alter bei gegebenem chronologischem Alter gibt die nachstehende Tabelle für die Altersjahrzehnte Auskunft:

Tabelle 13.6:

Kalendarisches Alter im Vergleich mit dem subjektiven Alter (n=1.500; Angaben in Prozent)

kalendarisches Alter	„subjektives Alter"		Differenz zwischen kalendarischem und subjektivem Alter	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20	19,6	19,3	0,4	0,7
30	28,3	28,2	1,7	1,8
40	37,0	37,1	3,0	2,9
50	45,7	46,0	4,3	4,0
60	54,4	54,9	5,6	5,1
70	63,1	63,8	6,9	6,2
80	71,8	72,7	8,2	7,3

Quelle: Majce 1992

Bis zum 16., 17. Lebensjahr gibt es eine Tendenz zur *Über*schätzung des subjektiven Alters, danach eine wachsende *Unter*schätzung. Dieser Befund deckt sich in der Richtung mit den Untersuchungsergebnissen von Montepare / Lachman (1989), allerdings geht in der österreichischen Untersuchung die Schere zwischen kalendarischem Alter und subjektivem Alter viel weniger weit auf als in der US-Studie, auch ist – im Unterschied zu den USA – kaum ein Geschlechterunterschied festzustellen.

13.4.2 Erwartungen an das Alter: Hoffnungen, Befürchtungen, Erwartungen an die Zukunft

13.4.2.1 Realisierte und nicht erfüllte Erwartungen

Aus empirischen Untersuchungen ist bekannt, dass eine ausgeprägte Zukunftsperspektive einen hohen protektiven Wert für das subjektive Wohlbefinden und die seelische Gesundheit hat (vgl. Brandtstädter / Wentura 1994). Die Berliner Altersstudie weist einerseits nach, dass die Befragten (zwischen 70 und 103 Jahren) durchaus optimistisch sind, wenn sie an ihre Zukunft denken, wobei im hohen Alter der Zukunftsoptimismus leicht abnimmt. Andererseits scheint sich eine zeitlich ausgedehnte und geplante Zukunftsperspektive zu einer Art „offenen Gegenwart" zu wandeln (Staudinger et al. 1996). Ähnliche Ergebnisse lassen sich auch für Österreich feststellen.

Die Österreicher/Innen sehen nach einer Repräsentativbefragung (Hörl 1994) dem eigenen frühen bzw. höheren Alter zuversichtlich entgegen. 73% sind für das frühe Alter und 68% sind für das höhere Alter stark/eher zuversichtlich. Zuversichtliche Menschen jeden Alters fürchten seltener Einsamkeit im Alter und fürchten seltener den Tod. Sie glauben auch seltener daran, im Alter im Altersheim ein belastetes Leben führen zu müssen. Ein sicheres und ausreichendes Einkommen ist für 65% für das frühe Alter und für 59% für das höhere Alter „äußerst wichtig". Für 88% ist die Gesundheit äußerst wichtig. Die drei wichtigsten Wünsche sind – in der Reihenfolge der Wichtigkeit – Gesundheit, Wohnung, Einkommen. Alle anderen Voraussetzungen bzw. möglichen Aktivitäten erreichen bei weitem nicht diese hohen Werte. Reisen machen können halten 18% für das frühe Alter für wichtig und 14% für das höhere Alter. Diese Aktivität ist eher für jüngere weibliche Befragte und Höhergebildete attraktiv. „Frei sein von täglichen Zwängen" ist 21% ein Anliegen. „Neues lernen und entdecken zu können" ist für 17% für das frühe Alter wichtig und für 13% für das höhere Alter. Ein „erfülltes Familienleben" im Kreise der Kinder und Enkel ist in allen Alterstufen gleich wichtig (47%).

13.4.2.2 Vorstellungen über Belastungen

Es wurden den Befragten auch eine Reihe von möglichen Belastungsformen des Alters vorgestellt: Vergesslichkeit, geistig nicht mehr mitzukommen, bezeichnen 64% als extrem starke Belastung, wobei keine erkennbaren Differenzierungen nach Alter und Geschlecht vorliegen. Dabei wird Vergesslichkeit für das höhere Alter (über 75 Jahre) etwas geringer gesehen (59%) als für das frühe Alter, d. s. die unter 75-jährigen (64%). Den „Tod vor Augen haben" ist für 34% eine extrem starke Belastung. Dabei ist überraschend, dass mit höherem Alter der Tod nicht an Schrecken verliert, sondern zunimmt. Denn nach der Disengagement-Theorie könnte angenommen werden, dass der Tod im Zuge des zunehmenden sozialen Rückzugs an Bedeutung verliert. Nichtsdestoweniger ist die Angst „von anderen Menschen abhängig zu sein", fast doppelt so häufig als Belastung anzutreffen (61%) als die Angst vor dem Tod. Noch höher ist der Prozentsatz derjenigen, die „Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit" als extrem starke Belastung angeben (insgesamt 69%). „Von den Kindern abgeschoben zu werden" fürchten etwas häufiger die älteren Befragten sowie Personen mit geringerer Schulbildung. Es kann vermutet werden, dass zwar auch

Personen aus höheren Bildungsschichten das „Abgeschoben-Werden" erwarten, aber von vornherein nicht als bedrohlich empfinden, weil ihre Familien- und Kinderfixierung schwächer ist. „Einsamkeit" geben 42% der Befragten als extrem starke Belastung an.

Insgesamt zeigt sich für alle Belastungsformen ein Einfluss der Schichtzugehörigkeit, d. h. je höher der soziale Status, desto niedriger ist das Belastungsgefühl. Dieser auch in einer neueren deutschen Studie herausgehobene Zusammenhang (Knesebeck 1998) bedeutet, dass für Veränderungen individuumsbezogene Interventionen nicht ausreichen, sondern in der Verminderung sozialer Ungleichheit eine wichtige Dimension der Gesundheitsförderung und des Wohlbefindens zu sehen ist.

13.4.2.3 Veränderungen im Bereich von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung

In einer Reihe von sozialpsychologischen Studien wurde die Bedeutung des Gefühls nachgewiesen, durch eigenes Handeln das persönliche Schicksal gestalten zu können (Langer 1991, Rodin 1987). Das Konzept der *self efficacy* bzw. des *locus of control* (=Kontroll-Erleben) ist in den beiden letzten Jahrzehnten über Forschungen zur Betreuung pflegebedürftiger Älterer in die Gerontologie eingeflossen. Dabei hat sich gezeigt, dass Ältere in der Pflegesituation durch unselbständiges Verhalten, das durch die Pflegenden verstärkt wird (in Institutionen z. T. durch das bürokratische Verhalten des Pflegepersonals, im privaten Bereich durch Überforderung der Pflegenden), einen Zustand hervorrufen, der die Eigenkompetenz senkt (Baltes 1995). Der Verlust an Autonomieerlebnissen führt zu Inaktivität, Kommunikationsunlust und Rückzug. Gelingt die Selbstrealisierung nicht, dann werden Vorstellungen wie Glück, Zufall oder persönliche Beziehungen herangezogen, um die eigenen Wertestandards aufrechterhalten zu können. Die Wahrnehmung eigener Leistungseffizienz oder Selbst-Wirksamkeit ist entscheidend für das Ausmaß der aktiven Auseinandersetzung mit situativen Anforderungen.

Die Handlungsmacht ist – so die Annahme – stark abhängig von (ehemaligen) Entfaltungsmöglichkeiten im Beruf, vom Einkommen und vom Bildungsniveau. Im Laufe des Lebens lernt der/die einzelne, je nach „Trainingsbedingungen" unterschiedlich, sich manche seiner Entscheidungen und Handlungen selbst zuzuschreiben (internal locus of control) oder sie als von außen bestimmt (external locus of control) zu erleben. Der „innengeleitete Mensch" hat seine eigenen Lebensprinzipien so verinnerlicht, dass er auch dann nicht ins Wanken gerät, wenn die Anerkennung durch die anderen oder die Gesellschaft ausbleibt. Ein solcher Mensch müsste mehr Sinn darin sehen, sich auf künftige Situationen hin vorbereitend und prophylaktisch, also „vorsorgend", zu verhalten als jemand, der vorrangig externale Steuerungsmechanismen, wie Zufall oder äußere Mächte, unterstellt. Eine prophylaktische Haltung wäre etwa der gezielte Versuch, die Lebensweise umzustellen (z. B. Ernährung); ebenso könnte sie in der Adaptierung der Wohnverhältnisse an die erwartete geringere Mobilität bestehen.

Bisherige Untersuchungen über die Auswirkungen von Selbst- bzw. Fremdbestimmung betreffen den Bereich der Psychosomatik. Autonome Entwicklungskontrolle ist assoziiert mit höherer Lebenszufriedenheit, einer optimistischeren Zukunftsperspektive, geringerer Depressivität und geringerer emotionaler Labilität (Brandtstädter / Baltes-Götz 1991, Brandtstädter / Rothermund 1998). Eine Einschränkung ist dabei gegeben, die für kulturelle Beteiligung entscheidende Konsequenzen hat. Interne Kontrollerwartungen sind solange günstig und aktivitätsfördernd, solange das angepeilte Ziel von hoher persönlicher Wichtigkeit ist. Ziele, die außerhalb der persönlichen Reichweite liegen, von denen man weit entfernt ist, werden abgewertet, sodass in diesem Fall interne Kontrollüberzeugungen nur durch ein geringeres Anspruchsniveau aufrechterhalten werden können.

Die Senkung des Anspruchsniveaus ist aber nur dann langfristig „erfolgreich", wenn sie geschieht, ohne dass dabei das Gefühl entsteht, sich selbst belogen zu haben.

In einer österreichischen Repräsentativbefragung wurden 665 Personen im Alter zwischen 30 und 75 Jahren danach gefragt, wie sehr sie glaubten, es selbst in der Hand zu haben, wie es einem im Leben geht (vgl. Rosenmayr / Hörl / Majce 1994, Majce 1996). Die überwiegende Mehrheit (85%) ist der Ansicht, für das eigene Schicksal weitgehend selbst verantwortlich zu ein. 42% stimmen sogar voll zu. Relativ am wenigsten stimmen die Ledigen und, etwas abgeschwächt, die Geschiedenen dem zu. Die Auffassung, dass das Leben von Zufall, Glück etc. abhängt, variiert nach der Schulbildung und Sozialschicht beträchtlich: je höher diese, umso weniger glaubt man an Glück, Zufall etc. Bildung kann das Gefühl einer subjektiv besseren Lebensbewältigung vermitteln.

Im Sinn des von Brandstädter / Baltes-Götz (1991) referierten Ergebnisses, dass mit dem Gefühl einer autonomen Kontrolle über die eigene Entwicklung eine optimistische Zukunftsperspektive einhergeht, zeigt sich in dieser Studie, dass man dem eigenen Alter umso zuversichtlicher entgegen sieht, je fester man davon überzeugt ist, es selbst in der Hand zu haben, die eigene Zukunft zu gestalten. 80% der Personen, welche meinen, das eigene Altersschicksal sei ganz und gar selbstbestimmt, blicken dem Alter sehr oder eher zuversichtlich entgegen. Hält man hingegen das eigene Altersschicksal für ganz und gar außen- oder fremdbestimmt, dann sind nur mehr halb so viele zuversichtlich (41%), aber nicht weniger als 52% sind beunruhigt.

Und das Gefühl der Selbstwirksamkeit bzw. der Fremdbestimmtheit hat auch einen Einfluss auf die Einstellung zur Altersvorbereitung. Eine gezielte Vorbereitung auf das eigene Alter halten 87% derjenigen Personen für vorstellbar, die das Gefühl haben, ihr Schicksal in der eigenen Hand zu haben, während von denjenigen, die meinen, dass man sich nicht auf das Alter vorbereiten könne, zu 41% eine externale Kontrollüberzeugung haben.

13.4.3 Das Alter in den Medien

Selbst- und Fremdeinschätzung werden heute sehr stark von den Medien beeinflusst. Die Massenkommunikation ist eine Form des symbolischen Austauschs zwischen Menschen. Der Umgang mit immer neuen Formen der Kommunikation muss von den Gesellschaftsmitgliedern immer wieder erst gelernt werden. Ihre Aneignung und Etablierung als kulturelle Selbstverständlichkeit sind auch Teil einer sich verändernden Kultur des Alters. Doch wie werden die Älteren in den Medien dargestellt?

Tabelle 13.7:
Altersoptimismus /Alterspessimismus nach Kontrollüberzeugung (n=665, Zeilenprozente)

Einfluss auf das eigene Altersschicksal	Beim Gedanken an das eigene Alter...	
	zuversichtlich	beunruhigt
ganz selbstbestimmt	80	15
eher selbstbestimmt	80	17
eher Zufall / äußere Umstände	61	34
ganz Zufall / äußere Umstände	41	52

Quelle: Majce 1996: 53; fehlende Prozent auf 100 = keine Angabe.

www.parlament.gv.at

13.4.3.1 Häufigkeit und Art der Darstellung des Alters und der Alten

Altersdarstellungen in den Medien kann man untersuchen nach ihrer Variabilität, d. h. wie einseitig oder vielfältig das Alter dargestellt wird, nach ihrer Repräsentativität, d. h. inwieweit alle Altersgruppen und „Themen" des Alterns vorkommen und nach der Interpretation von Entwicklung, d. h. wie der Alternsprozess dargestellt wird. Zu klären ist die Frage, welche Wirksamkeit die über Medien vermittelten Altersbilder haben und welche Repräsentativität diese aufweisen.

In der Studie „Alterskultur und Altersaktivierung" (Rosenmayr / Kolland 1999) wurde die Frage gestellt: *„Werden Probleme des älteren Menschen in Fernsehen, Rundfunk und Zeitungen Ihrer Meinung nach angemessen dargestellt?"* Zwei Drittel der über 50-jährigen geben an, dass die Darstellung der Probleme älterer Menschen eher bzw. durchaus angemessen erfolgt. Feststellbar sind dabei sowohl Unterschiede nach dem Geschlecht, dem Alter, der Schulbildung, wie dem Erwerbs- bzw. Berufsstatus. Wie die nachfolgende Tabelle veranschaulicht, geben Frauen stärker als Männer und über 75-jährige stärker als 50-54-jährige an, dass die Darstellung eher nicht bzw. gar nicht angemessen erfolgt. Höhergebildete, Berufstätige und leitende Angestellte / Beamte nehmen eher eine adäquate Altersdarstellung in den Medien wahr als Personen mit Pflichtschulabschlüssen, Personen in nicht-leitender Position und nur im Haushalt tätige Personen.

Das Fernsehen ist dabei wohl das wichtigste Medium. Eine der wenigen empirischen Erhebungen zum Altersbild im österreichischen Fernsehen aus dem Jahr 1982 (!) weist eine Unterrepräsentation der Älteren nach (IFES 1982). Die Älteren werden dabei in stereotyp aktiver und voll integrierter Art und Weise dargestellt, wobei Männer im Vergleich zu Frauen in ihren Rollen differenzierter angelegt sind. Vermittelt wird im Großen und Ganzen ein positives Altersbild – nicht arm, nicht krank, nicht hilflos. Nach einer deutschen Unterschung bezeichnen rund 70% der Befragten die Darstellung älterer Menschen in Hörfunk- und Fernsehsendungen als „gut" bis „sehr gut" (vgl. Tews 1995). Ältere Menschen wollen nicht mehr Alte im Fernsehen sehen. Zu deutliche Konfrontation mit der Realität wird nicht geschätzt, positive Darstellungen werden akzeptiert.

Nichtsdestoweniger gibt es einen Informationsbedarf, der sich direkt auf Prozesse des Alterns bezieht. Gefragt wurde in der Studie „Alterskultur und Altersaktivierung" (Rosenmayr / Kolland 1999): *„Wie sehr sind Sie daran interessiert, im Fernsehen mehr über Prozesse des Alterns und des*

Tabelle 13.8:
Darstellung der Probleme älterer Menschen in den Medien nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen (n=1.000; Spaltenprozente)

Die Darstellung der Probleme erfolgt...	Insgesamt	Geschlecht		Altersgruppen	
		Frauen	Männer	50-54	75 und älter
durchaus angemessen	22	20	25	28	19
eher angemessen	46	45	44	46	37
eher nicht / gar nicht angemessen	32	35	31	26	44

Quelle: Rosenmayr / Kolland 1999; über 50-jährige Österreicher/Innen

Tabelle 13.9:
Interesse an Informationen über Prozesse des Alterns im Fernsehen nach Schulbildung und Topografie (Angaben in Prozent; n=1.000)

	Schulbildung			Topografie		
Starkes Interesse an... haben	Pflicht-schule	Lehre / Fachschule	Matura / Hochschule	Dorf	Klein- / Mittelstadt	Groß-stadt
Medizin	46	47	43	46	52	39
Psychologie	19	26	30	22	26	24
Geschichte und Kultur	16	25	34	18	28	23

Quelle: Rosenmayr / Kolland 1999; über 50-jährige Österreicher/Innen

Alters zu erfahren? Auf den Gebieten „Geschichte und Kultur", „Medizin" und „Psychologie". Am stärksten ist das Interesse an medizinischen Fragen, danach folgt das Interesse an psychologischen Fragen und das Interesse an Geschichte und Kultur. Der Anteil der interessierten Personen nimmt mit der Höhe des Schulbildungsabschlusses zu. Ebenfalls höher ist der Anteil der Interessierten in Klein- und Mittelstädten.

Die Antworten zu einer weiteren Frage bestärken den Eindruck, dass ältere Menschen durchaus für Sendeangebote im TV sind, welche auf ihre besonderen Interessen und Probleme Rücksicht nehmen. 36% der über 50-jährigen sind sehr dafür und weitere 46% eher dafür, dass es im Fernsehen Sendereihen gibt, in denen regelmäßig auf die besonderen Interessen und Probleme Älterer Rücksicht genommen wird.

Ansteigend ist jedenfalls der Anteil alter Menschen in der Werbung – bedingt durch deren bessere finanzielle Verhältnisse und den größer werdenden Markt älterer Konsumenten/Innen. Geworben wird dabei mit den jungen Alten – auch in der Arzneimittelwerbung. Die Alten werden in diesem Kontext als gutsituierte Genießer/Innen dargestellt, in Verbindung auch mit einem gewissen Luxus. Werbung hat einen doppelt verjüngenden Charakter: sie stellt die Alten möglichst jung dar und sie bildet auch die Verjüngung des Alters ab. Vermutlich wollen sich die Alten selbst in der Werbung so abgebildet sehen. Definitiv als Senioren/Innenprodukte gekennzeichnete Waren werden dann nicht abgelehnt, wenn sichtbare Vorteile bei der Inanspruchnahme der angebotenen Leistung entstehen. Angenommen werden Produkte wie etwa die Seniorennetzkarte der Wiener Verkehrsbetriebe oder der Seniorenpass der Österreichischen Bundesbahnen, das Seniorenschwimmen, die Seniorenreisen, weniger aber Seniorenshampoos und Seniorenkost.

In einer Untersuchung über die Darstellung von Älteren in der österreichischen Werbung (Fischer 1996) wird festgestellt, dass neben der Tourismus-, Kosmetik- und Lebensmittelbranche der Banken- und Versicherungsmarkt verstärkt ältere Kunden anzusprechen versucht. Die Darstellung reicht dabei vom skurrilen Alter (z. B. „Lila Pause") über das aktive und vitale Alter (z. B. „Nivea Vital für die reife Haut") bis zum sicheren Alter (z. B. „Sparen in den besten Lebensjahren – der Silberne Vertrag").

In der Markt- und Konsumforschung, in der mit den sogenannten „Leader-Zielgruppen" Aspekte der „Neuen Alten" repräsentiert werden, kommt der Begriff alt oder älter gar nicht vor. Hier geht es vor allem um Marktsegmentierung. So beschreibt die Grey-Gruppe Deutschland drei Segmente älterer Menschen (Appelton 1994), ohne explizit von

www.parlament.gv.at

Älteren zu sprechen. Sie unterscheidet die Gruppe der Master Consumer (35%), die als aktiv und erlebnisorientiert beschrieben werden und über ein hohes Bildungsniveau und gehobenes Einkommen verfügen, von den Maintainers (33%), die ihre Freiheiten und ihre Freizeit dank einer guten körperlichen Konstitution genießen, dabei aber im Unterschied zur ersten Gruppe eher eine Kontinuität in ihrem Lebensstil aufweisen. Schließlich wurde ein dritte Gruppe gefunden, die als Simplifier (32%) bezeichnet werden und als die echten Pensionisten/Innen gelten. Sie weisen ein eher traditionelles Rollenverhalten auf, d. h. einen zurückgezogenen, ruhigen, häuslichen Lebensstil, was auch mit einem limitierten finanziellen Spielraum zu tun hat.

Was diesen Altersleitbildern fehlt, ist das Element einer die Betroffenen keineswegs ständig, aber eben doch immer wieder tangierende Notwendigkeit der „Selbstvergewisserung im Älterwerden" (Zeman 1996), die den gesamten Lebenslauf ins Auge fasst und auch eine altersbezogene Nachdenklichkeit einschließen könnte.

13.4.3.2 Ältere Menschen als Zielgruppe von Rundfunk- und Fernsehsendungen

Die Darstellung älterer Menschen im Fernsehen ist nach den Werbefacts des ORF (4/99), die der Generation 50plus gewidmet sind, kein Tabuthema mehr. Als Beispiele nennt die Broschüre die Serie „Julia, eine ungewöhnliche Frau", in der Christiane Hörbiger eine erfolgreiche und engagierte Frau im besten Alter darstellt. Die ersten Folgen hatten eine Reichweite von 21,1%, d. s. 1,4 Mio. Personen, bei einem Marktanteil von 49%. Bei den 50-59-jährigen kam die Sendung auf eine Reichweite von 30,6% und 58% Marktanteil. Ein anderes Beispiel ist „Anna Maria, eine Frau geht ihren Weg", in der die 55-jährige Uschi Glas die Hauptdarstellerin ist. Diese Sendung hatte eine Reichweite von 13%, d. s. 873.000 Personen, bei einem Marktanteil von 31%. Von den 50-59-jährigen verfolgten durchschnittlich 19,8% diese Sendung (vgl. Kap. 6).

Die Tabelle 13.4 zeigt, dass 60,3% der über 60-jährigen den „Villacher Fasching" gesehen haben, durchschnittlich jede/r zweite über 60-jährige „Bundesland heute" sieht, jede/r dritte über 60-jährige „Österreich heute", „Schloßhotel Orth", „Klingendes Österreich", „Musikantenstadl". Jede/r vierte in dieser Altersgruppe sieht „Zeit im Bild" und das „Neujahrskonzert" und jede/r fünfte den „Seniorenklub"; 3,7% der über 60-jährigen sahen im Durchschnitt die „Golden Girls". Die beiden letzteren Prozentsätze deuten darauf hin, dass die Reichweite von speziellen Seniorensendungen vergleichsweise gering ist, wenn auch die Seher/Innen des Seniorenklubs zu drei Viertel aus der angesprochenen Zielgruppe bestehen. Anders ist das Zuschauerverhalten bei den Golden Girls – hier stellen die über 50-jährigen lediglich ein Drittel der Zuseher/Innen.

13.5 Lebensplanung und Selbsterfüllung: Der Alternsprozess als Wandlungs- und Entwicklungsprozess

Ein Konzept der europäischen Aufklärung ist das der *Lebensplanung*. Gemeint ist damit, dass (persönliche) Entwicklung erleichtert werde, wenn es eine Vorwegnahme der Zukunft in Konzept und Planung gibt. Eine überlegte Erwartung des Künftigen ist etwa sowohl für Fragen der Rehabilitation und Pflege im Alter relevant als auch für die Gestaltung der unmittelbaren eigenen Umwelt (Vorsorge in ökonomischer Hinsicht oder in Hinsicht auf das Wohnen). Das Konzept der *Selbsterfüllung* beruht auf neueren sozialpsychologischen Erkenntnissen, wonach das Verständnis, welches das Individuum im Verlaufe seiner sozialen Erfahrung von sich selbst gewinnt, eine wichtige Stellung im Erleben des eigenen Alters und der Lebensbilanzierung einnimmt. Selbsterfüllung bezieht sich dabei auf jene für das Individuum rele-

Tabelle 13.10:

Gesehene Sendungen nach Reichweite und Altersgruppen

Sendung	Erreicht wurden in der jeweiligen Altersgruppe.... (Zahl bzw. Prozent der Personen insgesamt)			Von 100 Sehern der Sendungen...waren...Jahre alt (Angaben in % der Altersgruppen)		
	12-49	50-59	60+	12-49	50-59	60+
Zeit im Bild (690 Sendungen) 1.1.1998-31.12.1998	272.000 6,4%	143.000 15,5%	409.000 27,1%	33	17	50
Bundesland heute (249 Sendungen) 2.1.1998-30.12.1998	406.000 9,6%	234.000 25,3%	701.000 46,4%	30	17	52
Österreich heute (114 Sendungen) 1.1.1998-31.12.1998	304.000 7,2%	190.000 20,5%	617.000 40,9%	27	17	56
Schloßhotel Orth (15 Sendungen) 4.1.1998-28.12.1998	275.000 6,5%	203.000 21,9%	622.000 41,2%	25	18	57
Klingendes Österreich (7 Sendungen) 5.4.1998-25.12.1998	161.000 3,8%	167.000 18,1%	568.000 37,7%	18	19	63
Musikantenstadl (5 Sendungen) 31.1.1998-14.1..1998	218.000 5,1%	173.000 18,7%	555.000 36,4%	23	18	59
Neujahrskonzert (1 Sendung) 1.1.1998	218.000 5,1%	188.000 20,3%	420.000 27,9%	26	23	51
Villacher Fasching (1 Sendung) 24.2.1998	788.000 18,6%	387.000 41,8%	910.000 60,3%	38	19	44
Golden Girls (42 Sendungen) 15.1.1999-1.4.1999	161.000 3,8%	30.000 3,1%	56.000 3,7%	65	12	23
Seniorenklub (14 Sendungen) 3.1.1999-4.4.1999	39.000 0,9%	50.000 5,3%	292.000 19,3%	10	13	77

Quelle: Teletest

vanten Tätigkeiten, die die Chance eröffnen, sich ausdrücken zu können. Selbsterfüllung im Alter ist dort in Frage gestellt, *wo die Möglichkeit fehlt, sich ausdrücken zu können*, wobei unter Ausdruck mehr als eine dem instrumentellen Handeln gegenübergestellte zweckfreie Expressivität etwa im Sinne emotionaler Entlastung gemeint ist. Ausdruck schließt Selbsterfahrung durch Gestaltung ein.

13.5.1 Ist die Zukunft vorhersagbar und planbar? Lebenspläne für das Alter

Erfolgreiches Altern korreliert positiv mit *antizipierter Sozialisation*, d. h. vorweggenommenen Plänen und Aktivitäten (Rosenmayr 1992). Für Aktivitäten ist also die *Antizipation* eine wichtige Voraussetzung. Dies reicht von der Schaffung einer günstigen Umwelt bis zu den Fähigkeiten, Verluste und Veränderungen vorwegnehmend durch Umstrukturierungen im Selbst-Konzept bewältigen zu können.

Nach der bereits weiter oben zitierten Studie von Rosenmayr / Hörl / Majce (1994) herrscht sowohl für das frühe als auch für das höhere Alter gleicher Optimismus, dass man sich vorbereiten kann. Besonders ausgeprägt ist die optimistische Haltung unter jenen mit höherer Schulbildung bzw. jenen, die oberen sozialen Schichten angehören. Bei der Nachfrage, welche konkreten Vorbereitungsmöglichkeiten gesehen werden, stehen sowohl für das frühe als auch für das höhere Alter die finanzielle Vorsorge im Vordergrund (84% bzw. 83% Zustimmung), danach folgen Gesundheitsvorsorge (58% bzw. 61% Zustimmung) und Kontakte mit anderen Menschen (47% bzw. 44% Zustimmung). Stadtbewohner/Innen und Personen mit höherer Schulbildung haben eine höhere Vorsorgebereitschaft. In Gesundheitsfragen haben Frauen eine stärkeres Vorsorgedenken als Männer. Planende Menschen befürchten darüber hinaus seltener Einsamkeit und seltener Pflegebedürftigkeit.

13.5.1.1 Vorsorge: Finanzen

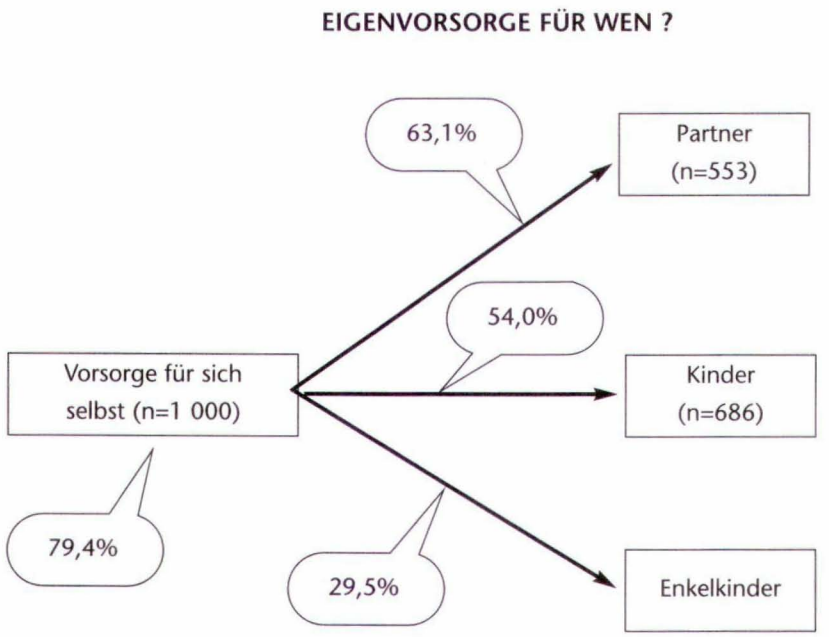
Wie sehr die Familie als eine Solidargemeinschaft aufgefasst werden kann, die über den kernfamilialen Haushalt hinausreicht, demonstriert das folgende Schaubild, welches auf Daten einer 1998 durchgeführten Repräsentativbefragung von 1.000 Österreichern/Innen beruht (Rosenmayr / Kolland / Spannring 1998).

Nicht nur unmittelbare Kontakte, Dienstleistungen und materielle Transfers sind in der multilokalen Mehrgenerationenfamilie gegeben, sondern auch Leistungen, die auf die Zukunft bzw. mögliche Risiken bezogen sind. Die Lebensplanung bezieht sich nicht nur auf die eigene Zukunft, sondern auch auf die der Nachkommen, wobei in diese sowohl die Kinder als auch die Kindeskinder einbezogen sind. Mehr als drei Viertel der Bevölkerung geben an, dass sie privat für sich vorsorgen. In der Befragung wurde die Eigenvorsorge folgendermaßen „erklärt": *„Man meint damit, dass man – abgesehen von dem, was man einmal vom Staat erhält – auch selbst vorsorgt, um im Alter mehr Geld zur Verfügung zu haben."* Von den Befragten, die eine/n Partner/in haben, nannten 63,1% Eigenvorsorge für diese/n. Für die Kinder sorgen 54% und für die Enkelkinder fast ein Drittel. Insgesamt gaben von den 1.000 Befragten 689 an, dass sie Geld für Vorsorge im letzten Monat aufgewendet haben. Von diesen Personen sorgt jede/r zweite Befragte sowohl für sich als auch für seine/n Partner/in, sein/e Kind/er und Enkel vor. 3,6% geben eine Person an, 15,5% zwei Personen-„Kreise" und 30,6% drei Personen-„Kreise".

Die Durchschnittszahlen verdecken die über die Altersgruppen hinweg gegebene ungleichmäßige Verteilung der Eigenvorsorgetätigkeit. Während jener Anteil der Befragten tendenziell abnimmt, die Eigenvorsorge für sich selbst, den/die Partner/in und die Kinder betreiben, ist der Anteil derer, die für die Enkelkinder vorsorgen, in allen Altersgruppen etwa gleich hoch.

Nach dem Geschlecht gibt es wenig Unterschiede bei der Vorsorge für sich selbst, d. h. hier

Abbildung 13.4:
Adressaten/Innen finanzieller Lebensplanung



Quelle: Rosenmayr / Kolland / Spannring 1998.

gibt es eine Angleichung zwischen Männern und Frauen. Männer sorgen zu 82,2% für sich vor, Frauen zu 76,9%. Die Vorsorge für den/die Partner/in wird häufiger von Männern genannt (78%) als von den Frauen (48%). Dieser Unterschied ist wohl stark durch das Einkommensgefälle bedingt. Nichtsdestoweniger überrascht, dass fast die Hälfte der Frauen angibt, für den Partner vorzusorgen.

Die wichtigsten Formen der Vorsorge sind Bausparen, das Sparen auf Sparbuch und die „klassische" Lebensversicherung. Andere Vorsorgeformen haben eine deutlich geringere Bedeutung. Das Bausparen steht an erster Stelle und wurde von der Hälfte der Befragten als „Instrument" der Vorsorge für sich selbst angegeben und von einem Drittel als Vorsorge für den / die Partner/in bzw. die Kinder. Von einem Fünftel der Befragten wird angegeben, dass sie über eine private Krankenversicherung verfügen. Darüber hinaus wird von 11,6% für den / die Partner/in eine solche Versicherung angegeben und von 8,3% für die Kinder. „Wertpapieren" und „Immobilien" kommt im Vorsorgedenken ein etwa gleich hoher Stellenwert zu. 7,6% der Befragten besitzen Wertpapiere für ihre eigene Altersvorsorge, 4,4% geben den Kauf von Wertpapieren für den / die Partner/in als Vorsorgemaßnahme an. 7,3% der Befragten nennen Immobilien als Vorsorgestrategie. Immobilien spielen bei der Vorsorge für den / die Partner/in und die Enkel eine größere Rolle als Wertpapiere. 5,2% geben Immobilien als Vorsorge für ihre/n Ehe-

www.parlament.gv.at

partner/in an und 4,3% für ihre Enkelkinder. Nach Schulbildungsabschlüssen findet sich das nicht überraschende Ergebnis, dass Pensionsversicherungen, Immobilien und Wertpapiere eher von den Gebildeten angegeben werden. Das Sparbuch bzw. das Bausparen ist in allen Bildungsschichten verbreitet. Männer kaufen eher Wertpapiere, Frauen nennen eher das Sparbuch.

Um finanzielle Eigenvorsorge vornehmen zu können, müssen allerdings zwei Voraussetzungen gegeben sein. Erstens muss das Einkommen hoch genug sein, um überhaupt eine Wahl zwischen Konsum und Sparen im Alter zu ermöglichen. Und zweitens braucht der / die einzelne in der Regel die kalkulatorischen Fähigkeiten mit Risiken rational umzugehen (Weissel 1998: 46). Dies gilt insbesondere bei risikoreicheren Vorsorgeformen. Eine individuelle Risikobearbeitung bleibt letztlich mit dem Problem konfrontiert, dass weder genügend komplexe Sachkenntnis, noch genügend Zeit, noch ausreichende personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, um rational entscheiden zu können (vgl. Nassehi 1997).

13.5.2 Autonome Lebensgestaltung – Abgabe von Autonomie

Die neueren Forschungen zu Aktivität und Aktivierung im Alter stellen immer stärker biografische Momente bzw. den subjektiven Faktor als bedeutsame Variable heraus (vgl. Markus / Herzog 1991). Die älteren Forschungen waren zum Teil dem behaviouristischen Ansatz gefolgt. Aus der Sicht der Verhaltenstheorie erfolgt die Persönlichkeitsentwicklung weniger durch zielgerichtete Handlungen des Individuums als durch beiläufige, nicht-zielgerichtete Entwicklung, durch allmähliche Um- und Neustrukturierung und Gewöhnung. Durch aktive Tätigkeit in einem bestimmten Lebenskontext werden Orientierungen und Fertigkeiten gewonnen. Dagegen nimmt der kognitive Ansatz (z. B. Thomae 1983) an, dass die Zufriedenheit mit bestimmten Aktivitäten im Alter bzw. das Interesse an Aktivitäten sehr deutlich von subjektiven Erwartungen und Bedeutungen abhängig ist. Selbstbestimmung lässt sich als eine Balanceleistung verstehen, d. h. als ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Innenperspektive (Selbstansprüchen) und wahrgenommener Außenperspektive (sozialen Anforderungen). Entspricht die Wahrnehmung von realen Gegebenheiten den persönlichen Erwartungen, die der / die einzelne für unverzichtbar hält oder übertrifft sie sogar die persönlichen Erwartungen, dann resultiert daraus Zufriedenheit.

Das Selbstgefühl der heute über 60-jährigen, das zeigen österreichische Umfragedaten (Majce 1992, Rosenmayr 1995), geht generell in Richtung Unterlegenheit, Bescheidenheit, Genügsamkeit, Schwäche gegenüber den sich eher dynamisch, tatkräftig und durchsetzungsfähig fühlenden Jüngeren. Bei den älteren Frauen ist das Selbstbild noch „gedämpfter" als bei den älteren Männern. Ältere Menschen hinken in ihrem Selbstbild der wissenschaftlichen Erkenntnis nach, dass viele ihrer Fähigkeiten erhalten bleiben können. Es gibt insofern so etwas wie einen „cultural lag" im Bewusstsein bei den Alternden, zumindest der jetzigen Altengeneration. Sie unterschätzen ihr Potenzial.

In verschiedenen Studien zum Selbst-Konzept im Alter kommen die Autoren zu dem Schluss, dass eine gewisse Anspruchsreduktion, eine Herabsetzung von Wünschen hinsichtlich der eigenen Leistungsfähigkeit günstig sei, um ein hohes subjektives Wohlbefinden beizubehalten (Brandstädter 1989). Dies umso mehr deshalb, weil die Umwelt immer weniger modifizierbar wird (z. B. die Situation in einem Pflegeheim). Gemeint ist damit, dass eigene Bedürfnisse zurückgestellt und nicht-reversible Situationen als unveränderbar akzeptiert werden. Die Hypothese, die damit verknüpft ist, lautet: Mit der Zunahme nicht-reversibler physischer und sozialer Beeinträchtigungen des Wohlbefindens tritt an die Stelle der nicht mehr möglichen Veränderung äußerer Umstände (Heteroplastizität) eine Veränderung des eigenen Verhaltens, der eigenen Wünsche und Erwartungen.

Nachweisen lassen sich Prozesse der Anspruchsanpassung besonders bei benachteiligten Älteren, wie das eine Studie über ältere Menschen in Wien veranschaulicht (Kolland 1996b), die ihre Ansprüche so weit reduzieren, dass auch unter schlechten Verhältnissen relative Zufriedenheit gegeben ist. Man will unabhängig bleiben und erreicht dies durch genügsame Lebensführung, Verzicht und Bescheidenheit. Problematisch – aber jeweils verschieden die Lösung – ist die Situation für jene Personen, die starke Diskrepanzen zwischen Ansprüchen und Erreichtem erleben, jedoch über ausreichende Ressourcen verfügen (=Sinnarmut) und für jene, die trotz schlechter Ressourcenlage hohe Ansprüche beibehalten (=Realitätsverweigerung).

13.5.3 Verlust der Selbstbestimmung durch physische und psychische Beeinträchtigungen

Kommt es im höheren Alter durch Unfall oder Krankheit zu einer Situation, in der der / die Einzelne nicht mehr in Lage ist, sein / ihr Vermögen zu verwalten oder Rechtsgeschäfte abzuschließen, dann übernehmen *Sachwalter/Innen* diese Aufgabe. Für das Jahr 1997 wurde geschätzt, dass 35.500 Menschen in Österreich einen/e Sachwalter/in haben. Während in der zweiten Hälfte der 80er Jahre die Zahl der jährlichen Neubestellungen unter 2.000 lag, liegt diese Zahl seit Mitte der 90er Jahre bei über 5.000. Sachwalterschaft bedeutet einerseits Schutz, andererseits schränkt sie aber die Selbstbestimmung älterer Menschen ein.

Sachwalter/Innen sollen die von ihnen vertretenen Personen vor Fehlentscheidungen bewahren. Wenn dies nicht gelingt, werden sie versuchen, die negativen Folgen soweit als möglich zu reduzieren. Das „Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen", das seit 1984 in Kraft ist, stellt den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt der diesbezüglichen Regelungen.

Seit dem Ende des 17. Jahrhunderts wurden psychisch kranke und geistig behinderte Menschen weggesperrt, meist in Armen-, Alten- und Krankenhäusern oder Gefängnissen. Die Handlungsfähigkeit wurde den Betroffenen aberkannt und ein Richter bestellte für sie einen Kurator (Vormund). Im Vordergrund stand die Kontrolle und nicht die Sorge. 1916 trat die Entmündigungsordnung in Kraft. Aufgrund dieser konnte Betroffenen die Geschäftsfähigkeit ganz oder teilweise entzogen werden. Psychisch Kranke und geistig „Behinderte" wurden weiterhin ausgegrenzt. Durch das 1984 geschaffene Bundesgesetz wurde versucht, die Lage von psychisch kranken und geistig behinderten Menschen zu verbessern. In der Broschüre des Vereins für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft heißt es: „Der Sachwalter soll psychisch Kranken oder geistig Behinderten individuelle Hilfestellung in jenen Bereichen geben, die diese nicht ohne Gefahr eines Schadens für sich selbst regeln können. Die Sachwalterschaft hat die Beibehaltung und Wiedererlangung einer möglichst großen Selbstständigkeit zum Ziel" (S. 7).

Ein/e Sachwalter/in wird vom Bezirksgericht bestellt. Meist geschieht dies, indem Angehörige, Mitarbeiter/Innen sozialer Einrichtungen oder sonstige Personen, die von den Problemen eines/r Betroffenen Kenntnis erlangen, beim Bezirksgericht die Bestellung eines Sachwalters angeregt haben. Je nach Ausmaß der Behinderung sowie Art und Umfang der zu besorgenden Angelegenheiten wird der Sachwalter mit der Besorgung einzelner Angelegenheiten, mit der Besorgung eines bestimmten Kreises von Angelegenheiten oder mit der Besorgung aller Angelegenheiten betraut. 1997 erfolgten 216 Bestellungen (=4%) für eine einzige Angelegenheit (z. B. Vermögensverwaltung), 2.125 Bestellungen (=40%) erfolgten für einen Kreis von Angelegenheiten und 3.007 Bestellungen (=56%) erfolgten für alle Angelegenheiten. Zum/r Sachwalter/in können sowohl dem / der Betroffenen nahestehende Personen bestimmt werden als auch Personen aus dem Kreis der von einem geeigneten Verein namhaft gemachten Personen sowie Rechtsanwälte oder Notare. Während 1989 von den

www.parlament.gv.at

22.363 Sachwalterschaften 78% aus dem Kreis der den Betroffenen nahestehenden Personen kam, 14% Rechtsanwälte und Notare waren und 8% Vereinssachwalter, waren 1997 von den geschätzten 35.500 Sachwaltern 85% nahestehende Personen und Rechtsanwälte bzw. Notare und 15% Vereinssachwalter.

1980 wurde der Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft gegründet, um den Gerichten geeignete Sachwalter/in und Patienten/Innenanwälte vorschlagen zu können. Dies gilt insbesondere für jene psychisch kranken und geistig behinderten Personen, die entweder keine oder keine geeigneten nahestehenden Personen haben. Der Verein ist in allen Bundesländern mit Ausnahme von Vorarlberg tätig. Der Verein verfügt über 128 hauptberuflich tätige Sachwalter/Innen, mehr als 600 ehrenamtliche Sachwalter/Innen und 36 Patienten/Innenanwälte (Stand April 1999). Wissenschaftliche Forschungen sowohl zum aktuellen Stand als auch zur starken Entwicklung der Sachwalterschaft fehlen. Es fehlen Studien bezüglich Lebensalter, Zahlen, Ausmaß und Ursachen von Sachwalterschaft. Vermutet wird hinter dem starken Anstieg an Sachwalterschaften neben der steigenden Lebenserwartung die Angst der Angehörigen, dass die Unterschrift des älteren Menschen nicht mehr rechtsgültig sein könnte. Zu wenig bekannt dürfte sein, dass z. B. auch Angehörige einen Antrag auf Pflegegeld stellen können, Unterstützung aus Mitteln der Sozialhilfe auch von amtswegen zu gewähren ist, auf Pensionskonten auch zwei Personen zeichnungsberechtigt sein können und die Möglichkeit besteht, Personen des Vertrauens rechtzeitig mittels einer sogenannten Vorsorgevollmacht für den Fall der eigenen Hilflosigkeit mit der Wahrnehmung bestimmter Aufgaben zu betrauen (Jaquemar 1999).

Sachwalter sehen sich konfrontiert mit fehlenden gemeindenahen Versorgungseinrichtungen und fehlenden Beratungsstellen bzw. „Altensozialarbeiter/Innen", die ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit ermöglichen. Dazu gehören auch Angebote des „Betreuten Wohnens", leicht erreichbare ambulante Behandlungszentren und entsprechende psychosoziale Dienste. Weiters fehlen rechtliche Regelungen insbesondere im Bereich von Heilbehandlungen und im Bereich der Alten- und Pflegeheime.

13.6 Sexualität im Alter

Die nur zögernde Zubilligung von Sexualität im späten Leben als Bedürfnis der Individuen und als Raum für Entwicklung hängt in Österreich und anderen westlichen Ländern mit dem zur Zeit immer noch generell negativen gesellschaftlichen Stereotyp vom Alter zusammen, das auch zur Verinnerlichung eines negativen Selbstbildes der Alten beiträgt. Werden in wissenschaftlichen Untersuchungen Fragen zur Sexualität gestellt, dann ist die Antwortverweigerung nicht selten. Dies ist – so Fooken et al. (1989) – teilweise auf den engen Begriff von Sexualität zurückzuführen, der diese einseitig mit Geschlechtsverkehr gleichsetzt. Wird Sexualität als Fähigkeit des Individuums verstanden, Lust aufgrund intimer physischer Kontakte zu empfinden, dann ist es auch möglich, Intimität, Zuneigung, Sinnlichkeit, Zärtlichkeit, erotische Fantasien und Träume miteinzubeziehen (Fooken 1991).

Sexualität wird maßgeblich durch die in der Gesellschaft herrschenden normativen Vorstellungen geprägt, wobei man sich daran erinnern muss, dass die heutige Generation der über 70-jährigen nach den moralischen, religiösen und sexuellen Vorstellungen nach der Jahrhundertwende erzogen wurde. Eigene Triebregungen befinden sich in einem Konflikt zwischen erworbenen und gegenwärtigen normativen Vorstellungen.

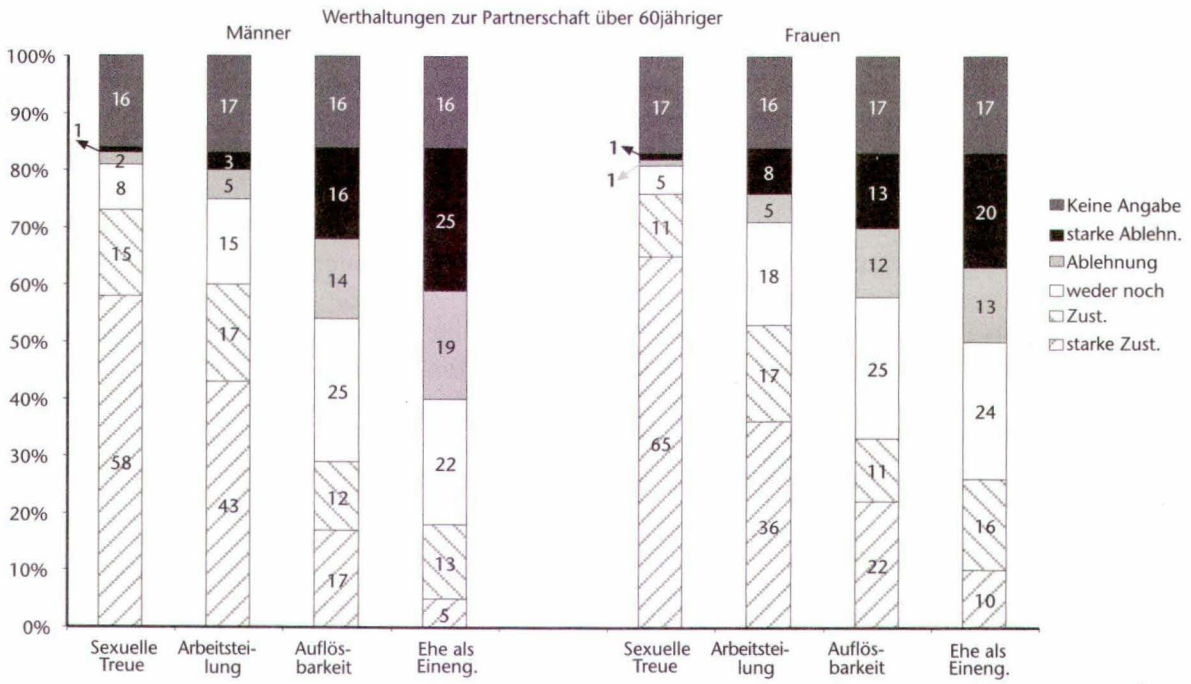
13.6.1 Ehe und Partnerschaft im späten Leben

Die sexuellen Verhaltensweisen und Erlebensmöglichkeiten haben im soziokulturellen Wandel der letzten 30 Jahre potentielle und reale Befreiungen erfahren, sodass erotisches Glück tiefer in die späteren Lebensphasen hineinreicht. Das ist das Ergebnis der allgemein verbesserten Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte, aber auch eines Einstellungs- und Verhaltenswandels.

1992 wurden im Rahmen des Austrian Life-Style eine Reihe von Einstellungen zu Ehe und Partnerschaft abgefragt. Dabei stimmten 58% der über 60-jährigen Männer und 65% der über 60-jährigen Frauen der Aussage stark zu, dass sexuelle Treue die wichtigste Voraussetzung für eine gute Partnerschaft ist. Vergleichsweise stimmten dieser Aussage 45% der 20-29-jährigen Männer und 54% der 20-29-jährigen Frauen stark zu.

In einer zweiten Dimension ging es um die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. 43% der über 60-jährigen Männer und 36% der über 60-jährigen Frauen vertreten hier sehr stark die Meinung, dass es für jede Familie das Beste ist, wenn der Mann voll im Berufsleben steht und die Frau sich um den Haushalt und die Kinder kümmert. Hier wird eine

Abbildung 13.5:
Einstellungen zu Ehe und Partnerschaft über 60-jähriger Österreicher/Innen (n=934, Angaben in Prozent)



Quelle: Fessel+GfK Austrian Life Style 1992; Achsen: x-Achse: Werthaltungen; y-Achse: Prozentsatz der Zustimmung / Ablehnung nach Geschlecht

www.parlament.gv.at

konventionelle Orientierung aufrecht erhalten, wonach dem Mann die Rolle des „Ernährers" zugeordnet wird und der Frau die Rolle der „Hausarbeit". Dabei sind Ehefrauen maßgeblich daran beteiligt, ein konventionelles Männerbild aufrecht zu erhalten.

Weiters wurde nach dem Verpflichtungscharakter der Ehe gefragt. Hier gaben 17% der über 60-jährigen Männer und 22% der über 60-jährigen Frauen an, dass man eine Verbindung ohne schlechtes Gewissen lösen solle, wenn man sich mit seinem Partner nicht mehr versteht. Gering ist der Prozentsatz jener, die die Ehe als einengend für die eigene Persönlichkeitsentfaltung sehen. 5% der über 60-jährigen Männer und 10% der über 60-jährigen Frauen stimmen mit der Aussage vollkommen überein, dass die traditionelle Ehe die Möglichkeit einengt, die eigene Persönlichkeit zu entfalten. Wie stark Ehe und Partnerschaft trotz hoher Scheidungszahlen auch weiterhin als zentrales Beziehungsmodell in der Gesellschaft gilt, lässt sich daran ablesen, dass auch bei den unter 30-jährigen die Zustimmung zur letzten Aussage nicht deutlich höher ist als bei älteren Menschen (11%).

13.6.2 Gesellschaftliche Normen, Stereotype und Vorurteile beeinflussen Sexualverhalten und Einstellungen zur Sexualität

In den Kinsey-Reports zum sexuellen Verhalten des Mannes (1948) und zum sexuellen Verhalten der Frau (1953) befassten sich zwei Seiten mit dem älteren Mann, eine halbe Seite mit der älteren Frau. Auch in den Sexualstudien von Masters und Johnson aus den 60er und 70er Jahren wurden ältere Menschen weitgehend ignoriert. Auch heute noch wird sexuelles Verhalten für das hohe Alter nahezu ausgeschlossen, wenn auch hier ein Meinungswandel feststellbar ist, beeinflusst von der Debatte um potenzfördernde Mittel wie Viagra.

In der Tiroler Repräsentativbefragung von 1.438 Personen zwischen 50 und 80 Jahren 1994 (Fessel+GfK) gaben auf eine Frage zur Alterssexualität 6% an, dass sie Sexualität im Alter als unschicklich finden. Dagegen meinten fast zwei Drittel, dass Alterssexualität für sie „etwas ganz Natürliches" sei. 21% gaben an, dass „auch ältere Menschen ein Recht darauf haben" und ein Viertel meinte: „Auch ältere Menschen sehnen sich nach Liebe und Zärtlichkeit" (durch Mehrfachantworten mehr als 100%). Auf den ersten Blick sind es eher die Hochaltrigen, die ein negatives Stereotyp hinsichtlich der Sexualität im Alter vertreten. Ein zweiter Blick zeigt, dass es sich bei Personen, die eher zu einem negativen Stereotyp neigen, primär um verwitwete, alleinstehende, gesundheitlich eingeschränkte und sozial isolierte Menschen (fehlende Kontakte zu Verwandten, Freunden/Innen, Nachbarn/Innen) handelt. Dass ältere Menschen sich nach Liebe und Zärtlichkeit sehnen, wird stärker von den älteren Frauen als von den älteren Männern angegeben und von Personen mit eingeschränkten Sozialkontakten.

13.6.2.1 Geschlechtsspezifische Verhaltensweisen

Zum Themenbereich Sexualität im Alter sind auch heute noch erst wenige empirische Studien in internationalen Datenbanken zu finden. In Österreich gibt es keine einzige diesbezügliche Untersuchung. Besonders schlecht erforscht ist dabei die weibliche Alterssexualität. Das liegt nach Niederfranke (1996) an dem Mythos, der den Wechseljahren anhaftet, demzufolge es aus hormonellen Gründen nach der Menopause zu einem völligen Libidoverlust komme. Richtig ist dagegen, so Niederfranke, dass eine Umstellung im Hormonhaushalt zur Menopause führt. Die Produktion und Ausschüttung der weiblichen Sexualhormone Östrogen und Progesteron wird reduziert. Dies führt zur Beendigung der Monatsblutungen und macht weitere Schwangerschaften unmöglich. Aufgrund der hormonellen Umstellung kommt es im Genitalbereich zu Veränderungen: Die Haut von Vulva und Vagina wird dünner und damit leichter verletzbar und infektionsanfälliger. Es kann

zu Blutungen, schmerzhaften Einrissen und Juckreiz kommen. Das Feuchtwerden der Vagina wird verlangsamt und abgeschwächt. Der Geschlechtsverkehr kann aus diesen Gründen mit Schmerzen verbunden sein. Bei der Mehrheit der Frauen sind diese Veränderungen jedoch nicht so stark, dass sie zu Beschwerden führen. Die Veränderungen im Genitalbereich beeinträchtigen aber nicht zwangsweise die sexuellen Empfindungen der Frau. Es kann allerdings länger dauern, bis es zum Orgasmus kommt. Die sexuelle Reaktionsfähigkeit bleibt als solche aber bis ins hohe Alter nahezu unverändert erhalten.

Bei älteren Männern dauert es länger, bis es zu einer Erektion kommt, oft ist Stimulierung nötig. Dabei ist die Erektion oft nicht vollständig und der Penis wird nicht mehr so steif. Allerdings kann ein Mann mit zunehmendem Alter eine Erektion über längere Zeit aufrechterhalten, ohne dass es zur Ejakulation kommt. Die Menge des Samenergusses ist geringer. Es wird auch eine intensivere Stimulation benötigt, um zum Orgasmus zu kommen. Der Orgasmus wird zudem von weniger intensiven Lustgefühlen begleitet als in jüngeren Jahren. Die Rate erektiler Dysfunktion liegt im Alter zwischen 50 und 60 unter 10%; bei 60-70-jährigen steigt die Inzidenzrate auf 20% und im Alter von 70 Jahren und mehr auf über 25% (Nachtigall 1993). Risikofaktoren für eine erhöhte Inzidenzrate sind lang andauernder Diabetes mellitus, Stoffwechselstörungen, Funktionsstörungen der Schilddrüse sowie Nebenwirkungen von Medikamenten, um einige wichtige Einflussfaktoren zu nennen.

Wichtige Ergebnisse internationaler Studien hat Rosenmayr (1995) zusammengefasst und festgestellt, dass sich Sexualität im Alter nicht zurückbildet. Mit dem Alter abnehmende Koitusfrequenz darf nicht ausschließlich als „biologisch" begriffen werden, sondern in ihrer historischen und kulturellen Abhängigkeit. Dazu kommen chronische Erkrankungen und Medikamenteneinflüsse. Die wichtigsten Korrelate des Bedürfnisses nach Sexualität sind der subjektive Gesundheitszustand, der Grad der früheren Sexualität, die Verfügbarkeit eines Partners und ein höherer sozialer Status. Alterssexualität hängt darüber hinaus entscheidend von der Partnerbeziehung ab, d. h. die Zufriedenheit mit der eigenen sexuellen Aktivität hängt stärker von der Qualität der partnerschaftlichen Beziehung ab als vom Alter.

Eine rezente Studie für Deutschland ist die von Unger / Brähler (1998), die 1994 im Rahmen einer Repräsentativbefragung 766 Personen im Alter zwischen 61 und 92 Jahren untersuchten. Von den befragten Personen gaben ein Drittel an, im letzten Jahr mit jemandem sexuell aktiv gewesen zu sein. Von den über 60-jährigen war jeder zweite Mann (49,3%), aber nur jede fünfte Frau (20,2%) mit einem Partner intim. Die Geschlechtsunterschiede innerhalb der Altersgruppen verschwinden bei Berücksichtigung der Prädiktorvariable Familienstand bzw. Partnerschaft. Unter Berücksichtung dieser Variable ist zwischen 60 und 70 Jahren jeder zweite Mann bzw. jede zweite Frau sexuell aktiv und bei den über 70-jährigen jede dritte Frau bzw. jeder dritte Mann. Unger und Brähler fassen zusammen: „Als gesichert kann der geschlechtsspezifische Einfluss von Partnerschaft und Lebensalter gelten. Während für die ältere Frau das Vorhandensein eines Partners auch eindeutig über das Gegebensein sexueller Aktivität entscheidet, spielt bei den älteren Männern die Zufriedenheit mit der Sexualität eine entscheidende Rolle. Während sich bestätigt, dass das Lebensalter bei den Frauen keine Varianz aufklärt, spielt dies bei den Männern eine bedeutende Rolle. Dies ist unseres Erachtens mit der Zunahme erektiler Dysfunktionen im Alter zu erklären" (S. 251).

Nach Niederfranke (1996) lösen Paare, die im Alter mit sexuellen Problemen konfrontiert waren diese dadurch, dass sie sexuelle Aktivitäten vermeiden. Der Mann meidet den Geschlechtsverkehr, die verständnisvolle Ehefrau zieht sich zurück, um sich und den Partner nicht mit seiner abnehmenden Potenz zu konfrontieren. V. Sydow (1991) berichtet aus ihrer empirischen Studie, dass ein Drittel der

Frauen das Ende der sexuellen Beziehung bedauert, rund die Hälfte zeigt Ambivalenz.

13.6.3 Neue Wege zu Intimität und Nähe – Veränderung der Formen des Zusammenlebens

Fehlende Partnerschaft gilt als wichtiger Indikator für fehlende sexuelle Aktivität. Welche Rolle spielt hier das Treuegebot gegenüber dem verstorbenen Partner? In der Tiroler Untersuchung wurde die Frage gestellt: „Was denken Sie darüber, wenn ältere Menschen nach dem Tod des Partners eine neue Beziehung suchen / eingehen?". Zwei Drittel der Befragten finden eine solche Haltung „vollkommen in Ordnung". Ein Fünftel kann sich das für sich persönlich nicht vorstellen und ein Sechstel hat darüber noch nicht nachgedacht. Geht man in der Datenanalyse tiefer, dann wird sichtbar, dass der aktuelle Familienstand eine wichtige Rolle spielt, d. h. Verheiratete können sich das zu fast drei Viertel vorstellen, von den Verwitweten aber nur jede/r Zweite. Je jünger, je höher gebildet, je mehr Einkommen und je urbaner der Lebensraum, desto eher ist eine neue Intimbeziehung nach dem Tod des/r Lebenspartners/in denkbar.

Wie von v. Sydow (1991) für ältere Frauen zeigt, gibt es sehr unterschiedliche Formen der Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität. So können an die Stelle von Sexualität andere Interessen und Ziele treten (z. B. in Seniorenorganisationen), sexuelle Gefühle können geleugnet und abgewertet werden (im Alter gibt es keine Sexualität), es findet eine Flucht in sexuelle Fantasien und Träume statt (Idealisierung des verstorbenen Partners oder eines Jugendfreundes), es wird ein neuer Partner gesucht, es wird Selbstbefriedigung praktiziert und vereinzelt kommt es zu lesbischen Beziehungen.

13.7 Religiosität

Mit seinen geistigen, in Kunst, Wissenschaft und Religion Symbole schaffenden Fähigkeiten überwindet der Mensch biologischen Abbau. In diesen Bereichen und über Tätigkeiten innerhalb dieser Bereiche gewinnt der / die einzelne Sinnstiftung und Selbsterfüllung. Damit ist die *identitätsstiftende Kapazität religiösen Handelns* angesprochen. Da die Menschen die Fähigkeit besitzen, Symbole zu schaffen und aus eigener Kraft zu reagieren, sind sie weniger darauf angewiesen, dass ihr Verhalten unmittelbar von außen gestützt wird. Und doch stellt sich die Frage, ob nicht gerade auch die Religion als Mittel der Außenstützung verwendet wird, z. B. extrinsisch motivierte Personen die Religion für bestimmte Ziele „benutzen", sie als Entscheidungshilfe verwenden.

Welche Bedeutung hat Religion in einer Gesellschaft, in der Institutionen wie Familie, Parteien als lebenslange Lebensformen, Leitobjekte und Aufgabengebiete ihre Stellung verlieren? Wird Religion zur Privatsache und geht damit das soziologische bzw. gesellschaftstheoretische Interesse an ihr verloren (Kaufmann 1989)? Welchen Stellenwert hat Religion als kulturelle Lebensform im Alter?

In der Vergangenheit stand das praktische Handeln der Kirche gegenüber den älteren Menschen – so die Ergebnisse einer Studie (Becker et al. 1978) – vor allem unter dem Aspekt der *pflegerischen* bzw. *betreuenden Zuwendung*. In der Gegenwart kommen zu dieser „pflegerischen" Aufgabe neue Erwartungen und Ansprüche hinzu. Selbsterfüllung und Sinnfindung gehören zu jenen Ansprüchen, die von nachkommenden Kohorten gestellt werden. Da aber das Sinnsystem des Einzelnen immer weniger als ein allgemeines System zu verstehen ist, sondern als ein multiples Konstrukt, steht die Religion in Konkurrenz zu anderen Instanzen der Sinnvermittlung.

Hat Religion von sich aus eine Beziehung zum Alter? Kommt dem Alter eine geschärfte Wachheit

für die Sinnfrage und ihre religiöse Beantwortung zu? In welchem Zusammenhang steht Religiosität mit der Endlichkeit des Daseins? Welche Sinndimensionen gewinnen im Alter an Stärke, welche verlieren an Gewicht? Geht mit der Abnahme religiöser Praxis auch eine Abnahme religiöser Grundeinstellungen einher?

13.7.1 Mitgliedschaft und Beteiligung an kirchlichen / religiösen Aktivitäten

Nach dem Austrian Life-Style 1997 (Fessel+GfK) gaben 74,7% der 50-59-jährigen, 78,6% der 60-69-jährigen und 73,5% der über 70-jährigen als Glaubensbekenntnis römisch-katholisch an. Der Anteil der Personen mit evangelischem Glaubensbekenntnis liegt bei den über 50-jährigen bei durchschnittlich 7%. Der Prozentsatz der Personen ohne religiöses Bekenntnis beträgt bei den über 50-jährigen etwa 15%. Männer geben dabei etwas häufiger „ohne Bekenntnis" an (vgl. auch: Kap. 11.3).

Altersgruppenunterschiede gibt es hinsichtlich des Stellenwertes von Religion in der Hierarchie der Lebensbereiche. Während bei den unter 40-jährigen für jede/n Zehnte/n Religion einen sehr wichtigen Lebensbereich bildet, nennt jede/r Vierte der über 60-jährigen diesen Bereich als für ihn / sie sehr wichtig. Dementsprechend ist auch die religiöse Beteiligung alterskorreliert. Wir beziehen uns hier auf Daten einer Studie des Ludwig Boltzmann-Instituts für Werteforschung aus dem Jahr 1994. Nach dieser Studie ging durchschnittlich jede/r Fünfte unter 50-jährige am Sonntag zur Messe, während es bei den über 70-jährigen fast jede/r Zweite war.

Nach einer 1991 durchgeführten Studie (Kolland 1996a) lesen von den über 50-jährigen rund ein Viertel einmal wöchentlich oder häufiger religiöse Schriften, z. B. die Bibel oder die Kirchenzeitung, rund ein Fünftel gibt Meditieren und Beten an und ein Zehntel der Interviewten antwortet, dass „zum Essen Beten" eine regelmäßig gepflogene Tätigkeit sei. Pfarrveranstaltungen werden nur von einem sehr kleinen Teil der Befragten besucht.

Bei einem Vergleich der Altersgruppen in bezug auf intensive Beteiligung an religiösen Aktivitäten wird deutlich, dass religiöse Praxis zu jenen Aktivitätsformen zählt, die nicht signifikant altersabhängig sind. Wenn auch die Kirche der Gegen-

Tabelle 13.11:
Kirchgang nach Altersgruppen (n=2.000; Zeilenprozente)

	Gottesdienstbesuch			
Altersgruppen	Sonntags	monatlich	an Feiertagen	(fast) nie
Bis 19	28,6	29,4	27,0	15,1
20-29	19,0	25,6	30,6	25,6
30-39	19,5	30,1	29,7	20,8
40-49	17,2	22,2	30,8	29,8
50-59	33,5	22,3	24,8	19,4
60-69	35,3	22,2	24,8	17,6
70+	44,5	18,2	20,9	16,4
Insgesamt	27,0	24,5	27,3	21,2

Studie des LBI für Werteforschung zur Solidarität der ÖsterreicherInnen, Österreich 1994.
Quelle: Zulehner / Denz / Talós / Pelinka 1997.

www.parlament.gv.at

Tabelle 13.12:
Religiöse Aktivitäten nach Altersgruppen (n=1.005; Angaben in Prozent)

Aktivitäten	Altersgruppen		
	50-59 Jahre	60-69 Jahre	70 und älter
Bibel lesen*)	21	24	28
Beten / Meditieren**)	15	17	26
Zum Essen beten**)	9	12	11
Pfarraktivitäten***)	5	5	7

Legende: *) täglich; **) mindestens einmal pro Woche; ***) mindestens mehrmals monatlich.
Quelle: Kolland 1996a

wart im Hinblick auf den aktiven Teil ihrer Mitglieder eine Kirche der Alten ist, kann daraus nicht abgeleitet werden, dass mit zunehmendem Alter eine regere kirchliche Beteiligung zu erwarten ist. Im Unterschied zu anderen Untersuchungen (Tews 1979) lässt sich auch keine deutliche Tendenz zu vermehrter Indoor-Religiosität und verringerter Outdoor-Religiosität der alten Alten feststellen. Zwischen Beten / Meditieren und Alter besteht zwar ein signifikanter Zusammenhang, doch die Beziehung ist sehr schwach (γ=-.10).

Bezüglich der Geschlechtszugehörigkeit von religiös Aktiven gibt es einen signifikanten Zusammenhang. Der verhältnismäßig höhere Anteil aktiver älterer Frauen beruht nicht ausschließlich auf deren höherem Anteil an der Gesamtbevölkerung, sondern sie sind auch relativ gesehen aktiver als (die) Männer. Ähnliche Ergebnisse referiert eine amerikanische Studie (Levin / Taylor 1993). Während z. B. bei den über 50-jährigen Frauen 45% mindestens mehrmals pro Woche Beten / Meditieren, sind es bei den über 50-jährigen Männern 18%. Von den über 50-jährigen Männern besuchen 23% mindestens einmal in der Woche die Messe, von den über 70-jährigen Frauen 37%. Eine weitere Aufschlüsselung religiöser Praxis nach sozialstatistischen Variablen ergibt Unterschiede nach Schulbildungsabschlüssen bzw. Berufsstand. Am ausgeprägesten religiös „aktiv" sind Pflichtschulabsolventen/Innen bzw. Landwirte, am wenigsten Personen mit Fachschul- bzw. Lehrabschlüssen bzw. Facharbeiter und Angehörige Freier Berufe.

13.7.2 Einstellung zu Religion und Sinnerfüllung

Welche subjektive Bedeutung hat Religion für die Älteren? Religion vermittelt einmal dem Einzelnen ein Bild von der Wirklichkeit, das es ihm / ihr ermöglicht, Erfahrungen zu deuten, die das Alltagsleben übersteigen. Das sind vor allem die Erfahrungen von Krankheit und Tod. Religion hat sodann eine Bedeutung in Bezug auf soziale Integration. Wie sehr fühlt sich der / die Einzelne einer Gemeinschaft zugehörig? Schließlich kann Religion auch bezogen werden auf eine die Alltagswelt transzendierende Wirklichkeit.

Gefragt wurde 1991 auch nach der Bedeutung der Religion (Kolland 1996a). Untersucht wurde der Stellenwert der Religion als *Hilfe bei Entscheidungen*. Während unter den 50-59-jährigen ein Drittel angibt, „ohne Religion hätte ich die wichtigen Entscheidungen meines Lebens nicht treffen können", steigt der Anteil bei den 75-79-jährigen auf 55%. Für ältere Frauen ist die Religion deutlich stärker eine Entscheidungshilfe

als für ältere Männer. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die zweite Dimension *Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe.* Die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft gibt eher den alten Alten das Gefühl, nicht allein zu sein als den jungen Alten. Wiederum geben Frauen eine stärkere Bindung an die „Gemeinde" an als Männer. In einem dritten Item wurde direkt das *Älterwerden* als Faktor für Religiosität angesprochen. 41% der Befragten stimmten der Aussage zu, dass sich „ihre Beziehung zur Religion mit zunehmendem Alter verstärke".

Im Vergleich der Altersgruppen geben die Hochaltrigen deutlich häufiger an, ihr Religionsinteresse habe etwas mit dem Alter zu tun. Signifikant ist ebenfalls wieder der Unterschied zwischen älteren Frauen und älteren Männern. Eine vierte Dimension betrifft die *Sinnstiftung* durch Religion. Der Aussage: „Ob es eine unsterbliche Seele gibt, ist für mein Leben bedeutungslos" schloss sich mehr als ein Drittel der Befragten an. Hierbei herrschen weder zwischen den Altersgruppen noch zwischen den Geschlechtern signifikante Unterschiede.

Der erste Teil der Analyse religiöser Beteiligung demonstrierte, dass für zwei Drittel der Älteren Religion kein „praktischer" Teil der Lebenskultur ist. Die Analyse der Glaubensvorstellungen illustriert ein zumindest „theoretisches" Interesse. Daraus kann geschlossen werden, dass kirchliche Desintegration, d. h. sinkende Teilnehmer/Innenzahlen bei kirchlichen Ritualen, nicht notwendig von einem Wandel der Glaubensvorstellungen begleitet sein müssen. Werden die beiden Tabellen religiöses Verhalten und subjektive Bedeutung von Religion kombiniert, dann zeigt sich aus der Differenz eine Art „cultural lag" – *der Wandel im Verhalten hat nicht zu einem ebenso starken Wandel in den Werten geführt.*

Andererseits zeigen Studien, dass abnehmende Kirchgangshäufigkeit zugleich auch den Bedeutungsverlust zentraler christlicher Glaubensinhalte indiziert, wie z. B. Solidarität (Zulehner et al. 1997). Diejenigen, die nicht (mehr) in die Kirche gehen, glauben zu einem erheblich geringeren Prozentsatz an die Unsterblichkeit der Seele als die unregelmäßigen oder gar regelmäßigen Kirchgänger (Jagodzinski / Dobbelaere 1993). Grundsätzlich kann diese These auch durch die hier erhobenen Daten bestätigt werden – aber bei den Älteren zeigt sich doch eine größere Gruppe von Personen, für

Tabelle 13.13:

Bedeutungsdimensionen religiösen Handelns nach Geschlecht (n=1.005; Angaben in Prozent)

Dimensionen	Männer	Frauen	Insgesamt
Ohne Religion hätte ich die wichtigen Entscheidungen meines Lebens nicht treffen können	32	51	43
Je älter ich werde, eine umso stärkere Beziehung zur Religion habe ich	36	55	47
Die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft gibt mir das Gefühl nicht allein zu sein	29	49	41
Ob es eine unsterbliche Seele gibt, ist für mein Leben bedeutungslos	42	36	38

Quelle: Kolland 1996a

www.parlament.gv.at

die die Religion zwar aus dem unmittelbaren Handlungsrepertoire verschwunden ist, als allgemeine Orientierung aber weiterhin vorhanden ist. Diese Gruppe reicht je nach Bedeutungsdimension von einem Fünftel bis zur knappen Hälfte der Älteren. Gemeint sind damit Personen, die weder einen Gottesdienst besuchen noch beten, aber dennoch in der Religion eine Entscheidungshilfe sehen (ein Fünftel) oder an die Unsterblichkeit der Seele glauben (46%). Der Schluss daraus wäre, dass *bei den Älteren der Prozess der Enttraditionalisierung der Lebenswelt noch weniger fortgeschritten ist.*

13.8 Sterben und Tod

Durch die Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit ist es gelungen die mittlere Lebenserwartung geradezu spektakulär anzuheben. Aber daraus resultierte auch das vermehrte Überleben von Personen mit schwacher Konstitution, mit Missbildungen und Fehlveranlagungen, was sich letztlich in der Altersmorbidität niederschlägt. Zudem kann die moderne Medizin, so auch die Geriatrie, heute auf allen Altersstufen lebensrettend eingreifen, auch dort, wo es früher keine Hoffnung gegeben hätte. Gleichzeitig steigt damit aber die Wahrscheinlichkeit von Defektheilungen, vom Weiterleben mit Prothesen, und von (zum Teil lebens)langen Phasen der Hilfsbedürftigkeit. Lange Regenerationsphasen, bleibende Mobilitätseinschränkungen und Abbauprozesse führen dazu, dass sich in zunehmendem Maße die Akutkrankenhäuser mit Pflegebedürftigen füllen. Dazu trägt auch die wachsende Zahl der „alten Alten" mit ihrem erhöhten Krankheits- bzw. Pflegebedürftigkeitsrisiko entscheidend bei.

Mit diesen Effekten des medizinischen Fortschritts hat sich auch – gegenüber früher – die Art, die „Qualität„ des *Erlebens von Sterben und Tod* entscheidend gewandelt. Und das hatte jedenfalls auch erhebliche *negative Konsequenzen für den Status des höheren Alters*, wie der Berliner Sozialwissenschaftler Arthur Imhof in seinen historisch-demografischen Studien nachgewiesen hat: „Wir sollten [...] nicht übersehen, dass ‚Generationsbeziehungen' im kollektiven Nichtbewussten auch durch die Art und Weise geprägt werden, wie die Erinnerung an diesen Abgang und dadurch an sie überhaupt weiterlebt. Es ist ein Unterschied, ob dieses Platzräumen durch die Vorgänger in blühendem Alter, bei vollen körperlichen und geistigen Kräften, unerwartet und rasch erfolgte, oder aber bei verwelktem Körper und nachgelassenen geistigen Kräften, endlos hinausgezögert, langwierig, von den Nachfolgenden herbeigesehnt und in ihren Augen oft längst überfällig" (1983: 185).

13.8.1 Historisch-anthropologische Darstellung

Früher – in historischer Zeit – war der Tod der fatale Störfall im sozialen Prozess: Er traf vorwiegend Menschen mitten in der Erfüllung ihrer Aufgaben, in der Erledigung ihrer „Rollenpflichten", die ja immer auf das Funktionieren eines übergeordneten Ganzen hin orientiert sind (Arbeitsrollen, Familienrollen etc.). Nicht zuletzt deshalb musste man ihm so viel Aufmerksamkeit zuwenden. Heute – wo der Tod weitgehend auf die höchsten Altersstufen konzentriert ist und diese wiederum aus dem gesellschaftlichen Funktionsgefüge herausgenommen sind – ist es daher nicht mehr der Tod, sondern das *Sterben* bzw. die terminale Phase, welche als „Irritation" des normalen Ganges der Dinge gelten und empfunden werden, weil sie Energien und „Personal" binden und kostspielig sind.

Durch die Reformation und Gegenreformation wurde der kirchliche Zugriff auf das umkämpfte Individuum verstärkt. Die Rückkehr der Pest und der Dreißigjährige Krieg im 17. Jahrhundert führen gemeinsam mit der religiösen Krise zu einer prunkvollen aber auch angstverstärkenden Entfaltung des Todesbereichs. Jüngstes Gericht, Beichte und Bekehrung auf dem Totenbett reichten nicht mehr aus,

um das Individuum in die kirchliche Gewalt zu bekommen. Das gesamte Leben musste von da an nach den religiösen Richtlinien gestaltet werden. Die Möglichkeit des Todes und damit auch der Verdammnis sollten jederzeit präsent sein.

Im 18. Jahrhundert zeigt sich wieder eine Erholungsphase nach den Bevölkerungseinbrüchen des 17. Jahrhunderts. Doch die religiöse Krise weitet sich zu einer allgemeinen ideologischen aus, das Zeitalter der Aufklärung ist gekommen. Die Skepsis gegenüber den christlichen Glaubensvorstellungen wächst zuerst in intellektuellen Kreisen und breitet sich ab dem 18. Jahrhundert auf das Bürgertum aus. Bereits in der Mitte des 18. Jahrhunderts sind reduktive Tendenzen im traditionellen Todesbrauchtum festzustellen. Die für die Totenmessen festgelegten Summen sinken und auch die Stiftungen für Arme werden geringer. Außerdem sinkt die Anzahl derjenigen, die in der Kirche bestattet werden wollen. Der Friedhof wird von der Kirche abgetrennt, er wird ein eigener exklusiver Bereich der Toten. „Die Gemeinschaft der Lebenden distanziert sich von der Gemeinschaft der Toten, ghettoisiert sie" (Feldmann 1997: 25f.). Ab dem 18. Jahrhundert nahm die Kritik an den ‚unordentlichen' und unhygienischen Bedingungen städtischer Friedhöfe zu, was zu einer „Entfernung der Toten aus den Städten führte" (Feldmann 1997: 27).

Der heutige Mensch gliedert Sterbende aus, die immer seltener in ihrer Familie ihr Leben beenden dürfen. So wurde das Sterben der Über-Individualisierung und der mit ihr verbundenen Vereinsamung unterworfen. Wir brauchen nur Jahrzehnte zurückzudenken, um zu erkennen, dass früher Sterben nicht nur eine Sache des / der Einzelnen, sondern vor allem der Familie bzw. Gemeinschaft war, in der Sterbende zumindest die letzte Lebenszeit verbrachten und die diesen die natürliche Sterbehilfe bedeutete.

„In traditionalen, agrarischen Gruppen war das Sterben eines Mitglieds eine öffentliche Angelegenheit (es gab keine Privatsphäre im modernen Sinn!), um die sich alle kümmerten, die den Toten gekannt hatten. Die moderne Familie oder Primärgruppe umfasst nur wenige Menschen. Wenn einer stirbt, ist dies in der Regel eine Katastrophe, jedoch nur für die anderen Familienmitglieder. Nicht-Familienmitglieder [...] sind ‚Fremde', deren Tod in der Regel überhaupt nicht, manchmal mit Interesse, und fast nie mit Betroffenheit zur Kenntnis genommen wird. Bei Todesfällen legt die Gesellschaft in der Regel ‚keine Pause mehr ein'. Das Leben in der Großstadt wirkt so, als ob niemand mehr stürbe" (Ariès 1982: 716). Begräbnisse und Trauerriten verkümmern, verlieren ihre öffentliche, gesellschaftliche Relevanz. Es gibt eine zunehmende Zahl alter Menschen, deren Sterben und Tod von niemandem mehr mit Betroffenheit und Anteilnahme begleitet oder zur Kenntnis genommen wird.

13.8.2 Orte des Sterbens: zu Hause, im Krankenhaus

Das Sterben findet heute überwiegend in Spitälern, Pflegeheimen und anderen Institutionen statt. Zwischen 1951 und 1974 hat sich in Österreich der Anteil der in Krankenanstalten verstorbenen Menschen an allen Verstorbenen von rund 30% auf 60% verdoppelt (Reichardt 1976). Seit 1988 bietet die amtliche Statistik genaue Information über den Sterbeort. Entsprechend einer Untersuchung von Kytir (1993) verstarben zwischen 1988 und 1991 durchschnittlich 59,2% der Österreicher/Innen in einem Spital.

Die quantitativ größte Bedeutung erlangt das Spital als Sterbeort bei den 70-74-jährigen (65,9%). Danach steigt der Anteil jener, die zu Hause sterben. Von den über 95-jährigen sterben 41,9% im Krankenhaus, fast ebenso viele wie in der eigenen Wohnung (38,4%). Die nachfolgende Tabelle zeigt bei den über 60-jährigen zwischen 1990 und 1997 insofern Veränderungen, als die Sterbefälle in Krankenhäusern abnehmen und in den sonstigen Heimen, d. s. meist Pflegeheime, zunehmen. Bei den über 75-jährigen ist hier der Anteil von 8,6% auf 14,6% angestiegen.

www.parlament.gv.at

Tabelle 13.14:

Gestorbene der Jahre 1990 und 1997 nach dem Sterbeort (Zeilenprozente)

Alter in Jahren	Jahr	Sterbeort			
		in Krankenanstalt	in sonstigen Heimen	zu Hause	sonstiges
0-14	1990	68,9	0	20,5	10,6
	1997	74,2	0	16,4	9,4
15-29	1990	34,5	0,1	17,3	48,1
	1997	29,6	0,4	17,6	52,4
30-44	1990	49,4	0,1	26,5	23,9
	1997	44,0	0,9	30,0	25,0
45-59	1990	60,2	0,7	28,8	10,3
	1997	59,1	1,5	28,9	10,5
60-74	1990	64,8	1,8	27,2	6,1
	1997	62,0	3,4	29,0	5,7
75 u. älter	1990	57,6	8,6	29,6	4,2
	1997	53,3	14,6	27,8	4,3

Quelle: ÖSTAT, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung – nach Berechnungen von Josef Kytir

Dabei muss festgehalten werden, dass der Tod in einer Krankenanstalt stärker ein städtisches und insbesondere großstädtisches Phänomen ist. Bei den in Kytirs Analyse einbezogenen Sterbefällen der Jahre 1988-91 hatte Wien mit 72% den höchsten Anteil von in Krankenanstalten und mit 18% den niedrigsten Anteil von zu Hause verstorbenen Personen. Fasst man für Wien die Krankenanstalten und sonstigen Heime zusammen, dann steigt mit zunehmendem Alter die Anstaltsquote von knapp unter 70% bei den 60-65-jährigen auf über 85% bei den über 85-jährigen (siehe dazu Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997). Zwei Regionen mit einem hohen Anteil an Todesfällen in Anstalten bilden außerdem die Bezirke rund um Wien sowie die politischen Bezirke der Obersteiermark. Am anderen Ende stehen kleinere ländliche Gemeinden (weniger als 2.000 Einwohner/Innen), wo sich Krankenanstalts-Sterbefälle mit 46% und Sterbefälle zu Hause mit 47% die Waage halten. Das nördliche und mittlere Burgenland, die Südoststeiermark, das Inn-, Mühl- und Waldviertel, das obere Inntal und das Bundesland Vorarlberg sind jene Gebiete in Österreich, in denen besonders viele Menschen in der eigenen Wohnung sterben.

Da die aufgezeigten Unterschiede nicht ausreichend über familiäre Strukturen bzw. die Erreichbarkeit von Spitalseinrichtungen erklärbar sind, trifft wohl die von Reichardt (1976) aufgestellte These zu, wonach der Tod im Krankenhaus ein Indikator für Modernisierung ist. In modernen Gesellschaften sind viele traditionelle Rituale verkümmert oder verschwunden, da sie einen Teil ihrer Funktionen verloren haben. Die soziale Ausgliederung der Sterbenden und Toten und die Privatisierung der Trauer sind soweit vorangeschritten, dass die Begräbnisriten ihre ursprünglichen Funktionen der Solidaritätsstiftung und der Steuerung der Emotionen teilweise eingebüßt haben (Feldmann 1997).

Die Krankenhäuser sind aber auf diese Aufgabe nicht vorbereitet, und ebensowenig eignen sich die

Organisationsstrukturen und das „Selbstverständnis" der Krankenhäuser – selbst der geriatrischen oder der Pflegeheime – für diese Aufgabe. Spitäler, aber auch Pflegeheime, sind technologisch auf Heilen, auf Erfolg hin orientiert (vgl. Majce 1978). Unheilbare kranke (alte) Menschen, denen nur noch durch intensive emotionale Zuwendung und Gespräche das Sterben erleichtert werden könnte, gelten tendenziell in einer solchen Krankenhauskultur als „Fehlschläge", die noch dazu jene Zeit kosten, welche man „erfolgversprechenderen Fällen" zuwenden könnte.

13.8.3 Einstellung zu Sterben und Tod – nicht der Tod macht Angst, sondern das Sterben

Im subjektiven Erleben wird sehr deutlich zwischen Tod und Sterben (einschließlich Leiden und Pflege) unterschieden. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die *alten* Menschen dazu dasselbe Meinungsbild präsentieren wie der *jüngere* Teil der Bevölkerung. Und der Tod spielt unter den Erwartungen bzw. Befürchtungen hinsichtlich des eigenen Alters eine überraschend geringe Rolle (Majce 1992). Der holländische Gerontologe Joep Munnichs (1974) kommt aufgrund seiner sehr ausführlichen empirischen Studien über Endlichkeit, Tod und Sterben zu dem Schluss, dass der alte Mensch seine Endlichkeit akzeptieren kann, aber dadurch nicht immer seine Furcht vor dem Sterben überwindet.

In der von Majce (1992) durchgeführten repräsentativen Erhebung für Österreich an 1.500 über 14-jährigen, kommt genau diese Tendenz zum Ausdruck. Die schwerwiegendsten Befürchtungen hinsichtlich des Alterns galten mit weitem Abstand vor allen anderen Ängsten der Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. der Gebrechlichkeit einschließlich des geistigen Abbaus und der „Verkalkung" (78% nennen sie). Dann folgt die Furcht vor den Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, vor Behinderungen und dem Leistungsabfall (23%) sowie vor der Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von anderen (15%). Der Tod dagegen spielte eine geradezu vernachlässigbare Rolle unter den Angst-Thematiken: Nur 6% führten ihn überhaupt an. Bemerkenswert an diesen Ergebnissen ist überdies, dass die Alten vom Bevölkerungs-Gesamtdurchschnitt nicht abweichen (übrigens äußerten als Einzige die ganz Jungen, die bis 19-jährigen, in einem erheblicheren Ausmaß (14%) Angst vor dem Tod.

13.8.3.1 Die Rolle der Angehörigen: Sterbebegleitung und Trauer

Die Angst vor Einsamkeit und Isolierung spielt bei Sterbenden eine herausragende Rolle. Nach einer detaillierten Analyse der Erhebungsdaten kommt Andreas Kruse (1988) zum Resümee: „In dem Maße, in dem sich die Patienten von Angehörigen und Freunden ‚getragen' wussten, waren sie auch in der Lage, sich ruhig und gefasst mit dem Tod auseinanderzusetzen. Fühlten sie sich hingegen einsam, so nahm die Angst vor dem Tod stark zu." Kruse folgert daraus, wie wichtig es wäre, das Sterben zu einer „Aufgabe der Familie (und Freunde)" zu machen. Die Schwierigkeit dabei ist bloß, die Angehörigen zu einer Überwindung ihrer oft panischen Angst vor auch nur dem Anblick der/s Sterbenden zu bringen. Reinhard Schmitz-Scherzer (1996) berichtet aus seiner Praxis der Forschung und Therapie im Bereich der Sterbebegleitung von zahlreichen Fällen, wo die engsten Angehörigen sich der unmittelbaren Gegenwart der Sterbenden entzogen, durchaus verzweifelt über dieses ihr Verhalten, aber außerstande, sich der Situation zu stellen. In anderen Fällen kümmern sich die Familienmitglieder zwar intensiv um die *körperliche Pflege, verweigern sich aber jeglicher Kommunikation mit dem/r Sterbenden über seine / ihre Situation.*

Die in einer Längsschnittstudie erfasste Verlaufsform des Erlebens von Endlichkeit und der Auseinandersetzung mit Endlichkeit (Kruse 1995) weist auf große Unterschiede zwischen den Angehörigen hin. Dabei fanden sich Hinweise auf

www.parlament.gv.at

Zusammenhänge zwischen Verlaufsformen der Angehörigen und der Patienten/Innen, die dafür sprechen, bei der Analyse der Sterbebegleitung betreuender Angehöriger von einer „dyadischen" Beziehung auszugehen. So verstärken sich Patienten/Innen und ihre Angehörige in dem Bemühen, zu einer Annahme der Situation zu gelangen.

13.8.3.2 Das Pflegepersonal

Eine Reihe von Untersuchungen in Spitälern und Altersheimen bestätigt, dass das *medizinische Personal, das Pflegepersonal und die Ärzte Schuld- und Versagensgefühle entwickeln, wenn jemand stirbt* (Knobling 1986). Untersuchungen zeigen, dass sowohl Ärzte als auch Pfleger den Kontakt mit schwer Erkrankten eher meiden (vgl. Munnichs 1974), oder dass das Krankenhauspersonal ausgerechnet auf das Klingeln von Kranken, die kurz vor dem Sterben stehen, langsamer reagiert (Zeitmessungsstudien) – ohne sich dessen im übrigen bewusst zu sein.

Die Berufsrolle des (Krankenhaus-)Arztes disponiert übrigens zu dieser Sinnlosigkeits- und Niederlage-Erfahrung noch viel stärker als die des anderen medizinischen und pflegerischen Personals im Krankenhaus. Es konnte beispielsweise in Untersuchungen in den USA gezeigt werden, dass Krankenschwestern den Tod weniger negativ besetzt haben als die Ärzte / Ärztinnen, die das Sterben von Patienten/Innen eher als eine persönliche Niederlage erlebten als die Krankenschwestern. Bei letzteren steht in der Berufsrolle viel stärker die Fürsorge im Vordergrund, der Tod stellt demgemäß ihre professionelle Kompetenz und damit Identität viel weniger in Frage (vgl. Feldmann 1997).

Die Angst der Krankenschwestern im Zusammenhang mit Tod und Sterben scheint – zumindest nach einer explorativen Studie aus der Schweiz (Streckeisen / Vischer / Gros 1992) – ganz anderer Art zu sein. Sie fürchten in besonders hohem Maße, sie könnten jemanden töten. Die Untersuchung zeigte auch, dass es bei drei Tätigkeiten besonders häufig zu Konflikten zwischen Schwestern und Ärzten kommt: Beim Umlagern der Patienten/Innen, beim Absaugen von Schleim und beim Verabreichen von Morphium.

Vor allem diese drei Faktoren: (1) Zeitknappheit, (2) mangelnde Ausbildung bzw. falsche Erwartungshaltungen und (3) fehlende Aussprachemöglichkeiten können gerade für Berufsanfänger/Innen und deren künftiges Verhalten den Patienten/Innen gegenüber ungünstige Konsequenzen haben (Knobling 1986), und zwar derart, dass sie die betonte Hinwendung zu funktional-pflegerischen medizinisch-technischen oder rituellen Handlungen auf Kosten der wechselseitigen Kommunikation begünstigen können (Schmitz-Scherzer 1996).

Heute bekennt man sich viel eher als noch vor kurzem dazu, dem unheilbar Erkrankten „die Wahrheit" zu sagen. Die meisten Ärzte vertreten im Gegensatz zu früher die Meinung, dass die Diagnose und der Sterbeverlauf „mitgeteilt" werden sollten. Doch sie teilen dies häufig Bezugspersonen und oft nur in „gemilderter Form" dem Sterbenden selbst mit. Sie bürden oft den Bezugspersonen die Kommunikationslast auf. Dies ist ein Befund von Bowling / Cartwright (1982: 48ff.). Die Mehrzahl der Experten/Innen, Ärzte/Innen und Krankenschwestern befürworten heutzutage einen offenen Kommunikationskontext.

13.8.4 Sterben in Würde

Nach der von Zulehner (1990) durchgeführten österreichischen Repräsentativbefragung haben zwei Drittel der Befragten den starken Wunsch, einmal sterben zu können, ohne Schmerzen erleiden zu müssen. In diesem Zusammenhang spielt auch die Frage der Euthanasie eine große Rolle. Empirische Studien beweisen (vgl. Wittkowski 1987), dass kaum ein Mensch sterben will, dem man garantieren kann, keine oder wenigstens erträgliche Schmerzen zu haben und begleitet zu werden. Fast alle wollen unter diesen Umständen ihr Leben bis zum Ende leben. Weil die Medizin heute kaum noch weiß, wann Schluss sein sollte, findet die

Sterbehilfe zunehmende Popularität. Die Forderung nach Sterbehilfe ist ein Symptom für das Versagen der Medizin und der Gesellschaft gegenüber Menschen, die sterben (Wanschura 1992). In Befragungen zeigt sich, dass immer mehr Menschen für eine Legalisierung der Euthanasie eintreten. Allerdings ergibt sich dabei ein Altersgefälle, d. h. je jünger jemand ist, desto eher tritt sie / er für die Möglichkeit der Sterbehilfe ein. Je älter, desto weniger sind die Menschen dafür.

Für mehr als ein Drittel der Befragten trifft sehr stark zu, dass eine positive Lebensbilanzierung die Angst vor dem Tod verringert (siehe folgende Tabelle). Etwa ebenso groß ist der Anteil derjenigen, die im Kreise ihrer Angehörigen sterben möchten. Da es aber immer mehr alleinstehende Menschen gibt, muss über eine professionelle Sterbebegleitung nachgedacht werden.

Am geringsten ist die Zustimmung zur Aussage: „Wenn ich einmal sterben muss, möchte ich mein Sterben bewusst erleben, weil es ein Teil meines Lebens ist." Dabei stimmen dieser Aussage religiöse Menschen doppelt so oft zu als nicht-religiöse Menschen (Zulehner / Denz / Beham / Friesl 1993).

Munnichs (1969) wertete inhaltsanalytisch freie und strukturierte Explorationen mit 100 70-85-jährigen aus und stellte dabei eine Beziehung zwischen an- bzw. hinnehmender Haltung gegenüber dem Tod und Alter fest. Das Akzeptieren der eigenen Endlichkeit wurde mit zunehmendem Alter häufiger, wurde bei Männern häufiger beobachtet als bei Frauen. Gegenwärtig besteht die Schlussfolgerung aus der einschlägigen Forschung in den USA wie auch in Europa darin, dass geistig gesunde Menschen überwiegend zum Akzeptieren des Endes neigen, was nicht immer auch Akzeptieren des Sterbens bedeutet (Munnichs 1969).

13.8.4.1 Die Hospizbewegung und Sterbebegleitung durch den Hausarzt

In den meisten Krankenhäusern gibt es kaum ausgereifte Strukturen für den Umgang mit dem Tod. Es gibt nur selten eigene Räume, in denen Menschen, die das wünschen, abgeschieden von neugierigen oder peinlich berührten Mitpatienten/Innen und -angehörigen Abschied nehmen können. Und es gibt kaum ausgebildete Betreuer. Vor diesem Hintergrund entstand die Hospizbewegung.

Tabelle 13.15:
Werthaltungen zu Sterben und Tod (n=2.000, Zeilenprozente)

Werthaltungen	1	2	3	4	5	k. A.
Mein größter Wunsch ist es, einmal sterben zu können, ohne Schmerzen erleiden zu müssen.	66	15	10	2	2	5
Der Gedanke an ein erfülltes Leben kann mir den Tod leichter machen.	39	23	19	5	7	7
Ich habe den dringlichen Wunsch, einmal im Kreise meiner Angehörigen sterben zu können.	37	19	21	7	12	4
Wenn ich einmal sterben muss, möchte ich mein Sterben bewusst erleben, weil es ein Teil meines Lebens ist.	21	14	22	12	25	6

Legende: 1=trifft stark zu; 2=trifft zu; 3=weder noch; 4=trifft weniger zu; 5=trifft überhaupt nicht zu; k. A.=keine Angabe
Quelle: Zulehner 1990

www.parlament.gv.at

Die englische Krankenschwester und Ärztin Cicily Saunders gründete 1967 in einem Londoner Vorort das erst moderne Hospiz. Hospize wollen Menschen in der letzten Lebensphase helfen. Im Unterschied zur Sterbehilfe ist „Helfen", ist Hospiz menschliche Zuwendung, beste Pflege sowie jene medizinische Hilfe, die nötig ist, das Wohlbefinden wiederherzustellen. Dazu gehört auch die Schmerzbehandlung. Das subjektive Schmerzempfinden von Patienten/Innen sollte respektiert und eine optimale Schmerztherapie und palliative Betreuung individuell abgestimmt und angewendet werden. Man nennt solche Medizin auch „Palliativmedizin", solche Pflege auch „Palliativpflege". Man befriedigt im Hospiz die letzten Bedürfnisse und lässt dem Tod seinen Lauf. Dabei wird sowohl die aktive Sterbehilfe (Euthanasie) als Möglichkeit der Lebensabkürzung abgelehnt als auch lebensverlängernde Therapien um jeden Preis.

In Österreich besteht die Hospizbewegung seit etwa zehn Jahren. Der größte Teil der ambulanten und stationären Einrichtungen für die direkte Hospiz-Versorgung schwerkranker Patienten/Innen und ihrer Angehörigen, aber auch Schulungsmaßnahmen und Initiativen zur Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung, sind eng mit kirchlichen Institutionen verknüpft. Der Dachverband Hospiz Österreich verzeichnet mit Stand 26.5.1999 acht Bettenstationen in Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen mit rund 60 Betten, wovon sich drei Stationen in Wien, eine in Oberösterreich, eine in Tirol und drei in der Steiermark befinden. Darüber hinaus gibt es in allen Bundesländern Hospizvereine mit verschiedenen Angeboten: Seminare, Vorträge, Hausbesuche, Sterbebegleitung, Trauergruppen. Zu ihren Aufgaben zählt die Hospizbewegung auch die Verbreitung der „Willenserklärung" bzw. „Patientenverfügung". Diese soll es den Ärzten ermöglichen, ein menschenwürdiges Sterben nach den eigenen Wünschen der Patienten/Innen zulassen zu können, ohne rechtliche Bedenken haben zu müssen.

1990 fragte Zulehner in der bereits zitierten Repräsentativbefragung nach der Akzeptanz bzw. nach dem Interesse an Hospiz-Einrichtungen. Von den Befragten gaben 50% an, die Einrichtung eigener Häuser sehr zu begrüßen, in denen unheilbar Kranke und Sterbende aufgenommen und gepflegt werden und in denen sie mit ihren Angehörigen ungehindert zusammen sein können. Weitere 29% würden solche Einrichtungen begrüßen, 13% lehnten eine solche Maßnahme ab (Zulehner / Denz / Beham / Friesl 1993).

Als in den 70er Jahren eine wachsende Kritik am ‚institutionalisierten Sterben' einsetzte und die Propagierung eines Sterbens in vertrauter Umgebung (vgl. Gaßmann / Schnabel 1996), spielte der *Hausarzt* gleich nach den Angehörigen / Nahestehenden eine wichtige Rolle. Zwei Wirkungsbereiche sind dabei dem *sterbebegleitend tätigen Hausarzt* besonders zugeordnet: Die Palliativmedizin und das Gespräch. Die Bedeutung des Hausarztes in der häuslichen Sterbesituation setzt sich aus verschiedenen Elementen zusammen. Neben der medizinischen Hilfe vor allem im Endstadium der unheilbaren Erkrankung vermitteln die regelmäßigen und zuverlässigen ärztlichen Hausbesuche den unverzichtbaren „moral support". Das Gewicht dieser Unterstützung wird im Unterschied zum Rollenverständnis und Rollenhandeln des Krankenhausarztes auch nicht durch das Wissen um die Tatsache geschmälert, dass eigentlich „nichts mehr zu tun ist" (Gaßmann / Schnabel 1996: 58). Gaßmann / Schnabel (1996) befragten 196 Hausärzte/Innen, die terminal Erkrankte zu Hause betreut hatten. 32% hatten „häufig oder immer Probleme mit der angemessenen Schmerzkontrolle" gehabt; für 45% war es „häufig oder immer schwierig, adäquat auf die emotionalen und psychischen Belange von Patienten oder Angehörigen zu reagieren"; 50% „sähen es als Hilfe an, wenn umfangreichere Fortbildungsangebote im Bereich Schmerz- und Symptomkontrolle sowie Trauerbegleitung bestünden"; 40% waren der Ansicht, „dass eine intensivere Vorbereitung auf die

Kommunikation mit den Sterbenden eine große Hilfe in bezug auf die Qualitätsverbesserung der Betreuung darstellen würde" und „75% sprachen sich für eine verstärkte Unterstützung durch ambulante, häusliche Pflegedienste aus" (ebd.: 72f.).

Stand bisher das „institutionalisierte Sterben" (Verdrängung von Sterben und Tod) im Krankenhaus oder Pflegeheim im Vordergrund, so befindet sich nach Gaßmann / Schnabel (1996) der gesellschaftliche Umgang mit dem Sterben derzeit in einem Übergangsprozess, charakterisiert durch eine Abkehr vom Paradigma der stationären Versorgung. Diese Versorgungsformen werden zunehmend aufgrund ihrer standardisierten Handlungsmuster als ungeeignet eingeschätzt, den spezifischen Bedürfnissen und Problemen Sterbender Rechnung zu tragen. Dadurch entstehen neue Versorgungsformen wie die Hospize oder Palliativstationen – also wieder spezialisierte Institutionen, ganz im Sinne der Funktionslogik unserer Gesellschaft. Damit wird man aber – so Gaßmann / Schnabel (1996: 308) – weiter nicht „dem überwiegenden Wunsch der Menschen gerecht, ihr Leben in der vertrauten häuslichen Umgebung zu beenden". Diese Entwicklung verschränkt sich mit der spezifischen Ausprägung des heutigen Medizin- bzw. Gesundheitssystems, welches durch Medikalisierung und Professionalisierung gekennzeichnet ist und für die spezifischen Bedürfnisse der Sterbenden wenig adäquaten Antworten hat.

Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen – eine Synthese

Univ.-Prof. Dr. Anton Amann

1. Vorbemerkung[1]

Älterwerden in Österreich ist mehr als auf die Pension zu warten und den verdienten Ruhestand zu genießen. Ein vielgestaltiges gesellschaftliches Leben, mannigfaltige Interessen und unausgeschöpfte Potenziale kennzeichnen die Gruppe der älteren Menschen. Sie ist in sich differenzierter als jede andere Altersgruppe in der Bevölkerung und bedarf für ihre Betrachtung deshalb einer eigenen Perspektive.

Diese Perspektive lässt sich mit dem Gedanken eines bisher nur *„teilweise sichtbaren Wandels"* bezeichnen, dessen Eigenheit darin zu bestehen scheint, dass eine alternde Gesellschaft ihr eigenes Altern zu einem Thema der öffentlichen Diskussion und politischen Planung macht („Politisierung des Alters") und machen muss, dabei aber ganz offensichtlich willkürlichen Schwerpunktsetzungen, einseitigen Wahrnehmungen und auch Fehleinschätzungen erliegt. Zu solchen Fehleinschätzungen gehören die notorische Einschränkung der Altersdiskussion auf reine Kostenbetrachtungen, die fehlgeleiteten Vorstellungen alles dominierender Jugendlichkeit und Geschwindigkeit, aber auch die unauffällige Entfunktionalisierung des Alters, die sich durch die gesamte Gesellschaft zieht. Der vorliegende Bericht erfüllt unter dieser Perspektive zumindest drei Funktionen: er stellt eine erstmalige Bestandsaufnahme zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich dar, die zahlreiche Hinweise und Informationen zur Korrektur falscher Sichtweisen enthält, er kann als Planungs- und Orientierungshilfe für die politische Gestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse dienen, und er ist schließlich ein eigenes Element im Prozess des Öffentlichwerdens des Alternsthemas.

1 Die geraffte Wiedergabe eines umfangreichen Berichts, der seinerseits in höchst unterschiedliche Schwerpunkte gegliedert ist, bedarf einer eigenen Logik der Auswahl und der Darstellung. Sie hat darauf Rücksicht zu nehmen, dass die Essenz aus jedem einzelnen Kapitel an den Kernergebnissen festzumachen ist, Details und Erläuterungen aber ausgespart werden müssen; sie muss dem Umstand Rechnung tragen, dass diese Kernergebnisse innerhalb spezifischer Kontexte in einem Zusammenhang verankert sind, den sie durch die Hervorhebung nicht völlig verlieren dürfen; sie muss schließlich Bedacht darauf nehmen, dass eine Synthese unter eine eigene Perspektive gebracht werden muss, die sich erst aus der Lektüre des gesamten Berichtes ergibt und nicht von vornherein sichtbar sein kann.

2. Wandel in großen Zügen und stabile Verhältnisse

2.1 Der stille Zwang der demografischen Veränderungen

Nicht nur in Österreich werden immer mehr Menschen immer älter. Die *demografische Alterung hat globale Bedeutung*. Die Gruppe der über 60-jährigen wird in den nächsten fünfzig Jahren in den Industriestaaten „nur" um 88% anwachsen, in den weniger entwickelten Staaten aber um das Fünffache. In 50 Jahren werden 80% aller älteren Menschen in den sogenannten Entwicklungsländern leben. Zwei Prinzipien sind bei der Betrachtung solcher Befunde besonders wichtig: Demografische Veränderungen sind einerseits langfristige Prozesse, ihre Ursachen (Fruchtbarkeit, Sterblichkeit und Wanderungen) sind andererseits kurzfristig gar nicht und langfristig nur schwer steuerbar – so kann, um einem oft gehörten Argument entgegenzutreten, selbst die permanente Zuwanderung jüngerer Menschen den durch niedrige Fruchtbarkeit verursachten Alterungsprozess auch langfristig kaum beeinflussen.

Im 19. und 20. Jahrhundert hatten tiefgreifende ökonomische, soziale und politische Veränderungen erhebliche demografische Konsequenzen: einen nachhaltigen Rückgang der Sterblichkeit und auch der Kinderzahlen. Dieser „demografische

www.parlament.gv.at

Übergang" führte zum *Altern der Bevölkerung als einem unvermeidlichen und nicht umkehrbaren Prozess*. Die Gesellschaften werden weiter altern, ob wir es wollen oder nicht. Die Bewältigung dieser Zukunft wird allerdings aus dem Betrachten der Veränderungen allein nicht gelingen können; es bedarf auch des Verändernwollens und des informierenden Denkens. Die weitere Darstellung wird offenlegen, dass eine angemessene Beschäftigung mit dem Altern der Gesellschaft weit über die Themen der Sicherung der Pensionen und des Generationenvertrags hinausgehen wird müssen, sollen nicht die Chancen vertan werden, die auch in einer alternden Gesellschaft liegen.

2.2 Besonderheiten des Wandels

Das demografische Altern lässt sich in Österreich seit dem Ende des Ersten Weltkriegs beobachten. Die 70er, 80er und 90er Jahre stellen insofern eine „Zäsur" dar, als sich in dieser Phase Zahl und Anteil der Älteren kaum veränderten. In den kommenden Jahren aber wird die Bevölkerung Österreichs deutlich altern. Bis 2035 werden die über 60-jährigen bis auf 35-38% der Gesamtbevölkerung anwachsen. Zu den Besonderheiten dieser Entwicklung gehören die exorbitante Zunahme der Hochaltrigen, die Angleichung der Geschlechterproportion (schwindende „Feminisierung") und regionale Unterschiede.

Seit 1869 hat sich die Zahl der über 60-jährigen in Österreich vervierfacht, jene der über 80-jährigen aber verzwanzigfacht. *Keine Gruppe wächst so stark wie die „sehr Alten"*. Heute leben in Österreich 140.000 85-jährige und ältere, im Jahr 2050 werden es, bei weiter steigender Lebenserwartung, rund 600.000 sein. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene werden dagegen zahlenmäßig beträchtlich abnehmen. Das momentane Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern ist eine Folge der unterschiedlichen Lebenserwartung, vor allem aber zweier Weltkriege. Gegenwärtig kommen auf 100 über 60-jährige Frauen 66 Männer gleichen Alters, bei den über 75-jährigen ist das Verhältnis 100:44 und bei den über 85-jährigen 100:34. Mit dem Wegsterben der Kriegsgenerationen wird das Verhältnis aber ausgeglichener werden. Schon im Jahr 2015 werden bei den über 60-jährigen auf 100 Frauen 80 Männer kommen, ab dem Jahr 2025 werden es dann 85 Männer sein. Österreich altert nicht gleichmäßig. So nimmt Wien eine Sonderstellung ein, daneben gibt es eine beträchtliche Ost-West-Differenz. Aus historisch-politischen Gründen stieg in Wien der Anteil der über 60-jährigen in einem international einzigartigen Ausmaß und Tempo von 7% im Jahr 1910 auf 28% im Jahr 1951; im selben Zeitraum wuchs der Anteil im Bundesdurchschnitt von 9% auf 14%. In den 60er Jahren begann die Bundeshauptstadt, die demografische Alterungsspitze zu überschreiten und sich bis heute mit 20% über 60-jähriger an den Bundesdurchschnitt anzugleichen. Demografisch „älter" ist die Bevölkerung im Süd-Osten Österreichs, „jünger" ist sie im Westen. In besonders schwierige Lagen werden die strukturschwachen Gebiete (Ost- und Südostösterreich) mit geringer Fruchtbarkeit, Bevölkerungsverlusten durch Abwanderung Jugendlicher und junger Erwachsener und (in den Pendlergebieten) durch Rückwanderung Älterer geraten.

2.3 Kommunikationsstrukturen

Dass in vielerlei Hinsicht die Familie und die kleinen Netze gerade für ältere Menschen die Zentren ihrer sozialen Bindungen, ihrer Orientierungen und auch erlebten und erwarteten Verpflichtungen sind, gilt nach wie vor ohne besondere Einschränkungen. Die meisten Älteren sind in solche Netze eingebunden; dass 86% aus dieser Gruppe wenigstens ein (erwachsenes) Kind haben, ist seit den 50er Jahren nicht mehr zu verzeichnen gewesen. Für die Integration der älteren Menschen ist freilich nicht die Tatsache maßgeblich, ob sie ein Kind oder mehrere Kinder haben, sondern wieviele und welche Kontakte stattfinden.

Dass Besuchskontakte zwischen den Generationen bestehen, ist die Regel. So hat nur eine winzige Minderheit von 2% nach eigenen Angaben keine Kontakte mit den Kindern; auf der anderen Seite haben 55% aller älteren Menschen, die Kinder haben, in irgendeiner Form (Besuch, Telefonate) tagtäglichen Kontakt mit einem Kind, wobei es keine erheblichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt – auch ältere Väter haben nur unwesentlich weniger Kontakte mit ihren Kindern als Mütter. Weiters wohnt ein erheblicher Teil der älteren Menschen (48%) mit einem Kind im selben Haus, wobei dies vor allem für die kleinen (agrarisch geprägten) Gemeinden gilt und weniger für Städte und gar für Wien. Schließlich bleibt das Muster relativ häufiger Kontakte aufrecht, selbst wenn die ausgeklammert werden, die zusammenwohnen. Zwei Drittel der älteren Menschen, die nicht gemeinsam mit Kindern wohnen, haben mindestens wöchentlichen Besuchskontakt mit ihren Kindern. Dieses *eindrucksvoll dichte Kontaktnetz* zeigt erwartungsgemäß Variationen. Nach dem Alter betrachtet nimmt der tägliche Kontakt zunächst ab und erreicht zwischen 75 und 80 Jahren ein „Minimum" mit immerhin 48% täglichen Kontakten und erreicht bei den sehr Alten (über 85 Jahre) das Maximum. Das Vorhandensein von Enkeln könnte vermutlich ein starkes Motiv für häufige Besuche sein und tatsächlich: enkellose ältere Menschen erhalten zu 57%, solche mit Enkeln zu 66% mindestens einmal pro Woche Besuch von einem Kind. Dieser „Enkeleffekt" schlägt übrigens bei Kindern von Töchtern stärker zu Buche als bei Kindern von Söhnen.

Die Besuche durch andere Verwandte sind weitaus lockerer als jene durch die Kinder. In diesem Zusammenhang kommt es gerade mit steigendem Alter zu einer Ausdünnung der Kontakte. Interessant, wenn auch nicht unerwartet, ist die Tatsache, dass Besuche durch Freunde und Bekannte häufiger sind als jene durch „andere" Verwandte. Die Besuchskontakte bei älteren Menschen lassen sich in eine Hierarchie bringen: *an erster Stelle stehen Kinder mit Enkeln, dann folgen Kinder ohne Enkel, an dritter Stelle rangieren Freunde und Bekannte und zuletzt folgen sonstige Verwandte.*

Ältere Menschen sind jedoch in vielen Fällen nicht darauf angewiesen, passiv verharrend auf Besuche zu warten. Ihre eigene Aktivität zeigt allerdings andere Häufigkeitsformen. In allen Altersstufen überwiegen die Besuche, die die Älteren durch ihre Kinder erhalten, eindeutig jene, die sie selbst bei den Kindern machen. Anders verhält es sich im Falle der Freunde und Bekannten. Bis zum 85. Lebensjahr gibt es ziemlich ausgeglichene Selbst-Besuchs- und Besuchs-Empfangsaktivitäten im Freundes- und Bekanntenkreis.

Verwandten- und Freundes- und Bekanntenkontakte sind zwar nicht die einzig möglichen, aber es ist doch deutlich, dass im Falle von Außenkontakten, die nicht diese Gruppen betreffen, diese Außenkontakte, ob organisiert oder privat (Lokalbesuch, Ausflugsfahrten, Bildungs- und Kulturaktivitäten, Seniorenveranstaltungen), nur von einer Minderheit mehr oder weniger regelmäßig wahrgenommen werden. *Insgesamt gilt also wohl, dass die Sozialkontakte der älteren Menschen familienzentriert, häufig und verlässlich sind, die Außenkontakte im Vergleich weit lockerer und dass sie nach Alter und sozialem Status ihrerseits variieren.*

2.4 Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse

Über kaum ein anderes Thema herrscht ein solches Maß an Unwissen und Fehleinschätzungen und bei kaum einem anderen Thema sind so einseitige Schwerpunktsetzungen in der öffentlichen Diskussion zu beobachten wie bei jenem der Generationenbeziehungen und -verhältnisse. Umso wichtiger sind die Ergebnisse einer österreichweiten, repräsentativen Studie, die 1998 über Einstellungen und Verhaltensweisen im Wechselverhältnis zwischen den Generationen bzw. Altersgruppen, einerseits in den Familien, andererseits auf gesellschaftlicher Ebene, durchgeführt

www.parlament.gv.at

wurde. Der zentrale Befund lautet, *dass die Familie, insbesondere die intergenerationellen Beziehungen der Kernfamilie, nach wie vor ein äußerst tragfähiges, solidarisches System der Sicherung gegen Notlagen und in Situationen des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs darstellt*. Tritt Unterstützungsbedürftigkeit auf – und das war bei vier Fünftel der erwachsenen Bevölkerung in den letzten zwei Jahren der Fall – dann bleibt kaum jemand ohne ausreichende Hilfe seitens der Familie. Ein solcher Hilfebedarf tritt bei den Jüngeren zum Teil erheblich häufiger auf als bei den Älteren. Besonders deutlich wird dies im finanziellen Bereich und bei der Betreuung von Kindern, *und es ist regelmäßig die Elterngeneration, die primär diesen Hilfebedarf deckt*. Zentrale Hilfsperson ist die Mutter, bei Dienstleistungen für Personen höheren Alters spielen auch die Töchter eine wichtige Rolle, wie überhaupt das Helfen eine starke weibliche „Schlagseite" hat.

Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ist zwar Konfliktpotenzial, aber *keine Feindseligkeit im Verhältnis zwischen den Generationen* auszumachen. Den Senioren wird nur wenig Beteiligung an intergenerationellen Konflikten zugeschrieben. Sie gelten nach wie vor als eine tendenziell benachteiligte Gruppe, allerdings als eine, die in Konkurrenz mit anderen benachteiligten Gruppen, wie z. B. Familien mit Kleinkindern, in Zukunft dennoch eher Einschränkungen in Kauf nehmen wird müssen. In Bezug auf die Frage, ob zur künftigen Sicherung der Finanzierung des Pensionssystems eher die jüngere Aktivbevölkerung oder eher die Pensionisten zurückstecken werden müssen, deutet sich eine gewisse Polarisierung der Meinungen an, jedoch nicht so sehr im Sinne (alters)gruppenegoistischer Haltungen, sondern als altersunspezifischer Dissens quer durch die Bevölkerung. *Konflikte werden wahrscheinlicher, wo Alt und Jung einander als Fremde begegnen und wo daher Klischeevorstellungen und Vorurteile an die Stelle persönlicher Kenntnis treten*: Je urbaner die Wohnlage, desto häufiger nehmen die Befragten Generationenkonflikte in der Öffentlichkeit wahr. Den Massenmedien wird denn auch überwiegend negativer Einfluss auf das Verhältnis zwischen den Generationen zugeschrieben. Insgesamt scheint das gesamtgesellschaftliche Generationenverhältnis von einer „wohlwollenden Ambivalenz" gekennzeichnet zu sein, die auch ins Negative kippen könnte. Die Zukunft dieses Verhältnisses wird von der Mehrheit jedenfalls skeptisch beurteilt. Nur wenige glauben an eine Verbesserung, die Hälfte an eine Fortsetzung des status quo, und immerhin vier von zehn nehmen an, dass sich das Verhältnis zwischen Alt und Jung in den nächsten zwanzig Jahren verschlechtern wird.

3. Zwischen Wohlhabenheit und Armut

Die materielle Lage der Älteren zeigt ihre Herkunft aus verschiedensten Vorbedingungen. Frühere Berufsposition, der Bildungsstatus, das Einkommen und die Zugehörigkeit zur Sozialschicht wirken aus dem früheren Leben ins Alter hinein nach. Aus ihnen kumulieren positive Anteile in Privilegierungen und negative in Benachteiligungen – Unterschiede verschärfen sich. Schließlich werden aber auch dem Altern eigene Einflüsse sichtbar, so, wenn ein nicht an Krankheit gebundener Rückgang der Kräfte die Mobilität einschränkt, wenn Gebrechlichkeit eintritt.

3.1 Die Differenzen sind enorm und Frauen sind relativ benachteiligt

Die wichtigste Einkommensquelle der älteren Bevölkerung ist das Pensionseinkommen. Dazu können ältere Menschen natürlich zusätzliche Einkommen haben, wie solche aus unselbständiger Arbeit. Die Spannweite der Brutto-Personen-Monatseinkommen der (pensionierten) Älteren ist breit. 10% dieser Einkommen liegen unter 4.267 öS, 90% sind geringer als 25.933 öS. Dabei beziehen

Frauen sehr niedrige Einkommen; mindestens 40% haben ein Bruttoeinkommnen, das niedriger ist als der Ausgleichszulagenrichtsatz, bei den Männern sind es weniger als 20%. Relativ wenige Ältere beziehen ein hohes Bruttoeinkommen. Nur jeder 20. männliche Pensionist und gar nur jede 66. Pensionistin erzielen Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage der Sozialversicherung, ein Nettoeinkommen von mehr als 10.000 öS haben drei Viertel der Männer, aber nicht einmal 40% der Frauen. *Die schon wiederholt angemerkte Tendenz zwischen „Gewinnern" und „Verlierern" ist deutlich sichtbar und sollte verstärkt Thema des politischen Diskurses werden.*

Um eine relativ gute Abschätzung des Wohlstandsniveaus zu erreichen, sind die Haushaltseinkommen heranzuziehen. Das Netto-Haushaltseinkommen (Median) aller PensionistInnenhaushalte lag 1993 (Mikrozensus) bei 11.900 öS. Die günstigste Einkommenssituation hatten die Haushalte mit pensionierten Beamten und Beamtinnen; ihr Median-Pro-Kopf-Einkommen lag mit 20.600 öS um rund 60% über jenem der ehemaligen Arbeiter und Arbeiterinnen. Die Gruppe jener, die nie berufstätig waren, hauptsächlich wohl ältere Witwen, blieb aber noch um einiges hinter diesen zurück.

3.2 Pensionsniveaus variieren nach Berufsgruppen und Geschlecht am stärksten

Die Alterspensionsleistungen zeigen, dass Frauen über alle Bereiche deutlich unter dem Pensionsniveau der Männer liegen – eine Kumulierung von Benachteiligungen über den Lebensverlauf hinweg. Die Medianpensionen der Frauen betragen nur etwa die Hälfte der Männerpensionen. Doch auch innerhalb der Geschlechtergruppen sind die Niveaudifferenzen beträchtlich. Die durchschnittliche Alterspension der Beamten lag 1997 bei 32.600 öS monatlich, jene der Arbeiter betrug 12.210 öS. Bei den Frauen beziehen die Bäuerinnen die niedrigsten Pensionen, gefolgt von den Arbeiterinnen und den Eisenbahnerinnen. Die höchsten Pensionen unter den Frauen beziehen Beamtinnen und, mit einigem Abstand, Angestellte und Bergarbeiterinnen.

Hier wird die altbekannte Tendenz deutlich, dass relative Benachteiligungen im Berufsleben sich fortvererben, im Alter sogar noch verstärken können, und dass die Benachteiligung der Frauen gegenüber den Männern im Erwerbsleben sich in der Alterssicherung mit System fortsetzt.

3.3 Vermögen, Ausstattung und Lebensstandard

Die Analyse der Entwicklung der Geldvermögen legt offen, dass der langfristige Vermögensaufbau in Haushalten, im Querschnitt betrachtet, seinen Höhepunkt erreicht, wenn der Haushaltsvorstand zwischen 50 und 60 Jahre alt ist. Der darauf tendenziell folgende Vermögensabbau hängt mit der Veränderung und Auflösung der Familienstruktur zusammen. Im Schnitt verfügen 23% der Pensionisten- und Pensionistinnenhaushalte über zumindest eine Lebensversicherung, zu 24% über eine Krankenzusatzversicherung und zu 10% über Wertpapiere. In den Erwerbstätigenhaushalten sind die entsprechenden Werte meist höher; sie liegen bei 54%, 38% und 10%.

Dass Pensionisten- und Pensionistinnenhaushalte insgesamt ein schlechteres Ausstattungsniveau haben, bestätigt sich immer wieder. Bei allen eingesetzten Indikatoren liegen Ausstattungsstandards in diesen Haushalten niedriger als in Erwerbstätigenhaushalten. Am auffallendsten sind die Unterschiede im Bereich des Wohnens. 1993 verfügte nur etwas über die Hälfte der Pensionisten- und Pensionistinnenhaushalte über eine Wohnung mit Bad und Zentralheizung, aber 73% der Erwerbstätigenhaushalte. Am unteren Ende der Verteilung des Lebensstandards in Haushalten von Pensionisten und Pensionistinnen finden sich Ausgleichszulagenbezieherinnen und Haushalte von Personen, die nie erwerbstätig waren. Diesen Gruppen gemeinsam sind niedrige Wohnqualität,

www.parlament.gv.at

ein doppelt so hoher Anteil an Substandardwohnungen (7% aller Pensionisten- und Pensionistinnenhaushalte), geringe Mobilität und das Fehlen von Haushaltsgeräten und anderen technischen Hilfsmitteln. Die höchsten Wohnungsstandards bei den Pensionisten und Pensionistinnen erreichen Personen im ehemaligen Angestellten- und Beamtenstatus und die Selbständigen außerhalb der Land- und Forstwirtschaft.

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Konsumausgaben der Pensionisten- und Pensionistinnenhaushalte jenen im östereichischen Durchschnitt, vor allem auf den höheren Niveaus, angeglichen. Die Ernährungsausgaben entsprechen in etwa diesem Schnitt, aber auch die Ausgaben für Wohnungsausstattung und Bekleidung. Gegenteiliges wird sichtbar in den Bereichen Kommunikation und Transport (ca. 25% weniger) sowie Bildung, Erholung, Freizeit und Sport (ca. 20% weniger). Urlaub machen Pensionisten und Pensionistinnen seltener als Erwerbstätige, an ferne Küsten („Fernreisen") fahren sie, entgegen weit verbreiteter Meinung, nicht einmal halb so oft. Der Anteil der Ausgaben für Ernährung erweist sich als „trennschärfster" Indikator für die Höhe der getätigten Konsumausgaben. Gruppen mit vergleichsweise niedrigem Ausgabenniveau (z. B. ehemalige Arbeiter und Arbeiterinnen und Selbständige in der Land- und Forstwirtschaft) wenden fast 20% für Ernährung auf, Gruppen mit höherem Ausgabenniveau (z. B. ehemalige Angestellte, öffentlich Bedienstete und Selbständige) ca. 15%.

3.4 Armutsgefährdung

Wer aber ist arm? Konzepte zur Armutsbestimmung sind vielfältig. Allen hängt bis zu einem gewissen Grad der Charakter willkürlicher Auswahl von Indikatoren an. In den letzten Jahren ist zum Armutsbegriff noch jener der sozialen Ausgrenzung hinzugekommen. 1994 waren 32% aller Haushalte Pensionisten- und Pensionistinnenhaushalte. Unter allen Haushalten waren 17% armutsgefährdet, *unter den armutsgefährdeten Haushalten waren die der Pensionisten und Pensionistinnen mit 42% überproportional vertreten*. Armutsgefährdet heißt, dass die Haushaltsausgaben pro Kopf unter 50% des arithmetischen Mittels der Haushaltsausgaben pro Kopf aller Haushalte liegen. Nach dieser Definition sind insbesondere auch ehemalige Selbständige armutsgefährdet.

Armutsgefährdete Pensionisten- und Pensionistinnenhaushalte wiesen 1994 ein Konsumniveau von durchschnittlich 5.910 öS pro Kopf und Monat auf; diese Ausgaben belaufen sich damit nur auf 37% jener Summe, die in solchen Haushalten im Schnitt pro Kopf aufgewendet wird. Besonders hohe Anteile entfallen hier auf die Ernährung (31%) und das Wohnen ohne Heizung (32%).

Die Polarisierung zwischen wohlhabend und nicht bemittelt fällt bei den Älteren in Haushalten der Pensionisten und Pensionistinnen, zumindest gemessen an den Konsumausgaben, noch kräftiger aus als in den Haushalten der Erwerbstätigen. Mit 37.200 öS pro Kopf und Monat konsumierten ausgabenstarke Pensionisten- und Pensionistinnenhaushalte mehr als doppelt soviel wie der Durchschnitt dieser Haushalte; damit ist dieser Wert sogar noch höher als jener in Erwerbstätigenhaushalten. Der Kontrast zu den oben genannten armutsgefährdeten Haushalten mit ihren durchschnittlich unter 6.000 öS liegenden Ausgaben ist deutlich genug, und hier, am unteren Ende der Verteilung des Lebensstandards, finden sich AusgleichszulagenbezieherInnen, ehemalige HilflosenzuschussbezieherInnen und Personen, die nie erwerbstätig waren. Gerade *bei diesen Gruppen drängt sich die Frage nach einer ergänzenden Alterssicherung mit aller Gewalt auf*. Schließlich baut die Logik des gegenwärtigen Sicherungssystems auf dem Ideal einer Beschäftigung für alle auf, die Gesellschaft ist aber immer weniger in der Lage, Arbeit für alle zu schaffen, die arbeiten wollen.

4. Wohnen ist eine Lebensform und hat mit Selbständigkeit zu tun

4.1 Eigenes Heim, eigene Wohnung

In einer durch Individualisierung gekennzeichneten Gesellschaft sind die „eigenen vier Wände", die mit Partner oder Partnerin, mit der Kernfamilie oder einem Familienmitglied geteilt werden, zur Leitvorstellung geworden. An ihr bemisst sich die Abneigung vieler Älterer, in „ein Heim zu gehen". Zugleich gilt aber, dass Heim- und Pflegeplätze in den letzten Jahren stetig ausgebaut wurden und dass das Verbleiben in der eigenen Wohnung für immer mehr Menschen nur noch mit Hilfe sozialer Dienste möglich ist, die ihrerseits dadurch expandieren müssen.

1991 lebte die Hälfte der Wohnbevölkerung in Österreich in Ein- und Zweifamilienhäusern (davon 40% in reinen Wohngebäuden, 11% in Wohngebäuden mit Sitz eines landwirtschaftlichen Betriebs, der Rest in solchen mit anderer zusätzlicher Nutzungsart). *Bei den 60- bis 64-jährigen erreichte der Anteil in Ein- und Zweifamilienhäusern einen Gipfel*, besonders in den Bundesländern Vorarlberg, Niederösterreich und Burgenland; ab dem 65. Lebensjahr nimmt dieser Anteil langsam ab. Dem privaten Heim stehen Gemeinschaftsunterkünfte mit Anstaltscharakter gegenüber. Obwohl nun mit ca. 75 Jahren der Anteil der Älteren in solchen Heimen deutlich zunimmt (75-79 Jahre: 9.258; 80-84 Jahre: 12.935; 85 und mehr Jahre: 28.220), ist es doch der überwiegenden Zahl der Älteren möglich, in Privatwohnungen zu bleiben.

4.2 Die Älteren sind über Österreich ungleich verteilt

Ein Fünftel aller Älteren in Privatwohnungen lebt (1997) in Wien, je ein weiteres Fünftel in ländlichen Gemeinden mit niedriger Agrarquote, von den mehr als 85-jährigen aber lebt ein Viertel in der Bundeshauptstadt. Diese regionalen Unterschiede sind im Zusammenhang mit Fragen der Erreichbarkeit wichtiger Einrichtungen und der Versorgung zu sehen. Für die meisten alten Menschen hängt die Selbständigkeit nicht nur von der Wohnung und ihrer Ausstattung ab, sondern auch von den Einrichtungen, die zu Fuß in erreichbarer Nähe liegen. Die relativ schlechteste Versorgung findet sich in kleineren Gemeinden mit hoher Agrarquote, in Gemeinden ab 20.000 Einwohnern wird der Anteil schlecht versorgter Senioren- und Seniorinnenhaushalte geringer, in Wien verschwindet er fast völlig. Die am schlechtesten versorgte Gruppe kann in 15 Minuten weder ein Lebensmittelgeschäft, noch einen Arzt oder eine Apotheke zu Fuß erreichen, ein Faktum, das mit abnehmender Mobilität zu einem erheblichen Problem wird. Wiewohl das durchschnittliche Gesamtversorgungsniveau in den letzten zwei Jahrzehnten zugenommen hat, ist diesen „Ausreißern" gerade in der Zukunft vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen.

4.3 Im Alter variieren die Wohnformen

Zu den funktionalen Aspekten – Ausstattung, Standard, Lage – einer Wohnung treten emotionale und soziale hinzu. Mit zunehmendem Alter verbringen die Menschen mehr und mehr Zeit in der Wohnung, es gewinnt das nähere Umfeld an Bedeutung, die Zusammenhänge zwischen Wohnung und Wohnzufriedenheit sowie Gesundheit werden deutlicher. *Offenbar ist, dass das Unfallrisiko älterer Menschen in schlecht ausgestatteten Wohnungen wesentlich höher ist als in gut ausgestatteten.* Experten schätzen, dass die Unfallfolgekosten, besonders über den hohen Pflegeaufwand, in die Milliarden gehen könnten. Unfallprävention bzw. aktive Unfallverhütung bietet sich geradezu als gesellschaftspolitische Aufgabe an.

Über die beiden traditionellen Wohnformen hinaus – Wohnen zu Hause und Wohnen im Heim – haben sich in den letzten Jahren „neue" Wohnformen für Ältere entwickelt. Allen gemein-

www.parlament.gv.at

sam ist *die Vorstellung, dass sie durch spezifische Wohn- und Lebensverhältnisse, die sich an einem geeigneten Zusammenspiel von Betreuung und baulicher Umgebung orientieren, zur Selbständigkeit und Selbstbestimmung beitragen sollen.* Zu diesen Formen zählen betreutes bzw. betreubares Wohnen, integriertes Wohnen, gemeinschaftliches Wohnen in selbstorganisierten Wohnprojekten, Mehrgenerationenwohnen und Seniorenwohngemeinschaften. An Evaluierungen solcher Projekte, die in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlichen Konzeptionen zahlreich vorkommen, mangelt es allerdings; empirisch fundierte und verallgemeinerbare Erfahrungen darüber, unter welchen Bedingungen diese Formen angenommen werden und erfolgreich sind, fehlen damit weitgehend. Wohnungen haben eine lange Lebensdauer und Stadtplanung prägt Wohnquartiere und ihre sozialen Strukturen auf Jahrzehnte hinaus, gute Dokumentation und Evaluation von neuen Projekten würde sich daher von selbst nahelegen.

Zu einem Thema besonderen Interesses sind in der jüngeren Zeit die Vorstellungen über „altengerechtes" Bauen und Wohnen geworden. Da dieser Begriff eine relativ homogene Konstellation von Bedürfnissen und Ansprüchen bei allen Älteren voraussetzen würde, ist ihm mit Vorsicht zu begegnen, schließlich gibt es keine andere Bevölkerungsgruppe, in der die inter- und intraindividuellen Unterschiede vielfältiger wären. So *bietet sich in der gegenwärtigen Diskussion eher an, von barrierefreiem Bauen oder von anpassbarer Wohnung zu sprechen.* Aus einem für die meisten Älteren homogenen Bedürfnisprofil Baurichtlinien abzuleiten, ist wahrscheinlich unmöglich, bauliche Gegebenheiten variabel zu halten und sich ändernden Bedürfnissen anzupassen, dürfte sehr wohl möglich sein (und scheitert nach Expertenmeinung nicht an Kostenfragen).

5. Freizeit, kulturelle Beteiligung, Bildung und Mobilität im Verkehr

5.1 Für einen modifizierten Freizeitbegriff

Freizeit wird herkömmlicherweise mit Arbeit verknüpft und gilt dieser gegenüber als sekundär. Immer mehr wird aber fraglich, ob die Nachwirkungen der beruflichen Phase im Alter von solcher Bedeutung sind, wie immer angenommen wird (wurde), zumal der „Ruhestand" immer länger dauert und persönliche Ressourcen zu seiner Gestaltung eingesetzt werden; die Annahme einer Kontinuität wird damit problematisch. Ein positiver Begriff von Freizeit, der jenseits von Ausruhen und Langeweile liegt, baut auf Potenzialen und Kompetenz im Alter sowie auf Generativität auf und zielt auf günstige Rahmenbedingungen für Freizeitaktivitäten.

5.2 „Frei"-Zeitbudgets und kulturelle Beteiligung

Die Zeitbudgets der Älteren verändern sich wenig auffallend, Konsum von Information hat einen beträchtlichen Stellenwert. Die äußeren Zeitgeber bzw. die Zeitmarken werden vom Haushalt und der Haushaltsarbeit bestimmt. Dabei werden Geschlechtsunterschiede sichtbar. Ältere Frauen verwenden den Vormittag zum Saubermachen, Einkaufen, Kochen, Waschen und Bügeln; Männer verbringen einen Teil des Vormittags auch für Tätigkeiten außer Haus und ein bisschen Lesen. Die Nachmittage sind es dann, die für beide Teile zur Freizeit zählen, der Abend gehört dem Fernsehen. 1992 veranschlagten die 50- bis 54-jährigen im Schnitt einen Freizeitanteil pro Tag von 4 Stunden und 45 Minuten, die über 70-jährigen einen von 6 Stunden und 43 Minuten. Männer haben etwas mehr Freizeit als Frauen. Mit zunehmendem Alter verwischt sich, im Vergleich zu den Berufstätigen, der Freizeitanteil zwischen den Wochentagen und dem Wochenende. Am Wochenende

wird mehr geschlafen, es gibt mehr Besuche und Kontakte und es wird länger ferngesehen. Verwandten- und Bekanntenbesuche zeigen im Altersgruppenvergleich einen U-förmigen Verlauf; die 55- bis 69-jährigen verwenden dafür mehr Zeit als die 50- bis 54-jährigen und die Menschen über 70. Fernsehen, Hobbies, Ausruhen und Lesen nehmen aber mit steigendem Alter zu. Rückläufig ist dagegen wiederum der Teil der Zeit, der für aktives Betreiben von Sport und für den Besuch von Lokalen aufgewendet wird. 1992 haben 86% der über 70-jährigen ferngesehen, wobei dafür täglich rund drei Stunden aufgewendet wurden; *ältere Menschen gehören zu den intensivsten Mediennutzern*, sie sehen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich viel fern; Zeitungen und Zeitschriften lesen sie täglich ca. 1_ Stunden. Auf das Lesen von Büchern scheint das Altern kaum Einfluss zu haben. Pensionisten gehören (in einem Volk der Wenig-Leser: 1992 hatten im Schnitt 41% der Bevölkerung innerhalb einer Woche „keine Zeit", ein Buch zu lesen) zu den Wenig-Lesern, aber wer in seinem Leben immer schon viel gelesen hat, nützt im Alter die zusätzliche freie Zeit weiter zum Lesen. Dabei stehen bei den Älteren Sach-, Kunst- und Kulturbücher sowie Reise- und Länderbeschreibungen im Vordergrund.

Freizeit variiert natürlich auch nach äußeren Lebensumständen. Menschen mit höherer Schulbildung, höherem Einkommen und guter Gesundheit berichten über weniger Freizeit. Verheiratete berichten über das geringste Ausmaß an Freizeit, Verwitwete, Menschen in Ein-Personen-Haushalten und über 75-jährige haben viel Freizeit. Was tun die Älteren in ihrer freien Zeit außerhalb dessen, was schon genannt wurde? *Opern-, Operetten-, Konzert- und Theaterbesuche tragen bei den Älteren den Charakter des besonderen Ereignisses.* Insgesamt ist die kulturelle Beteiligung schichtabhängig: je höher die Schicht, desto häufiger die Beteiligung. Dies trifft auch für Ausstellungsbesuche zu.

5.3 Reisen und einige Fehleinschätzungen

Entgegen oft gehörten Meinungen verbringen die meisten Älteren ihre Zeit nicht mit Reisen. Die Situation ist komplizierter. Zwar stimmt es, dass in den vergangenen Jahrzehnten die Reisefreudigkeit offensichtlich zugenommen hat, doch gibt es sehr feine Unterschiede. Ein stark gestiegenes Reiseinteresse gab es z. B. bei den 50- bis 59-jährigen (1990-1996), die über 60-jährigen insgesamt weisen aber im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein unterdurchschnittliches Reiseinteresse auf; unter den über 75-jährigen haben gar drei Viertel keine Urlaubsreise mit mehr als vier Übernachtungen gemacht. Auch scheint nicht zuzutreffen, dass jene am meisten reisen, die sonst wenig Mobilitätsmöglichkeiten haben. Von den über 75-jährigen Wienern und Wienerinnen haben 1996 ca. 45% mehr als eine Urlaubsreise gemacht und von den 60- bis 74-jährigen mehr als die Hälfte, von den Burgenländern und Burgenländerinnen in den entsprechenden Altersgruppen aber nur 7% bzw. ein Fünftel. Auch bei diesem Thema gilt es wieder zu beachten, dass das Alter allein wenig über die Verhaltensweisen aussagen kann. Bei gleichem Alter reisen Menschen mit höherer Schulbildung, höherem Einkommen und großstädtischem Wohnort etwa doppelt so häufig wie Menschen, die aus Kleingemeinden stammen, Pflichtschulabschluss und weniger als 8.000 öS haben. Selbst der Rückgang der Reisetätigkeit bei den sehr Alten ist viel mehr auf körperliche Belastung und Gesundheitsprobleme zurückzuführen.

5.4 Bildung und Weiterbildung

Ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung ist über 60 Jahre, aber kaum ein Zehntel der über 60-jährigen findet sich in Österreichs Volkshochschulen – den Einrichtungen der Erwachsenenbildung im engeren Sinn. Bei den Bildungsaktivitäten dieser (und anderer) Einrichtungen steht die Vorstellung der „Lebensbegleitung durch Lernen" im Vordergrund, ein Begriff, der

www.parlament.gv.at

Bildung, Schulung, Qualifizierung und Animation beinhalten kann. Wird allerdings in den Programmen der Erwachsenenbildung, von den Volkshochschulen über die Universitäten bis zu den Bildungshäusern, nach Angeboten für die Älteren gesucht, sind nur in speziellen Bereichen Kurse zu finden.

In den Volkshochschulen waren die über 60-jährigen 1996/97 mit 9,7% an allen, die an Kursen teilnahmen, vertreten; das entspricht etwas über 48.000 Teilnahmen. Damit sind die Älteren krass unterrepräsentiert. Regional gibt es ins Auge springende Unterschiede. Die Repräsentation der über 60-jährigen in den Volkshochschulen, im Vergleich zu ihrem Anteil im jeweilige Bundesland, ist im Burgenland am schlechtesten und in Wien am besten. Leichte Steigerungen dieser Raten werden für die Zukunft einerseits aufgrund der zahlenmäßigen Zunahme der Älteren, andererseits durch wachsendes Bildungsinteresse erwartet. In welchen Bereichen sind die Älteren nun zu finden? Für viele mag sicher überraschend sein, dass der Fachbereich Sprachen dominiert; mit 29,4% wird er am meisten nachgefragt. Gleich darauf folgen die Bereiche Körper und Gesundheit sowie Kreativität und Freizeit. Bei den über 60-jährigen steigt, im Vergleich zu allen Teilnehmenden, das Interesse an kulturellen Angeboten. *Für den Bereich der Erwachsenenbildung / Volkshochschulen muss also davon ausgegangen werden, dass die Angebote meist nicht spezifisch auf die Bildungsinteressen der Älteren abgestimmt sind und dass diese Gruppe erheblich unterrepräsentiert ist.* Die aktuelle Bildungsnachfrage der Älteren konzentriert sich auf Sprachen, Gesundheit, Lebensgestaltung, Kreativität, Freizeit und Politische Bildung, die Frage ist, ob eine entsprechend altersdifferenzierte Angebotspolitik das Bildungsinteresse der Älteren zusätzlich steigern könnte. Jedenfalls scheint es gegenwärtig so zu sein, dass ein erster Bruch im Interesse an Weiterbildung und Teilnahme an entsprechenden Aktivitäten bei ca. 50 Jahren eintritt, ein weiterer dann mit ca. 60.

Ältere Studierende an Universitäten sind längst zur Selbstverständlichkeit geworden, das Interesse älterer Menschen an universitärer Bildung steigt zunehmend; so ist der Anteil der Spätstudierenden an allen Studierenden in Österreich von 1,9% im Jahr 1979/80 auf 5,3% im Jahr 1998/99 angewachsen – das sind fast 13.000 Spätstudierende, mit über 60% Frauen unter ihnen. Welche Fächer werden belegt und weshalb wird studiert? In Massen-Studienrichtungen wie den Rechtswissenschaften studieren zwar zahlenmäßig viele Ältere, ihr relativer Anteil bleibt aber unter 5%. In Geschichte, Kunstgeschichte und Theologie erreichen sie bis um die 10% und in Fächern wie Numismatik oder Volkskunde steigt ihr Anteil an den Studierenden bis auf zwei Drittel. Zu den stärksten Motiven gehören die sinnvolle Gestaltung der Freizeit, die Steigerung des Selbstwertgefühls und der Erfahrungsaustausch und der Kontakt mit anderen Studierenden. Gerade diese Tatsachen sollten jene zum Verstummen bringen können, die immer wieder danach fragen, was es nütze, in die Ausbildung von Menschen zu investieren, die nicht mehr leistungsfähig seien oder der Gesellschaft nichts mehr zurückgeben könnten. *Die Fragen haben sich eher darum zu drehen, welche neuen Aufgaben die Universitäten in einer alternden Gesellschaft auch erfüllen könnten.*

Pensionisten- und Pensionistinnenvereinigungen, öffentlich-rechtliche Medien mit gesetzlichem Bildungsauftrag, Interessenvertretungen und Religionsgemeinschaften etc. tragen ebenfalls zur Bildung im Alter bei. Allerdings ist festzuhalten, dass vorhandene Dokumentationen und Analysen keinen repräsentativen und systematischen Überblick erlauben.

5.5 Ältere Menschen im Straßenverkehr

Auf den ersten Blick scheinen ältere Menschen im Straßenverkehr keine erheblichen Probleme zu haben. Werden die Unfallzahlen aber auf gefahrene Kilometer bezogen bzw. auf zurückgelegte Wege, so stellt sich die Gruppe der über 65-jährigen als am

meisten gefährdet nach den jungen KfZ-Lenkern (18-24 Jahre) heraus, *zu Verkehrsopfern aber werden die Älteren vor allem als Fußgänger*. Nach einer Untersuchung aus dem Jahr 1985 war jeder zweite tote Fußgänger über 65, eine Quote, die sich bis heute kaum geändert hat.

Der Verkehr soll zentrale Bedürfnisse der Menschen, vor allem Mobilitätsbedürfnisse befriedigen, und zwar auf der Straße und im öffentlichen Verkehr. Diese Bedürfnisse werden primär über Mobilität auf mittlerer und genereller Ebene (Zugang zu Arbeitsplätzen, Versorgung mit Gütern etc.) sowie über objektive, durch Experten definierte Sicherheit befriedigt. In diesem System gibt es nun, gerade mit Blick auf die Älteren, einige Widersprüche. Sie sind, mehr als andere, als ungeschützte Verkehrsteilnehmer unterwegs. Nur für wenige von ihnen gilt, dass sie als Ursache signifikanter Größe für Unfälle in Frage kommen. Trotzdem ist der Schluss der Verkehrssicherheitsexperten und anderer Entscheidungsträger, dass ihnen „der Schein" weggenommen werden müsse; neben der Bedenklichkeit in Hinsicht auf gleiche Behandlung ist außerdem fraglich, ob die entsprechenden Tests – Leistungsmessungen – für ältere Menschen überhaupt angemessen sind. *Hier wird eine Gruppe mit falschen Argumenten tendenziell ausgegrenzt*. Der erste Widerspruch bedeutet, dass Bedürfnisse ungleich erfüllt werden. Die Verkehrsentwicklung hat dazu geführt, dass für die Autofahrer die Erfüllung relevanter Bedürfnisse betrieben wird, für andere Gruppen aber nicht in diesem Ausmaß. Mit anderen Worten: solange die Älteren Autofahren können und *dürfen*, werden ihre Bedürfnisse als wichtige Zielgruppe befriedigt. Der zweite Widerspruch betrifft die ungleiche Verteilung der Nachteile. Die Sicherheitsbedürfnisse von Fußgängern (wiederum überdurchschnittlich viele Ältere), Radfahrern und öV-Passanten sind Bedürfnisse nach „Sicherheit vor dem Autoverkehr". Die zum Zweck der Sicherheit errichteten Barrieren (Übergänge, Unterführungen etc.) gehen jedoch in der Regel zu Lasten des Verkehrskomforts derer, die geschützt werden sollen. Es sollte aber klar werden, *dass alle Maßnahmen, die das Leben für Fußgänger und Radfahrer tatsächlich erleichtern, in besonderem Maße auch den Älteren zugute kommen*.

Als zentrales Problem ist anzusehen, dass die Entwicklungslogik des motorisierten Individualverkehrs viele ältere Menschen in ihrer Mobilität nicht fördert, sondern hindert und dass außer ihnen keiner anderen Gruppe generell angesonnen wird, ihre Mobilität einzuschränken (Führerscheinrückgabe). Im Rahmen von Verkehrsstrukturen, die allesamt auf Fortbewegung durch das KfZ zugeschnitten sind, bedeuten diese Verhältnisse bestenfalls Minderung der Lebensqualität, schlechtestenfalls den Verlust der Selbständigkeit, sich selbst zu versorgen.

6. Vom Erwerbsleben in den Ruhestand

6.1 Ältere Arbeitskräfte – nein danke?

Ältere Arbeitskräfte haben in den letzten Jahren den prozentuell stärksten Anstieg an Arbeitslosigkeitsfällen, den höchsten Anstieg in der Langzeitarbeitslosenquote und die geringsten Chancen zur Wiedereingliederung. Die geringeren Wiedereingliederungsaussichten und die längere Dauer der Arbeitslosigkeit stellen sich bei Frauen verschärft heraus. *Seit den 80er Jahren sehen sich ältere Arbeitskräfte (über 50 Jahre), relativ unabhängig von ihrer Qualifikation, im Vergleich zu den jüngeren einem ähnlich hohen und manchmal sogar höheren Arbeitslosigkeitsrisiko gegenüber*. Im Rahmen einer Studie (Steiermark) interessierte sich die Hälfte der befragten Unternehmen nur für Bewerber und Bewerberinnen unter 45, mit über 50-jährigen wollte nur ein Fünftel der Betriebe überhaupt ein Gespräch führen. Ältere Arbeitskräfte sind seit ca. 15 Jahren zu einer Zielgruppe besonderer politischer, betrieblicher und administrativer Maßnahmen geworden.

www.parlament.gv.at

Die Kontexte der Ausgliederung haben eine sozialpolitische Seite und eine betriebliche. Meist spielen – und häufig nur zugeschrieben – gesundheitliche Veränderungen, physische und psychische Leistungsminderung, berufspositionelle Schlechterstellung, tätigkeitsbezogene Minderqualifizierung, Altersdiskriminierung und Kostenüberlegungen eine Rolle. Die Endphase der Erwerbstätigkeit ist ein Übergangsfeld mit verschiedenen „Lösungen". Innerhalb der Betriebe ist eine typische Form der Schonarbeitsplatz oder die Nische (Lager, Sonderprojekte, abseits des Kundenempfangs); eine weitere Form ist die Kombination aus gezieltem Betriebswechsel, kollektiver Leistungskontrolle im Betrieb, Abwickeln der formalen Aufstiegsmöglichkeiten und gezielter Weiterbildung; eine dritte Form ist die traditionelle Arbeitsplatzanpassung ohne große Umstellungen, wobei die alten Tugenden wie Pünktlichkeit, Fleiß, Betriebsloyalität und Verlässlichkeit positiv veranschlagt werden; eine vierte Form ist die plötzliche Kündigung, an die mehr oder (meist) weniger aussichtsreiche Möglichkeiten gekoppelt sind, einen der verschiedenen Wege in den Ruhestand zu wählen.

6.2 Niedrige Erwerbsquoten und früher Pensionsantritt

Zu den ausgeprägtesten Entwicklungen im Beschäftigungssystem gehört das Absinken der Erwerbsquoten unter den älteren Kohorten. Gegenwärtig zeigt Österreich, zusammen mit Italien, die geringste Erwerbsbeteiligung „Älterer" (über 55-jährige) im Vergleich der OECD-Länder. Dazu gesellt sich ein im internationalen Vergleich niedriges Pensionseintrittsalter, das 1997 bei den Frauen bei 56,7 und bei den Männern bei 58,3 Jahren lag. In jüngerer Zeit haben vor allem zwei Faktoren die Höhe des Pensionszugangsalters beeinflusst: einerseits die demografische Entwicklung, andrerseits die Anrechnung von Kindererziehungszeiten. Für viele der beobachtbaren Unterschiede nach Beschäftigungsstatus und Geschlecht steht im Hintergrund die Entwicklung der Invaliditätspensionen. Auf die Männer entfallen fast drei Viertel der Invaliditätspensionen, die vorzeitige Alterspension wegen Arbeitslosigkeit ist nahezu eine reine Frauensache. Arbeitslosigkeit bedeutet jedenfalls einen „Push-Effekt" für die Pensionierung.

Die Beschäftigung von InvaliditätspensionistInnen ist wiederholt zum Thema geworden. Meist sind eine eigene Pension zu beziehen und zusätzlich ein Erwerbseinkommen zu haben, Objekt von Begehrlichkeiten und Verurteilungen. *Im Falle der Invalidität haben Mehrfacheinkommen allerdings einen sozialpolitischen Sinn*, da die zusätzlichen Einkommen die vielfach sehr niedrigen Pensionen aufbessern können; außerdem ist die Integration von Invaliden und Behinderten in den Arbeitsmarkt ja ein beschäftigungspolitisch deklariertes Ziel. Wieviele beziehen Pensionen und sind erwerbstätig? Im Juli 1996 waren 53.000 Pensionisten und Pensionistinnen beschäftigt. Dazu kamen noch 21.000 Personen, die neben einer Eigenpension eine geringfügige Beschäftigung hatten. Fast die Hälfte jener, die versicherungspflichtig erwerbstätig waren, entfielen auf Witwen(wer)pensionistInnen.

6.3 Die gepriesene Weiterbildung

Gegenwärtig werden der Weiterbildung und der Höherqualifizierung als Maßnahmen zur Verbesserung der Weiterbeschäftigung jeweils ein hoher Stellenwert in der öffentlichen Diskussion eingeräumt. Die Situation ist jedoch schwierig. In einer österreichischen Studie trat zutage, dass 59% der Frauen und 29% der Männer sich in den letzten fünf Jahren vor der Befragung nicht beruflich weitergebildet hatten, dass 76% von jenen, die keinerlei Hinweise auf Weiterbildungsveranstaltungen hatten, auch an solchen nicht teilnahmen, dass aber 85% jener, die regelmäßig von Betrieben informiert werden, solche Möglichkeiten auch nützen. Bei aller Wertschätzung von Maßnahmen zur Höherqualifizierung ist offensichtlich: *Erfolgreiche Weiterbildung ist an systematische Erfolgskontrolle gebunden, sie bedarf einer präzisen Analyse des*

Weiterbildungsbedarfs, einer bedarfsgerechten Organisation und adressatengerechten Durchführung und sie ist an entsprechende Informationsarbeit gebunden.

6.3 Langzeitarbeitslosigkeit unter Älteren

Häufig ist Langzeitarbeitslosigkeit eine späte Phase in einem langen Verlauf unterschiedlicher Arbeitslosigkeitsepisoden. Im Vergleich der Verhältnisse vor der und in der (langen) Arbeitslosigkeit stellen sich erhebliche Veränderungen ein. Neben den bekannten sukzessive schlechter werdenden materiellen Bedingungen kommt es zu einer Zunahme an erlebten Belastungen in inner- und außerfamiliären Beziehungen; Menschen haben Angst, wegen ihrer Arbeitslosigkeit diskriminiert zu werden, sie ziehen sich aus sozialen Beziehungen zurück – es stellt sich soziale Segregation ein. Die Arbeitslosen zeigen auch ein höheres Maß an Aggressivität, ein geringeres Maß an Toleranz und ein reduziertes Vertrauen in den Staat und die Gesellschaft.

7. Gesundheit, Versorgung, Betreuung und Pflege

7.1 Alter ist nicht gleich Krankheit

Zu den wichtigsten Einsichten der letzten Jahrzehnte, die ein lange währendes Vorurteil zu überwinden möglich machte, gehört, *dass Altern nicht mit einer generellen Abnahme von körperlichen und geistigen Fähigkeiten einhergeht und dass gesundheitliche Veränderungen im Alter in hohem Maße individuell verschieden sind*, ein allgemeines Muster der gesundheitlichen Veränderung sich also kaum feststellen lässt. Frühere Lebens- und Arbeitsverhältnisse, soziale Klasse, persönlicher Lebensstil, familiäre Bedingungen, aber auch die Geschlechtszugehörigkeit bewirken diese Differenzen. Trotzdem wird in der Öffentlichkeit die Diskussion noch immer häufig defizit-orientiert und medizin-orientiert geführt. Beide Sichtweisen sind unvollständig, da sie nur jeweils bestimmte Aspekte eines höchst facettenreichen Bildes zu erfassen vermögen. Eine Änderung dieser vereinfachenden Sichtweisen wird vermutlich nur über zwei Korrektive zu erreichen sein: einerseits über eine umfassende Gesundheitsaufklärung und andererseits über die Schließung zumindest der größten Wissenslücken durch intensivierte Forschung. Dass Aufklärung, natürlich im Zusammenhang mit eigener Betroffenheit oder biografischer Nähe zu Risikofaktoren, eminente Effekte erzielen kann, haben österreichische Ergebnisse gezeigt. Einerseits haben die über 50-jährigen bzw. die über 60-jährigen tatsächlich das beste Wissen und das größte Gesundheitsbewusstsein in Bezug auf Bluthochdruck und Cholesterinspiegel, die beiden wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen (an denen in den Industrieländern über 50% der Menschen sterben), andererseits war 1978, im Anschluss an die „Blutdruck-Kampagne", das Blutdruckbewusstsein auf seinem höchsten Stand. Da Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel in mittleren und späteren Lebensjahren gute Prädiktoren für eine verkürzte behinderungsfreie Lebenserwartung sind, müsste Gesundheitsaufklärung sich auch gezielt auf diese Bereiche konzentrieren.

7.2 Epidemiologische Hinweise

Meist lassen sich im letzten Lebensabschnitt Veränderungen feststellen, die ihre Wurzeln schon Jahre oder Jahrzehnte davor in mehr oder weniger schweren und vielfach chronisch verlaufenden Erkrankungen und Beeinträchtigungen haben. *Unter den Todesursachen stehen an vorderster Stelle die Herz-Kreislauferkrankungen (54% der Männer und 63% der Frauen sterben an ihnen). Mit einigem Abstand folgen Krebserkrankungen* als Todesursachen, dann kommen, schon in einstelligen Prozentwerten, infektiöse und parasitäre Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

www.parlament.gv.at

sowie Krankheiten der Atmungsorgane etc. Mit zunehmendem Alter steigt das Sterberisiko vor allem bei den Herz-Kreislauferkrankungen; bei den über 85-jährigen sind bei den Männern etwa zwei Drittel und bei den Frauen beinahe drei Viertel aller Sterbefälle auf sie zurückzuführen.

Trotzdem ist *in den letzten Jahren die altersspezifische Sterblichkeit zurückgegangen*. Altersstandardisiert und auf die Bevölkerung bezogen lag die Sterberate der über 60-jährigen 1998 um etwa ein Drittel unter jener von 1980. Allerdings ist die Sterberate auch unter den Jüngeren zurückgegangen. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist bei den altersstandardisierten Sterbeziffern beträchtlich. Männer über 60 Jahre haben heute ein um 60% höheres Sterberisiko als Frauen derselben Kohorte. *Aus diesen Befunden ist allerdings nicht voreilig der Schluss zu ziehen, dass die Älteren auch laufend gesünder würden*. Es ist zu beachten, dass historisch gesehen der Bedeutungsgewinn der chronisch-degenerativen Erkrankungen gegenüber den akuten Erkrankungen der „Preis" für die stark gestiegene Lebenserwartung und das Ergebnis besserer sozialer und ökonomischer Lebensbedingungen sowie der Möglichkeiten der modernen Medizin ist.

Jugendliche und junge Erwachsene sind in erster Linie durch exogene Todesursachen wie Unfälle und Selbstmord gefährdet. Endogene Todesursachen (d. h. Krankheiten) spielen in diesem Alter noch eine geringere Rolle. Auch das exogene Sterberisiko ist in den letzten Jahren zurückgegangen. Die standardisierte männliche Sterberate ist seit 1980 um 39%, jene der Frauen um 61% gesunken. *Unfälle durch Sturz sind mit Abstand die häufigste Todesursache unter den exogenen Faktoren für die über 60-jährigen*. Beinahe ein Drittel aller männlichen und mehr als die Hälfte aller weiblichen exogenen Sterbefälle sind auf diese Ursache zurückzuführen. Große geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich bei der exogenen Todesursache Selbstmord und Selbstschädigung. Männer im Alter über 60 begehen mehr als viermal so häufig Selbstmord wie Frauen, wobei leider *festzuhalten ist, dass Österreich zu den Ländern mit den höchsten Selbstmordraten der Welt zählt*.

Wesentlich schwieriger als die Todesursachen ist die Morbidität zu bestimmen. Der Grund ist eine unbefriedigende Datenlage. Obwohl mehrere verschiedene Erhebungsformen existieren, hat jede von ihnen gravierende Mängel. Jährlich wird bei etwa jedem 50. Österreicher und bei jeder 80. Österreicherin im Alter von über 60 Jahren eine Neuerkrankung an einer Krebslokalisation diagnostiziert. Dies entspricht etwa 2,1% der männlichen und 1,2% der weiblichen Bevölkerung, insgesamt waren es 1996 12.786 Männer und 12.298 Frauen in diesem Alter. Die männliche Bevölkerung über 60 Jahre (altersbereinigt) hat dabei ein um etwa drei Viertel höheres Risiko, an einer bösartigen Neubildung zu erkranken als Frauen.

Bei den Männern tritt das Prostatakarzinom am häufigsten auf (ein Viertel aller Krebserkrankungen), bei den Frauen Brustkrebs (23% aller Krebserkrankungen). An zweiter Stelle folgt Darmkrebs, danach rangieren Lungenkrebs, Magenkrebs und Krebs der Gebärmutter.

7.3 Multimorbidität und der geriatrische Patient

Alter und auch Altern zeigen, wie schon erwähnt, innerhalb einer Altersgruppe und zwischen den Altersgruppen beträchtliche Unterschiede. Im höheren Alter nimmt die Zahl der Krankheiten und Gebrechen zu; sind es in der Spanne zwischen dem 65. und 69. Lebensjahr 9% der Bevölkerung, die 7 oder mehr körperliche Beeinträchtigungen aufweisen, so sind es bei den über 80-jährigen über 30%. Parallel zu diesen Befunden bestätigt sich, dass mit steigendem Alter der Anteil der Menschen größer wird, die ihr Leben nicht mehr selbständig führen können (Verlust an Kompetenz). Österreichische Untersuchungen zeigen bei 65- bis 69-jährigen 6,39, bei 80- bis 84-jährigen 8,27 Diagnosen pro Patient. *Nun bedeutet zwar die Multimorbidität des alternden Menschen, dass mit zunehmendem Alter häufiger mehrere Krankheiten gleichzeitig*

angetroffen werden, nicht aber von vornherein, dass diese auch gleichzeitig alle behandlungsbedürftig sind. Als eigentliche Todesursache betrachtet man im Rahmen der Altersmultiplizität jene Affektion, die am Ende einer bedrohlichen Krankheitskette für den Tod verantwortlich zu machen ist, z. B. die akute Herzinsuffizienz nach Myokardinfarkt oder die massive Lungenembolie aus einer Beckenvenenthrombose.

Der geriatrische Patient ist also immer durch verschiedene Merkmale charakterisiert: sein biologisches Alter, sein Leiden an mehrfachen Erkrankungen, eine oft unspezifische Symptomatik, verlängerte Krankheitsverläufe und verzögerte Genesung, veränderte Reaktion auf Medikamente, Demobilisierungssyndrome und psychosoziale Symptome. Für eine angemessene Beurteilung sollte immer die gebräuchlich gewordene Unterscheidung zwischen „alternden" Krankheiten (solche, die in früheren Lebensjahren erworben wurden und bis ins hohe Alter bestehen), primär im Alter auftretenden Krankheiten und Erkrankungen, die ohne wesentliche Altersspezifität auftreten, beachtet werden.

7.4 Chronische Erkrankungen

Bis vor wenigen Jahren waren die chronischen Krankheiten im manifesten Stadium einer wirksamen Therapie nicht oder kaum zugänglich. In jüngerer Zeit gibt es Ansätze für eine medikamentöse Therapie chronischer Krankheiten wie z. B. Rückbildung arteriosklerotischer Gefäßveränderungen oder Hemmung der Bindegewebsbildung. Chronische Erkrankungen, die oft die Ursache früher Invalidität sind, werden in der Regel nicht durch eine einzige Ursache ausgelöst, meist sind mehrere innere und äußere Bedingungen verantwortlich. Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung gilt: Die Zahl der Menschen mit chronischen Zuständen wächst mit dem Alter und betagte Menschen werden nicht nur häufiger von chronischen Leiden getroffen, diese Krankheiten treten auch häufiger gleichzeitig auf. Es ist daher sinnvoll, die chronisch kranken, geriatrischen Patienten in zwei Gruppen einzuteilen: eine Gruppe, deren chronische Leiden aktiv und fortschreitend sind und eine zweite Gruppe, deren Leiden stagnieren, also nicht pathologisch fortschreiten. Jedenfalls aber sind Mehrfacherkrankungen im Alter durch mehrere Eigenheiten gekennzeichnet: eine häufig vorhandene Gewöhnung und Akzeptanz durch die Älteren, die Kompensationsfähigkeit der vielfach erkrankten Organe, zusätzliche psychische und soziale Faktoren. Gerade die Kompensationsfähigkeit der vielseitig erkrankten Organe ist weit größer als den meisten Klinikern bewusst ist.

7.5 Wieviele Ältere sind betreuungsbedürftig?

Eine Antwort auf diese Frage ist nur in ungefährer Weise zu geben. Betreuung umfasst Hilfe und Pflege und bezieht sich auf gesundheitliche bzw. pflegerische Belange, aber auch auf die Unterstützung bei Haushaltsangelegenheiten und bei der Alltagsbewältigung. Im Laufe der letzten Jahre gab es mehrere, auf verschiedenen Basisstatistiken aufbauende Schätzungen zum Ausmaß der Betreuungsbedürftigkeit. Die demografischen Veränderungen sowie die inzwischen erfolgte Ausweitung der Betreuungsangebote insgesamt in Rechnung gestellt, ist es wohl *realistisch, für das Ende des Jahrtausends von ungefähr einer halben Million mehr oder weniger betreuungsbedürftiger Menschen über 60 auszugehen.* Im Rahmen der Pflegevorsorge wurde 1993 das Bundespflegegeld eingeführt, das individuell verfügbar gemacht wird und dessen Zweck es ist, pflegerische und Hilfeleistungen zukaufen zu können. Nach diesem Gesetz bezogen zu Jahresende 1998 315.000 Personen in Österreich ein Pflegegeld; unter ihnen waren fast 90% älter als 60 Jahre. Da die Zahl der Fälle von der Zuerkennungspraxis abhängt und als pflegebedürftig eingestuft wird, wer monatlich mindestens 50 Stunden Betreuung braucht, unterschätzt diese Statistik natürlich die Zahl der Betreuungsbedürftigen.

www.parlament.gv.at

Gegenwärtig sind die dominierenden Betreuungsarrangements im formal organisierten Bereich die Heimunterbringung und die ambulanten Dienste. Gegenwärtig leben ca. 65.000 Österreicher und Österreicherinnen über 60 Jahre in etwas mehr als 700 Einrichtungen, ungefähr 50.000 Personen nehmen den einen oder anderen ambulanten Dienst in Anspruch.

7.6 Zukunftsperspektiven und neue Formen der Betreuung

Der zukünftige Betreuungsbedarf ist keineswegs unabänderlich festgeschrieben. Er wird u. a. durch demografische Effekte, gesetzlich-sozialpolitische Regelungen und die Höhe von Qualitätsstandards bestimmt werden. Doch selbst bei günstigen Bedingungen ist mit einer signifikanten Zunahme der Zahl der Betreuungsbedürftigen zu rechnen, ein Anwachsen auf ca. 811.000 bis zum Jahr 2030 ist möglich; außerdem werden zusätzliche Ausgaben nötig sein, um nur das jetzige Betreuungsniveau halten zu können. Diese Entwicklung birgt Besonderheiten: *die Gruppe der Hochaltrigen wird am stärksten anwachsen, sodass bestimmte Erkrankungen wie Demenz und Inkontinenz häufiger werden; die Unterbringung in Heimen wird zunehmend auf Pflegeplätzen geschehen, während Wohnplätze rückläufig sind; die Tendenz zu einem immer höheren Alter der Bewohner und Bewohnerinnen von Heimen wird sich fortsetzen* (in manchen Bundesländern heute im Schnitt 82 Jahre), sodass dort die Zahl der Desorientierten sogar dramatisch ansteigen könnte. Diese Veränderungen stellen die Menschen, allen voran das betreuende Personal, aber auch die Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens, vor z. T. völlig neue Anforderungen.

Im Bereich des Personals wird es einer Qualifizierungsoffensive bedürfen sowie einer besseren gegenseitigen Durchlässigkeit der sehr heterogenen Ausbildungsgänge. Neue Formen der Betreuung werden sich vor allem im teilstationären Feld entwickeln müssen; betreutes Wohnen, Übergangspflege bzw. Kurzzeitpflege oder Tagespflege und Tagesbetreuung gehören zu diesen Neuerungen. Auf die wachsende Zahl älter werdender Behinderter, die tagesstrukturierte Betreuung benötigen, ist ebenfalls Bedacht zu nehmen. Die Entwicklung alternativer Wohn- und Betreuungsangebote steht in Österreich größtenteils erst am Anfang, *integrierte Wohnungs- und Betreuungsplanung sollten hier verstärkt in den Vordergrund rücken*.

7.7 Informelle Hilfe, Laienarbeit und Ehrenamt

Die familiären Betreuungsleistungen stellen nach wie vor den bei weitem größten Teil der Betreuungs- und Pflegearbeit dar. Mikrozensusergebnisse weisen sogar darauf hin, *dass die familiäre Pflege in den letzten Jahren zugenommen hat;* parallel dazu wurden die ambulanten Dienste ausgebaut. Damit sind drei Gruppen (neu) im häuslichen Betreuungsnetz aufgefangen worden: die neu hinzugekommenen Betreuungsbedürftigen, bisher nicht Betreute sowie jene, die bisher nur familiäre Betreuung, aber keine ambulante hatten. 1997 waren *88% der Pflegenden mit den von ihnen Betreuten durch Ehe- oder Lebensgemeinschaft oder verwandtschaftliche Beziehungen verbunden*; übrigens wird das vom Mikrozensus gezeichnete Bild einer dominanten Stellung der familiären Pflege auch durch die Analysen des Pflegegeldsystems bestätigt. Es überrascht nicht, dass auch im Kreis der Personen, die Langzeitpflege leisten, Frauen mit 80% vertreten sind. Männer stehen primär erst dann für Betreuungsarbeiten zur Verfügung, wenn sie älter als 60 Jahre sind und ihre Erwerbstätigkeit bereits aufgegeben haben. Hier ist anzumerken, dass sich die Relation zwischen betreuenden Frauen und Männern in den letzten zehn Jahren etwas verbessert hat. Informelle Pflege wird nur in 13% aller Fälle von Personen geleistet, die jünger als 40 Jahre sind, in 41% der Fälle sind die Pflegepersonen zwischen 41 und 60 Jahre und im restlichen Segment sind sie über 60 Jahre alt.

Betreuungsleistungen werden also in erheblichem Maße von Menschen erbracht, die selbst schon alt sind. In 69% der Fälle leben Betreuende und Betreute im selben Haushalt, in 18% beträgt die Wegzeit bis zu 15 Minuten, in den übrigen Fällen ist sie länger.

Ehrenamtliche Arbeit ist gemeinhin Tätigkeit, der kein monetäres Entgelt gegenüber steht. Sie wird aus den verschiedensten Motiven, innerhalb und außerhalb von Organisationen geleistet. Die Dokumentation über den Umfang der ehrenamtlichen Tätigkeit ist lückenhaft. In den 80er Jahren betrug das Volumen dieser Tätigkeiten das Äquivalent von 537.000 ganztags beschäftigten Personen; das machte damals 19% des Arbeitsvolumens aller unselbständig Erwerbstätigen aus. Im Bereich der sozialen Dienste war das Arbeitsvolumen damals mit rund 188.000 (Äquivalente) ganztags beschäftigten Personen enorm. Für Oberösterreich wurden 1990 mehr als 13.000 wöchentliche Freiwilligenstunden für altenrelevante Dienstleistungen ermittelt, 1995 beschäftigten die zwanzig größten österreichischen Wohlfahrtsorganisationen etwa 69.000 ehrenamtliche Personen (16.400 Vollzeitäquivalente), die kleineren etwas mehr als 82.000 (2.500 Vollzeitäquivalente). Dem Bereich Alter und Pflege ist ein nicht unbeträchtlicher Teil davon zuzurechnen.

7.8 Einige Probleme

Das Pflegegeldsystem hat es mit sich gebracht, dass zwischen pflegenden und gepflegten Personen die finanzielle Abgeltung vermehrt zu einem Thema wurde. Die Pflegegeldevaluation zeigte, dass etwa 14% der Betreuenden keinerlei finanzielle Entschädigung erhalten, in 27% haben Betreuende und Betreute eine gemeinsame Kassa, sodass der pflegebezogene Abgang nicht geschätzt werden kann, im Rest der Fälle werden mehr oder weniger regelmäßige Zahlungen geleistet. Grob gesagt lässt sich für die Frage der Pflegegeldverwendung vermuten, dass in mehr als 80% der Fälle die betreuende Person in irgendeiner Form Zugang zum Pflegegeld hat; damit *haben die Mischformen zwischen völlig unentgeltlicher und entgeltlicher Form der Pflege zugenommen.* Das Hauptmotiv für die Übernahme von Pflegearbeit ist soziale Verantwortung (das Gewissen) in Verbindung mit sozialem Druck. Diese Motivlage scheint abgekoppelt von der Einstellung, die Übernahme einer Pflege vorbereiten oder planen zu müssen. Konflikte ergeben sich zwischen Pflegearbeit und Berufstätigkeit (Doppelbelastung und schwere Vereinbarkeit), aus dauernder Belastung, die weder Urlaub noch Freizeit ermöglicht, aus mangelnder sozialer Absicherung sowie innerfamiliärer Beziehungsbelastung. 56% der Betreuenden sind aufgrund einer Berufstätigkeit oder Eigenpension krankenversichert, mehr als 40% sind beim Ehepartner mitversichert. Ca. 7% der Betreuenden haben überhaupt keine Pensionsversicherung, trotz der gesetzlichen Möglichkeit ist nur eine kleine Gruppe von 2% aufgrund ihrer Betreuungsarbeit sozialversichert.

Ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich von Alter und Pflege bedarf als Vorbedingung für Qualität und Zuverlässigkeit der Vorbereitung und Unterstützung. Damit ist nicht eine Radikallösung im Sinne einer Ausbildung für alle gemeint, sondern aufgaben- und situationsspezifische Stützung und Einführung. Auch kann es nur um die Frage des Einsatzes in bestimmten Aufgabengebieten gehen, und zwar in Abstimmung zu anderen, die eine eigene Qualifizierung voraussetzen. So wichtig die Leistungen des Ehrenamtes sind, so sehr *ist aus sozialpolitischer Sicht auf die Gefahren einer unkritischen Idealisierung hinzuweisen.* Sie lässt außer Acht, dass die soziale Absicherung mangelhaft ist, dass eine soziale Aufwertung dieser Tätigkeiten nicht willentlich oder durch Dekret herbeigeführt werden kann, dass eine Forcierung des Ehrenamtes auf keinen Fall als Antwort auf die ungelösten Fragen der regulären Beschäftigung verstanden werden kann. Im letzten Fall würde das Ehrenamt zu einem Ausgrenzungsmechanismus, besonders für Frauen.

www.parlament.gv.at

7.9 Ältere MigrantInnen

Arbeitsmigranten und -migrantinnen sind die Gruppe, auf die sich hier das Augenmerk richtet. Diese Gruppe ist in den letzten Jahren vor allem auch deshalb gewachsen, weil sich tendenziell immer mehr von ihnen im Alter für einen Verbleib im Aufnahmeland entschließen. Ende 1997 lebten in Österreich 743.000 Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft, 63% stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei. Nach der Volkszählung 1991 waren 6,3% der Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft älter als 60 Jahre; dieser Anteil ist inzwischen leicht gestiegen. Auffällig ist der Anteil der über 60-jährigen Männer bei Zuwanderern aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, der vergleichsweise höher liegt als bei der österreichischen Bevölkerung. In dieser Gruppe liegt auch der Anteil der ledigen Männer im Vergleich höher. In Hinsicht auf Betreuungsfragen ist bei der nicht-österreichischen Wohnbevölkerung auf das Zusammenspiel einiger Faktoren in besonderer Weise zu achten: die Wohnsituation, die Einkommensverhältnisse, die Rolle der Familie und die Sprachbarrieren.

Die Wohnsituation dieser Gruppe zeigt erhebliche Benachteiligungen. *Ein deutlich höherer Anteil von Migranten und Migrantinnen aus den erwähnten Ländern lebt in Wohnungen mit niedrigem Standard, für schlecht ausgestattete Wohnungen zahlen sie höhere Preise und gleichzeitig sind die Wohnungen im Schnitt kleiner bei gleichzeitig höherer durchschnittlicher Belagszahl.* Da diese Gruppe ihre Arbeitskraft meist billiger verkaufen muss, andererseits aber, wie z. B. in Wien, durch rechtliche Bestimmungen vom Bezug sogenannter Sozialwohnungen ausgeschlossen ist, entsteht die paradoxe Situation, dass sie zwar viele Kriterien der Bedürftigkeit erfüllt, aber keinen Zugang zu jenen Wohnungen findet, die für diesen Fall konzipiert worden sind. Die Unmöglichkeit, während der Arbeitsjahre im Aufnahmeland genügend Geld zu sparen, um in die Heimat zurückzukehren, führt zum Sturz der ursprünglichen Rückkehrpläne und zum Verbleib. Dabei erweist sich auch die Familiensituation als bedeutsam. Ältere Menschen, deren Kinder sich im Aufnahmeland eine Existenz aufgebaut haben, bleiben oft bei ihren Kindern. Neben den ökonomischen und familiären Bedingungen spielt auch der Gesundheitszustand eine Rolle. Aufgrund der Arbeitsbiografien weisen Migranten und Migrantinnen im Alter einen durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustand auf.

Vieles weist darauf hin, dass *in Zukunft mehr Migrantenfamilien auf professionelle Hilfe angewiesen* sein werden. Gerade im Falle von Bettlägrigkeit und Pflegebedürftigkeit erweisen sich dann die kleinen, überbelegten Wohnungen als Erschwernis. Krankenhauseinweisungen, die dann oft stattfinden, sind keine adäquate Lösung. Auch dürfte Migrationsarbeit und Altenbetreuung zuwenig vernetzt sein. Angesichts dieser schwierigen Situation benötigen die Betreuungseinrichtungen Reformen, um sich auf diese Klientel besser einzustellen; in Hinblick auf eine bessere Kommunikation sowie auf den Abbau von Missverständnissen und Konflikten ist der gezielte Einsatz von ausländischen Kräften zu überlegen; *das familiäre Unterstützungspotenzial muss gerade in diesen Fällen besonders gefördert werden, da sich die Familie womöglich noch stärker als wichtigste Säule der Betreuung herausstellt*; schließlich sollten österreichische Betreuer und Betreuerinnen durch Weiterbildung und Supervision unterstützt werden.

8. Politische und gesellschaftliche Partizipation

8.1 Größe einer Bevölkerungsgruppe und politische Wirksamkeit

Die klassische Auskunft zur Frage nach der politischen Interessiertheit und der entsprechenden Aktivität älterer Menschen hat immer wieder auf ihr Wahlverhalten Bezug genommen. Wenngleich die entsprechenden Ergebnisse nur bescheidene

Antworten geben können, ist doch zu sehen, dass auch in diesem Bereich in den letzten Jahren ein starker – und nicht immer genügend wahrgenommener – Wandel vor sich gegangen ist. Ein eindeutiger Befund heißt, dass die Wahlbeteiligung (mit dem Alter steigt und) erst im höheren Alter zurückgeht, wobei selbst bei den über 80-jährigen Männern das daran gemessene politische Interesse über jenem der 20- bis 29-jährigen liegt, während jenes der Frauen schon vor dieser Altersschwelle absinkt. Das politische Interesse wird aber auch durch die soziale Stellung mitbestimmt; das Bildungsniveau korreliert auch in der Gruppe der Älteren eindeutig mit der Wahlbeteiligung. Österreichische Wahlanalysen haben allerdings das „Alter" bisher eher stiefmütterlich behandelt. Insbesondere seit den Nationalratswahlen 1970, bei denen die jugendlichen Wähler und Wählerinnen ausschlaggebend für den Wahlsieg der SPÖ waren, galt das Hauptinteresse der Medien, der Parteien und auch der Politikwissenschaft dem Verhalten der „Jungwähler". Aber: Der oft genannte Konservativismus im Wahlverhalten der Älteren nimmt ab, es gehen mehr und mehr Menschen in Pension, die Erfahrung mit den verschiedensten Formen partizipativer Demokratie gewonnen haben und ein durchschnittlich höheres Bildungsniveau aufweisen, immer mehr ältere Menschen sind in lokalen Initiativen und sozialen Bewegungen engagiert, auch in Österreich bilden sich altenpolitische Interessenkoalitionen, die abseits von den alten Lagermentalitäten liegen. Diese Veränderungen müssen schließlich im Lichte der Tatsache gesehen werden, dass das Wählerrepertoire der Älteren sich verändert. 1981 war das durchschnittliche Wahlalter noch 44,7 Jahre, 2021 wird es 51,5 Jahre betragen und bis 2051 wird es auf 56,2 Jahre geklettert sein.

Und doch: *Die zahlenmäßige Größe der Gruppe der Älteren hat bisher noch kaum Anlass gegeben, ihren realen politischen Einfluss systematisch zu gewährleisten und zu kanalisieren.* Es scheint, als ob „Alter" – ähnlich wie Frauen, Jugend oder Behinderte – als gesellschaftliche Kategorie bislang nicht zureicht, um politische Kräfte auf breiter Basis zu mobilisieren. Das Altern der Gesellschaft hat nicht automatisch zu einer Anpassung der demokratischen, verbandlichen und staatlichen Institutionen an die größere Zahl älterer Menschen und ihrer spezifischen Bedürfnisse geführt. Auf formaler Ebene sind allerdings in den letzten Jahren „erste Schritte" unternommen worden. Auf den Ebenen aller Gebietskörperschaften wurden Einrichtungen geschaffen, die Mitsprache, Beratung und leichtere Wege des „Sich-zu-Wort-Meldens" ermöglichen sollen. Diese Initiativen werden von den meisten interessierten Personen grundsätzlich begrüßt.

8.2 Formale Vertretung

Neben den traditionellen Zuständigkeiten der einschlägigen Ministerien (neu ist das „Kompetenzzentrum für Seniorenpolitik" beim Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie) ist nun auf Bundesebene der „Bundesseniorenbeirat" geschaffen worden. Er dient dem institutionalisierten Dialog zwischen politischen Entscheidungsträgern und den Vertretern der Seniorenorganisationen in Fragen, die von allgemeiner österreichischer, oder integrationspolitischer und überdies seniorenspezifischer Bedeutung sind. Wenngleich diese Einrichtung von verschiedenen Seiten kritisiert wurde, stellt sie doch eine Möglichkeit zur Koordination von altersrelevanten Politikbereichen sowie zur Anerkennung der Alter(n)sproblematik auf Bundesebene dar. Eine Besserstellung des Beirates wurde durch das Bundesseniorengesetz aus 1998 erreicht. Gesetzlich festgelegt ist u. a. die Erstattung von Vorschlägen zu einer Reihe von Thematiken, die von den Generationenverhältnissen bis zur Ausarbeitung eines langfristigen Seniorenplanes reichen. Ausschließlich der „Seniorenkurie" (eine Gruppe aus VertreterInnen der drei großen Seniorenorganisationen innerhalb des Seniorenbeirates) ist es vorbehalten, Stellungnahmen zu Gesetzes- und

www.parlament.gv.at

Verordnungsentwürfen abzugeben, Empfehlungen für die Förderung seniorenspezifischer Projekte zu erstatten und bei der Erlassung von Richtlinien für die allgemeine Seniorenförderung mitzuwirken.

Auf Länderebene gibt es Seniorenbeiräte (Tirol: Seniorenplattform; Niederösterreich: Unterausschuss Senioren) in unterschiedlichen Modellen und Entstehungsgeschichten mit Seniorenreferaten oder Seniorenbeauftragten, die teils der Landesregierung direkt zugeordnet sind und die unter dem Vorsitz eines Landesrates oder einer Landesrätin bzw. einer VertreterIn einer Seniorenorganisation arbeiten. Seniorenbeiräte beraten die Landesregierungen in Fragen, die ältere Menschen betreffen, geben Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen ab, engagieren sich im Kampf gegen Altersdiskriminierung und sind selbst an Aktivitäten beteiligt, die der Ausweitung von Mitbestimmung und Mitsprache der Älteren dienen.

Auch auf Gemeindeebene gibt es in den letzten Jahren Versuche, die institutionellen Strukturen für die Partizipation der Älteren auszubauen. So wurde in Vorarlberg und Salzburg anfangs der 90er Jahre mit dem Aufbau von Gemeinde-Seniorenbeiräten begonnen. In Salzburger Gemeinden wurde die Arbeit an Leitbildern für eine neue Senioren- bzw. Generationenpolitik gestartet. Gemeinden, in denen gezielte Bemühungen zur Weiterentwicklung einer kommunalen Seniorenpolitik unternommen werden, die die Bedürfnisse und Anliegen der älteren Menschen kleinräumig verfolgt, sind in Österreich aber immer noch eine Minderheit. *Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass gerade auf kommunalpolitischer Ebene für eine erfolgreiche Seniorenpolitik zahlreiche Ressourcen mobilisiert werden müssen*, es eines hohen Engagements der Funktionäre, einer Aktivierung der Basis, des gezielten lokalen Bezugs und umfassender Informationsarbeit bedarf.

8.3 Gesellschaftliches Engagement

Wie in vielen anderen Bereichen gilt auch hier, dass wir wenig über das Engagement der Älteren in Österreich wissen. Wenig ist bekannt, was in den hunderten und tausenden Pfarren des Landes quantitativ und qualitativ geleistet wird, welches Engagement im kleinräumigen Bereich vorhanden ist, wofür sich Ältere im sozialen Umfeld einsetzen und aktiv werden. Es entspricht dieser Wissensmangel exakt der Perspektive, dass das Altern der Gesellschaft ein selbst noch nicht völlig wahrgenommener Wandel ist und deshalb der Erforschung bedarf. Sichtbar werden Initiativen, die vereinsförmig organisiert sind, die ein Sprachrohr in die Öffentlichkeit haben, oder die organisierte Arbeit in wiederholter Weise wie z. B. Projekte durchführen.

Derartige Initiativen sind z. B. die „Grauen Panther", eine überparteiliche, überkonfessionelle, aber politisch aktive Gruppe; die „aktiven Senioren" im WUK (Wiener Werkstätten- und Kulturhaus) mit einer breiten Veranstaltungs- und Aktivitätspalette; die GEFAS (Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des Seniorenstudiums) in der Steiermark, die von SeniorenstudentInnen selbst gegründet wurde; das ASEP (Austrian Senior Experts Pool), das in Zusammenarbeit mit der Vereinigung Österreichischer Industrieller gegründet wurde und Erfahrung und Wissen pensionierter Manager und Managerinnen erhalten und zur Verfügung stellen will, wo Expertise benötigt wird.

9. Kultur des Alters

Versuche, das Altwerden und Altsein zu definieren, zu deuten und mit Sinngebung zu versehen, gehört zu den Kernvorstellungen einer Kultur des Alter(n)s. Ein übergreifendes kulturelles Konzept, das der Vielfalt der Lebenssituationen im Alter und den unterschiedlichen Altersgruppen in unserer gegenwärtigen Gesellschaft gerecht werden könnte, gibt es nicht, kann es womöglich auch nicht geben. Worauf wir bei solchen Betrachtungen stoßen, sind

eben Versuche, neue Wege, noch unsichere Vorstellungen: auch ein Kampf alter Bilder gegen neue.

9.1 Ansehen der Älteren und Altersbilder

Ein Bild des Alters ohne Reflexion an jenem der Jugend, ohne Blick auf die Generationenverhältnisse, kann keine sinnvolle Bedeutung haben. Gerade das zeigt aber, dass von einem Verlust trauter Übereinstimmung der Generationen oder von einem Verfall ehemals ungeschmälerten Ansehens der Älteren keine Rede sein kann. Von der frühen Neuzeit bis ins 17. Jahrhundert waren alte Menschen für die Zeitgenossen kaum vollwertige Mitglieder der Gesellschaft. Die lange Zeit gültige bildliche Darstellung des Lebensablaufs in einer erst aufsteigenden und dann absteigenden Treppe ließ die zweite Hälfte des Lebens als Abstieg und Vergehen erscheinen. Oft war die Furcht vor dem Alter größer als die Furcht vor dem Tod.

Dann aber, in der Mitte des 18. Jahrhunderts, beginnt das Alter Ansehen zu erwerben. Möglicherweise wurde es vorher und nachher nie mehr so verehrt. Allerdings war es nicht eine Verehrung „an sich". Sie war gebunden an besondere Verdienste oder Beiträge für das soziale Leben oder mit Machtpositionen, die besonders in einer agrarischen Gesellschaft mit Besitz und Verfügungsmacht gekoppelt waren. Im 19. Jahrhundert erfuhren die Älteren zwar weiterhin Wertschätzung, doch ergaben sich Verwerfungen durch die Aufwertung der Jugend, verlängertes Alter durch medizinische Verbesserungen und die Einführung der Pensionsversicherung. Diese allgemein als Fortschritt angesehenen Veränderungen führten im Fall der erfolgreichen Bekämpfung von Akut- und Infektionskrankheiten auch zu längerem Leben bei steigender Morbidität im Alter und im Falle der Pensionsversicherung zu einem geplanten Verlassen der Produktion – in beiden Fälle Widersprüche in einer Gesellschaft, die zunehmend Leistung, Aktivität und Aggressivität zu dominanten Verhaltensmaßstäben machte.

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts ist ein deutlicher Wandel in den Generationenbeziehungen sichtbar. In der Forschung werden zu Beginn des Jahrhunderts und in den 60er Jahren massive Konflikte zwischen den Generationen geortet, gegenwärtig herrsche eher ein Muster der „Beziehungslosigkeit" und zunehmende Diversifikation in den Altersbildern. Das Defizit-Modell – die These vom generellen Leistungsverfall im Alter – geriet in Gegensatz zur Auffassung von Gewinn, Chancen und „später Freiheit" im Alter. Im Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand macht sich seit den 80er Jahren eine Dequalifikation des Alters bemerkbar, die sich auf dem Arbeitsmarkt und in den Betrieben manifestiert, und die aus Vorstellungen gespeist wird, die ältere Arbeitskräfte als zu teuer, mangelhaft flexibel, gering belastbar und anpassungsfähig sowie nicht weiterbildungswillig ansehen. Diese negative Einstellung zur Leistungsfähigkeit älterer Arbeitskräfte bestimmt auch maßgeblich deren Selbsteinschätzung. Nicht zuletzt deshalb kann es auch zu einer hohen Akzeptanz frühzeitiger Pensionierung kommen. Die verbreitete Auffassung, dass die Mehrzahl der Älteren isoliert und einsam sei, wurde durch Ergebnisse über ihre außerhäuslichen Aktivitäten und sozialen Kontakte widerlegt, positive Dimensionen des Alterns wurden bei manchen Gruppen und in verschiedenen Phasen des langen Altseins an Inhalten sichtbar, die sich an kompetentes Älterwerden, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, Mitwirkung und Teilhabe sowie Selbsterfüllung knüpfen. Diese Differenzierungen haben ihren empirischen Hintergrund in einer Vervielfachung der Altersphasen (junge Alte, Alte, alte Alte, Hochbetagte) und der Lebensstile, die sich von jugend- und konsumorientierten Verhaltensweisen bei den „neuen Alten" bis zu traditionellen altgewohnten Alltags- und Lebensbewältigungen erstrecken.

9.2 Altern als Wandlungs- und Entwicklungsprozess

Im Freiwerden von beruflichen Zwängen und Fremdbestimmung sehen fast 40% der Österreicher und Österreicherinnen den größten Vorteil des Alters. Zudem sehen sie dem eigenen früheren Alter (mit 73%) und dem eigenen höheren Alter (mit 68%) zuversichtlich entgegen. Zuversichtliche Menschen fürchten seltener Einsamkeit im Alter. Für 65% ist ein sicheres und ausreichendes Einkommen äußerst wichtig, für 88% aber die Gesundheit. Außerdem wollen die Älteren unabhängig sein, Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit empfinden sie als bedrohlich. Es überrascht also nicht, dass 85% der Ansicht sind, für das eigene Schicksal verantwortlich zu sein und dass gerade diese Menschen es sind, die dem Alter zuversichtlich entgegensehen. Andererseits geht aber doch auch das Selbstgefühl der heute über 60-jährigen eher in Richtung Unterlegenheit, Bescheidenheit und Genügsamkeit gegen den sich eher dynamisch, tatkräftig und durchsetzungsfähig fühlenden Jüngeren. Selbstbestimmung, das wird gerade an solchen Ergebnissen sichtbar, ist also immer eine Balanceleistung zwischen Selbstansprüchen und sozialen Anforderungen, zwischen Innenperspektive und Außenperspektive. *Solchen Widersprüchen, aus denen das Ganze des Alterns und der Verhältnisse zu den Jüngeren erst entsteht, haben gerade die Medien bisher in qualitativer und quantitativer Unangemessenheit ihre Aufmerksamkeit gewidmet.* Eine neue Kultur der ins höhere Alter eintretenden Generationen kann sich nur dann formieren, wenn ihre Aufnahme- und Wandlungsfähigkeit gegenüber dem raschen gesellschaftlichen Wandel gefördert wird; der „Erziehungsauftrag" der Medien in dieser Hinsicht ist noch kaum begriffen worden.

Eine nur zögernde Zubilligung von Sexualität im späteren Leben als Bedürfnis und Raum für Entwicklung hängt immer noch mit dem generell negativen Stereotyp des Alters zusammen. Sexualität wird entsprechend den in der Gesellschaft vorherrschenden normativen Vorstellungen einseitig in Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr gesehen und unter dieser Perspektive verkürzt beurteilt. In der Partnerschaft im späteren Leben sind Sexualität und Erotik und neue Wege zu Intimität und Nähe von eminenter Bedeutung, was Menschen zugestanden wird und wozu sie selbst den „Mut" haben, weicht davon oft erheblich ab. Sexuelle Treue wird bei den über 60-jährigen vom überwiegenden Teil als wichtige Voraussetzung für eine gute Partnerschaft angesehen, andererseits ist ein Fünftel der Meinung, dass eine Verbindung ohne schlechtes Gewissen zu lösen sei, wenn die Partner sich nicht mehr verstehen, und ein geringer Prozentsatz meint, dass die traditionelle Ehe die Möglichkeit einengt, die eigene Persönlichkeit zu entfalten.

Welchen Stellenwert hat Religion in einer Gesellschaft, die auf Individualisierung setzt und in der die traditionellen Bindungen an Kraft verlieren? Ist Religion eine Instanz der Sinnvermittlung, hat sie eine eigene Beziehung zum Alter und kommt dem Alter eine geschärfte Wachheit für die Sinnfrage und ihre religiöse Beantwortung zu? Diese Fragen lassen sich mit empirischen Untersuchungsergebnissen allein sicher nicht beantworten. Jedenfalls aber hat Religion einen bestimmten Stellenwert in der Hierarchie der Lebensbereiche. Bei den unter 40-jährigen bildet sie für jeden Zehnten einen sehr wichtigen Lebensbereich, bei den über 60-jährigen sagt dies jeder Vierte. Der Kirchenbesuch ist desto häufiger, je wichtiger Religion als Lebensbereich ist (jeder Zweite unter den über 70-jährigen geht sonntags regelmäßig zur Kirche, aber nur jeder Fünfte bei den unter 50-jährigen), *die gegenwärtige Kirche ist unter diesem Blickwinkel auch eine „Kirche der Alten".* Wird sie es bleiben, zumal die Forschung uns zeigt, dass intensive Beteiligung an religiösen Aktivitäten nicht notwendig mit dem Alter ansteigt? Andererseits ist die persönliche Beziehung zur Religion (sie ist mit religiöser Aktivität identisch) eine Erfahrung, die sich mit dem Alter zu verstärken scheint; 41% geben dies in der Bevölkerung an, die Hochaltrigen

aber bestätigen dies signifikant häufiger. Die Sinnhilfe der Religion ist vielfach denkbar, z. B. bei wichtigen Lebensentscheidungen. Während unter den 50- bis 59-jährigen ein Drittel angibt, „ohne Religion hätte ich die wichtigen Entscheidungen meines Lebens nicht treffen können", steigt der Anteil bei den 75- bis 79-jährigen auf 55%. Aus allen Befunden solcher Forschung lässt sich, bei aller Vorsicht, gegenwärtig am ehesten der Schluss ziehen, *dass bei den Älteren der Prozess der Enttraditionalisierung noch am wenigsten weit fortgeschritten ist*.

Zwischen Sterben, einschließlich Leiden und Pflege, und Tod wird in der subjektiven Beurteilung sehr deutlich unterschieden. Zwischen Älteren und Jüngeren gibt es hier kaum Differenzen. *Tod ist keine Angstthematik, aber Krankheit und Sterben*; von allen untersuchten Ängsten steht mit Abstand jene vor der Verschlechterung der Gesundheit bzw. Gebrechlichkeit an der Spitze, gefolgt von der Angst vor Behinderung und Leistungsabfall und schließlich vor Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von anderen. Eine in der Gerontologie geläufige Einsicht bestätigt sich vermutlich hier: *der alte Mensch kann seine Endlichkeit akzeptieren, aber dadurch nicht immer die Furcht vor dem Sterben überwinden*. Es wurde gesagt, dass das Sterben Teil des Lebens sei. Das Sterben aus diesem Grund ganz bewusst erleben, möchten aber relativ wenige Menschen; religiöse Menschen stimmen diesem Gedanken aber doppelt so oft zu wie nicht-religiöse.

10. Forschung und Reflexion

10.1 Die Alternsforschung bleibt hinter der Bedeutung des Alterns zurück

Alle empirischen Ergebnisse, die hier berichtet werden, sind selbst Resultat von Forschungen. Forschung ist einer der Wege, in denen Gesellschaften sich selbst und ihren Wandel beschreiben. Die Alternsforschung, von der hier die Rede ist, bezieht sich auf sozialwissenschaftliche Programme und Disziplinen, die sich mit dem Thema menschlichen Alterns auseinandersetzen: Sozialgerontologie. Lange Zeit war sozialgerontologische und alterssoziologische Forschung in Österreich nahezu ausschließlich inneruniversitäre Forschung, in der sowohl grundlagentheoretische Arbeit als auch empirische Detailforschung geleistet wurde. *Zu einer breiten, auch außeruniversitären Entwicklung dieser integrierten Forschungsorientierung ist es bis heute nicht gekommen*, sie ist nach wie vor an einzelne kleine Gruppen und wenige Institute gebunden. Die Bedeutung, die das Altern für die Gesellschaft hat, könnte nur in umfassenden Forschungsförderungen repräsentiert werden; es muss nachdenklich stimmen, dass in Österreich, einem europäischen Land in den Spitzenrängen des gesellschaftlichen Alterungsprozesses, kein eigener, entsprechend dotierter Forschungsschwerpunkt gerontologischen Zuschnitts existiert, der von öffentlicher Seite koordiniert, finanziert und evaluiert wird. Teilweise ist es in den 80er Jahren, verstärkt aber in diesem Jahrzehnt, einerseits zu einer zunehmenden Konzentration auf sozialgerontologische Forschung in enger Verbindung mit Sozialpolitikberatung und Praxisanleitung, andererseits zu einer Häufung altersbezogener Einzelforschung in Bereichen gekommen, die traditionellerweise solche Fragestellungen gar nicht oder nur sporadisch aufgenommen haben, wie z. B. in der Japanologie, in der Sozialgeschichte und Psychologie. Insofern zeigt diese Forschung gegenwärtig Tendenzen eines Umbruchs bzw. einer segmentierten Ausweitung; in dieser Segmentierung herrschen Schwerpunktbereiche vor, die Altersfragen einerseits im Zusammenhang von Staat, Sozialpolitik und Versorgungsaufgaben, andererseits unter Gesichtspunkten von Bildung, Gesundheit, Sport und Aktivität sowie schließlich in einer Reihe eher disparat zusammengewürfelter Themenstellungen behandelt. Einen erheblichen Anteil an der quantitativen Ausweitung der Forschung haben Diplom-

www.parlament.gv.at

arbeiten, Dissertationen und Kleinprojekte. Gerade an solchen Arbeiten wird deutlich, dass sozialgerontologische Forschung in Österreich in den letzten Jahren in bedeutsamer Weise durch sozial- und kommunalpolitische Bedürfnisse und Fragestellungen beeinflusst, wenn nicht gar schwergewichtig auf praktische Relevanz festgelegt wurde.

10.2 Handlungsnotwendigkeiten

Wie in anderen Ländern auch, zeigen sich in der sozialgerontologischen Forschung in Österreich Entwicklungsnotwendigkeiten und Lücken. Die Entwicklungserfordernisse sind unter langfristiger Perspektive zu sehen. Die Situation mangelnder Konsolidierung, und dies trifft auf diesen Bereich zu, ist nicht ein strukturelles, also in den bisherigen Grundansätzen selbst beschlossenes und somit unüberwindbares Problem; es ist aber auch nicht davon auszugehen, dass sich die „Problematik", wenn nur so „weitergemacht" wird, die begonnenen Forschungsaufgaben weitergetrieben werden und die Bewegung in Gang gehalten wird, gewissermaßen im Selbstlauf erledigen wird. *Um Forschungsqualifikationen zu entwickeln und zu fördern, um auf breiterer Basis Fachkompetenz für Altersfragen zu entwickeln, die nicht nur auf die praktische Arbeit in der Altersvorsorge zielt, bedarf es entsprechender Ausbildungsprogramme und der universitären Verankerung eines Faches.* Im einfachsten Sinn des Wortes können die Probleme einer alternden Gesellschaft am ehesten von jenen reflektiert, erforscht und in Problemdefinitionen umgesetzt werden, die das „Handwerk" auch erlernt haben. Zur Zeit gibt es, um auf solche Missverhältnisse hinzuweisen, an Österreichs Universitäten keine einzige Lehrkanzel für Sozialgerontologie, keinen entsprechenden Studiengang und keine Möglichkeit eines akademischen Abschlusses.

Die Forschungslücken betreffen relativ große Themenbereiche und die in ihnen angelegte Vielfalt der Fragen. Zu ihnen gehören u. a. epidemiologische, altersbezogene Untersuchungen, Studien über Entwicklungen und Konsequenzen der zunehmenden Hochaltrigkeit, Analysen der sozialen Teilhabe älterer Menschen, die permanente Evaluierung von Modellversuchen im Versorgungsbereich, die kontinuierliche Generationenforschung, die Sozialberichterstattung über die Lage der älteren Bevölkerung (zu der der vorliegende Gesamtbericht unter Umständen ein erster Schritt sein könnte) und vor allem eine computerunterstützte und integrierte Forschungsdokumentation.

Es wäre fatal, die Möglichkeiten der Bewältigung aller anstehenden Fragen und Belastungen nur unter fiskalischen Gesichtspunkten zu betrachten – was übrigens häufig geschieht. Unter methodischen und theoretischen Gesichtspunkten ist es hoch an der Zeit, dass die Sozialgerontologie jene Konzepte ausarbeitet und erweitert, die den noch nicht vollständig sichtbaren Wandel einer alternden Gesellschaft, die Rolle der Politik und der Medien und die Verknüpfung zwischen Wirtschaft und Gesellschaft zu fassen vermögen; unter praxisrelevanten Gesichtspunkten läge es an ihr, alternative Handlungsmöglichkeiten zu entwerfen und die langfristigen Konsequenzen offenzulegen, die aus einer politischen Gestaltungslogik resultieren, der der reine Monetarismus als Erkenntnisgrundlage dient. Sozialgerontologie ist in diesem Sinne ein unvollendetes Projekt.

Empfehlungen

Univ.-Prof. Dr. Anton Amann

Eine zeitgemäße Seniorenpolitik bedarf eigener Grundsätze und Ziele. Um sie zu formulieren und ihnen zu breiter Anerkennung zu verhelfen, muss ein von vielen getragener Dialog in Gang kommen. Immer deutlicher zeichnet sich ab, dass dieser Dialog die Generationen übergreifen und viele traditionelle Sichtweisen, politische Abgrenzungen und administrative Zuständigkeiten verändern muss.

Eine die Generationen übergreifende, entwicklungssensible Politik ist am besten geeignet, die soziale Integration zu fördern und der Entstehung von Konflikten zwischen den Generationen vorzubeugen.

Grundsätze

Seniorenpolitik muss an der Minderung sozialer Ungleichheit arbeiten und auf die Unterschiedlichkeit von Lebenslagen im Alter Rücksicht nehmen.[1]

Eine entsprechende Perspektive des politischen Handelns bedarf einer integrativen und ganzheitlichen Sichtweise. Dazu müssen die zahlreichen Einflüsse früherer Lebensabschnitte berücksichtigt und Familienverhältnisse, Arbeitsleben, Bildung, soziale und kulturelle Teilhabe, die materielle Absicherung und die Gesundheitssituation angemessen bewertet werden. Seniorenpolitik ist ohne integrierte Beschäftigungs-, Sicherungs- und Steuerpolitik unvollständig. Eine Überwindung der traditionellen Trennung von Zuständigkeiten für Altersfragen in verschiedene Ressorts sollte angestrebt werden.

Moderne Seniorenpolitik hat sich die Frage nach den menschlichen Lebenschancen, nach Anrechten und Angeboten neu zu stellen. Diese Frage zielt auf Bürgerrechte, soziale Rechte und politische Rechte und bindet eine zeitgemäße Seniorenpolitik auch an Prinzipien einer Bürgergesellschaft. Wo es um Anrechte geht, sind Exklusionen inakzeptabel; „wer nicht arbeitet, soll keine Sozialhilfe bekommen" ist eine nicht vertretbare Aussage, weil der Bürgerstatus unveräußerlich ist.

Solidarität zwischen den Generationen bedeutet weit mehr als nur die materielle Sicherung der Älteren durch die erwerbstätigen Jüngeren – der Kern des „Generationenvertrags". Sie muss generell den Abbau von Zugangsbarrieren zur sozialen und politischen Teilhabe und die Verbesserung der Lebenschancen für jene, die benachteiligt sind, in allen Generationen zum Ziel haben und sie muss um eine ausgewogene Darstellung aller Austauschprozesse zwischen den Generationen permanent bemüht sein.

Seniorenpolitik hat einen Informations- und Aufklärungsauftrag. Unter Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Möglichkeiten der Medien muss sie an der Beseitigung von Vorurteilen, falschen Bildern und Nichtwissen mitarbeiten.

Ziele

Alternde Gesellschaft

Es ist im Interesse des sozialen Friedens dringend notwendig, zu erkennen, dass das Altern der Bevölkerung ein unvermeidlicher und nicht umkehrbarer Prozess mit eigenen Ursachen und Wirkungen ist. Es müssen daher sowohl die Probleme als auch Potenziale einer „ergrauenden" Gesellschaft, einer Gesellschaft „mit langer Lebenserwartung", besser erkannt und in längerfristigen Lösungen mitberücksichtigt werden. Eine der Leitfragen lautet: Wie kann eine alternde Gesellschaft ihre innovativen Potenziale entfalten?

1 Männliche Bezeichnungen sind geschlechtsneutral zu lesen, die weiblichen wurden mitgedacht.

www.parlament.gv.at

Im Konzept der Solidarität zwischen den Generationen muss die traditionelle, allein am Wohlfahrtsstaat orientierte Sichtweise korrigiert werden. Der Gedanke eines Sozialvertrags als erweiterter Generationenvertrag wäre eingehend zu prüfen. Er reicht weit über die gängige Auffassung des Generationenvertrags hinaus und legt die Beziehungen zwischen einzelnen Gruppen nicht nur auf Generationenverhältnisse fest; er knüpft ein Band zwischen den verschiedensten Gruppen in der Gesellschaft und ist am Prinzip orientiert: mehr Demokratie und weniger Ungleichheit. Zum Gelingen von Solidarität gehören materielle Sicherung, Wohnen und soziale Beziehungen, Bildung, Kultur und Freizeit, Mitsprache und politisches Handeln für alle.

Es ist unbedingt notwendig, in allen politischen Entscheidungen und allen gesellschaftlichen Weichenstellungen die bei älteren Menschen jeweils vorhandene Kompetenz und Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen und Möglichkeiten ihrer Nutzung zu unterstützen. Eigeninitiativen älterer Menschen, die sich positiv auf Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und soziale Integration auswirken, sollten stärker als bisher gefördert werden. Da in diesem Jahrhundert Leistung, Konkurrenz, Dynamik und Geschwindigkeit so sehr zu gesellschaftlichen Leitkriterien wurden, wäre es fatal, aus reinem Vorurteilsdenken heraus mehr als ein Drittel der Bevölkerung über solche Definitionen auszugrenzen.

Die politische Gestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse muss viel mehr als bisher auf die Vielgestaltigkeit des Alters und der Generationenbeziehungen Rücksicht nehmen. Dort, wo das Alter mehr oder minder eine nicht-beeinträchtigte Fortsetzung der bisherigen Lebensverhältnisse ist, gilt es, Interessen und Aktivitäten zu fördern; dort aber, wo Beeinträchtigungen unterschiedlichster Art die Fähigkeit der einzelnen Menschen übersteigen, mit der aktuellen Lebenslage zurecht zu kommen, müssen die geeigneten und notwendigen Formen der Hilfe und Unterstützung gewährleistet werden.

Materielle Sicherung und Beschäftigung

Die materielle Absicherung im Alter muss auch in Zukunft in angemessener Weise gewährleistet werden. Eine ausreichende materielle Lebensgrundlage ist Voraussetzung für alle Arten der sozialen und politischen Teilhabe, einer selbständigen Lebensführung und der persönlichen Autonomie.

Die in Zukunft notwendigen Reformen am Sicherungssystem haben sich nicht nur auf die Frage der Finanzierbarkeit zu konzentrieren, sondern auch auf eine Verminderung der eklatanten Ungleichheiten, die einerseits zwischen Männern und Frauen und andererseits zwischen verschiedenen sozialen Gruppen bestehen. Es ist mit der Vorstellung sozialer Integration auf die Dauer unvereinbar, dass Benachteiligungen aus dem Erwerbsleben sich ins Alter fortsetzen und verschärfen (was wiederum besonders für Frauen gilt). Ganz besonders ist eine Klärung aller Möglichkeiten für die Weiterentwicklung des sozialen Sicherungssystems herbeizuführen.

Im Rahmen von Finanzierungsfragen ist es absolut erforderlich, in der öffentlichen Diskussion Kostenwahrheit herzustellen (z. B. bei den Themen Pflegegeld, Bundeszuschuss zur Sozialversicherung). Gründliche Analysen könnten zeigen, dass es mit der Einführung des Pflegegeldes zu keiner originären Belastung des Budgets gekommen ist und dass im Bundeszuschuss zur Sozialversicherung ein erheblicher Anteil an sogenannten „versicherungsfremden" Leistungen enthalten ist.

Es ist eine wirkungsvolle Informationsarbeit zwischen Politik, Wissenschaft und Medien aufzubauen, um einer einseitigen Betrachtung gesellschaftlicher Lastenverteilung entgegenzuwirken. Die ständige Rede von den Alten als Kostenfaktor, Belastung der Gesellschaft und satten Genießern ist irreführend, unwürdig und außerdem geeignet, Neidhaltungen und Konfliktbereitschaft zu fördern. Es muss geklärt werden, wie es zur Auffassung reicher satter Pensionisten kommen kann, wenn 82% aller ASVG-Pensionisten, die eine

Pension beziehen, unter 15.000,- ATS monatlich liegen und nur 0,1% eine Pension von über 30.000,- ATS haben. Der generelle materielle Austausch zwischen den Generationen darf nicht einseitig über das Umlageverfahren betrachtet werden. Die materiellen privaten Zuwendungen der älteren an die jüngere Generation machen einen wesentlichen Teil von deren Lebensstandards aus.

Es sollten alle Maßnahmen und Entscheidungen darauf abzielen, die Gruppe der älteren Arbeitskräfte aus einer Situation herauszuführen, in der sie aus arbeitsmarkt- und unternehmenspolitischen Interessen in ihrer sozialen Sicherheit benachteiligt werden. Dabei wäre insbesondere auf die Verbesserung von Erwerbschancen allgemein, auf die Erhaltung gegebener Beschäftigungschancen und auf die Erhöhung der Wiedereingliederungschancen Augenmerk zu legen.

Zum Nutzen älterer Arbeitnehmerinnen ist verstärkt eine Verbesserung der Erwerbschancen und Karrieremöglichkeiten für Frauen anzustreben. Es bedarf z. B. der Aufklärung, aufgrund welcher Mechanismen Invaliditätspensionen überwiegend von Männern erworben werden, die vorzeitige Pensionierung wegen Arbeitslosigkeit aber fast reine Frauensache ist.

Es sind neue Formen der Erwerbskombination zu überlegen. Projekte könnten in den Bereichen von Dienstleistungen, aber auch von Beratung und Hilfe zur Kommunikation erfolgreich sein. Projekte, in denen Ältere mit Älteren arbeiten, bedürfen der Aufmerksamkeit und Förderung. Fantasie und Experimentierfreudigkeit sollten genutzt werden, um Aktivitäten für alle Generationen im sozialen und kulturellen Bereich zugunsten der Gemeinschaft zu fördern.

Die vielfach forcierten Bildungsvolumen, insbesondere der aktiven Arbeitsmarktpolitik und vor allem jene für ältere Arbeitskräfte, müssen systematisch auf ihre tatsächlichen Effekte untersucht – evaluiert – werden. Unser Nichtwissen über solche Fragen ist eklatant.

Aus Wirtschaftlichkeitsdenken direkt und indirekt erfließende Ausgrenzungen der Älteren müssen vermieden werden. Es reicht die Palette konkreter Beispiele von den Beschäftigungsproblemen in Betrieben bis zur Ansiedlung von Seniorenheimen abseits aller sozialer Infrastruktur und von Barrieren politischer Beteiligung bis zu realitätsfremden Definitionen des angemessenen Lebensstandards.

Schließlich bedarf es gezielter Aufklärungsarbeit, um Vorurteile gegenüber dem Alter allgemein und insbesondere gegenüber älteren Arbeitskräften abzubauen und Diskriminierungen zu vermeiden. Das Bewusstsein über Altersdiskriminierung ist in Österreich weit weniger entwickelt als in manchen anderen europäischen Ländern.

Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse

Eines der wichtigsten Ziele in diesem Zusammenhang ist die Etablierung eines offenen, vorurteilsfreien und sachbezogenen Dialogs zwischen den Generationen. Am Thema des (oft herbeigeredeten) Generationenkonflikts ist deutlich, wie sehr Information, gegenseitiges Kennen der Lebenssituation und konkrete Zusammenarbeit die Wahrnehmungen verändern und die Sicht zu klären vermögen. Typischerweise zeigen sozialwissenschaftliche Untersuchungen in den Generationenbeziehungen innerhalb von Familie und Verwandtschaft keine Hinweise auf Konflikte in bemerkenswertem Ausmaß; Konflikte werden aber wahrscheinlicher, wo Alt und Jung einander als Fremde begegnen und wo daher Klischeevorstellungen und Vorurteile an die Stelle persönlicher Kenntnis treten: Je urbaner die Wohnlage, desto häufiger nehmen die Befragten Generationenkonflikte in der Öffentlichkeit wahr. Den Massenmedien wird dabei überwiegend negativer Einfluss auf das Verhältnis zwischen den Generationen zugeschrieben. Insgesamt scheint das gesamtgesellschaftliche Generationenverhältnis gegenwärtig von einer

www.parlament.gv.at

„wohlwollenden Ambivalenz" gekennzeichnet zu sein, die allerdings ins Negative kippen könnte.

Seniorenpolitik und eine fortschrittliche Familienpolitik müssen integriert werden. Bei aller Ambivalenz, die dem Thema innewohnen mag, ist anzuerkennen, dass die Familie eine Solidaritätsdrehscheibe zwischen den Generationen darstellt und von den Jüngeren und den Älteren hochwertig eingestuft wird. Der zentrale Forschungsbefund lautet, dass die Familie, insbesondere die intergenerationellen Beziehungen der Kernfamilie, nach wie vor ein äußerst tragfähiges, solidarisches System der Sicherung gegen Notlagen und in Situationen des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs darstellt.

Die Selbständigkeit der Älteren und die gegenseitige Erreichbarkeit auch für die Kinder bedarf der geeigneten sozialen, wohnungspolitischen sowie arbeits- und tarifpolitischen Förderung. Geeignete Maßnahmen müssen gesetzt werden. Die Forschung liefert folgende empirische Evidenz: Die Besuchskontakte bei älteren Menschen lassen sich in eine Hierarchie bringen: an erster Stelle stehen Kinder mit Enkeln, dann folgen Kinder ohne Enkel, an dritter Stelle rangieren Freunde und Bekannte und zuletzt folgen sonstige Verwandte.

In einer integrierten Senioren- und Familienpolitik müssen traditionelle Abgrenzungen überwunden und die Perspektiven erweitert werden. Zentral stellt sich folgende Frage: Wird es der Politik, den Medien, der Wissenschaft, den Schulen und den Familien gelingen, den Jugendlichen in ihrer Entwicklung jenes Maß an Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit zu vermitteln, auf das sie nicht nur ein humanitäres Recht haben, sondern das sie auch brauchen, um die Erwartungen erfüllen zu können, die in sie gesetzt werden?

In den Beziehungen und Verhältnissen zwischen den Generationen muss eine Sicht der Wissens- und Aufgabenverteilung etabliert werden, und es müssen in einer Neuorientierung auch Pflichten und nicht nur Rechte der Älteren zum Thema werden. Die Gestaltung von Lebensabschnitten ist eine Aufgabe, die mehr und mehr den Einzelnen zugemutet wird – die Älteren könnten ihre Erfahrungen einbringen. Die Umsetzung des Wissens der Älteren in Ausbildungsinhalte sollte systematisch versucht werden. Widerstände der jüngeren Älteren gegen gesellschaftliches Engagement sollten analysiert werden; diese Gruppe stellt eine wichtige Ressource dar – nicht nur Bezahlung und Kosten sind ein Thema, sondern auch Sinn und Zufriedenheit.

Gesundheit

In der Gesundheitspolitik muss eine frühzeitig beginnende und intensivere Aufklärung über Maßnahmen zur Prävention (z. B. Körperhygiene, gesunde Lebensweise, Voruntersuchungen, schulische Gesundheitserziehung) forciert werden. Immer noch sind Herz- und Kreislauferkrankungen und bösartige Neubildungen die häufigsten Todesursachen, außerdem sind Unfälle durch Sturz mit Todesfolge die häufigste Ursache für exogene Sterbefälle. Das Angebot an Vorsorgeuntersuchungen und Beratungseinrichtungen muss unter Einbeziehung höherer Altersgruppen – im Vorfeld des Alters – ausgebaut werden. Der weitaus größte Teil älterer Menschen kann bis ins hohe Alter ein weitgehend selbständiges Leben führen. Dieser Anteil könnte durch entsprechende effektive Prävention erhöht werden, was zu relativer Kostenersparnis führen kann. In diesem Zusammenhang ist die epidemiologische und sozialmedizinische Forschung zu fördern; unterschiedliche und z. T. widersprüchliche Thesen über die Gesundheitsentwicklung unter den Älteren in der Zukunft machen die Entscheidungen über sinnvolle Maßnahmen gegenwärtig sehr schwierig.

Für therapeutische und rehabilitative (eingeschlossen psychosoziale) Interventionsmaßnahmen müssen sinnvolle und sachangemessene Voraussetzungen mit Nachdruck geschaffen werden. Auch im Alter sind psychische und physische Veränderungspotenziale vorhanden und damit positive Entwicklungen möglich. Aus reinen Kostenüberlegungen eingeschränkte Rehabilitationsaufwendun-

gen – dort wo sie sinnvoll wären – führen meist zu Kostensteigerungen an anderen Kostenstellen, sodass insgesamt nicht von Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen gesprochen werden kann. Es ist in diesem Zusammenhang langfristig eine bessere Koordination des Sozial- und des Gesundheitssystems herbeizuführen.

Die Gefahr einer „Selbstzweckmedizin" und einer Kostensenkung „um jeden Preis" muss kritisch im Auge behalten werden. Es sind genauere Maßstäbe des Versorgungsauftrags zu finden: medizinisch notwendig, sinnvoll, ausreichend und wirtschaftlich. Worin besteht der tiefere Sinn, einem bereits langjährig immobilen, greisen und inkontinenten Patienten mit Alzheimer-Erkrankung noch eine Hüftgelenksprothese mit anschließenden Bewegungsbädern und Massagetherapie zu verschreiben, wenn voraussehbar ist, dass er nach der Behandlung weiterhin bettlägrig, orientierungslos und betreuungsbedürftig sein wird? Worin besteht andererseits der tiefere Sinn, einer Patientin nach Spitalsentlassung einen längeren Kuraufenthalt nicht zu bewilligen, obwohl dieser dazu beitragen könnte, gemeinsam mit dem Angebot der Hauskrankenpflege, eine Übersiedlung in ein Heim zu vermeiden?

Möglichkeiten zur Erhaltung und Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter müssen optimiert und der Erhalt von Kompetenzen gefördert werden. Neue Formen der Wissensvermittlung, entsprechende Bildungs- und Kooperationseinrichtungen wären dafür notwendig. Die Erwachsenenbildung hätte hier ein enormes Aufgabengebiet, ihre Angebote sind bisher auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Älteren kaum spezifisch ausgerichtet worden.

Der Gesundheitsbegriff muss auch für die Älteren ganzheitlich entwickelt werden. Es bedarf interdisziplinärer Forschung, in der die psychischen, sozialen, ökologischen und biologischen Risikofaktoren besser untersucht werden.

Ärztliche Versorgung, aktivierende Pflege und spezielle Rehabilitation müssen für die Älteren verbessert werden. Dazu zählt: die Steigerung der Qualifikationen zur geriatrisch-psychogeriatrischen Behandlung und Rehabilitation; die Vernetzung der ambulanten, stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen mit solchen der Pflege und Rehabilitation; das Entwickeln integrativer Therapiekonzepte, in denen physische, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt sind; die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den gesundheitlichen und sozialen Diensten; die Verbesserung der Versorgungs- und Betreuungskonzepte für psychisch kranke und / oder behinderte Menschen.

Wohnen und Mobilität

Mit zunehmendem Alter wird für die Menschen die Wohnung und die unmittelbare Wohnumgebung häufig zum zentralen Lebensmittelpunkt. Allgemeine, geeignete Maßnahmen der Wohnungs- und Verkehrspolitik sollten deshalb auf barrierefreies Bauen, anpassbare Wohnungen und verkehrstechnische Erreichbarkeit wichtiger Einrichtungen besonders Rücksicht nehmen.

Die Wohnqualität einer großen Gruppe der Älteren muss mit geeigneten Maßnahmen besser gefördert werden. Sie leben in durchschnittlich schlechter ausgestatteten Wohnungen, die höhere Anforderungen stellen. Unzureichende Wohnbedingungen gefährden die Selbständigkeit und Selbstversorgungsfähigkeit älterer Menschen (insbesondere bei Hochaltrigen, Alleinstehenden und Armutsgefährdeten) und führen über andere Wege wiederum zu höheren Kosten.

Um den Verbleib gerade der Hochbetagten, die die stärksten Zuwachsraten aller Altersgruppen zeigen, in ihren Wohnungen in Zukunft zu erleichtern und die erforderlichen Anpassungen der Wohnungen und Wohnaustattung vornehmen zu können, sind neue Akzente und Fördermaßnahmen sowie neue Konzepte der Integration von Wohnen und Betreuung zu entwickeln. Ansätze sind vorhanden im betreuten Wohnen bzw. betreubaren Wohnen, beim integrierten Wohnen, in selbstorganisierten

Wohnprojekten, im Mehrgenerationen-Wohnen und in Senioren-Wohngemeinschaften. Die Ansätze müssen weiter entwickelt und ihre Geeignetheit evaluiert werden. Was heute unter der Bezeichnung „Seniorenwohnungen" erbaut wird, ist vielfach nicht fern von Etikettenschwindel.

Um funktionelle Einschränkungen im Alter zu kompensieren, sollten Stadt- und Verkehrsplanung, Architekten und Techniker zukünftig Bedürfnisse dieser älteren Menschen konsequenter berücksichtigen.

Die Sicherheit für ältere Menschen im Straßenverkehr (vor dem Autoverkehr) muss entschieden erhöht und die Wahrnehmung ihrer Rolle korrigiert werden. Ca. jeder zweite im Straßenverkehr getötete Fußgänger ist über 65 Jahre alt; zu Verkehrsopfern werden ältere Menschen vor allem als Fußgänger, sie zählen zu jenen Personen, die unter empfundenen Sicherheitsmängeln am meisten leiden. In diesem Zusammenhang ist vor einseitigen Maßnahmen (z. B. die immer wieder diskutierten generellen „Eignungstests" für ältere Kraftfahrzeuglenker) zu warnen, die einerseits nicht wirklich eine Problemlösung sind und andererseits unter Gesichtspunkten der Gleichbehandlung einen kritischen Sachverhalt darstellen.

Aus verkehrspolitischer Sicht muss eine intensivere Verkehrserziehung, bessere Kommunikation im Straßenverkehr und Werbung für erfolgreiche Praktiken angestrebt werden. Wie in vielen Fällen gilt auch hier das Prinzip der Bandbreite: Alle Maßnahmen, die das Leben für Fußgänger und Radfahrer verbessern, kommen auch älteren Menschen zugute.

Bildung, Freizeit und gesellschaftliche Partizipation

Die Freizeitaktivitäten, das Bildungsverhalten und die Teilhabe am sozialen Leben der Älteren muss unter dem Gesichtswinkel der neuen Entwicklungen gesehen werden, viele unserer alten Konzeptionen verlieren an Verbindlichkeit. Die Übertragung von im Erwerbsleben erworbenen Kompetenzen auf das Leben im Ruhestand und deren Nachwirkung in die nachberufliche Phase darf nicht überschätzt werden. An die Stelle der Vorstellungen vom Ausruhen von der Lebensarbeit, Flucht aus dem Zwang und Rückzug treten zunehmend Gesichtspunkte von Potenzialen des Alters, Kompetenz und Generativität (Fähigkeit und Interesse, völlig neue Themen und Aufgaben aufzugreifen und im Interesse der Nachfolgegeneration sich einzusetzen).

Die Rolle der Medien für den Prozess der Befähigung, mit dem eigenen Älterwerden unter sich schnell ändernden gesellschaftlichen Bedingungen erfolgreich umzugehen, muss völlig neu überdacht werden. So gehören die Älteren z. B. zu den intensivsten TV-Konsumenten (über 70-jährige über vier Stunden pro Tag), sie wären damit eine stabile Zielgruppe für Informations- und Aufklärungsanstrengungen.

Das Bild von den Älteren, die ihre Zeit vornehmlich mit Reisen verbringen und sich an südlichen Stränden wiederfinden, ist ein Vorurteil und muss korrigiert werden. Die Situation ist komplizierter. Zwar stimmt es, dass in den vergangenen Jahrzehnten die Reisefreudigkeit offensichtlich zugenommen hat, doch gibt es sehr feine Unterschiede. Ein stark gestiegenes Reiseinteresse gab es z. B. bei den 50- bis 59-jährigen (1990-96), die über 60-jährigen insgesamt weisen aber im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein unterdurchschnittliches Reiseinteresse auf; unter den über 75-jährigen haben im vergangenen Jahr gar drei Viertel keine Urlaubsreise mit mehr als vier Übernachtungen gemacht. Auch unternehmen Ältere im Vergleich zu anderen Altersgruppen mehr Inlandsreisen und diese häufiger im Sommer.

Die Bildungsaktivitäten und die Einstellung älterer Menschen zur Weiterbildung, zur Vorbereitung auf spezielle Probleme des Alters und die veränderte Lebenssituation müssen intensiver erforscht werden, das Wissen darüber ist lückenhaft.

Das Bildungsangebot muss auf Interessen und Bedürfnisse besser abgestimmt werden. Wer in den

Programmen von Einrichtungen der Erwachsenenbildung, von den Universitäten über Bildungshäuser bis zu den Volkshochschulen, nach Angeboten speziell für ältere Menschen sucht, wird eine herbe Enttäuschung erleben; nur in wenigen speziellen Bereichen werden Kurse angeboten. Interessanterweise werden deshalb gegenwärtig auch allgemeine Bereiche von den Älteren am meisten nachgefragt: Sprachkurse, Gymnastik, Tanz und Gesundheit sind diese Bereiche.

Um Menschen nach und nach zu befähigen, eine neue und aktive Rolle in einer alternden Gesellschaft zu spielen, bedarf es der gezielten Information und Motivation – hier liegt ein wichtiges künftiges Aufgabengebiet, denn: Weiterbildungsbereitschaft und Weiterbildungsaktivitäten nehmen mit zunehmendem Alter dramatisch ab. Der erste „Bruch" im Interesse tritt um die fünfzig auf, der zweite bei den über 60-jährigen.

Es ist an der Zeit, jenen Argumenten entgegenzutreten, die immer wieder mit der Idee kokettieren, es nütze nichts, in die Ausbildung von Menschen zu investieren, die nicht mehr leistungsfähig seien oder der Gesellschaft nichts mehr zurückgeben könnten. Die Frage hat viel eher zu lauten, welche neuen Aufgaben die Universitäten und die Erwachsenenbildung in einer alternden Gesellschaft auch erfüllen könnten. Ältere Studierende an Universitäten sind längst zur Selbstverständlichkeit geworden, das Interesse älterer Menschen an universitärer Bildung steigt zunehmend; so ist der Anteil der Spätstudierenden an allen Studierenden in Österreich von 1,9% im Jahr 1979/80 auf 5,3% im Jahr 1998/99 angewachsen – das sind fast 13.000 Spätstudierende, mit über 60% Frauen unter ihnen. Zu den stärksten Motiven gehören die sinnvolle Gestaltung der Freizeit, die Steigerung des Selbstwertgefühls und der Erfahrungsaustausch und der Kontakt mit anderen Studierenden. Dass hier ein Potenzial für den Generationendialog liegt, das aktiviert werden könnte, scheint außer Zweifel zu stehen.

Gerade in der Erwachsenenbildung sollten die entsprechenden Rahmenbedingungen günstiger gestaltet werden. Durch die Neuregelung der Sozialversicherung für Lehrende in der Erwachsenenbildung (1.8.1999) ist abzusehen, dass der administrative Aufwand für die Unterscheidung zwischen Lehrenden und Vortragenden (allein die Volkshochschulen haben 10.000 Kursleiter und 2.500 Personen, die Einzelveranstaltungen durchführen) und deren versicherungs- und abgabenbezogene Behandlung einen organisatorischen Zusatzaufwand schaffen wird, der erhebliche personelle und finanzielle Mittel binden wird.

Betreuung und Pflegevorsorge

Die Arbeit an einer präziseren Abgrenzung von Betreuungs-, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit muss vorangetrieben werden. Gegenwärtig gibt es in manchen Bereichen eine Konkurrenz medizinischer, funktioneller, pragmatischer und politischer Kriterien. So sind z. B. psychosoziale und gerontopsychiatrische Konzepte weder auf der diagnostisch-therapeutischen, noch auf der institutionellen Seite genügend verankert.

Sowohl Defizite in der gegenwärtigen Versorgung als auch die prognostizierten steigenden Bedarfe für die Zukunft müssen verstärkt durch den weiteren Ausbau flächendeckender, bedürfnis- und bedarfsorientierter Systeme aufgefangen werden.

Der informelle Bereich (Familie, Verwandtschaft etc.) bedarf der gezielten, sachangemessenen Stützung und Förderung in seinen Betreuungsaufgaben. Nach wie vor erfolgt der überwiegende Teil aller Betreuungsleistungen in der Familie und dort durch Gattinnen / Gatten und Töchter / Schwiegertöchter. Zunehmender Pflegebedarf kann nicht durch Mehrbelastungen des informellen Systems aufgefangen werden. Das heißt auch, dass pflegende Angehörige in die Lage versetzt werden müssen, durch Kenntnisse über jeweils mögliche Hilfe- und Pflegeangebote die zur Gestaltung ihrer

www.parlament.gv.at

eigenen Lebenssituation angemessene Hilfe tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Eine Generationenpolitik, die diesen Namen verdient, muss sich der prekären Situation der Pflegenden bewusst sein. Pflegearbeit ist Schwerarbeit.

Zur Entlastung dauerpflegender Angehöriger und zur Vermeidung einer Heimeinweisung sind alle Möglichkeiten halbstationärer Einrichtungen (Tagesbetreuung, Tagespflege, Kurzzeitpflege etc.) zu entwickeln und auszuschöpfen.

Für die Zukunft muss bessere Koordination und Kooperation zwischen allen Betreuungssektoren sowie eine genaue Beobachtung der „Systemeffekte" gesucht werden. In stationären Einrichtungen ist die Anzahl der Wohnplätze rückläufig, Pflegeplätze nehmen zu. Der verstärkte Ausbau der ambulanten Dienste führt zu einem längeren (und gewollten) Verbleib zuhause, jedoch auch dazu, dass die Betreuten, wenn sie dann doch in ein Pflegeheim ziehen müssen, durchschnittlich älter und gesundheitlich stärker beeinträchtigt sind. Dies führt wiederum zu verkürzter Verweildauer und damit zu der Gefahr, dass Pflegeheime „Sterbeanstalten" werden. Auch bedarf es dringend einer genauen Analyse der Effekte der „Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung" für den Sozial- und Pflegebereich.

Die Zunahme schwer pflegebedürftiger und insbesondere psychisch und geistig gestörter älterer Menschen erfordert dringend mehr und besser qualifiziertes Fachpersonal. Eine Qualifizierungsoffensive ist nötig. Auch eine volle Ausschöpfung der Möglichkeiten des Gesetzes über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe könnte noch zu kurz greifen. Es besteht ein eminenter Bedarf an gerontologischer Aus- und Weiterbildung.

Wünschenswert wäre eine Prioritätenabstufung, in der Rehabilitation vor Pflege und ambulante vor stationärer Betreuung rangiert. Dies bedeutet einen verstärkten Einsatz der Mittel zur Prävention und Wiederherstellung sowie einen Ausbauvorrang der ambulanten und teilstationären vor den stationären Einrichtungen (wobei klar sein muss, dass es auch in der Pflege Rehabilitation gibt und dass für alle vier Prioritäten besondere Rahmenbedingungen gelten).

Das in jüngerer Zeit verstärkt diskutierte „Ehrenamt" muss differenzierter und möglichst ohne Schielen auf Budgetentlastungen gewürdigt werden. Ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich von Alter und Pflege bedarf als Vorbedingung für Qualität und Zuverlässigkeit der Vorbereitung und Unterstützung. Damit ist nicht eine Radikallösung im Sinne einer Ausbildung für alle gemeint, sondern aufgaben- und situationsspezifische Stützung und Einführung. Auch kann es nur um die Frage des Einsatzes in bestimmten Aufgabengebieten gehen, und zwar in Abstimmung zu anderen, die eine eigene Qualifizierung voraussetzen. So wichtig die Leistungen des Ehrenamtes sind, so sehr *ist aus sozialpolitischer Sicht auf die Gefahren einer unkritischen Idealisierung hinzuweisen.* Sie lässt außer Acht, dass die soziale Absicherung mangelhaft ist, dass eine soziale Aufwertung dieser Tätigkeiten nicht willentlich oder durch Dekret herbeigeführt werden kann und dass eine Forcierung des Ehrenamtes auf keinen Fall als Antwort auf die ungelösten Fragen der regulären Beschäftigung verstanden werden kann. Im letzten Fall würde das Ehrenamt zu einem Ausgrenzungsmechanismus, besonders für Frauen.

Da das informelle System der Betreuung offensichtlich an den Grenzen seiner Leistungsfähigkeit steht und es außerdem illusorisch ist zu glauben, dass alle Zusatzbedarfe über professionelle, bezahlte Angebote aufgefangen werden können, muss verstärkt nach weiteren Lösungen gesucht werden. Selbsthilfegruppen, gemeindenahe Aktivitäten im kleinräumigen Bereich, zeitlich und sachlich begrenzte Solidaritätsinitiativen müssen massiv gefördert werden. Hier geht es nicht so sehr um materielle Unterstützung als vielmehr um Informations- und Motivationsarbeit, um politische Initiativen und Abbau bürokratischer Barrieren. Es zeigt sich unter den (jüngeren) Älteren ohnehin ein wachsendes Interesse an ehrenamtlicher Tätigkeit.

Ältere Menschen in Migrantenfamilien, die betreuungsbedürftig sind, erfordern weit mehr Aufmerksamkeit als sie bisher üblich ist. Vieles weist darauf hin, dass *in Zukunft mehr Migrantenfamilien auf professionelle Hilfe angewiesen* sein werden. Gerade im Falle von Bettlägrigkeit und Pflegebedürftigkeit erweisen sich dann die kleinen, überbelegten Wohnungen, in denen sie häufig logieren, als Erschwernis. Krankenhauseinweisungen, die dann oft stattfinden, sind keine adäquate Lösung. Auch müssen Migrationsarbeit und Altenbetreuung stärker vernetzt werden. Angesichts dieser schwierigen Situation benötigen die Betreuungseinrichtungen Reformen, um sich auf diese Klientel besser einzustellen; in Hinblick auf eine bessere Kommunikation sowie auf den Abbau von Missverständnissen und Konflikten ist der gezielte Einsatz von ausländischen Kräften zu überlegen; das familiäre Unterstützungspotenzial muss gerade in diesen Fällen besonders gefördert werden, da sich die Familie womöglich noch stärker als wichtigste Säule der Betreuung herausstellt; schließlich sollten österreichische Betreuer und Betreuerinnen durch Weiterbildung und Supervision unterstützt werden.

Eine neue Alterskultur

Es muss zu einer Selbstverständlichkeit werden, dass jede Gesellschaft notwendig aus mehreren Generationen, älteren und jüngeren, besteht, und dass es immer um die Integration von Gruppen mit äußerst verschiedenen Lebenslagen geht. Aus einseitiger Perspektive (wie z. B. der materiellen oder der leistungsbezogenen) einzelnen Gruppen die Teilhabe abzusprechen oder zu beschränken, unterminiert die Gesellschaft selbst.

Eine Vielfalt der Lebensstile, heterogene Orientierungen und Einstellungen zu Staat, Politik und Gesellschaft müssen vereinbar bleiben. Der politischen Gestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse mit demokratischen Mitteln kommt hier eine mediatisierende Rolle zu. Es hat aber auch jeder Mensch eine Verantwortung für sein eigenes Altern.

Es ist eine umfassende Anstrengung notwendig, die erst langsam sichtbar werdenden und noch gar nicht voll entwickelten Tiefenstrukturen einer alternden Gesellschaft zu erkennen und zu nützen. Wenn unter Kultur ein „design for living" verstanden wird, dann muss es um die Überwindung eines Zustandes gehen, in dem der Mensch nur in passiver Abhängigkeit von Konsum und Medien lebt. Es geht um die Entwicklung von Wahlfähigkeit und um Freiheitsgewinn gegenüber Markt und Bürokratie, es geht um Autonomie durch Lebenschancen. Das Lernen des Auswählens aus einer Flut von omnipräsenter Information und Unterhaltung ist – wahrscheinlich erstmals in der Geschichte – eine Aufgabe, die von allen Generationen dauernd und parallel erlernt werden muss.

Es muss im Erziehungs- und Bildungswesen stärker in den Vordergrund treten, dass Altern eine „Lebensaufgabe" ist und dass Bewahrung und Förderung von physischer, psychischer und sozialer Kompetenz des Lernens und Übens bedarf, die nicht erst im späten Erwachsenenalter einsetzen dürfen.

Der Informations- und Erziehungsauftrag der Medien – allen voran jener des Fernsehens – muss neu und zeitgemäß entworfen werden. Eine quantitativ und qualitativ angemessene Berichterstattung, Interpretation und Gestaltung von Themen muss den Interessen und Bedürfnissen der älteren und der jüngeren Generationen gerecht werden. Ein unabhängiger Beirat für Medienfragen könnte hier richtunggebende Expertisen erarbeiten. Es sollten differenziertere und weiter reichende Instrumente der Bedürfniserhebung in der Bevölkerung erarbeitet werden als es die Einschaltquoten-Statistik und die Media-Analyse sind.

Zu einer Kultur des Alters in einer alternden Gesellschaft hat die Politik ganz wesentlich dadurch beizutragen, dass sie die Verbreitung von Sachinformation, die Korrektur von Vorurteilen und die aktive Auseinandersetzung mit Generationenfragen nachdrücklich unterstützt. Mit hoher Sicherheit war „das Alter" noch nie ein derart breit

www.parlament.gv.at

diskutiertes Thema in der Gesellschaft, noch nie waren die Auseinandersetzungen aber auch von einem solchen Maß an Fehleinschätzungen und Nichtwissen gekennzeichnet, wie wir es gegenwärtig wahrnehmen können.

Alternsforschung

Alle Auseinandersetzungen um Alters- und Generationenfragen in Österreich zeigen immer wieder fundamentale Wissensdefizite und Lücken (hier der Sozialgerontologie). Es muss nachdenklich stimmen, dass in Österreich, einem europäischen Land in den Spitzenrängen des gesellschaftlichen Alterungsprozesses, kein eigener, entsprechend dotierter Forschungsschwerpunkt gerontologischen Zuschnitts existiert, der von öffentlicher Seite, und unter Beratung eines eigenen Gremiums, koordiniert, finanziert und evaluiert wird. In der Forschungsförderung ist hier sowohl auf Bundes- wie auf Landesebene eine Offensive notwendig.

Die Entwicklungserfordernisse sind unter langfristiger Perspektive zu sehen. Die Situation mangelnder Konsolidierung, und dies trifft auf diesen Bereich zu, ist nicht ein strukturelles, also in den bisherigen Grundansätzen selbst beschlossenes und somit unüberwindbares Problem; es ist aber auch nicht davon auszugehen, dass sich die „Problematik", wenn nur so „weitergemacht" wird, die begonnenen Forschungsaufgaben weitergetrieben werden und die Bewegung in Gang gehalten wird, gewissermaßen im Selbstlauf erledigen wird. Um Forschungsqualifikationen zu entwickeln und zu fördern, um auf breiterer Basis Fachkompetenz für Altersfragen zu entwickeln, die nicht allein auf die praktische Arbeit in der Altersvorsorge zielt, bedarf es entsprechender Ausbildungsprogramme und der universitären Verankerung eines Faches. Zur Zeit gibt es, um auf solche Missverhältnisse hinzuweisen, an Österreichs Universitäten keine einzige Lehrkanzel für Sozialgerontologie, keinen entsprechenden Studiengang und keine Möglichkeit eines akademischen Abschlusses.

Es ist dringend eine eigene Anstrengung notwendig, um eine Übersicht über die größten Forschungslücken zu erarbeiten. Die Forschungslücken betreffen relativ große Themenbereiche und die in ihnen angelegte Vielfalt der Fragen. Zu ihnen gehören jedenfalls epidemiologische, altersbezogene Untersuchungen, Studien über Entwicklungen und Konsequenzen der zunehmenden Hochaltrigkeit, Analysen der sozialen Teilhabe älterer Menschen, die permanente Evaluierung von Modellversuchen im Versorgungsbereich, die kontinuierliche Generationenforschung, die Sozialberichterstattung über die Lage der älteren Bevölkerung und vor allem eine computerunterstützte und integrierte Forschungsdokumentation. Es gibt keine alternswissenschaftliche Infrastruktur.

Unter methodischen und theoretischen Gesichtspunkten ist es hoch an der Zeit, dass die Sozialgerontologie in die Lage versetzt wird, jene Konzepte auszuarbeiten und zu erweitern, die den noch nicht vollständig sichtbaren Wandel einer alternden Gesellschaft, die Rolle der Politik und der Medien und die Verknüpfung zwischen Wirtschaft und Gesellschaft zu fassen vermögen; unter praxisrelevanten Gesichtspunkten läge es an ihr, alternative Handlungsmöglichkeiten zu entwerfen und die langfristigen Konsequenzen offenzulegen, die eine alternde Gesellschaft möglicherweise birgt.

Literatur

Acta Med Austriaca (1998), 25 (2). S. 65-68

Akademie für höhere Fortbildung in der Krankenpflege, Mödling (Hrsg.), Dokumentation der Pflege. Eine Analyse des Informationswertes. Wien 1985

Albert, Vera (1995): Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. Wien. (=VÖV Materialien 27)

Allmendinger, Jutta (1995): Lebensverlauf und Sozialpolitik. Die Ungleichheit von Mann und Frau und ihr öffentlicher Ertrag. Frankfurt-New York.

Almqvist, Sverker & Nygaard, Magnus (1997): Demonstrationsförsök med dynamisk hastighetsbegränsare i tätort, (Demonstration of a dynamic speed adaptations system in the car). Swedish National Road Administration & Lund Institute of Technology: University of Lund

Altenbildung – Vielfalt der Formen (1984). Wien.

Alter, Jens & Schölkopf, Martin (1999): Seniorenpolitik. Amsterdam: Fakultas

Amann, Anton (1975): Grundlagen zur Forschung in der Sozialgerontologie. Wien

Amann, Anton & Majce, Gerhard (1976): Some Remarks on the Concepts of Need and Health and their Treatment in Gerontological Research. In: Munnichs, Joep M.A. u.a. (eds.), Dependency or Interdependency in Old Age. Den Haag, S. 99-117

Amann, Anton (1980): Older People and the Care System – A General Discussion, in: Amann, Anton (Ed.): Open Care for the Elderly in Seven European Countries. Oxford

Amann, Anton (1983): Lebenslage und Sozialarbeit. Berlin

Amann, Anton & Majce, Gerhard (1984a): Development of Social-Gerontological Research in Austria, In: Amann, Anton (Ed.): Social-Gerontological Research in European Countries – History and Current Trends. Berlin / Wien. S. 19-64

Amann, Anton & Majce, Gerhard (1984b): A short history of the development of social-scientific research on aging in Austria. In: Zeitschrift für Alternsforschung 39/1. S. 9-15

Amann, Anton u.a. (1986): Zum Glück Frühpension? Eine Studie zu sozialpolitischen und biographischen Fragen einer „Aktion". Wien

Amann, Anton (1988): Die Mär vom alten Eisen. Ein anderes Bild vom älteren Arbeitnehmer. In: Aufrisse 9/3 (1988). S. 29-34

Amann, Anton (1989): Die vielen Gesichter des Alters. Tatsachen. Fragen. Kritiken. Wien: Edition

Amann, Anton (1990): In den biographischen Brüchen der Pensionierung oder der lange Atem der Erwerbsarbeit. In: Hoff, Ernst (Hrsg.): Die doppelte Sozialisation Erwachsener. München: DJI. S. 177-204

Amann, Anton & Bohmann, Gerda (1991): Gegenwart und Zukunft des Alterns. Last oder politisches Potential? In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 16/1 (1991). S. 43-60

Amann, Anton u.a. (1991): Altwerden in Niederösterreich. Wissenschaftliches Gutachten für einen „Landesaltenplan". Schriftenreihe des Zentrums für Alternswissenschaften. Bd. 1.Krems

Amann, Anton u.a. (1992): Ältere Arbeitnehmer in Österreich. Forschungsbericht. Wisdom: Wien

Amann, Anton u.a. (1992): Ältere Arbeitnehmer in Österreich. Wien (Forschungsbericht, vervielfältigtes Manuskript)

Amann, Anton (1993): Bevölkerungsstruktur und Wohnen im Alter – Herausforderungen an die Wohn- und Sozialpolitik. In: Kurswechsel 1993/1. Wien. S. 85-92

Amann, Anton (1993): Menschen zwischen Erwerbsleben und Ruhestand. In: Bericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung. Bonn. Kap. 3

Amann, Anton (1993): Soziale Ungleichheit im Gewande des Alters. Die Suche nach Konzepten und Befunden. In: Naegele, Gerhard & Tews, Hans-Peter (Hrsg.), Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen, S. 100-115

Amann, Anton (1994): Sozialgerontologie. In: Stimmer, Franz (Hrsg.): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. München / Wien. S. 456-459

Amann, Anton (1994): Ältere Arbeitnehmer in Österreich. Wien. (Forschungsbericht).

Amann, Anton (1994): Alt werden in Niederösterreich II. „Altersalmanach '94". Schriftenreihe des Zentrums für Alternswissenschaften. Krems. Bd. 8

Amann, Anton (1994): Anspruchs- und Effizienzanalyse der Hauskrankenpflege in Niederösterreich. Schriftenreihe des Zentrums für Alternswissenschaften. Krems. Bd. 10

Amann, Anton u.a. (1994): Alter Mensch und praktischer Arzt. Wien

Amann, Anton & Risser, Ralf (1995): What is telecommunication good for?. Wien: Factum

Amann, Anton u.a. (1996): Wissenschaftliches Gutachten zum Burgenländischen Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Pflegevorsorge. Endbericht. St. Pölten: LAK / Zentrum für Alternswissenschaften

Amann, Anton & Knapp, Wolfgang (1997): Werden ältere Arbeitskräfte in Österreich diskriminiert? Eine Umfrage unter Meinungsträgern in Österreich. In: Eurolink-Age (Hrsg.): Optionen staatlicher Politik zur Förderung älterer Arbeitnehmer. London. S. 99-121

Amann, Anton u.a. (1997): Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Pflegevorsorge in Niederösterreich. Serie des Zentrums für Alternswissenschaften, Band 15, Schriftenreihe der NÖ Landesakademie

Amann, Anton & Löger, Bernd (1997): Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Pflegevorsorge in Niederösterreich. Kurzfassung. St. Pölten: LAK / Zentrum für Alternswissenschaften

Amann, Anton (1997): „Ältere – Senioren – gewichtige Minorität?". In: Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997, erstellt durch das Wiener Institut für sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik, im Auftrag der Magistratsabteilung 15 der Stadt Wien. S. 9-14

Amann, Anton (1998): Neue Entwicklungen der österreichischen Sozialpolitik. Studienbehelf. Wien (als Manuskript vervielfältigt)

Amann, Anton & Költringer, R. (o.J.): Ältere Arbeitnehmer und Pension, in: Amann, Anton u.a.: Ältere Arbeitnehmer in Österreich. Wien (Forschungsbericht, vervielfältigtes Manuskript). S. 175-196

Amann, Anton (1998): Altwerden: Übergänge oder Brüche? In: Clemens, Wolfgang & Backes, Gertrud M. (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel. Opladen: Leske + Budrich. S. 121-144

Amann, Anton (1998): Miteinander der Generationen. Wien: Renner-Institut

Amann, Anton (1998): „Postmodernes Österreich": Das Alter. In: Preglau, Max & Richter, Rudolf (Hrsg.). Postmodernes Österreich? Wiener Universitätsverlag: Wien. S. 311-330

Amann, Anton (1998): Was wissen wir über den künftigen Versorgungsbedarf für ältere Menschen?. In: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit, Pflegevorsorge in Österreich – Erfahrungen und Perspektiven. Wien: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. S. 21-36

Amann, Anton (1999): Alternde Arbeitskräfte und einige Selbstmißverständnisse der Sozialpolitik – das Beispiel Österreich. In: Naegele, Gerhard u.a. (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 300-315

Amann, Anton (1997): Fragen an die künftige Seniorenpolitik in Österreich. In: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, Seniorenpolitik in Österreich (S. 9-17). Schriftenreihe Seniorenpolitik, Band 4

Amann, Anton u.a. (1998): Wiener Senioren-Gesundheitsbericht. Wien

Amann, Anton (1999): Kritische Überlegungen zu einer Kultursoziologie des Alters. Manuskript: Wien

Amt der Burgenländischen Landesregierung (1998): Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Pflegevorsorge im Burgenland. Eisenstadt: Amt der burgenländischen Landesregierung

Amt der Kärntner Landesregierung (Hrsg.) (1994): Alte Menschen in Kärnten. Klagenfurt: Eigenverlag

Amt der Oberösterreichischen Landesregierung (1996): Bedarfs- und Entwicklungsplan des Landes Oberösterreich zur Pflegevorsorge. Teil A: Pflegevorsorge für ältere Menschen. Dornbirn, Tübingen, Wien: Amt der OÖ Landesregierung

Amt der Vorarlberger Landesregierung (Hg.) (1997): Bedarfs- und Entwicklungsplan des Landes Vorarlberg für pflegebedürftige Menschen. Bregenz.

Amt der Salzburger Landesregierung (Hg.) (1997): Bedarfs- und Entwicklungsplan – Pflegebedürftige Personen. Salzburg

Ariès, Philippe (1982): Geschichte des Todes. Stuttgart: dtv

Arnold, A., Blaumeiser, Heinz & Wappelshammer, Elisabeth (1991): Vorbereitung auf und Begleitung in den Ruhestand. Wien. (Forschungsbericht)

Arnold, Klaus (1989): Übertritt in den Ruhestand: Erwartungen und Befürchtungen. In: Lang, Erich & Arnold, Klaus (Hrsg.): Wege in den Ruhestand. Stuttgart: Enke. S. 30-43

Artner, Margarethe u.a. (Hrsg.) (1996): Ehrenamt zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wien: Europäisches Zentrum (Eurosocial Report, No. 59).

Atchley, Robert C. (1989): Continuity theory of normal aging. In: Gerontologist. 29. S. 183-190.

Atfield, Janet (1994): Motivation zu ehrenamtlicher Arbeit und Formen der Anerkennung. In: BAGSO: Internationaler Erfahrungsaustausch, Zukunft des Ehrenamtes, Dokumentation der Tagung in Bonn, 17.-19. Nov. 1994. Bonn: BAGSO.

Attias-Donfut, Claudine (1988): Die neuen Freizeitgenerationen. In: Rosenmayr, Leopold & Kolland, Franz (Hrsg.): Arbeit, Freizeit, Lebenszeit. Opladen. S. 57-73.

Attias-Donfut, Claudine (1995): Le double circuit des transmissions. In: Claudine Attias-Donfut (Hrsg.): Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, État. Paris: Nathan. S. 41-81

Auer, H. (1990): Idiographische Studie über Ängste und Sinnfindung im höheren Lebensalter. Wien

Bach, Marisa (1988): Women's Personal History-HERstory. Women of an English conversation class write about the lives of older women. Projektarbeit an der VHS Klagenfurt. Wien. (VÖV-Arbeitsunterlagen für den Fremdsprachenunterricht Nr. 6)

Bach, Marisa (1992): Women's Personal History-HERstory. Frauen schreiben Alltagsgeschichte(n) in einem englischen Konversationskurs. In: Schmölz, Irene (Hrsg.): Lust auf Sprache. Reflexion zu Theorie und Praxis des Fremdsprachenunterrichts. Volkshochschularbeit in Österreich. Wien. Bd. 2, S. 95-98

Bachstein, Werner (1997): Der Nonprofit Sektor im Bereich der sozialen Dienste: Ergebnisse einer quantitativen Primärerhebung, Working Paper, Wien: Wirtschaftsuniversität, Abteilung für Sozialpolitik

Backes, Gertrud M. (1987): Frauen und soziales Ehrenamt. Zur Vergesellschaftung weiblicher Selbsthilfe. Augsburg: MaroVerlag

Backes Gertrud M. (1994): Männer und Frauen: Unterschiedliche Lebensbedingungen im Alter. In: Bundesministerium für Soziales (Hrsg.): Die Zukunft des Alterns. Soziales Europa 4. Wien. S. 177-196

Backes, Gertrud M. & Clemens, Wolfgang (1998): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung. Weinheim/München: Juventa Verlag

Badelt, Christoph (1985): Politische Ökonomie der Freiwilligenarbeit – Theoretische Grundlegung und Anwendungen in der Sozialpolitik. Frankfurt, New York: Campus Verlag

Badelt, Christoph & Holzmann, Andrea (1992): Integrierte Gesundheitsvorsorge im Nahraum – Erfolgsbedingungen und Leistungsfähigkeit innovativer Strukturen am Beispiel des Tiroler Sozial- und Gesundheitssprengel. In: Kurswechsel, Heft 3. S. 38-55

Badelt, Christoph & Österle, August (1994): Evaluation des Vorarlberger Pflegezuschussprogrammes des Landes und der Gemeinden Vorarlbergs – Forschungsbericht. Bregenz: Amt der Vorarlberger Landesregierung

Badelt, Christoph u.a. (1995): Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Wien: Böhlau. (Sozialpolitische Schriften, 4)

Badelt, Christoph (1995): Laien im Gesundheits- und Sozialsystem. In: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten & Bundeskanzleramt (Hrsg.): Bericht über die Situation der Frauen in Österreich – Frauenbericht 1995. Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten / Bundeskanzleramt. S. 491-499.

Badelt, Christoph (1995a): Qualitätssicherung in den Sozialen Diensten, Krems: Wissenschaftliche Landesakademie für Niederösterreich

Badelt, Christoph u.a. (1996): Kosten der Pflegesicherung – Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Wien, Köln, Weimar: Böhlau

Badelt, Christoph u.a. (1997): Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Badelt, Christoph u.a. (1997): Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Wien

Badelt, Christoph & Österle, August (1998): Grundzüge der Sozialpolitik – Spezieller Teil. Wien: Manz

Badelt, Christoph & Leichsenring, Kai (1998): Analyse und mögliche Neustrukturierung der Ausbildungen im Sozialbereich. Wien: Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten und Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr

Badelt, Christoph (1999): Ehrenamtliche Arbeit im Nonprofit-Sektor. In: Badelt, Christoph (Hrsg.): Handbuch der Nonprofit Organisation. 2.Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel. S. 432-462

Badelt, Christoph (1999a): Der Nonprofit Sektor in Österreich. In: Badelt, Christoph (Hrsg.): Handbuch der Nonprofit Organisation. 2.Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel. S. 61-83

BAGSO (1994): Internationaler Erfahrungsaustausch, Zukunft des Ehrenamtes, Dokumentation der Tagung in Bonn, 17.-19. Nov. 1994. Bonn: BAGSO.

Bahr, Christiane & Leichsenring, Kai (1995): Leben und Pflegen. Beratung und Koordination im Sozialsprengel. Evaluation eines dreijährigen Modellprojekts. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

Bahr, Christiane u.a. (1996): Mitsprache älterer Menschen in Österreich. Wien: BMAS (Forschungsberichte aus Sozial- und Arbeitsmarktpolitik, Nr. 58)

Bahr, Christiane u.a. (1996): Mitsprache. Bedarfsfelder für politische Mitsprache älterer Menschen in Österreich. Wien

Baltes, Margret M., Baltes Paul B. (Eds.) (1990): Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences. New York: Cambridge University Press.

Baltes, Margret M. (1995): Verlust der Selbständigkeit im Alter. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Pädagogische Rundschau, 46 (2), S. 159-170

Baltes Margret M. u.a. (1996): Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. In: Mayer Karl U. & Baltes Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. S. 573-598

Baltes, Paul B. & Smith, Jaqui (1990): Weisheit und Weisheitsentwick-lung: Prolegomena zu einer psychologischen Weisheitstheorie. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 22 (2), S. 95-135

Baltes Paul B. & Mittelstraß Jürgen (1992): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin-New York: Verlag Walter De Gruyter. S. 698

Barta, Heinz & Ganner, Michael (1988): Alter, Recht und Gesellschaft. Rechtliche Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegebetreuung. Wien. Innsbruck: WUV-Universitätsverlag

Barta, Heinz & Ganner, Michael (1998): Alter, Recht und Gesellschaft. Innsbruck: WUV-Universitätsverlag

Bartunek, Ewald (1988): Sozialhilfe 1987. In: Statistische Nachrichten, Nr. 12. S. 899-903

Bauer, Martin & Kronsteiner, Christa (1997a): Konsumerhebung 1993/94: Sozialstatistische Ergebnisse (3. Teil) – Monatliche Verbrauchsausgaben nach Haushaltsgröße

und Haushaltstyp. In: Statistische Nachrichten 8/1997, S. 627-630

Bauer, Martin & Kronsteiner, Christa (1997b): Statistische Beiträge zu Armut, Armutsgefährdung und Sozialer Ausgrenzung. In: Statistische Nachrichten 10/1997, S. 844-852

Bauer, Martin & Raffer, Hildegard (1997): Konsumerhebung 1993/94: Vergleich mit der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung 1993. In: Statistische Nachrichten, 8/1997. S. 631-634

Bauer, Martin (1998): Lohnsteuerstatistik 1996: Sozialstatistische Auswertungen. In: Statistische Nachrichten 9/1998. S. 733-740.

Bauer, Martin (1999a): Lohnsteuerstatistik 1997: Sozialstatistische Auswertungen. In: Statistische Nachrichten 5/1999. S. 328-336.

Bauer, Martin (1999b): Personen- und Haushaltseinkommen von Pensionist/inn/en 1997. – Ergebnisse des Mikrozensus September 1997. In: Statistische Nachrichten 7/1999, S. 527-531.

Bauer, Petra Gudrun (1996); Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Österreich. Zur intramuralen und extramuralen Vernetzung von gemeindenahen Pflegesystemen. Linz: Univiversität

Bärsch, Jürgen u.a. (1990): Neue Trägerformen im Wohnungsbau. Kommunale Beiträge zur Realisierung gemeinschaftlicher Wohnformen. Darmstadt

Bass, Scott A., Caro, Francis G. & Yung-Ping Chen (eds.) (1993): Achieving a Productive Aging Society. Westport, Conn.: Auburn House

Bässler, Roland (1989): Freizeit und Sport in Österreich. Wiener Universitätsverlag: Wien

Bauordnung für Wien, Landesgesetzblatt, 1996

Bayrisches Staatsministerium des Inneren (Hrsg.) (1995): Wohnen ohne Barrieren. Arbeitsblätter Bauen und Wohnen für Behinderte Nr. 5. München

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1993): Familie und Alter: Neue Herausforderungen, Chancen, Konflikte. In: Naegele, Gerhard & Tews, Hans Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 158-169

Becker, Gerd D. (1989): Alt + Jung unter einem Dach. In: Kopfstand; Zeitschrift Graue Panther Hamburg e. V.

Angleitner, Anton u.a. (1978): Kirche und ältere Generation. Kohlhammer: Stuttgart.

Becker, Volker u. a. (1977): Todesursache als Summationsphänomen. In: Therapiewoche, 27. S. 8811-8822

Becker, Susanne & Rudolph, Werner (1994): Handlungsorientierte Seniorenbildung. Opladen: Leske + Budrich

Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen (1991): Soziale Sicherung im Alter. Wien: Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen

Benard, Cheryl & Schlaffer, Edit (o.J.): Das emotionale Umfeld alter Menschen in Österreich. Wien

Beneke, Gudrun & Schmidt, Ingrid (1991): Zukunftsbilder, Zukunftspläne: Wohnformen im Alter. Hannover: Institut für Wohnpolitik und Stadtökologie.

Bengtson, Vern L. & Kuypers, Joseph A. (1971): Generational differences and the developmental stake. In: Aging and Human Development, 2. S. 249-260

Bengtson, Vern u.a. (1996): Paradoxes of families and aging. In: Binstock, Robert H. & George, Linda K. (Hrsg.): Handbook of aging and the social sciences. 4. Aufl. San Diego: Academic Press. S. 253-282

bfu (1992): Probleme und Einstellungen älterer Verkehrsteilnehmer. ZVS 38(2)

Binstock, Robert H. (1983): The aged as scapegoat. In: The Gerontologist, 23. 2. S. 136-143

Binstock, Robert H. (1985): The Oldest Old: A Fresh Perspective or Compassionate Ageism Revisited? In: Milbank Memorial Fund Quarterly, 63 (2). S. 420-451

Borscheid, Peter (1987): Geschichte des Alters. 16.-18. Jahrhundert. In: Birg, Herwig & Flöthmann, Ernst-Jürgen (1994): Entwicklung der Familienstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Belastungs- und Transferquotienten zwischen den Generationen. Forschungsbericht für die Bundestags-Enquête-Kommission ‚Demographischer Wandel'. Bundestagsdrucksache 12/7876

Borscheid, Peter (1990): Zum Verhältnis der Generationen zwischen den Revolutionen 1845/1918. In: Archiv für Sozialgeschichte, 30. Coppenrath: Münster. S. 1-14

Bisovsky, Gerhard (1988): 1938/1988. Ein Programmschwerpunkt der Wiener Volkshochschulen. In: Bisovsky, Gerhard & Streibel, Robert (Hrsg.): 1938/88. Eine Bilanz, aber kein Schlußstrich. Wien. S. 48-52.

Blaschek, Hannelore (1994): Verband Österreichischer Bildungswerke 1954-1994. In: Verband Österreichischer Bildungswerke 40 Jahre. Wien. S. 7-17

Blaschke, Jochen & Simoneit, Gerhard (1996): Wohnversorgung und Mobilität von älteren Immigranten. Berlin: Berliner Institut für Vergleichende Sozialforschung.

Blaumeiser, Heinz, u.a. (1988): Ottakringer Lesebuch, Was hab' ich denn schon zu erzählen ... Lebensgeschichten. Wien-Köln-Graz: Böhlau

Blaumeiser, Heinz & Wappelshammer, Elisabeth (1991): Pensionsvorbereitung in Österreich – Vorbereitung auf und Begleitung in den Ruhestand. Klagenfurt

Blaumeiser, Heinz & Wappelshammer, Elisabeth (1998): Alter und Planung: Grenzen im Kopf – Grenzen im sozialen Netz. Wien

Blaumeiser, Heinz & Wappelshammer, Elisabeth (1999): Chancen und Wege der Partizipation älterer Menschen am öffentlichen Leben in kleinen Gemeinden. Wien:

Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (unveröffentlichter Forschungsbericht)

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1997): Bericht über die soziale Lage 1996 – Analysen und Ressortaktivitäten. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998a): Bericht über die soziale Lage 1997 – Analysen und Ressortaktivitäten. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998b): Bericht über die soziale Lage 1997 – Datenband. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Böck, Gertrud (1992): Spezifische Selbstkonzeptmuster und Selbstbildveränderungen bei alten Menschen in Abhängigkeit von ihrer Aufenthaltsdauer in Wiener Pensionistenhäusern. Wien: Univ. Wien

Borchers, Andreas (1997): Die Sandwich-Generation. Ihre zeitlichen und finanziellen Leistungen und Belastungen. Frankfurt/New York: Campus

Bourdieu, Pierre u.a. (1993): La misère du monde. Paris: éditions du Seuil.

Bowling, Ann u.a. (1982): Life after death: A study of the elderly widowed. Tavistock: London

BPGG (1993): Bundespflegegeldgesetz. BGBl 110/1993

Brody, Elaine M. (1979): Aged parents and aging children. In: Pauline K. Ragan (Hrsg.): Aging parents. Los Angeles: The University of Californa Press. S. 267-287

Brandes, Ch. (1981): Motivation für ein Universitätsstudium im Alter. Wien

Brandtstädter, Jochen (1989): Optimale Entwicklung als Problem der Selbstregulation von Entwicklungsprozessen. In: Baltes, Margret M. u.a. (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. Huber: Bern. S. 319-324

Brandtstädter, Jochen & Baltes-Götz, Barbara (1990): Personal Control Over Development. In: Baltes, Paul B. & Baltes Margret M. (Hrsg.): Successful Aging. Cambridge University Press: Cambridge. S. 197-224

Brandtstädter, Jochen & Wentura, David (1994): Veränderungen der Zeit- und der Zukunftsperspektive im Übergang zum höheren Erwachsenenalter. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 26 (1), S. 2-21

Brandtstädter, Jochen & Rothermund, Klaus (1998): Bewältigungspotentiale im höheren Alter: adaptive und protektive Prozesse. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Bd 1: Grundlagen. Göttingen: Hogrefe. S. 223-237

Brasse, Barbara u.a. (Hrsg.) (1993): Alt sein – aber nicht allein, neue Wohnkultur für Jung und Alt; Projektberichte, Erfahrungen, Impressionen; ein Lesebuch der Anstiftung. Münster

Braun, W. (1999): Kampf um den Kunden. In: Praxis & Wirtschaft, 1/1999, 9

Brech, Joachim (Hrsg.) (1989): Neue Wohnformen in Europa. Berichte des 4. Internationalen Wohnbund-Kongresses. Darmstadt

Brech, Joachim u.a. (1990): Gruppenbezogene Wohneigentumsformen. Bonn: Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau

Brech, Joachim & Potter, Philipp (Hrsg.) (1991): Älter werden – Wohnen bleiben. Darmstadt

Brech, Joachim u.a. (1994): Integriertes Wohnen – Ein Modell für sozialen Wohnungsbau. Darmstadt

Brezansky, Heinz P. (1990): Bedarfsorientierte Fernsehnutzung alter Menschen. Möglichkeiten eines Massenmediums für einen Beitrag zur Reintegration der alten Menschen in die Gesellschaft. Wien

Bruder, J. u.a. (1991): Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutsche Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie. Rügheim. S. 13

Brugger, Elisabeth (1990): Probleme bei neuen Formen der Bildungsarbeit mit älteren Menschen. In: Filla, Wilhelm u.a. (Hrsg.): Bildungsarbeit mit älteren Menschen. Beiträge aus Theorie und Praxis. VÖV-Publikationen 8, Wien-Baden: Verlag Grasl. S. 67-76

Brugger, Elisabeth (1996): Abenteuer im Kopf... Lebensbegleitende Bildung an den Volkshochschulen. In: Brugger, Elisabeth u.a. (Hrsg.): Die 3. Karriere. Ideen zur Gestaltung der reifen Jahre. Wien: Verband Wiener Volksbildung. S. 79-84

Brunner, Matthias (1996): ge et politique. Le comportement politique des personnes âgées en Suisse. Genève: Université de Genève / Département de Science Politique (Etudes et Recherches, No. 34).

Bühler, Charlotte (1933): Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem. Leipzig

Bundesamt für Statistik (1990): Freizeit und Kultur. Mikrozensus 1988. Bundesamt für Statistik: Bern

Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte (Hrsg.) (o.J.): Wirtschafts- und Sozialstatistisches Taschenbuch. Wien: Verlag der Arbeiterkammer Wien

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (1994): Seniorenbericht. Wien: BMAS

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (1994): Alten- und Pflegeheime in Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (3 Bände)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (1995): Pflegegeld. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (= Fingerzeige für behinderte Menschen, Heft 8)

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1997): Bericht des Arbeitskreises Pflegevorsorge. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998): Bericht über die soziale Lage (Sozialbericht). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998): Pflegevorsorge Österreich – Provision for Long-Term Care Austria – Prévention dépendance Autriche. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Bundesministerium für Familie und Senioren (1993): Erster Altenbericht. Zur Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. BT-Drucksache: 12/5897. Bonner Universitäts-Buchdruckerei: Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Zweiter Altenbericht. Wohnen im Alter. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (1996): Das Gesundheitswesen in Österreich, Wien: Eigenverlag

Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (1991): Ältere Menschen und ihr Wohnquartier – Modellvorhaben des Experimentellen Wohnungs- und Städtebaus. Bonn

Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (1995): Wohnen im Alter – zuhause im Wohnquartier – Forschungsvorhaben des Experimentellen Wohnungs- und Städtebaus. Bonn

Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (Hrsg.) (1998): Jung & alt – gemeinsam leben und wohnen. Mehr-Generationen-Wohnen. Wien: BMUJF.

Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (1999) Bürgerbüros für Jung & Alt. Wien: BMUJF (Informationsbroschüren)

Bundesministerium für Unterricht und Kunst. Abtlg. Erwachsenenbildung. (Hrsg.) (1999): Erwachsenenbildung in Österreich. 4. überarb. Aufl., Wien.

Bura, Josef & Kayser, Barbara (1992): Miteinander wohnen – Wohnprojekte für Jung und Alt. In: Stattbau Hamburg (Hrsg.): a.a.O. Darmstadt

Burgess, Eernest W. (1957): Probleme des alternden Menschen in der modernen amerikanischen Gesellschaft. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 3. S. 447-460

Bürklin, Wilhelm (1987): Alte Wähler morgen: graue Panther oder konservative Stammwähler der CDU? In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Die ergraute Gesellschaft. Berlin: DZA. S. 116-140.

Busse, Ewald W. & Maddox, George L. (1985). The Duke Longitudinal Studies of Normal Aging. Springer: New York

Butler, Robert (1969): Age-Ism. Another form of Bigotry. In: The Gerontologist, 9 (4), S. 243-246

Chaloupka, Christine u.a. (1993): Erhöhung der Sicherheit der Seniorinnen und Senioren im Straßenverkehr. Wien

Christ Rainer (1997: What are valid selection criteria? Older drivers as a general example. In: Risser, Ralf (Hrsg.): Assessing the driver.

Cinar, Dilek u.a. (1996): Rechtliche Integration von Einwanderern im internationalen Vergleich. Wien: Institut für Höhere Studien

Croft, Suzy & Beresford, Peter (1993): Partizipation und Politik. In: neue praxis, Nr. 5, S. 439-458

Cserjan, Karoly (1990): Altenhilfe in Österreich 1988-2011. Regionale Verteilung. Wien: Geschäftsstelle der österreichischen Raumordnungskonferenz.

Csitkovics, Monika u.a. (1997): Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien. Wien: MA 15 / Dezernat für Gesundheitsplanung

Cumming, Elaine & Henry, William E. (1961): Growing old. New York: Basic Books.

Dannerbauer, Hermine (1998): Gesundheitsausgaben in Österreich 1981-1996. In: Statistische Nachrichten, 5/1998. S. 384-387

De Pauli, Christian (1989): Die Berechnung, Bilanzierung und Prüfung von Pensionsrückstellungen. Dipl. Arb. Graz

Dejeammes, Marivonne & Medevielle, Jean Pierre (1993): Mobility and transport for elderly and disabled persons. Proceedings of the 6th International Conference – COMOTRED '92, Lyon: INRETS

Denk, Heinz u.a. (1997): Zur Bedeutung von Bewegungs- und Sportaktivitäten im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie, 30 (4). S. 311-320

Deutscher Bundestag Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.) (1994): Enquete-Kommission Demographischer Wandel – Herausforderung unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Bonn: Bonner Universitätsverlag

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (1998): Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen. Expertisenband 1 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt & New York

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (1998): Regionales Altern und Mobilitätsprozesse Älterer. Expertisenband 2 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt & New York

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (1998): Wohnformen älterer Menschen im Wandel. Expertisenband 3 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt & New York

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (1998): Wohnverhältnisse älterer Migranten. Expertisenband 4 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt & New York

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (1998): Betreutes Wohnen und Wohnen im Heim. Rechtliche Aspekte. Expertisenband 5 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt & New York

Diczfalusy, Egon (1998): An aging human kind: Is our future behind us. In: The Aging Male, 1, S. 8-19

Dieck, Margret & Naegele, Gerhard (1993): „Neue Alte" und alte soziale Ungleichheiten – vernachlässigte Dimensionen in der Diskussion des Altersstrukturwandels. In: Naegele, Gerhard & Tews, Hans-Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Westdeutscher Verlag: Opladen. S. 43-60

Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993a): Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung – III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. S. 1-154

Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993b): Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben. Stuttgart: Enke Verlag

Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993c): Die älteren Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland – Soziodemographische Aspekte. In: Johannes, Otto (Hrsg.): Die älter werdende Gesellschaft. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. S. 171-193

Dietzel-Papakyriakou, Maria & Olbermann, Elke (1996): Soziale Netzwerke älterer Migranten. Zur Relevanz familiärer und innerethnischer Unterstützung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1. S. 34-41

Doberauer, Walter (1962a): Beeinflussung von Wundheilungsvorgängen durch das Lebensalter. In: Geront. Clin. 4. S. 112-127

Doberauer, Walter (1962b): Der Einfluß der Lebensalter auf die Granulationsgewebsbildung. In: Scriptum Geriatricum. S. 167-197

Doberauer, Walter (1963): Zum Einfluß des Lebensalters auf die Heilung künstlicher Hautdefekte. In: Klinische Medizin.

Doblhammer, Gabriele (1996): Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Zum Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich. In: Demographische Informationen 1995/96. S. 71-81

Doblhammer, Gabriele & Kytir, Josef (1998): Social inequalities in disability-free and healthy life expectancy in Austria. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 11/1998. S. 393-396

Doblhammer, Gabriele & Kytir, Josef (1999): Lebenserwartung älterer Menschen in guter Gesundheit. Trends für Österreich 1978 bis 1998. In: Demographische Informationen 1999 (im Erscheinen)

Dohmen, Günther (1998): Zur Zukunft der Weiterbildung in Europa. Lebenslanges Lernen für Alle in veränderten Lernwelten. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Dressel, Gert & Novy, Katharina (1995): 5X Wien. Lebensgeschichten 1918-1945 Dokumentationen zum Gesprächskreis im Pensionistenheim Liebhartstal. Wien: Verband Wiener Volksbildung

Dunkel, Wolfgang (1994): Pflegearbeit – Alltagsarbeit. Eine Untersuchung der Lebensführung von AltenpflegerInnen. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Dvorák, Johann F. (1995): Seniorenakademie. Über die Seniorenkurse an der Volkshochschule Wien Nord-West. In: Erwachsenenbildung in Österreich, 1/1995. S. 21f

Eberhartinger, Stefan (1990): Mehr Pension durch die Pensionskasse – Rechtliche Grundlagen und betriebliche Praxis. Wien

Ebner, W. (1985): Bildungsarbeit mit älteren Menschen. Grundlagen und Analysen. Linz

ECHP UDP (1995): European Community Household Panel (Europäisches Haushaltspanel) – Longitudinal Users' Database Wave 2 (=Welle 1 in Österreich). Luxemburg: Eurostat.

Eftaxias, Paul (1989): Pensionskassen als Unternehmensbeitrag zur Altersvorsorge. Graz: Universität, Dipl.-Arb.

Ehalt, Hubert (Hrsg.) (1984): Geschichte von unten. Fragestellungen, Methoden und Projekte einer Geschichte des Alltags. Kulturstudien. Bd. 1, Wien/Köln/Graz

Ehalt, Hubert u.a. (Hrsg.) (1984): Geschichtswerkstatt, Stadtteilarbeit, Aktionsforschung. Perspektiven emanzipatorischer Bildungs- und Kulturarbeit. Wien

Ehmer, Josef (1990): Sozialgeschichte des Alters. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag

Ehmer, Josef (1996): Die Lebenstreppe, Altenbilder, Generationsbeziehungen und Produktionsweisen in der europäischen Neuzeit. In: Ehmer, Josef (Hrsg.): Alter und Generationenbeziehungen im Übergang von der ständischen zur industriellen Gesellschaft. Forschungsbericht. Salzburg: Universität. S. 92-120

Ekerdt, David J. (1986): The busy ethic: Moral continuity between work and retirement. In: The Gerontologist, 26 (3), S. 239-244

Endl, Margarete & Leichsenring, Kai (1994): Mitsprachemöglichkeiten älterer Menschen in Österreich. Zwi-

www.parlament.gv.at

schenbericht. Wien: Europäisches Zentrum (unveröffentlichter Forschungsbericht)

Ermini-Fünfschilling, D. & Meier, D. (1995): Gedächtnistraining: wichtiger Bestandteil der Milieutherapie bei seniler Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28 (3).

Euroäische Union (1998): The European Union Report on Osteoporosis – Action for Prevention. Brüssel

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung und Bundesministerium für Jugend und Familie (1994): Tagungsbericht „Pflege in der Familie? Politik, die hilft." Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung und Bundesministerium für Jugend und Familie

Evers, Adalbert & Wintersberger, Helmut (1990): Shifts in the Welfare Mix. Their Impact on Work, Social Services and Welfare Policies. Frankfurt, Boulder, Colorado: Campus / Westview

Evers, Adalbert, Leichsenring, Kai & Pruckner, Birgit (1993): Alt genug, um selbst zu entscheiden. Internationale Modelle für mehr Demokratie in Altenhilfe und Altenpolitik. Freiburg: Lambertus

Evers, Albert, Leichsenring, Kai & Marin, Bernd (1994): Die Zukunft des Alters. Sozialpolitik für das Dritte Lebensalter. Schriftenreihe „Soziales Europa", Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Wien

Evers, Adalbert; Leichsenring, Kai & Pruckner, Birgit (1994): Payments for Care: The Case of Austria. In: Evers, Adalbert / Pijl, Marja / Ungerson, Claire (eds.): Payments for Care. A Comparative Overview. Aldershot: Avebury, S. 191-214

Evers, Adalbert, Leichsenring, Kai & Marin, Bernd (Hrsg.) (1994): Die Zukunft des Alterns. Sozialpolitik für das Dritte Lebensalter. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Reihe „Soziales Europa", Bd. 4)

Evers, Adalbert & Pruckner, Birgit (1995): Pflege in der Familie? Politik, die hilft. Tagungsbericht. Wien: Bundesministerium für Jugend und Familie.ExWoSt-Informationen zum Forschungsfeld „ältere Menschen und ihr Wohnquartier", Nr. 9, 1992-November. Bonn

Evers, Adalbert & Leichsenring, Kai (1996): Reduktion oder Redefinition politischer Verantwortung? Modernisierung sozialer Dienste in Delft und Stockholm. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

Evers, Adalbert u.a. (Eds.) (1997): Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. Aldershot: Ashgate

ExWoSt-Informationen zum Forschungsfeld „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier", Nr. 11, 1993-April, Bonn

ExWoSt-Informationen zum Forschungsfeld „ältere Menschen und ihr Wohnquartier" Nr. 04.12, 1996. Bonn

MA 15 (Hrsg.): fact sheets (1998) In: MA 15. Gesundheitsförderungsplan für Wien. Arbeitsbericht August. Wien

Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit der Gesundheit im Alltag. Weinheim: Psychologie Verlagsunion

Fassmann, Heinz u.a. (1996): Bevölkerungsprognose für Österreich 1991 bis 2021. Szenarien der räumlichen Entwicklung von Wohn- und Erwerbsbevölkerung, Wien: ÖROK. (Österreichische Raumordnungskonferenz, Schriftenreihe Nr. 126)

Fazekas, I. u. a. (1987): Klinische Bewertung der Autopsie im Senium. Zeitschrift für Gerontologie. 20. S. 146-148

Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs (1998): The Austrian welfare state: a survey of social security systems. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Feldmann, Klaus (1997): Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse. Leske + Budrich: Opladen

Fellinger, K. (Hrsg.) (1974): Aktivitätsprobleme des Alternden. Basel

Felix, Ferdinand (1998): Modernisierung und Verbesserung des sozialen Schutzes in der Europäischen Union. In: Soziale Sicherheit 4/1998

Fernández de la Hoz, Paloma & Pflegerl, Johannes (1999) Migrantenfamilien aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in Wien. (vorläufiger unveröffentlichter Endbericht). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung

Fernández de la Hoz, Paloma & Pflegerl, Johannes (1999): Migrantenfamilien in Österreich. Integrationsprozesse und Zukunftsperspektiven. In: Lutz, Wolfgang (Hrsg.): Kompendium der Familienforschung in Österreich 1999. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF). S. 97-112

Fessel+GfK Institut für Marktforschung (1988): Life Style ‚88. 7 Bände. Wien: Fessel+GfK. S. 300-305

Fessel+GfK Institut für Marktforschung (1990): Seniorentypologie. Forschungsbericht. Wien

Fessel+GfK Institut für Marktforschung (1994): Lebenseinstellungen der Tiroler Senioren. Tabellenband: Wien.

Fessel+Gfk Institut für Marktforschung (1996): Lebenslanges Lernen. Life-Style 1996. Testkommentar 96/145.042. Im Auftrag von BM für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. Wien

Fessel+GfK Institut für Marktforschung (1997): Austrian Life-Style. Wien.

Filla, Wilhelm (1993): Image und Teilnehmerpotential der Volkshochschulen in Österreich. Wien

Filla, Wilhelm (1995): Einstellung der Österreicherinnen und Österreicher zur Weiterbildung (Gesamttitel). In: Die Österreichische Volkshochschule. Nr. 175 / März 1995 bis Nr. 181 / September 1996.

Filla, Wilhelm (1997a): „Lebenslanges Lernen" in Österreich (I und II). In: Die Österrreichische Volkshochschule. Nr. 183 / März 1997, S. 11-15; Die Österreichische Volkshochschule. Nr. 184 / Juni 1997, S. 20-23

Filla, Wilhelm u.a. (1997): X. Deutscher Volkshochschultag. In: Die Österreichische Volkshochschule. 48. Jg., Nr. 183, März 1997, S. 45-49

Filla, Wilhelm (1999): Die persönlichen Weiterbildungsaktivitäten der Österreicher/innen. (Dzt. in Auswertung). Wien 1999

Finder, Ruth et al.(1995): Alter als Arbeitsmarktproblem. Die Situation über 45jähriger. Wien 1995 (Ludwig Boltzmann Institut für Wachstumsforschung, vervielfältigtes Manuskript). Ebenso in: http://www.ams.or.at/amsallg/txt403.htm (Abfrage am 16.2.1999)

Finder, Ruth u.a. (1995): Alter als Arbeitsmarktproblem. Forschungsbericht. Ludwig Boltzmann-Institut für Wachstumsforschung: Wien

Findl, Peter & Fraiji, Adelheid (1991): Ausländer in Österreich. In: Statistische Nachrichten, (11), S. 956-972

Fischer, Arthur u.a. (1985): Jugendliche und Erwachsene '85: Generationen im Vergleich. Band 1: Biografien, Orientierungsmuster, Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich

Fischer, Susanne (1996): Kommunikationspolitik für Senioren. Diplomarbeit: Wien.

Fluck, B. (1985): „Freigesetzte" Arbeitnehmer und die Rolle der Erwachsenenbildung: Sinnsuche, Krisenbewältigung oder Kompensationsangebot? In: Dieck, Margret u.a. (Hrsg.): „Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt – eine neue Ruhestandsgeneration? Berlin. (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit 60). S. 409-414

Fogt, Helmut (1992): Politische Generationen. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Fooken, Insa u.a. (1989): Human Sexuality and Human Aging. Forschungsbericht. Psychologisches Institut: Bonn

Fooken, Insa (1991): Sexualität und Altern. In: Karl, Fred & Friedrich, Ingo (Hrsg.): Partnerschaft und Sexualität im Alter. Steinkopff: Darmstadt. S. 115-132

Forster, Jane (1997): The Potential of a Lifetime. The Carnegie-TSB Foundation Third Age Volunteering Report. London: The Carnegie United Kingdom Trust

Franke, Hans (1988): Hoch- und Höchstbetagte. Berlin u. a.: Springer

Franke Hans (o. J.): Wesen und Bedeutung der Polypathie und Multimorbidität in der Altersheilkunde. In: Platt, Dieter (Hrsg.): Handbuch der Gerontologie, Band 1. Innere Medizin. Stuttgart & New York: Gustav Fischer Verlag. S. 449-454

Frassine, Ingrid u.a. (1988): Alten- und behindertenspezifische Aus- und Fortbildungskonzepte und -modelle für Lehre und Praxis der Sozialarbeit. Wien

Fries, J. F. (1980): Aging, natural death and the compression of morbidity In: Journal of Medicine, 303. S. 130

Fries, J. F. (1989): Erfolgreiches Altern: Medizinische und demographische Perspektiven. In: Baltes, Margret M. u.a. (Hrsg): Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen. Bern: Huber. S. 19-26

Fries, J. F. u. a. (1989): Health promotion and compression of morbidity. In: Lancet, 1. S. 481

Fuchs, Ulli & Slapansky, Wolfgang (1991): Trümmer und Träume. Alltag in Favoriten 1945 bis 1955. Wien.

Füsgen, Ingo (1975): Dr alte Mensch in der stationären Behandlung. In: Akt. Geront. 5, S. 338

Füsgen, Ingo (1988): Alterskrankheiten und stationäre Rehabilitation. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer. S. 44-48

Gächter, August (1998): Die Integration der niedergelassenen ausländischen Wohnbevölkerung in den Arbeitsmarkt. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS)

Gaskin, Kathrin & Davis Smith, Justin: (1995): A New Civic Europe? A Study of the Extent and Role of Volunteering. London: The Volunteer Centre

Gaspar-Ruppert, W. & Prinz, M. (1986): Derzeitige und zukünftige Bedürfnisstrukturen der Altenversorgung im Bezirk Mürzzuschlag. Wien

Gaßmann, Raphael & Schnabel, Eckart (1996): Die Betreuung Sterbender durch den Hausarzt im Kontext medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgung. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Gehmacher, Ernst (1990): SPÖ: Wähler und Mitglieder 1945 bis 1990. In: Fröschl, Erich u.a. (Hrsg.): Die Bewegung. Hundert Jahre Sozialdemokratie in Österreich. Wien: Löcker Verlag. S. 520-530

Geißler-Gruber, Brigitta & Havel, Margarete (1998): Jung & alt gemeinsam leben und wohnen. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie

Gerok, Wolfgang & Brandtstädter, Jochen (1992): Normales, krankhaftes und optimales Altern: Variations- und Modifikationsspielräume. In: Baltes, Paul B. & Mittelstraß, Jürgen (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. De Gruyter: Berlin. S. 356-385

Gesetz betreffend Altersgrenzen von männlichen und weiblichen Sozialversicherten (1992): Bundesverfassungsgesetz über unterschiedliche Altersgrenzen von männlichen und weiblichen Sozialversicherten. BGBl. 832/1992

Gesetz betreffend Berichte über den Abbau von Benachteiligungen von Frauen (1992): Bundesgesetz über Berichte der Bundesregierung betreffend den Abbau von Benachteiligungen von Frauen. BGBl. 837/1992

Getreuer-Kargl, Ingrid (1990): Ende der Dynamik? Eine Expertenbefragung zur Alterung der japanischen Gesellschaft. Wien

Giese, Eckhard (Hrsg.) (1997): Verkehr ohne W(Ende)? Tübingen: dgtv

Glenn, Norval D. (1977): Cohort analysis. Beverly Hills: Sage

Gluchowski, Peter & Mnich, Peter (1993): Alter, Generation und Parteipräferenzen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 43. S. 13-23

Göckenjan, Gerd u.a. (1993): Der lange Weg zum Ruhestands. Zur Sozialpolitik für das Alter zwischen 1889 und 1845. In: Zeitschrift für Sozialreform, 39. S. 725-755

Grajczyk, Andreas u.a. (1998): Fernsehverhalten älterer Menschen. In: Media Perspektiven, 4. S. 190-205

Greve, Werner & Niederfranke, Anette (1998): Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität im Alter. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27/2.

Grohs, Gertrude (1992): Die Wohnsituation in einem Haus für Pensionisten: Ihre Auswirkung auf die Affektivität des alten Menschen, mit besonderer Berücksichtigung der reaktiven depressiven Verstimmung. Wien

Gronemeyer, Reimer (1989): Die Entfernung vom Wolfsrudel. Über den drohenden Krieg der Jungen gegen die Alten. Düsseldorf: Claassen

Gruber, Christiane & Teuschler, Christine (Projektleitung) (1991): Ein Dorf an der Grenze

Gruber, Gerd & Pallinger, Manfred (1998): 5 Jahre Pflegevorsorge: Erfahrungen und künftige Entwicklungen. In: Soziale Sicherheit, 12. S. 890-898

Gruenberg, Ernest M (1977): The Failures of Success. In: Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society, 1/1977. S. 3-24

Grundböck, Alice u.a. (1998): Begleitforschung zum Modellprojekt „Ganzheitliche Hauskrankenpflege" des Wiener Roten Kreuzes. Endbericht. Wien: LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie (=Integrierte Versorgung / 9)

Guillemard, Anne Marie (1992): Europäische Perspektiven der Alternspolitik. In: Paul B. Baltes & Jürgen Mittelstraß (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Walter de Gruyter: Berlin. S. 614-639

Häfner, Heinz (1994): Psychiatrie des höheren Lebensalters. In: Baltes, Paul B. u.a.. (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin: de Gruyter. S. 151-179

Hahnl, Susanne (1989): Pflegeleistungen für ältere Menschen in Niederösterreich. Wien

Haidinger Gerald u.a. (1992): Die Entwicklung der Zahl von Alzheimer-Erkrankungen in Österreich bis zum Jahr 2050. In: Wiener Klinische Wochenschrift. 104. 20. S. 631-635

Hakamies-Blomqvist, Liisa (1995): Compensation in older drivers as reflected in their fatal accidents. In: AAP 25. S. 19-27

Halbwachs, Christian (1988): Seniorenaufbautraining. Ein Modell angewandter Prävention. Wien

Händel Konrad (1985): Alte Menschen im Straßenverkehr, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde. In: Arzt und Auto. 2

Hanika, Alexander (1996): Bevölkerungsvorausschätzung 1995-2050 für Österreich und die Bundesländer sowie Modellrechnung bis 2050. In: Statistische Nachrichten, 5/1996. S. 329-341

Häußermann, Hartmut & Siebel, Walter (1996): Soziologie des Wohnens. Eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens. München: Juventa

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (1988): Statistikdatenbank: Vorsorgeuntersuchungen nach Alter der Probanden. Wien

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (1999): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1999. Wien

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (1999): Pensionsstände im Dezember – Berichtsjahr 1998. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Heilinger, Anneliese (1990): „Senioren" an der Volkshochschule. In: Filla, Wilhelm u.a. (Hrsg.): Bildungsarbeit mit älteren Menschen. Beiträge aus Theorie und Praxis. VÖV Publikationen 8. Wien: Grasl. S. 77-90

Heimgartner, Arno (1993): Neuorientierung in der zweiten Lebenshälfte. Graz

Heimgartner, Arno & Knauder, Christine (1995): Barrieren der Weiterbildung älterer Arbeitnehmer/innen. Forschungsbericht. Universität Graz: Graz

Hein, Norbert u.a. (1987): Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Innsbruck

Helson, Harry (1964): Adaptation-level Theory. Harper & Row: New York

Hermann, I. (1992): Vorbereitung von Arbeitnehmern auf die Pensionszeit. In: Heinrich, Irmgard u.a. (Hrsg.): Geschichte(n) erzählen. Beiträge aus dem Gesprächskreis „Erlebte Geschichte". Innsbruck.

Herry, Max & Snizek, Sepp (1992): Verkehrsverhalten der Wiener Bevölkerung 1991. In: Heft der Sonderreihe zum neuen Wiener Verkehrskonzept

Hess, Robert D. & Handel, Gerald (1980): Die Familie als psychosoziale Organisation. In: Döbert, Rainer u.a. (Hrsg.): Entwicklung des Ichs. Köln: Kiepenheuer u. Witsch (zuerst engl. als „Family Worlds" 1959). S. 32-45

Heuwinkel, Dirk (1990): Sport für Ältere in einer sportaktiven alternden Gesellschaft. In: Zeitschrift für Gerontologie, 23 (1), S. 23-33

Hirczy, K. (1988): Altern mit Bewegung. Graz

Hirsch Rolf D. u.a. (Hrsg.) (1992): Multimorbidität im Alter. Berlin, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber. S. 23

Hochrein, Matthias u.a. (1973): Lebenserwartung und Gesundheitsmedizin. In: Böhlau, V. (Hrsg.). Wege zur Erforschung des Alterns. Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt

Hofbauer, H. (1982): Materialien zur Situation älterer Erwerbspersonen in der Bundesrepublik Deutschland. Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 15, S. 99-110

Hoffer, Heinrich u.a. (1994): Sozial- und geisteswissenschaftliche Alter(n)sforschung in Österreich 1980-1995. Wien: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung. Wien

Hofinger, Christoph & Waldrauch, Harald (1997) Einwanderung und Niederlassung in Wien. Wien: Institut für Höhere Studien

Höglinger, Andrea u.a. (1997): Beschäftigungssicherung und Arbeitsmarktintegration älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, Bd. II. Wien

Hofstätter, Maria u.a. (1998): Ökonomische Effekte von Weiterbildung – Unter Berücksichtigung älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. Wien

Hollstein, Bettina & Bria, Gina (1998): Reziprozität in Eltern-Kind-Beziehungen? Theoretische Überlegungen und empirische Evidenz. In: Berliner Journal für Soziologie. 1, S. 7-22

Holzer, Werner & de Wilde, Helga (1998): Demographische Lage im Jahre 1997. In: Statistische Nachrichten, 12/1998. S. 992-1012

Holzmann-Jenkins, Andrea (1999): Gemeinden schließen sich zusammen: Sozial- und Gesundheitssprengel zur Förderung des sozialen Zusammenhalts in Tirol. In: Leichsenring, Kai & Rosenberg, Barbara (Hrsgg.) Soziale Lösungen vor Ort – neue Wege in der kommunalen Sozialpolitik. Wien: Renner-Institut S. 43-46

Holzmann, Robert (1988): Zu ökonomischen Effekten der österreichischen Pensionsversicherung: Einkommensersatz, Ruhestandsentscheidung und interne Ertragsraten. In: Holzmann, Robert (Hrsg.), Ökonomische Analyse der Sozialversicherung. Ergebnisse für Österreich. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung. S. 153-205

Höpflinger, Francois & Stuckelberger, Astrid (1992): Alter und Altersforschung in der Schweiz. Zürich: Seismo Verlag. S. 9-31

Höpflinger, François (1997): Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in bevölkerungssoziologische und demographische Prozesse. Weinheim/München: Juventa Verlag

Höpflinger, François & Stuckelberger, Astrid (1999): Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter / Vieilesse / Anziani. Zürich: Seismo Verlag

Hörl, Josef (1989): Lebensverhältnisse älterer Menschen – Wien Fünfhaus. Wien

Hörl, Josef (1992): Lebensführung im Alter. Zwischen Familie und sozialen Dienstleistungen. Heidelberg / Wiesbaden: Quelle & Meyer

Hörl, Josef (1994): Hoffnungen, Befürchtungen und Erwartungen der verschiedenen Altersgruppen bezüglich des Alters. In: Rosenmayr, Leopold u.a. (Hrsg.): Die Zukunft des Alters. Forschungsbericht. Universität Wien. S. 52-78

Hörl, Josef & Kytir, Josef (1998): Die „Sandwich-Generation": Soziale Realität oder gerontologischer Mythos? Basisdaten zur Generationenstruktur der Frauen mittleren Alters in Österreich. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 4. S. 730-741.

House, J. S. u.a. (1990): Age, socioeconomic status, and health. In: Milbank Q, 68. S. 383-411

Howell, F. H. (1963): Multiple pathology in monagenarians Geriatrics. 18. S. 899

Hruda, Hans (o.J.): Sonderauswertung: Ältere Arbeitslose (über 50jährige). Wien

Hummel, Konrad (Hrsg.) (1995): Bürgerengagement. Seniorengenossenschaften, Bürgerbüros und Gemeinschaftsinitiativen. Freiburg: Lambertus.

IBE (1996): Bedarfs- und Entwicklungsplan des Landes Oberösterreich zur Pflegevorsorge. Teil B: Pflegevorsorge für Menschen mit Behinderungen. Linz: Amt der oberösterreichischen Landesregierung

Institut für empirische Sozialforschung (1968): Betagte Menschen in Wien. Teil I: Berichtsteil. Wien

Imhof, Arthur E. (1981): Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. München: Verlag C.H. Beck

Imhof, Arthur E. (1983): „Unsere Lebensuhr. Phasenverschiebungen im Verlaufe der Neuzeit". In: Borscheid, Peter & Teuteberg, Hans J. (Hrsg.): Ehe, Liebe, Tod. Zum Wandel der Familie, der Geschlechts- und Generationsbeziehungen in der Neuzeit. F. Coppenrath: Münster. S. 170-198

Infratest Sozialforschung – Becker, Hellmut & Becker, Sinus (1991). Die Älte-ren. Zur Lebenssituation der 55-70-jährigen. Dietz: Bonn

Inglehart, Ronald (1977): The silent revolution: Changing values and political styles among Western publics. Princeton: Princeton University Press

Inglehart, Ronald (1989): Kultureller Umbruch. Wertwandel in der westlichen Welt. Frankfurt am Main / New York: Campus (erstmals engl. 1977 bei Princeton University Press)

Institut für empirische Sozialforschung (IFES) (1982): Darstellung des Alters im Fernsehen. Eine inhaltsanalytische Studie. Forschungsbericht: Wien.

Institut für empirische Sozialforschung (IFES) (1989): Kultur-Studie III. Eigenverlag: Wien

ISIS (1999): Erfahrungsaustausch für Seniorenbüros. Frankfurt: Institut für Soziale Infrastruktur.

„Ist Altern überhaupt erlaubt?" Bilder vom Altern in der Plakatwerbung 1950-1990 (1992). Wien.

Jacobs, Karin & Kohli, Martin (1990): Der Trend zum frühen Ruhestand. In: WSI Mitteilungen 43 (8). S. 498-509.

Jaekel, Roman (1994): Austrian Senior Experts Pool-Erfahrungswissen im Alter verwerten. In: Evers, Adalbert u.a. (Hrsg.). Die Zukunft des Alterns. Sozialpolitik für das Dritte Lebensalter. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Reihe „Soziales Europa", Bd. 4). S. 269-274

Jäger, Martin H. (1993): Probleme des Einsatzes älterer Arbeitnehmer/innen – eine betriebssoziologische Untersuchung. Innsbruck.

Jagodzinski, Walter & Dobbelaere, Karl (1993): Der Wandel kirchlicher Religiosiät in Westeuropa. In: Jochen Bergmann u.a. (Hrsg.): Religion und Kultur. Sonderheft 33 der KZfSS. S. 68-91. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Jaquemar, Susanne (1999): Sachwalterrecht / Alternativen zu Sachwalterschaft. Diskussionspapier zur vierten Sitzung des Arbeitskreises „Ältere Menschen und die Rechtsordnung". In: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie: Juraszovich, Brigitte (Hrsg.): Alte Menschen in Österreich – Lebensperspektiven, Probleme, Zukunftsperspektiven. Bericht an das Austrian Chapter des Club of Rome. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Kaiser, D. (1980): Die Bedeutung der individuellen Altersvorsorge in Österreich. Wien

Kaiser, Heinz Jürgen (1991): Generationsprobleme. In: Oswald, Wolf D. u.a (Hrsg.), Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Stuttgart / Berlin / Köln: W. Kohlhammer. S. 177-185.

Kaiser, Heinz Jürgen & Myllimäki-Neuhoff, Johanna (1995): Die Verkehrsteilnahme älterer Menschen als komplexes Handlungsproblem. Deutsche Verkehrswacht. Verkehrswachtforum Heft 1

Kaiser, Heinz Jürgen (1998): Erlernen von Sicherheits- (und Kontroll)bewußtsein. In: Becker, Susanne u.a. (Hrsg.): Handbuch Altenbildung. Opladen: Leske + Budrich

Kanzler, I. (1983): Seniorensport im Hinblick der Alltagsbewältigung. Graz

Kaplan, S. (1987): The new generation gap: The politics of genera-tional justice. In: Common Cause Magazine, 1. S. 13-16

Kargl, Ingrid (1987): Old Age in Japan – Long term statistics. Wien

Kaufmann, Franz-Xaver (1997): Generationsbeziehungen und Generationenverhältnisse im Wohlfahrtsstaat. In: Mansel, Jürgen u.a. (Hrsg.), Generationen-Beziehungen. Austausch und Tradierung. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 17-30

Kaufmann, Felix-Xaver (1989): Auf der Suche nach den Erben der Christenheit. In: Max Haller u.a. (Hrsg.): Kultur und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Campus. S. 277-288

Keith, Jennie (1990): Age in Social and Cultural Context: Anthropological Perspectives. In: Robert H. Binstock & Linda K. George, Handbook of Aging and the Social Sciences. (3. Aufl.). Academic Press: San Diego. S. 91-111

Khol, Andreas (1998): Mein politisches Credo – Aufbruch zur Bürgersolidarität. Wien: Molden

Klages, Helmut (1985): Wertorientierungen im Wandel. Rückblick, Ge-genwartsanalyse, Prognosen. Frankfurt am Main / New York: Campus

Klammer, Peter u.a. (1990): Alltagsgeschichte erlebt und erzählt. Arbeits- und Lebensverhältnisse in der Provinz. Salzburg

Kleiber, Douglas A. & Ray, Robert O. (1993): Leisure and Generativity. In: Kelly, John R. (Hrsg.): Activity and Aging. London: Sage. S. 106-117

Klein, Hans-Joachim & Bachmayer, Monika (1981): Museum und Öffentlichkeit. Berlin: Gebr. Mann

Klein, Hans-Joachim (1990) Der gläserne Besucher. Staatliche Museen Preußischer Kulturbesitz: Berlin

Kleinhenz, Gerhard D. (1997): Der Austausch zwischen den Generationen. In: Krappmann, Lothar & Lepenies, Annette (Hrsg.): Alt und Jung. Spannung und Solidarität zwischen den Generationen. Frankfurt am Main & New York: Campus. S. 66-82

Kliemke, Christa (1995): Betreutes Wohnen – Stadtplanerische und architektonische Planungsaspekte. In: Loeschke, Gerhard (Hrsg.): Sozialer Wandel – Wohnen im Alter. Darmstadt

Klingler, Josef (1994): Altern und Bildung. In: Erwachsenenbildung in Österreich, 2/1994. S. 14-25

Klingseisen, Michael & Schmidt, Peter (1995): Wohnen im Alter. München: Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit

Knesebeck, Olaf von dem (1998): Subjektive Gesundheit im Alter. Münster

Knipscheer, Kees (1987): Perspektiven für die Mehrgenerationenfamilie in einer sich wandelnden Gesellschaft. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Die ergraute Gesellschaft. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Nr. 71. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. S. 424-438

Knobling, Cornelia (1986). Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Personal. Freiburg i. Br.: Lambertus

Köcher, Renate (1994): Politische Partizipation und Wahlverhalten von Frauen und Männern. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 11. S. 24-31

Kohli, Martin (Hrsg.) (1978): Soziologie des Lebenslaufs. Darmstadt & Neuwied

Kohli, Martin (1985): Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. In: KZfSS 1. 1-29

Kohli, Martin (1995): Beziehungen und Transfers zwischen den Generationen – Vom Staat zurück zur Familie? Forschungsbericht 51. Berlin: Freie Universität Berlin.

Kolland, Franz u.a. (1982): Altenbildung in Wien: Bedingungen, Ziele, Hemmnisse. Wien

Kolland, Franz (1989): „Alternd lerne ich stets neu...". Universitäre Weiterbildung im mittleren und höheren Erwachsenenalter: Ergebnisse einer Befragung von Lehrenden und Studierenden der Universität Wien. Forschungsbericht. Wien

Kolland, Franz (1989): Universitäre Weiterbildung im mittleren und höheren Lebensalter. Wien

Kolland, Franz (1990): Strukturen und Motivationen von Weiterbildung im Alter. In: Erwachsenenbildung in Österreich, 4/90. S. 28-31

Kolland, Franz (1996a): Kulturstile älterer Menschen. Böhlau: Wien

Kolland, Franz (1996b): Sinnarmut und Sinnerfüllung im Alter. In: Rosenmayr, Leopold u.a. (Hrsg.): Jahresringe. Wien: Holzhausen. S. 73-110

Kommission „Hilfe im hohen Alter" (1992): Programm für den weiteren Ausbau der gesundheitlichen und sozialen Betreuung alter Menschen in Wien. Wien (mimeo)

Kondratowitz, Hans-Joachim v. (1990): Sozialpolitik in Verlegenheit. Normative Unbestimmtheiten im gegenwärtigen Diskurs über das Alter. In: Christoph Sachße & H. Tristram Engelhardt (Hrsg.): Sicherheit und Freiheit. Frankfurt a. M: Suhrkamp. S. 228-254

König, Karin (1998): Rechtliche Rahmenbedingungen für die Integration älterer MigrantInnen. In: Viyana Postasi, (32/33). S. 12-13

König, Ilse & Frassine, Ingrid (1988): „Mir ham' sich eigentlich was Jüngeres vorgestellt". Arbeit suchen ab 40. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Konrad, Helmut (1982): Der alte Mensch in der Geschichte. Graz

Konrad, Helmut & Sprinkart, Karl-Peter (1987): „...und i sitz jetzt allein": Geschichte mit und von alten Menschen. Wien

Kopp, Georg (1985): Fit im Alter durch Sport. Klagenfurt

Koskimäki, J. u.a. (1998): Prevalence of lower urinary tract symptoms in Finnish men: A population based study. In: British Journal of Urology, 81. S. 364-369

Koslowski, Peter (1987): Die postmoderne Kultur. München: Beck

Kotler, Philip u.a. (1996): Marketing. The European Edition. London u.a: Prentice Hall

Kramer, Helmut (1999): Wifo für Pensions-Reform. In: Die Presse. 5/06/99. S. 20

Kronsteiner, Christa (1996): Konsumerhebung 1993/94: Monatliche Verbrauchsausgaben der Haushalte. In: Statistische Nachrichten 12/1996. S. 935-944

Kronsteiner, Christa (1997): Konsumerhebung 1993/94: Sozialstatistische Ergebnisse (2. Teil) – Monatliche Verbrauchsausgaben der Pensionistenhaushalte. In: Statistische Nachrichten 7/1997. S. 568-572

Kronsteiner, Christa & Unger, Waltraud (1995): Ausgewählte Daten zur Einkommensentwicklung 1994/95 – Unselbständige, Arbeitslose und Pensionisten. In: Statistische Nachrichten 7/1995. S. 520-527

Kruse, Andreas (1996): Alltagspraktische uns sozioemotionale Kompetenz. In: Baltes, Margret & Montada, Leo (Hrsg.): Produktives Leben im Alter. Frankfurt & New York: Campus. S. 290-322

Kruse, Andreas (1988): Die Auseinandersetzung älterer Menschen mit chronischer Krankheit, Sterben und Tod. In: Kruse, Andreas u.a.: Gerontologie. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. München: Bayerischer Monatsspiegel. S. 413-433

Kruse, Andreas (1995): Menschen im Terminalstadium und ihre betreuenden Angehörigen als „Dyade": Wie erleben sie die Endlichkeit des Lebens, wie setzen sie sich mit dieser auseinander? In: Zeitschrift für Gerontologie, 28 (4), S. 264-272

Kruse, Wolfgang & Nikolaus, Thorsten (1992): Geriatrie. Berlin u. a.: Springer

Kryda, Wilhelm (1978): Der ältere Arbeitnehmer. Eine arbeitswissenschaftliche und arbeitsrechtliche Studie. In: Soziale Sicherheit 31/4. S. 159-165

Künemund, Harald u. a. (1993): Die Rentnergewerkschaft: Ein neuer Akteur der Alterspolitik? In: Soziale Welt, 44 (4). S. 537-554

Kuijsten, Anton (1999): Households, Families, and Kin Networks. In: van Wissen, Leo J. G. & Dykstra, Pearl A. (Hrsg.): Population Issues. An Interdisciplinary Focus. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers. S. 87-122

Kunze Michael u.a. (Hrsg.) (1999): Gesundheits-Vorsorgebericht Niederösterreich. Wien

Kunze, Michael (1999): Das männliche Klimakterium. (Vortrag in Wien)

Kurz, Rosemarie (1999): The Society for the Promotion of Gerontology and Senior Studies. In: Leichsenring, Kai u. a. (Hrsg.): Political Participation of Older Citizens in Europe. Proceedings of an International Conference. Vienna: European Centre (forthcoming).

Kurz, Rosemarie (1993): Weiterbildung in der 2. Lebenshälfte – Kultureller Standort – kulturelle Veränderung. Graz

Küster, Christine (1998): Zeitverwendung und Wohnen im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen. Expertisenband 1. Frankfurt & New York. S. 51-113

Kytir, Josef & Münz, Rainer (1989): Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in Österreich. Soziale Folgen des demographischen Alterungsprozesses. Wien

Kytir, Josef & Münz, Rainer (1989): Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter: Lebensverhältnisse und Lebensbedingungen funktional behinderter älterer Menschen. Wien

Kytir, Josef & Münz, Rainer (1989): Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter. Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften / Institut für Demografie. (Forschungsbericht)

Kytir, Josef u. a. (1991): Pflegebedürftigkeit im Alter. Wien.

Kytir, Josef (1992): The Ageing Transition in Austria: Trends, Regional Differences and Social Impact. In: Geographia Polonica, Vol 59. S. 33-40

Kytir, Josef (1992): Spitalsentlassungsstatistik 1990: Epidemiologische Aspekte der Inanspruchnahme von Akutspitälern durch die österreichische Bevölkerung. In: Statistische Nachrichten, 12/1992. S. 953-958

Kytir, Josef & Münz, Rainer (1992): Alter und Pflege. Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos. Berlin: Blackwell Wissenschaft.

Kytir, Josef & Münz, Rainer (1992): Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter. Empirische Evidenzen. In: Kytir, Josef & Münz, Rainer (Hrsg.): Alter und Pflege. Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos. Berlin: Blackwell Wissenschaft. S. 71-103

Kytir, Josef (1993): Sterben in Anstalten, Sterben zuhause. Eine Analyse der Todesfälle 1977-1991 nach Sterbeortkategorien. In: Statistische Nachrichten, 48 (3). S. 171-178

Kytir, Josef (1993): Morbidität und Lebenserwartung älterer Menschen. Szenarien vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Zielsetzungen und Auswirkungen auf den künftigen Ressourcenbedarf des Gesundheitswesen am Beispiel Wiens. Wien. (=Forschungsbericht 7 des Instituts für Demographie)

Kytir, Josef (1994): Das vierte Lebensalter, zur Morbidität älterer Menschen. In: Zukunfts- und Kulturwerkstätte (Hrsg.): Die zweiten fünfzig Jahre. Dimensionen Städtischer Altenpolitik. Wien. S. 45-50

Kytir, Josef (1994a): Lebenserwartung frei von Behinderung. In: Statistische Nachrichten, 8/1994. S. 650-657

Kytir, Josef (1996): Das demographische Altern der österreichischen Bevölkerung. Zum langfristigen Wandel der Altersstruktur in Österreich. In: Demographische Informationen 1995/96, S.107–119.

Kytir, Josef (1997): Bevölkerungsalterung und Gesundheitsausgaben. Herausforderungen für die Soziale Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit, 1, S. 5–11.

Kytir, Josef u. a. (1998): Bevölkerungsvorausschätzung 1996 bis 2021 nach Teilgebieten der Wiener Stadtregion. Wien. (=Stadtplanung, Werkstattberichte Nr. 23)

Kytir, Josef & Münz, Rainer (1999): Langfristige demografische Entwicklungen und aktuelle Trends. In: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (Hrsg.): Österreichischer Familienbericht 1999. Wien

Kytir, Josef (1999): Familiennetzwerke und familiare Lebensformen älterer Menschen: ausgewählte Aspekte für Österreich. In: Ehmer, Josef & Gutschner, Peter (Hrsg.): Alter und Generationenbeziehungen in Österreich und Deutschland. Historische und sozialwissenschaftliche Perspektiven. Wien u. a.: Böhlau (in Druck)

Langer, Ellen (1991): Aktives Denken. Rowohlt: Reinbek

Langer-Ostrawsky, Gertrude (1996): Das Alter im bäuerlichen Bereich. In: Josef Ehmer: Alter und Generationenbeziehungen im Übergang von der ständischen zur industriellen Gesellschaft. Salzburg. S. 56-91. (Forschungsbericht)

Langerf, W. (1986): Organisationsmodelle der Altenfürsorge außerhalb geschlossener Institutionen in Wien. Wien

Lansley, John & Pearson, Maggie (1989): Vorbereitung auf den Ruhestand in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft. Luxemburg

Larkin, M. (1999): Centenarians point the way to healthy ageing. In: Lancet. 353. p. 1074

Lasch, Christopher (1982): Das Zeitalter des Narzißmus. München: Bertelsmann

Laslett, Peter (1989): A fresh map of life. The emergence of the third age. London: Weidenfeld & Nicolson

Lauterbach, Wolfgang & Klein, Thomas (1997): Altern im Generationenzusammenhang: Die gemeinsame Lebenszeit von Eltern und Kindern, Großeltern und Enkeln. In: Mansel, Jürgen u. a. (Hrsg.): Generationen-Beziehungen. Austausch und Tradierung. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 109-120

Lehr, Ursula (1974): Alter und Rehabilitation – psychologische Aspekte. In: Böhlau, Volkmar (Hrsg.): Altern und Rehabilitation. Stuttgart & New York: Schattauer

Lehr, Ursula (1996): Psychologie des Alterns. Heidelberg.

Lehr, Ursula (1991): Psychologie des Alterns. 7. Aufl. Heidelberg: Quelle & Meyer.

Lehr, Ursula & Dreher, G. (1967): Psychologische Probleme der Pensionierung. In: Anton Störmer (Hrsg.): Herz und Atmungsorgane im Alter. Psychologie und Soziologie in der Gerontologie. Darmstadt. S. 234-252

Leichsenring, Kai (1998): Alternativen zum Heim. Die „Groupe Saumon" und innovative Projekte aus Europa. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (=Schriftenreihe „Soziales Europa")

Leichsenring, Kai (1997): Social protection for dependency in old age in Austria. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

Leichsenring, Kai & Stadler, Michael (1999): Persönliche Soziale Dienstleistungen – Qualität der Dienstleistung und Qualität der Arbeitsbedingungen. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung / European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Leichsenring, Kai & Stadler, Michael (1998): Purchaser-provider relationships and quality assurance in the area of personal social services in Vienna. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

Leichsenring, Kai u. a. Saumon (1998): Der Nutzen kleiner Wohneinheiten für ältere Menschen mit dementiellen Erkrankungen. Wien u. a.: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. (=Eurosocial Report 64)

Leichsenring, Kai u. a. (1999): The politics of old age in Austria. In: Walker, Alan & Naegele, Gerhard (Hrsg.): The politics of old age in Europe. Buckingham & Philadelphia: Open University Press. S. 65-82.

Leichsenring, Kai u. a. (Hrsg.) (1999): Political Participation of Older Citizens in Europe. Proceedings of an International Conference. Vienna: European Centre (forthcoming)

Leichsenring, Kai & Rosenberg, Barbara (Hrsg.) (1999): Soziale Lösungen vor Ort. Neue Wege in der kommunalen Sozialpolitik. Wien: Renner Institut

Leichsenring, Kai (1999): Social Protection for Dependency in Old Age in Austria. National Reports Series of the Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway. Project commissioned by the Commission of the European Communities and the Belgian Minister of Social Affairs (edited by Jozef Pacolet and Ria Bouten). Leuven: Katholieke Universiteit Leuven/HIVA. S. 75-78

Leigh Fries, J. F. (1994): Education, gender, and the compression of morbidity. In: Int J Aging Hum. 39. S. 233-246

Leisering, Lutz (1992): Sozialstaat und demographischer Wandel: Wechselwirkungen – Generationenverhältnisse – politisch-institutionelle Steuerung. Frankfurt am Main & New York: Campus

Lenz ,Werner (1997): Erwachsenenbildung in Österreich. EB-Länderberichte des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung. Frankfurt am Main

Lettner, Felix & Eiersebner, Erwin (1990): Richtlinien für die Errichtung von pflegegerechten Altenwohnhäusern. Salzburg

Levin, John S. & Taylor, Rex J. (1993): Gender and Age Differences in Religiosity Among Black Americans. In: The Gerontologist, 33 (1). S. 16-23

Lichtenberger, Elisabeth & Faßmann, Heinz (1984): Gastarbeiter. Leben in zwei Gesellschaften. Wien: Böhlau.

Liegl, Barbara (1998): Bleibeabsichten – Bindungen zum Herkunftsland. Theoretischer Überblick. In: Hofinger, Christoph u. a. (Hrsg.), Einwanderung und Niederlassung II. Soziale Kontakte, Diskriminierungserfahrung, Sprachkenntnisse, Bleibeabsichten, Arbeitsmarktintegration und Armutsgefärdung der ausländischen Wohnbevölkerung in Wien. Endbericht. Wien: IHS. S. 83-106

Linhart, S. (1983), Organisationsformen alter Menschen in Japan – Selbstverwirklichung durch Hobbies, Weiterbildung, Arbeit. Wien

Linzbach A. J. (1975): Altern und Krankheit. Ableitung einer neuen Alterstheorie auf der Grundlage der Polypathie. In: Verh. Dtsch. Ges. Pathol. 59. S. 242

Lohmann, Martin (1988): Die neuen Alten und ihre alten Reisen. In: Fromme, Johannes & Stoffers, Manfred (Hrsg.): Freizeit im Lebensverlauf. Erkrath: Gesellschaft zur Förderung der Freizeitwissenschaften. S. 240-248

Loomis, L. S. & Booth, A. (1995): Multigenerational caregiving and well-being – the myth of the beleaguered sandwich generation. In: Journal of Family Issues, 16 (1). S. 131-148

Lorenz, Peter (1994): Planen und Bauen für das Alter, Wohnen im dritten Lebensabschnitt. Stuttgart: Koch

Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.) (1997): Betreuung zu Hause – Statistik Verwaltungsjahr 1997. Wien

Magistrat der Stadt Wien / Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (Hrsg.) (1997): Das Wiener Pflege- und Betreuungskonzept der ambulanten Pflege- und Sozialdienste. Wien

Magistrat der Stadt Wien – MA 15 Gesundheitswesen (Hrsg.) (1997): Wiener Seniorengesundheitsbericht erstellt durch das Wiener Institut für sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik – WISDOM. Wien

Magistrat der Stadt Wien – MA 15 (Hrsg.) (1998): Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997. Wien: Eigenverlag

Mahidi, Margareta & Vollmann, Kurt (1999): Wohnverhältnisse nach Staatsbürgerschaft. In: Statistische Nachrichten, 1/1999. S. 17-26

Majce, Gerhard & Hörl, Josef (1974): Formen der Altenhilfe. Wien

Majce, Gerhard (1978): ‚Geschlossene' Altenhilfe – Probleme der Heimunterbringung. In: Rosenmayr, Leopold & Hilde (Hrsg.): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek: Rowohlt. S. 261-297

Majce, Gerhard (1982): Intergenerationelle Familienbeziehungen: Kommunikations-, Konflikt- und Reifungsprozesse. In: Ludwig Boltzmann-Institut für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung (Hrsg.): Programme und Beispiele der sozialwissenschaftlichen Alternsforschung. Wien. S. 64-82

Majce, Gerhard (1988): Großausstellungen. Ihre kulturpolitische Funktion – ihr Publikum. In: Fliedl, Gerhard (Hrsg.): Museum als soziales Gedächtnis? Klagenfurt: Kärntner Druck- und Verlags-gesellschaft. S. 63-77

Majce, Gerhard (1989): Die „neuen Alten" und die Zukunft der Generationenbeziehungen. In: Karl, Fred & Tokarski, Walter (Hrsg.): Die „neuen" Alten. :Kassel: Gesamthochschulbibliothek S. 270-271

Majce, Gerhard. (1989): Generation. In: Endruweit, Günter & Trommsdorff, Gisela (Hrsg.): Wörterbuch der Soziologie. Band 1. Stuttgart: Enke. S. 233-234

Majce, Gerhard (1992): Altersbild und Generationenbeziehung in Österreich 1989. Wien. (Unveröffentlichter Forschungsbericht für das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung)

Majce, Gerhard (1992): Altersbild und Generationenverhältnis in Österreich. Wien: Institut für Soziologie

Majce, Gerhard & Rosenmayr, Leopold (1991): Altenbild in Österreich. Wien. (verv. Manuskript)

Majce, Gerhard (1996): Gesundheit: Einstellungen und Verhalten. In: Rosenmayr, Leopold u. a. (Hrsg.): Jahresringe. Altern gestalten. Wien: Holzhausen. S. 35-55.

Majce, Gerhard (1998): Generationenbeziehungen in Österreich 98. Quantitativer Teil (Subprojekt) des Projekts „Generationenbeziehungen", Auftraggeber: BM für Umwelt, Jugend und Familie, Auftragnehmer: Dr. Fessel-GfK. Wien.

Mannheim, Karl (1979): Das Problem der Generationen. In: Wolff, Kurt H. (Hrsg.): Karl Mannheim, Wissenssoziologie. Auswahl und Werk. 2. Aufl. Neuwied & Berlin: Luchterhand. S. 509-566. (erstmals in: Kölner Vierteljahreshefte für Soziologie, 1928. S. 157-185 u. S. 309-330)

Markus, H. Ralf & Herzog, A. Regula (1991): The Role of the Self-Concept in Aging. In: Warner Schaie, K. & Powell Lawton M. (Hrsg.): Annual Review of Gerontology and Geriatrics. New York: Springer. S. 110-143

Maslow, Abraham (1981): Motivation und Persönlichkeit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (erstmals engl. bei Harper & Row 1954)

Matuschek, Helga u. a. (1998): Die Pflegesituation von Familienangehörigen dementer MigrantInnen in Österreich. Eine explorative Studie. Wien. (mimeografiertes Manuskript)

Mayer, Karl Ulrich & Baltes, Paul B. (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag

Mayer, Karl Ulrich & Müller, W. (1989): Lebensverläufe im Wohlfahrtsstaat. In: Weymann, Ansgar (Hrsg.): Handlungsspielräume. Untersuchungen zur Individualisierung und Institutionalisierung von Lebensläufen in der Moderne. Stuttgart. S. 41-60.

Mayer, Karl Ulrich & Wagner, M. (1996): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: Mayer, Karl Ulrich & Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. S. 251-275

Mayer, P. (1980): Die Situation alter Menschen in Niederösterreich. St. Pölten

McGanical, G. u. a.: Epidemiology of Alzheimer's presenile dementia in Scotland 1974-1988. In: British Medical Journal 1993 (306). S. 680-683

Meggeneder, Oskar (1992): Freiwillige soziale Dienste in Oberösterreich. In: Wirtschaft und Soziales, 15 (1). S. 101-110

Meindl, Thomas (1994): Wohnverhältnisse der Gastarbeiter in Wien. Stadtentwicklung vor dem Hintergrund eines segmentierten Arbeits- und Wohnungsmarktes. Wien: Technische Universität, Diplomarbeit

Minkler, Meredith & Robertson, Ann (1991): The ideology of ‚age / race wars': Deconstructing a social problem. In: Ageing and Society, 11 (1). S. 1-22

Mitterauer, Michael (1977): Funktionsverlust der Familie? In: Mitterauer, Michael & Sieder, Reinhard: Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Zum Strukturwandel der Familie. München: Beck. S. 94-119

Forschungsstelle Altern & Kultur (Hrsg.) (1991): Gesellschaftliche Leitbilder vom Altern und gesellschaftliche Wirklichkeiten

Modelmog, D. (1991): Das neunte Dezennium aus der Sicht des Pathologen. In: Münchner Medizinische Wochenschrift, 1991. 133. S. 89

Montepare, J. M. & Lachman, M. E. (1989): You're Only as Old as You Feel. In: Psychology and Aging, 4 (1). S. 73-78

Mooslechner, Peter (1995): Das Geldvermögen privater Haushalte in Österreich. In: WIFO Monatsberichte 3/95. S. 189-198

Moser, Peter (1983): Alterssport. Graz

Moser, R. (1989): Aktivierung im Nahraum – Mehr Nachbarschaft – Mehr Gemeinsamkeit. Das Sozial- und Begegnungszentrum „St. Leonhard" in Graz. In: Forster, Rudolf u. a. (Hrsg.): Gesunde Projekte – Initiativen und Modelle. Wien: Jugend & Volk

Motel, Andreas & Szydlik, Marc (1999): Private Transfers zwischen den Generationen. In: Zeitschrift für Soziologie, 28 (1). S. 3-22

Müller-Deham, Albert (1937): Die inneren Erkrankungen im Alter. Wien: Springer

Munnichs, Joop M. A. (1968): Die Einstellung zur Endlichkeit und zum Tod. In: Thomae, Hans & Lehr, Ursula (Hrsg.): Altern. Frankfurt a. M.: Akademie-Verlagsgesellschaft. S. 579-612

Munnichs, Joep M. A. (1974): Endlichkeit und Sterben. In: Zeitschrift für Gerontologie, 6 (5). S. 355-361

Münz, Rainer (1990): Die alternde Gesellschaft. Eine Herausforderung für alle. In: Filla, Wilhelm u. a. (Hrsg.): Bildungsarbeit mit älteren Menschen. Beiträge aus Theorie und Praxis. Wien: Grasl. S. 7-2. (=VÖV Publikationen 8)

Nachtigall, Maximilian (1993): Diagnose und Therapie der erektilen Dysfunktion. In: Der praktische Arzt, 47. S. 141-147

Naegele, Gerhard (1983): Arbeitnehmer in der Spätphase ihrer Erwerbstätigkeit. Bonn. (Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit)

Naegele, Gerhard u. a. (1997): Älter werden in der Migration. Eine neue Herausforderung für die kommunale Sozialpolitik. In: Sozialer Fortschritt, 46 (4). S. 81-86

Naegele, Gerhard (1994): Zur Forderung nach mehr Beteiligung älterer Menschen am öffentlichen und politischen Leben – zwischen Fiktion und Realität. In: Sozialer Fortschritt, 10. S. 232-238

Naegele, Gerhard (1992): Zwischen Arbeit und Rente. Augsburg: Maro

Nakielski, Hans (1996): Generationenbeziehungen und Sozialkontakte. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z. München: Beck. S. 133-138

Nascher, I. (o.J.): Geriatrics. In: New York Medical Journal. 90. S. 358-359

Nassehi, Armin (1997): Risikogesellschaft. In: Kneer, Georg u. a. (Hrsg.): Soziologische Gesellschaftsbegriffe. München: Fink. S. 252-279

Nave-Herz, Rosemarie (1993): Familien – Jugend – Alter. In: Korte, Hermann & Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Einführung in spezielle Soziologien. Opladen: Leske und Budrich

Nemeth, G. u. a. (1998): Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997. Wien: Magistratsabteilung 15

Neugarten, Bernice L. (1970): The old and the young in modern societies. In: American Behavioral Scientist, 14. S. 13-24

Neugarten, Bernice L. (1974): Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. In: The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 415. S. 187-198

Neumayr, A. (1992): Polypragmasie bringt Probleme. In: Therapiewoche, 7 (11). S. 660-673

Niederfranke, Annette & Greve, W. (1996): Bedrohung durch Gewalt im Alter: Argumente für eine sozialwissenschaftliche Perspektive. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29

Niederfranke, Annette (1988): Die „Altersgrenze": Erleben und Formen der Auseinandersetzung. In: Kruse, Andreas u. a. (Hrsg.): Gerontologie. München: Bayrischer Monatsspiegel Verl. S. 172-196.

Niederfranke, Annette (1996): Das Alter ist weiblich. Frauen und Männer altern unterschiedlich. In: Naegele, Gerhard & Niederfranke, Annette (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Studienbrief 4 / Studieneinheit 10. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung. S. 1-52

Norrbom, Clas-Erik & Ståhl, Agneta (Hrsg.) (1991): Mobility and Transport for Elderly and Disabled Persons. Philadelphia: Gordon and Breach Science Publishers

Nott, Maria (1989): Offene Altenhilfe am Beispiel des Vereines „Senioren-Service Wels". Linz

Nunner-Winkler, Gertrud (1991): Auswirkungen des sozialen Wandels auf die Persönlichkeits-entwicklung von Jungen und Alten. Die Frage nach dem Generationenkonflikt. In: Droht ein Krieg der Jungen gegen die Alten? (Un)absehbare Probleme eines neuartigen Generationenkonflikts. Bad Boll: Protokolldienst 13/91 der Evangelischen Akademie Bad Boll. S. 238-263

Ober- und Unterbildeiner Dorfkalender. Ober- und Unterbildein 1921-1991. Ein Projekt der Burgenländischen Volkshochschulen / Politische Bildung. Eisenstadt

Oberbauer, Martin (1998): Ehrenamtliche Mitarbeit in den Nachbarschaftszentren des Wiener Hilfswerks. In: Wiener Hilfswerk: Zeitschrift für Familie, Gesundheit und Soziales, Heft 5. S. 13-15

Oberwalder, Marlene (1995): Älter werden – lernen – jung bleiben. Erfahrungsbericht über ein Projekt der Volkshochschule Innsbruck: die Seniorenakademie. In: Erwachsenenbildung in Österreich. 1/1995. S. 22-24

O´Brien, Sandra J. & Vertinsky, Patricia A. (1991): Unfit Survivors: Exercise as a Resource for Aging. In: The Gerontologist, 31 (3). S. 347-357

O'Donnabháin, Diarmaid (1997): Building bridges between old and young, school and community, countries. Shannon: Curriculum Development Centre

OECD (1999): Wahrung des Wohlstands in einer alternden Gesellschaft. Paris: OECD

Olbermann, Elke & Dietzel-Papakyriakou, Maria (1995): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älterwerdender und älterer Ausländer. Dortmund: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Olshansky, S. J. & Ault A. B. (1986): The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases, In: Milbank Q. 64. S. 355-391

Opaschowski, Horst W. & Neubauer, Ursula (1984): Freizeit im Ruhestand. Hamburg: B.A.T. Freizeit-Forschungsinstitut

Opaschowski, Horst W. (1990): Herausforderung Freizeit. Hamburg: B.A.T. Freizeit-Forschungsinstitut

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1988): Hauskrankenpflege in Österreich. Wien: ÖBIG

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1992): Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel für Österreich. Projektteil 1: Modellentwicklung. Wien: ÖBIG. (unv. Bericht)

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1993): IGSS – Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel – Handbuch. Wien: ÖBIG

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1997): Arbeitssituation in den ambulanten Pflege- und Sozialdiensten Wiens. Wien: ÖBIG

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1998): Arzneimittel, Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern. Wien: ÖBIG

Österreichisches Normungsinstitut (1994): ÖNORM B1600 – Barrierefreies Bauen – Planungsgrundsätze. Wien

Österreichisches Normungsinstitut (1994): ÖNORM B1601 – Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen – Planungsgrundsätze. Wien.

Wer wohnt wie? – Auswertungen zu soziodemographischen Aspekten des Wohnens. In: Statistische Nachrichten 4/1998. S. 289ff

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1984): Volkszählung 1981. Hauptergebnisse I Österreich. Wien.

Wohnen im Lebenszyklus. In: Statistische Nachrichten 11/1998, S. 926 ff

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1992): Reisegewohnheiten der Österreicher im Jahre 1990. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1993): Modellrechnung zur Bevölkerung 1993-2050. Wien.

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1995): Republik Österreich 1945-1995. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1995): Reisegewohnheiten der Österreicher im Jahre 1993. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1995): Kultur und Freizeit – Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1992. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1995): Zeitverwendung 1992/1981 – Ergebnisse des Mikrozensus März / September 1992 und September 1981. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1996): Tagesablauf – rund um die Uhr. Vergleich 1992/1981. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1998): Statistisches Jahrbuch für die Republik Österreich 1998. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsausgaben in Österreich laut OECD/VGR-Konzept, 1981-1997. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1998): Über 300 Österreicher sind 100 Jahre und älter. Pressemitteilung vom 8.10.1998. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1998): Reisegewohnheiten der Österreicher im Jahre 1996. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1998): Tagesausflüge und Kuraufenthalte der Österreicher 1993/94. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1998): Mikrozensus Jahresergebnisse 1996/1997. Heft 1260 / Heft 1285, Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (1999): Kulturstatistik 1997. Wien.

Österreichisches Statistisches Zentralamt (1999, 1998): Österreichische Hochschulstatistik. Studienjahr 1997/98 / Studienjahr 1996/97. Heft 1249 / Heft 1283. Wien

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1998): Einwohnerzahlen nach Gemeinden und Staatsangehörigkeit am 31.12.1997. Wien.

Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.) (1999): Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1997. Wien

Otten, M. (1985): Aspekte unterschiedlicher Lebenssituation im Alter: Senioren, vorzeitige Ruheständler und ältere Arbeitslose. In: Dieck, Margret u. a. (Hrsg.): „Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt – eine neue Ruhestandsgeneration? Berlin. S. 434-444

Özakin, Sedef (1993): Ausländische Arbeitnehmer vor dem Rentenalter am Beispiel türkischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Literaturanalyse mit Fallstudien. Konstanz: Hartung-Gorre

Palmore, Erdman (1979): Predictors of Successful Aging. In: The Gerontologist, 19 (5), S. 427-431

Pazourek, Jan (1993): Alten- und Pflegeheime in Österreich. Wien: ÖBIG

Pelinka, Anton u. a. (1997): Graue Panther. Zur Wahrscheinlichkeit und Intensität der politischen Mobilisierung der älteren Generation in Österreich. Wien: Institut für Konflikt-forschung / Bundes-ministerium für Wissenschaft, Verkehr und Kunst. (unveröffentlichter Forschungsbericht)

Pelinka, Anton u. a. (1997): Graue Panther. Zur Wahrscheinlichkeit und Intensität der politischen Mobilisierung der älteren Generation in Österreich. Wien

Peris, P. & Guanabens, N. (1996): Male osteoporosis. In: Curr Opin Rheumatol, 8. S. 357-364

Pernsteiner, A. (1986): Die Formen des Zusammenlebens in Japan unter besonderer Berücksichtigung der städtischen Dreigenerationenfamilie im öffentlichen Wohnbau. Wien

Perrone, Luigi (1995): Porte chiuse. Cultura e tradizioni africane attraverso le storie di vita degli immigranti. Napoli: Liguore

Petersen, Ulrike (1993): Das Prinzip Selbstbestimmung. In: Barbara Brasse (Hrsg.): Alt sein – aber nicht allein sein – Neue Wohnkultur für Jung und Alt. Münster. S. 101-117

Petersen, Ulrike (1997): Gemeinschaftliches Wohnen von Jung und Alt. Hamburg: Eigenpublikation des Vereins Graue Panther Hamburg e. V. Altenselbsthilfe

Pfeil, Walter J. (1994): Neuregelung der Pflegevorsorge in Österreich. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes

Pfeil, Walter J. (1996): Bundespflegegeldgesetz und landesgesetzliche Pflegegeldregelungen. Wien: Manz

Pfisterer, R. (1993): Die Seniorenstudenten an der Universität Salzburg. Eine Analyse auf der Grundlage von Fragebögen und Intensivinterviews. Salzburg

Pirhofer, Gottfried & Plöckinger, Kurt (1989): Die Wege des Alters – Städtische Lebensweisen in den späten Jahren, Wien: Verlag für Gesellschaftskritik

Plasser, Fritz & Ulram, Peter A. (1987): Das Jahr der Wechselwähler. Wahlen und Neustrukturierung des österreichischen Parteiensystems 1986. In: Khol, Andreas u. a. (Hrsg.): Österreichisches Jahrbuch für Politik 1986. München & Wien: Europaverlag. S. 31-80

Plasser, Fritz u. a. (1996): (Dis-)Kontinuitäten und neue Spannungslinien im Wählerverhalten: Trendanalyen 1986-1995. In: Plasser, Fritz u. a. (Hrsg.): Wahlkampf und Wählerentscheidung. Analysen zur Nationalratswahl 1995. Wien: Signum Verlag. S. 155-209

Plett, P. (1990): Training Opportunities for Older Workers. In: Sheppard, H. L. (Hrsg.): The Future of Older Workers. Florida (Tampa-Florida: International Exchange Center on Gerontology). S. 87-103

Pöder, Rudolf (1999): Safeguarding the Welfare State and Fighting Old Age Discrimination. In: Leichsenring, Kai u. a. (Hrsg.): Political Participation of Older Citizens in Europe. Proceedings of an International Conference. Wien: European Centre (forthcoming)

Polzer, Norbert (1986): „Wer weiß, gewinnt". Begleituntersuchung zur SeniorenBildungsquizreihe. In: Foltinek, Karl (Hrsg.): Studien zu Bildung und Freizeit. Modelle von aktivierenden Angeboten für Jugendliche, Erwachsene und Senioren. Wien u. a. S. 97-114

Pomezny, Waltraud (1995): Zeitverwendung älterer Personen. In: Statistische Nachrichten, 50 (10). S. 732-736

Porsch, Anneliese (1996): Eine Untersuchung zur Entwicklung und Standortorganisation der ambulanten sozialen Einrichtungen des Österreichischen Hilfswerks und der Bundesgemeinschaft „Freie Wohlfahrt". Wien

Pratscher, Kurt (1992): Sozialhilfe: Staat – Markt – Familie. In: Tálos, Emmerich (Hrsg.): Der geforderte Wohlfahrtsstaat. Traditionen – Herausforderungen – Perspektiven. Wien: Löcker Verlag. S. 61-95.

Pratscher, Kurt (1998): Ausgewählte Daten zur Einkommensentwicklung 1997/98. In: Statistische Nachrichten, 10/1998. S. 804-815

Pratscher, Kurt & Stolitzka, Brigitte (1998): Sozialhilfe 1996. In: Statistische Nachrichten, 4/1998. S. 284-288

Pratscher, Kurt & Stolitzka, Brigitte (1999): Sozialhilfe 1997. In: Statistische Nachrichten, 4/1999. S. 264-270

Prinz, Christopher (1994): Zukünftige Altersstrukturveränderungen und das Pensionsproblem am Beispiel Österreichs. In: Journal für Sozialforschung, 34 (3). S. 271-285

Prskawetz, Alexia (1997): Wirtschaftliche Auswirkungen der Migration in Österreich (1961-1995). Wien: Institut für Demographie der ÖAW

Puffer, E. (1982): Das Versorgungshaus in Urfahr – Ein Beitrag zur Geschichte der kommunalen Altersversorgung. Linz

Pumares, Pablo (1996): La integración de los inmigrantes marroquíes. Familias marriquíes en la comunidad de Madrid. Barcelona: Fundación „La Caixa"

Referat Soziales und Gesundheit im Amt der Vorarlberger Landesregierung (Hrsg.) (1994): Stationäre Einrichtungen für Pflegebedürftige Menschen in Vorarlberg 1991 und 1992 (in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der AltersheimleiterInnen im Krankenpflegeverband Vorarlberg). Bregenz: Eigenverlag

Reggentin, Heike & Dettbarn-Reggentin, Jürgen (1999): Selbsthilfe im Alter. Projekte älterer Menschen und Seniorenbeiräte in Nordrhein-Westfalen. Dortmund: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Rehberg, Walter (1993): Haushalt: Hürdenlauf für Ältere? Wien: WHO-Projekt „Wien-Gesunde Stadt" und Institut SICHER LEBEN. Wien

Rehberg, Walter (1995): Unfälle alter Menschen in Wien. Psychosziale, physische und technische Risikofaktoren. Wien: Institut SICHER LEBEN

Rehberg, Walter (1993): Haushalt – Hürdenlauf für Ältere? Lebenssituation und Unfallgefährdung älterer Menschen. Wien

Reichardt, Robert (1976): Ethische und soziologische Probleme im Grenzbereich zwischen Leben und Tod. In: Joachim-Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften (Hrsg.): Der Grenzbereich zwischen Leben und Tod. Hamburg: Joachim-Jungius-Gesellschaft. S. 49-68

Reif, K. (1987): Fernsehen für den alten Menschen – hilflose Hilfe? Qualitative Untersuchung zum Fernsehverhalten alter Männer. Salzburg

Rein, Martin (1994): Intergenerationelle Solidarität. Eine Fünfländerstudie über den sozialen Prozeß des Alterns. In: Adalbert Evers u. a. (Hrsg.), Die Zukunft des Alterns. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. S. 161-175

Reinig, Joachim (1989): Wohnprojekte in Hamburg von 1980 bis 1989. Darmstadt

Reinprecht, Christoph u. a. (1998) Pilotstudie zur Betreuungssituation von älteren Migrantinnen und Migranten in Wien. Vorbericht über die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen in Wien. Wien: Senior Plus in Kooperation mit dem Institut für Soziologie der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien und dem Wiener Integrationsfonds

Reinprecht, Christoph (1999): Soziale Integration und Aktivitätspotentiale älterer Bewohnerinnen und Bewohner der Wiener Gürtelregion. Wien. (im Erscheinen)

Reischies, Friedel M. & Lindenberger, Ulman (1997): Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter. In: Mayer, Karl Ulrich & Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. S. 351-377

Retzl, Helmut (1986): Münichholz – ein Stadtteil im Wandel der Zeit. Steyr: Veröffentlichungen des Kulturamtes der Stadt Steyr

Rieder, A. & Kunze U. (1991): Das Cholesterinbewußtsein der Österreicher. In: Ernährungsumschau, 38. (Abstract)

Rieder, R. (1990): Fernsehkonsum von älteren Menschen. Wien

Riesman, David u. a. (1958): Die einsame Masse. Eine Untersuchung der Wandlungen des amerikanischen Charakters. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (erstmals engl. 1950)

Risser Ralf (1997): Can one make walking and cycling more attractive without causing safety problems. In: ICTCT 1997, Proceedings of the ICTCT-Congress 1997, Lund Institue of Technology, University of Lund

Risser Ralf (1991): Problems of Elderly Road Users: A Matter of Changing Persons or Correcting the System? In: Norrbom C.-E. & Ståhl A. (Hrsg.): Mobility and Transport for Elderly and Disabled Persons. Philadelphia: Gordon and Breach Science Publishers

Risser, Ralf. & Lehner, Ursula (1998): Acceptability of Speeds And Speed Limits to Drivers and Pedestrians / Cyclists. MASTER Deliverable 6 (report 2.2.2), DGVII. Brussels

Risser Ralf u. a. (1988): Probleme älterer Personen bei der Teilnahme am Straßenverkehr. Wien: Literas.

Rodin, John (1987): Personal Control Through the Life Course. In: Abeles, Ronald (Hrsg.): Life-Span Perspectives and Social Psychology. London: Lawrence Erlbaum. S. 103-119

Rosenkranz, Doris & Schneider, Norbert F. (1997): Wer pflegt morgen? Auswirkungen des Wandels der privaten Lebensführung auf die häusliche Pflege. In: Rolf Becker (Hrsg.): Generationen und sozialer Wandel. Generationsdynamik, Generationenbeziehungen und Differenzierung von Generationen. Opladen: Leske + Budrich. S. 137-155

Rosenmayr, Leopold & Köckeis, Eva (1965): Umwelt und Familie alter Menschen. Neuwied a. R. & Berlin: Luchterhand.

Rosenmayr, Leopold (1980): Senioren an die Universität. Wege und Irrwege der Altenbildung. In: aktuelle gerontologie, 10. S. 337-346

Rosenmayr, Leopold (1988): Arbeit und Freizeit im Lebensverlauf. Wandlungen der Theorie von Tätigkeit und Muße. In: Leopold Rosenmayr & Franz Kolland: Arbeit, Freizeit, Lebenszeit. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 139-156

Rosenmayr, Leopold (1990): Die Kräfte des Alters. Wien: Edition Atelier

Rosenmayr, Leopold (1996): Altern im Lebenslauf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Rosenmayr, Leopold & Majce, Gerhard (1998): Was können die Generationen einander bieten? Zweifel und Hoffnungen für das kommende Jahrhundert. Grundlagenpapier für die Internationale Fachkonferenz Altern in Europa: Generationensolidarität – eine Basis des sozialen Zusammenhalts. Wien.

Rosenmayr, Leopold u. a. (1999): Generationenbeziehungen. Subauftrag: Qualitativer Teil. Wien: Fessel-GfK & Institut für Soziologie. (unveröff. Manuskript)

Rosenmayr, Leopold (1999): Über Generationen. Begriffe, Datenbezug und sozialpolitische Praxisrelevanz. In:

Heinz Löffler & Erich W. Streissler (Hrsg.): Sozialpolitik und Ökologieprobleme der Zukunft. Festsymposium der Österreichischen Akademie der Wissenschaften anläßlich ihres 150jährigen Jubiläums. Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. S. 19-64

Rosenmayr, Leopold (1983): Die späte Freiheit. Berlin: Severin & Siedler.

Rosenmayr, Leopold (o. J.): Bildung für Ältere: Chimäre oder kulturpolitische Differenzierung. In: Ludwig Boltzmann-Institut für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung (Hrsg.): Programme und Beispiele der sozialwissenschaftlichen Altersforschung. Ein Beitrag zur österreichischen Forschungskonzeption. Wien: BMWF. S. 47-53.

Rosenmayr, Leopold & Majce, Gerhard (1998): Was können die Generationen einander bieten? Zweifel und Hoffnungen für das kommende Jahrhundert. Wien: BMUJF.

Rosenmayr, Leopold (1958): Das Altersproblem vom Standpunkt der Soziologie. In: Doberauer, W. (Hrsg.): op. cit. S. 419-426.

Rosenmayr, Leopold (1959): Alte Menschen in der Großstadt. Wien 1959. (vervielf. Manuskript)

Rosenmayr, Leopold (1974): Elements of an Assimilation-Yield-Theory. An Exchange Model for Gerosociology. Vortrag auf dem achten Weltkongreß für Soziologie. Toronto.

Rosenmayr, Leopold (1978): Elemente einer allgemeinen Alter(n)stheorie. In: Rosenmayr, Leopold & Rosenmayr, Hilde (Hrsg.): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek bei Hamburg.

Rosenmayr, Leopold (1984): Gerosoziologie. In: Oswald, D. W. u. a. (Hrsg.), Gerontologie. Stuttgart. S. 176-183.

Rosenmayr, Leopold (1992): Die Schnüre vom Himmel. Forschung und Theorie zum kulturellen Wandel. Wien.

Rosenmayr, Leopold & Köckeis, E. (1965): Umwelt und Familie alter Menschen. Neuwied & Berlin.

Rosenmayr, Leopold & Amann, Anton (Hrsg.): Der alte Mensch in den Strukturen der Gegenwartsgesellschaft. Wien. 2 Bde. (vervielf. Manuskript)

Rosenmayr, Leopold (1978): Die soziale Bewertung der alten Menschen. In: Rosenmayr, Leopold & Hilde (Hrsg.), Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek: Rowohlt. S. 110-132.

Rosenmayr, Leopold (1983): Die späte Freiheit. Berlin: Severin & Siedler.

Rosenmayr, Leopold u. a. (1994): Die Zukunft des Alters. Forschungsbericht. Wien: Universität

Rosenmayr, Leopold (1995): Die Kräfte des Alters. Edition Atelier: Wien.

Rosenmayr, Leopold (1996): „Vom Greisengrau steh auf". Alte Menschen im Spiegel der Geschichte und der Kulturen. In: Naegele, Gerhard & Niederfranke, Annette (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Studienbrief 1 / Studieneinheit 2. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung. S. 1-56.

Rosenmayr, Leopold u. a. (1998): Eigenvorsorge. Forschungsbericht. Wien: Universität

Rosenmayr, Leopold & Kolland, Franz (1999): Alterskultur und Altersaktivierung. Forschungsbericht. Wien: Universität

Rosow, I. (1973): The social context of the aging self. In: Gerontologist, 13. S. 82-87

Rossi, Alice S. (1995): Commentary: Wanted: Alternative theory and analysis modes. In: Bengtson, Vern L. u. a. (Hrsg.), Adult intergenerational relations: Effects and societal change. New York: Springer. S. 264-276

Rossi, Alice S. & Rossi, Peter H. (1990): Of human bonding. Parent-child relations across the life course. New York: De Gruyter

Rostgaard, Tine & Fridberg, Torben (1998): Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research. (=Social Security in Europe, No. 6)

Roth, Dieter & Emmert, Thomas (1993): Wahlchancen bei Senioren. In: forum demographie und politik, 3. S. 137-156

Rubisch, Max (1998): Die Umsetzung der Pflegevereinbarung zwischen Bund und Ländern. In: Soziale Sicherheit, 12. S. 941-945

Rürup, Bert (1997): Perspektiven der Pensionsversicherung in Österreich. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Darmstadt

Samitz, Günther (1990): Medizinische und trainingswissenschaftliche Aspekte eines präventiven Trainings zur Erhaltung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Alter. Wien

Saurug, M. & Stoppacher, P. (1993): Lebenbedingungen älterer Menschen und die Bedeutung von Sozialpolitik und Altenarbeit am Beispiel der oststeirischen Stadt Gleisdorf. Graz

Sayad, Abdelmalek (1991): L'immigration ou les paradoxes de l'alterité. Paris & Brüssel: De Boeck & Larcier

Schachtner, Christel (1994): Vom Verschwinden des Alters. In: Sylvia Kade (Hrsg.): Individualisierung und Älterwerden. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 85-94

Schaffenberger, E. & Pelikan, J. (1988): Hilfsbedürftigkeit und nachbarschaftliche Hilfsangebote in der Region Unterpenzing. Teil 1 der soziologischen Begleitforschung zum Sozialmedizinischen Nachbarschaftszentrum Unterpenzing. In: Medizinsoziologische Informationen. 4

Schattovits, Helmuth u. a. (1988): Integratives Wohnen als Dienstleistungsangebot Endbericht Teil 1. Wien: Institut für Ehe und Familie

Schattovits, Helmuth u. a. (1993): Integratives Wohnen als Dienstleistungsangebot Endbericht Teil 2. Wien: Institut für Ehe und Familie

Scheiber, Brigitta (1990): Seniorenstudium in Österreich – Eine deskriptiv-statistische Auswertung der Befragung „Seniorenstudium aktuell". Innsbruck

Scheifinger, Martin (1999): Qualitätsverbesserungen bei der Zuerkennung einer Pflegeleistung. In: Soziale Sicherheit, 3. S. 162

Schleinzer, Friedrich (1980): Altenpastoral, Auswertung einer empirischen Studie in zwei Salzburger Altenheimen. Salzburg

Schmeiser-Rieder, Anita & Kunze, U. (1995): Blutdruckbewußtsein in Österreich: Hinweise auf ein zunehmendes Informationsdefizit. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 107 (16). S. 493-499

Schmeiser-Rieder, Anita. & Kunze, Michael (1997): Soziologie der älteren Frau. In: Lauritzen, Christian (Hrsg.): Altersgynäkologie. Stuttgart: Thieme Verlag. S. 31-45

Schmeiser-Rieder, Anita u. a. (1997): Gesundheitsmonitor (SERMO-Studie) – Konzept, Methodik und ein beispielhaftes Ergebnis zur subjektiv erlebten Morbidität von Kopfschmerz. In: Das Gesundheitswesen, 59 (3). S. 144-149.

Schmeiser-Rieder, Anita & Kunze, U. (2000): Blood pressure awareness in Austria, a 20-year evaluation, 1978-1998, In: European Heart Journal, 21 (in Druck)

Schmid, Ulla & Meinhard, Edith (1998): Die Macht der Alten. In: profil, 47. S. 20-26

Schmidt, Roland (1994): Soziale Strategien für ein tätiges Alter. In: Evers, Adalbert u. a. (Hrsg.): Die Zukunft des Alterns. Wien: BMAS. S. 137-152 (Soziales Europa, Bd. 4)

Schmitt, E. (1996): Zur psychosozialen Situation älterer Arbeitsloser in den neuen Bundesländern – Ergebnisse einer Pilotstudie. In: Tews, H. P. u. a. (Hrsg.): Altern und Politik. Melsungen. S. 265-273

Schmitz-Scherzer, Reinhard u. a. (1994): Ressourcen älterer und alter Menschen. Köln: Kohlhammer. (=Band 45. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)

Schmitz-Scherzer, Reinhard (1996): Grenzsituationen. Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. In: Gerhard Naegele & Annette Niederfranke, Funkkolleg Altern. Studienbrief 3 / Studieneinheit 9. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung. S. 1-48

Schneider, Ursula (1987): Das Klimakterium und die Einflüsse des Sports auf häufige Beschwerden. Wien

Scholl, Silke (1998): „Betreuung älterer Menschen am Bauernhof". In: Ländlicher Raum, 1/98

Schott, Jochen & Zill, Gerda (1995): Funktionen und Formen von Bewohnerbeteiligung im betreuten Wohnen. Stuttgart

Schönbauer, Ulrich (1998): Ältere am Arbeitsmarkt. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte

Schramm, A. (1988): Polypathie und Multimorbidität. In: Lang, Erich (Hrsg.): Praktische Geriatrie. Stuttgart: Enke. S. 81-84

Schubert, E. & Störmer, A. (Hrsg.) (1972): Schwerpunkte in der Geriatrie. Teil 2: Multimorbidität. München-Gräfelfing: Banaschewski

Schubert, R. (1974): Standort und Probleme der Geriatrie. In: Akt. Geron., 4. S. 69-76

Schuleri-Hartje, Ulla-Kristina (1994): Migranten im Alter. Möglichkeiten kommunaler Altenhilfe. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik

Schultheis, Franz (1993): Genealogie und Moral: Familie und Staat als Faktoren der Generationenbeziehungen. In: Kurt Lüscher & Franz Schultheis (Hrsg.): Generationenbeziehungen in „postmodernen" Gesellschaften. Konstanz: Universitätsverlag. S. 415-434

Schulz, Wolfgang (1983): Von der Institution ‚Familie' zu den Teilbeziehungen zwischen Mann, Frau und Kind. Zum Strukturwandel von Ehe und Familie. In: Soziale Welt, 34 (4). S. 401-419

Schulz, Wolfgang (1992): Sexualität männlicher Jugendlicher und die Einstellung zur Familie. In: SWS Rundschau, 32 (2). S. 193-210

Schulz, Wolfgang (1996): Wertorientierungen im Bereich von Ehe und Familie. In: Haller, Max u. a. (Hrsg.): Österreich im Wandel. Werte, Lebensformen und Lebensqualität 1986 bis 1993. Oldenbourg: Verlag für Geschichte und Politik. S. 138-154

Schumacher, Jürgen & Stiehr, Karin (1996): Ältere Menschen im sozialen Ehrenamt. Köln: Kohlhammer. (=Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 116)

Schwartz, Arthur N. (1977): Survival handbook for children and aging parents. New York: Follett

Schwarz, B u. a. (1993): Gesundheitsökonomische Aspekte der benignen Prostatahyperplasie in Österreich. In: WMW, 22. S. 571-573

Schweikart, Rudolf & Wessel, Walpurga (1995): Qualitätsmerkmale des betreuten Wohnens. Stuttgart

Schweppe, Cornelia (1996): Alter(n) im Strukturwandel der Moderne. In: Cornelia Schweppe (Hrsg.): Soziale Altenarbeit. Juventa: München. S. 11-32

Seebacher, Anneliese (1981): Alter und Arbeit – Ursachen und Folgen von Stigmatisierungsprozessen alternder Menschen unter besonderer Berücksichtigung von Frauen und Gastarbeitern. Innsbruck

Seeburger, Gerda (1990): Einstellung zu Sterben und Tod in unserer Gesellschaft. Wien

Seel, Brigitta (1984): Bedingungen für Zufriendenheit alleinlebender Frauen im höheren Alter. Salzburg

Sekera, Elisabeth (1988): Vom Leben der ganz kleinen Leute 1890 – 1986. Wien

Selberg, W (1973): Morphologische Grundlagen der Multimorbidität im hohen Alter. In: Schubert, R. & Störmer, A. (Hrsg.): Schwerpunkte in der Geriatrie. 2.Aufl. München-Gräfeling: Banaschewski. S. 22-26

Seul, Arnold (1989): Krieg den Alten. In: WIENER, März 1989. S. 89f

Sevelda, P. u. a. (1995): Ergebnisse einer Umfrage der Österreichischen Krebshilfe. Wien

Shorter, Edward (1977): Die Geburt der modernen Familie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Sieder, Reinhard (1977): Probleme des Alterns im Strukturwandel der Familie. In: Mitterauer, Michael & Sieder, Reinhard: Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Beck: München. S. 169-185

Simmel, Georg (1923): Philosophische Kultur. Gesammelte Essais. Potsdam: Gustav Kiepenheuer

Smith, Jacqui u.a. (1996): Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In: Mayer, Karl Ulrich & Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. S. 497-523

Sozialreferat der Steiermärkischen Landesregierung (1997): Steirischer Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Menschen. Graz

Sommer, S. (1986): Das Altersgrenzensystem in Japan – Ein Aspekt zur Bewältigung der Überalterung. Wien

Speroff, L. (1993): The Menopause. In: Lobo, Rogerio A. (Hrsg.): Treatment of the Postmenopausal women: Basic and clinical aspects. New York: Raven Press. S. 1-8

Stadié, Rolf (1987): Altsein zwischen Integration und Isolation. Melle: Ernst Knoth

Städtetag Baden-Württemberg, Gemeindetag Baden Württemberg, Landeswohlfahrtsverband Baden, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (Hrsg.) (1992): Betreutes Wohnen für Senioren, Qualitätssiegel Baden Württemberg. Karlsruhe & Stuttgart

Ståhl, Agneta (1991): Mobility and accessibility for elderly and disabled in Sweden. Lund: Institut für Verkehrsplanung und Verkehrstechnik

Staudinger, Ursula M. u. a. (1996): Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer, Karl Ulrich & Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. S. 321-350

Steiermärkisches Wohnbauförderungsgesetz, Landesgesetzblatt 25/1993

Steiner, Hans & Wolf, Walter (1996): Armutsgefährdung in Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (=Reihe „Soziales Europa", Nr. 3)

Steinhagen-Thiessen, Elisabeth u. a. (1992): Innere Medizin und Geriatrie. In: Baltes, Paul & Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin & New York: de Gruyter. S. 124

Steinmann, B. (1974): Allgemeine Beziehungen zwischen Altern und Krankheit. In: Akt. Geron., 4. S. 207-214

Steinmann, Gunter (1996): Zusammenhang zwischen Alterungsprozeß und Einwanderung. In: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Enquete-Kommission „Demographischer Wandel". Heidelberg. S. 1-56

Stemshorn, Axel (1983/1995): Barrierefrei. Bauen für Behinderte und Betagte. Stuttgart

Stengel, F. (1956): Zeitgemäße Gesichtspunkte für den Ausbau künftiger Altersheimstätten. In: Der Aufbau, 11

Stengel, F. (1958): Psychologische Probleme im Altersheim. In: Doberauer, Walter (Hrsg.): Medizinische und soziale Altersprobleme. Vorträge des zweiten Österreichischen Fortbildungskurses für Geriatrie. Wien: Gesellschaft zur Förderung wissenschaftlicher Forschung

Stengel, F. (1959): Zur Alterssituation in Österreich. Wien

Stengel, F. (1964): Von der goldenen Hälfte des Lebens. Wien

Stengel, F. (1976): Gedächtnis spielend trainieren. Wien

Stiegnitz, Peter (1987): Ältere Arbeitnehmer – jüngere Senioren. Österreich: Eine sozialanalytische Bestandsaufnahme. In: Sozialer Fortschritt 7. S. 158-161

Stocker, Karl (Hrsg.) (1989): Geschichtswerkstatt Leoben. Leben und Arbeiten im Bezirk Leoben. Wien & Köln

Stolarz, Holger (1986): Wohnungsanpassung – Maßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Streckeisen, Ursula u. a. (1992): Die berufliche Konstruktion des Lebensendes. Thanatopraktische Handlungsweisen in explorativer Sicht. Bern: Universität. (Forschungsbericht)

Stricker, Johanna (1992): Pflegebedürftigkeit in Österreich. Linz: Trauner

Strohschneider-Laue, Sigrid (1998): Über die Unbezahlbarkeit freiwilliger Helfer. Fundort Wien. Berichte zur Archäologie. Wien: Forschungsgesellschaft Wiener Stadtarchäologie

Strümpel, Charlotte & Pleschberger, Sabine (1998): Evaluation der Modellprojekte „Effizienter und verstärkter Einsatz von Freiwilligen in den Gesundheits- und Sozialen Diensten des Österreichischen Roten Kreuzes". Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

Strümpel, Charlotte (1999): Neue Formen der Mitsprache: Seniorenbeiräte in Städten und Gemeinden. Ausgewählte Beispiele. In: Leichsenring, Kai & Rosenberg, Barbara (Hrsg.): Soziale Lösungen vor Ort – Neue Wege der kommunalen Sozialpolitik. Wien: Renner-Institut. S. 47-52

Strümpel, Charlotte u. a. (1999): Entwicklung eines Aktionsplans zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements in Niederösterreich. Forschungsbericht im Auftrag der Niederösterreichischen Landesregierung. Wien: Europäisches Zentrum (unveröffentlichter Forschungsbericht)

Student, Dietmar (1997): Gnadenlose Abzocker. In: Wirtschaftswoche Nr. 29, 10.7.1997. S. 36-43

Sucher, Alexandra (1987): Dienstleistungen für alte Menschen. Eine sozioökonomische Analyse. Wien

Sydow, Kirsten von (1994): Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen. München: Ernst Reinhardt

Tálos, Emmerich (1981): Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse. Wien: Verlag für Gesellschaftskritik

Tálos, Emmerich & Wörister, Karl (1998): Soziale Sicherung in Österreich nach 1945. In: Tálos, Emmerich (Hrsg.): Soziale Sicherung im Wandel. Österreich und seine Nachbarstaaten, ein Vergleich. Wien. S. 209-288

Tartler, Rudolf (1995): Die soziale Gestalt der heutigen Jugend und das Generationenverhältnis der Gegenwart. In: Helmut Schelsky (Hrsg.): Arbeiterjugend gestern und heute. Heidelberg: Quelle & Meyer. S. 263-349

Ter Steege, Gherie (1992): Bildung für Ältere: Investition in den Lebenslauf oder Marktentwicklung. In: Schlutz, Erhard & Tews, Hans Peter (Hrsg.): Perspektiven zur Bildung Älterer. Frankfurt/M.: Pädagogische Arbeitsstelle Deutscher Volkshochschulverband. S. 131-148

Tews, Hans Peter (1990): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: WSI-Mitteilungen, 43 (8). S. 478-491

Tews, Hans Peter (1994): Alter zwischen Entpflichtung, Belastung und Verpflichtung. In: Evers, Adalbert u. a. (Hrsg.), Die Zukunft des Alterns. Wien: BMAS. S. 155-165. (Soziales Europa, Bd. 4)

Tews, Hans Peter. (1979): Soziologie des Alterns. 3. Aufl. Heidelberg: Quelle & Meyer

Tews, Hans Peter (1990): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: WSI Mitteilungen, 43 (8). S. 478-491

Tews, Hans Peter (1995): Altersbilder. Köln: Kuratorium Deutscher Altershilfe

Theurl, Engelbert (1998): Volkswirtschaftliche Aspekte und Effekte einer Verstärkung der Selbstmedikation in Österreich. Innsbruck: Institut für Finanzwissenschaft / Leopold-Franzens-Universität

Thom, D. (1998): Variations in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: Effects of differences in definition, population characteristics and study type. In: JAGS, 46. S. 473-480

Thomae, Hans (1983): Alternsstile und Altersschicksale. Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie. Bern u. a.: Huber

Titze, Sylvia (1991): Das Körperbewußtsein älterer Bäuerinnen. Eine qualitative Untersuchung in der Oststeiermark. Graz

Tokarski, Walter (1989): Freizeit- und Lebensstile älterer Menschen. Kassel: Gesamthochschulbibliothek

Tokarski, Walter & Karl, Fred (1989): Die „neuen" Alten. Zur Einordnung eines ambivalenten Begriffs. In: Fred Karl & Walter Tokarski (Hrsg.): Die „neuen" Alten. Kassel: Gesamthochschulbibliothek. S. 9-12

Tränkle, Ulrich (Hrsg.) (1994): Autofahren im Alter, Mensch – Fahrzeug – Umwelt. Köln: Deutscher Psychologen Verlag

Tränkle, Ulrich & Metker, Thomas (1992): Über die Schwierigkeiten, die jüngere und ältere Fahrerinnen und Fahrer bei verschiedenen Fahr- und Manövrieraufgaben erleben. In: ZVS 38

Traxler, Harald (1989): Betriebliche Altersversorgung. Linz

Troper, Reinhard (1994): Die Wohnversorgung von Gastarbeitern. In: SWS Rundschau, 34 (4). S. 415-436

Türk, Erik (1998): 5 Jahre Bundespflegegeld: Ein statistischer Überblick. In: Soziale Sicherheit, 12. S. 899-917

Ueltzhöffer, Jörg (1999): Generationenkonflikt und Generationenbündnis in der Bürgergesellschaft. Ergebnisse einer sozial-empirischen Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland 1999. Mannheim: Sozialwissenschaftliches Institut für Gegenwartsfragen (SIGMA)

Uher, E. u. a. (Hrsg.) (1995): Einstellung und Wissen von Frauen zum Thema Harninkontinenz. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation. Wien

Ullmann, Angela (1993): Pflegesicherung in Österreich – Fallstudie: Mobile Schwestern der Stadt Wien. Wien

Urban, Silvia (1993): Ernährung und Alterungsprozeß. Wien.

Van der Gulden, J. W. J. u. a. (1992): Prostate cancer and work environment. In: J Occup Environ Med, 34, S. 404-409

Vaskovics, Laszlo A. (1997): Solidarleistungen der Eltern für ihre erwachsenen Eltern in den neuen und alten Bundesländern. In: Mansel, Jürgen u. a. (Hrsg.):

Generationen-Beziehungen, Austausch und Tradierung. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 97-108

Vater, Stefan (1998): Auszüge aus den Bildungsangeboten der Österreichischen Volkshochschulen speziell für ältere Menschen. Pädagogische Arbeits- und Forschungsstelle des Verbandes Österreichischer Volkshochschulen. Wien (=VÖV-Materialien 31)

Vater, Stefan (1998): Statistikbericht 1998. Für das Arbeitsjahr 1996/97. Wien (=Pädagogische – Materialien 32)

Veelken, Ludger (1994): Vorbereitung auf Alter und Ruhestand (VAR). Ergebnisse der Begleitforschung der VAR-Seminare der Deutschen Bundespost 1982-1992. In: Veelken, Ludger u. a. (Hrsg.): Gerontologische Bildungsarbeit. Neue Ansätze und Modelle. Hannover. S. 211-241

Verband Österreichischer Volkshochschulen (Hrsg.) (1999): Die persönlichen Weiterbildungsaktivitäten der Österreicher. Ergebnisse einer repräsentativen österreichweiten Bevölkerungsumfrage ab 15 Jahren im November / Dezember 1998. Kommentarbericht des market-institutes. Linz

Verbrugge, Lois M. (1984): Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-aged and Older Persons. In: Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 3. S. 475-519

Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft (Hrsg.) (1998): betrifft sachwalter. Wien

Viernstein, A. (1997): Einsamkeit im Alter. Wien

Vita, A. J. u. a. (1998): Aging, health risks and cumulative disability. In: NJM, 338. S. 1035-1041

Vollmann, Kurt (1998): Wer wohnt wie? Integrierte Auswertungen zu soziodemographischen Aspekten des Wohnens am Beispiel der Großzählung 1991. In: Statistische Nachrichten, 4. S. 289-297

Vorbereitung auf den Ruhestand. Europäisches Expertenseminar Wien, 5.-7. November 1984. Wien

Vötsch, Werner (1994): Haushalte mit bettlägerigem bzw. hilfsbedürftigem Haushaltsmitglied (1. Teil). In: Statistische Nachrichten, 4. S. 350-353

VÖV-Empfehlung zur Gestaltung der Bildungsarbeit an Volkshochschulen. In: Die Österreichische Volkshochschule. 1994, 45 (173), S. 13-17

Wagner, Gert u. a. (1996): Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Handleln alter Menschen. In: Mayer, Karl Ulrich & Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. S. 277-299

Wagner, Cordula (1996): Home Care in Austria. In: Hutten, Jack B. F. & Kerkstra, Ada (Hrsg.): Home Care in Europe: A Country-specific Guide to its Organization and Financing. Aldershot: Arena. S. 41-61

Wallner, Stefan (1995): Verarmungsrisiken im Wohlfahrtsstaat – Situationsanalyse und Problemkatalog zur sozialen Lage in Österreich. Wien: Julius Raab-Stiftung

Walker, Alan & Naegele, Gerhard (Hrsg.) (1999): The politics of old age in Europe. Buckingham & Philadelphia: Open University Press

Walter Helmut (1995): Das Alter leben! Herausforderungen und neue Lebensqualitäten. Darmstadt

Wampera, Elke (1991): Seniorensport. Graz

Wanschura, Werner (1992): Sag' beim Abschied leise „Servus!". Leoben: Kneipp Verlag

Wappelshammer, Elisabeth (o. J.): Alte Menschen und ihre Geschichten – Oral History als Methode in der Erwachsenenbildung. Wien

Waß, Barbara (1991): Generationen kommen ins Gespräch. In: Dreieck. Das EB-Magazin des Salzburger Bildungswerkes 2/1998, S. 40f

Wastl-Walter, Doris (1994): Räumliche Veränderungen der Altersstruktur von Klagenfurt als Basis eines Allokationsmodells für Nahversorgungseinrichtungen. Klagenfurt

Weber, Erich (1994): Freizeitinteressen und Erwachsenenbildung aus Sicht einer biographisch orientierten Pädagogik. In: Wiater, Werner (Hrsg.): Erwachsenenbildung und Lebenslauf. Mündigkeit als lebenslanger Prozeß. München: Ernst Vögel. S. 83-133

Weber, G. (1987), Alterungsprozesse bei Personen mit geistiger Behinderung. Wien

Weber, Max (1995) [1919]: Wissenschaft als Beruf. Stuttgart: Reclam

Weinberger, G. (1989): Altsein und Sterben: theoretische, institutionelle und lebensgeschichtliche Perspektiven. Innsbruck

Weissel, Erwin (1998): Das Preislied auf die Tugend privater Altersvorsorge. In: Kurswechsel, 3. S. 39-49

Weizsäcker, U. V. (1940): Der Gestaltskreis. Leipzig: Thieme

Wendner-Prohinig, Silvia & Chvojka, Erhard (Hrsg.) (1994): Spuren Suchen. Lebensgeschichte und Lebenslauf. Wien

WHO (World Health Organization) (1995): World Health Forum 1995. 16. S. 343

WHO (World Health Organization) (1998): Gesundheit ein Leben lang. In: Der Weltgesundheitsbericht 1998. S. 63-114

Wiegele, Britta (1995): Altern-Bilden-lernen. In: Erwachsenenbildung in Österreich, 1/1995. S. 19f

Wettstein, A. (1991): Senile Demenz. Bern: Huber

Wiedenhofer, Beatrix (1994): Unentgeltliche Hilfeleistungen bei der Betreuung von Erwachsenen. In: Statistische Nachrichten, 6. S. 509-513

Wiener Gemeinderat (Hrsg.) (1993): Hilfe im hohen Alter. Programm für den weiteren Ausbau der gesundheitlichen und sozialen Betreuung alter Menschen in Wien

Wiener Integrationsfonds (Hrsg.) (1994): Bericht über das Jahr 1994. Wien

Schmeiser-Rieder, Anita u. a. (1999): Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Wien

Wiener Wohnbauförderungs- und Wohnhaussanierungsgesetz, Landesgesetzblatt, 1995

Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) (1993): Wohnungen für ältere Menschen. Beispiele betreuter Seniorenwohnanlagen. Stuttgart

Wilmoth, John R. (1997): In Search of Limits. In: Wachter, Kenneth W. & Finch, Caleb E. (Hrsg.), Between Zeus and the Salmon. The Biodemography of Longevity. Washington D.C.: National Academic Press. S. 38-64

Wisensale, Steven K. (1988): Generational equity and intergenera-tional policies. In: The Gerontologist, 28, 6. S. 773-778

Wittenberg, Reinhard (1986): Einstellungen zum Autobesitz und Unsicherheitsgefühle älterer Menschen im Straßenverkehr. In: BM Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1991, 1. Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des 1. Altenberichtes der Bundesregierung, Unveröffentlichter Bericht, Bonn

Wittkowski, Joachim (1987): Tod und Sterben. Ergebnisse der Thanatopsychologie. Heidelberg: Quelle & Meyer

Wolf, Walter (1995): Personen- und Haushaltseinkommen von Pensionisten; Ausstattung von Pensionistenhaushalten. – Ergebnisse des Mikrozensus Juni 1993. In: Statistische Nachrichten 7/1995. S. 509-519

Wörister, Karl (1997): Einkommensersatzleistungen im Erwerbsalter, erwerbstätige PensionistInnen etc. In: Statistische Informationen der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, April 1997

Wörister, Karl (1998): Aktuelle Daten. In: Statistische Informationen der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Oktober 1998

Wörister, Karl (1999): Zur Situation älterer ArbeitnehmerInnen, Altersarbeitslosigkeit. In: Statistische Informationen der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, März 1999

Wüstenrot Stiftung, Deutscher Eigenheimvereine e. V. (Hrsg.) (1998): Integriertes Wohnen im Städtebaulichen Kontext. Stuttgart

Wüstenrot-Stiftung, Deutscher Eigenheimvereine e. V. (Hrsg.) (1994): Selbständigkeit durch betreutes Wohnen im Alter. Eine Ausstellung der Wüstenrot-Stiftung. Stuttgart

Zanfrini, Laura (1998): Leggere le migrazioni. I risultati della ricerca empirica, le categorie intrepretative, i problemi aperti. Milano: Franco Angeli

Zeidler, Sylvia (1994): Kultur und Freizeit. In: Statistische Nachrichten, 49 (2). S. 110-117

Zeidler, Sylvia (1995): Kulturelle Veranstaltungen: Beteiligung und Zeitaufwand. In: Statistische Nachrichten, 50 (12). S. 905-924

Zeman, Peter (1996): Altersbilder, soziale Arbeit und die Reflexivität des Alters. In: Cornelia Schweppe (Hrsg.): Soziale Altenarbeit. Weinheim & München: Juventa. S. 33-51

Zentrum für Soziale Innovation (Hrsg.) (1997): Beschäftigungssicherung und Arbeitsmarktintegration älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. Wien. (vervielfältigtes Manuskript)

Zepke, Erna (1997): Senioren-Forum der Wiener Urania. In: Wilhelm Petrasch (Hrsg.): 100 Jahre wiener urania. Festschrift. Wien. S. 111-113

Zilli, A. (1973):, Vorbeugung, langdauernde Behandlung und Multimorbidität. In: Schubert, R. & Störmer, A. (Hrsg.): Schwerpunkte in der Geriatrie. . Teil 2: Multimorbidität. München-Gräfelfing: Banaschewski. S. 80

Zimmermann, Gertrud & Rickenberg, Gustav (1999): Paradigmenwechsel in der Altenarbeit. In: ISIS (Hrsg.): Erfahrungsaustausch für Seniorenbüros. Frankfurt: Institut für Soziale Infrastruktur

Zippl, M. (1985): Untersuchung zum Selbstbild älterer Frauen im Zusammenhang mit subjektiven Persönlichkeitsmerkmalen – ein Vergleich sozial betreuter Frauen mit Bewohnerinnen der Pensionistenheime. Wien

Zulehner, Paul (1990): Religion im Leben der Österreicher. Wien. (Forschungsbericht)

Zulehner, Paul u. a. (1993): Vom Untertan zum Freiheitskünstler. Wien: Herder

Zulehner, Paul u. a. (1996): Solidarität. Option für Modernisierungsverlierer. Wien: Tyrolia

Zupancic, A. (1999): Seniors Advisory Councils on the Federal Level in Austria. In: Leichsenring, Kai u. a. (Hrsg.): Political Participation of Older Citizens in Europe. Proceedings of an International Conference. Vienna: European Centre. (forthcoming)

Zuser, Peter (1998): Diskriminierung und Problemsicht. In: Hofinger, Christoph u. a. (Hrsg.): Einwanderung und Niederlassung II. Soziale Kontakte, Diskriminierungserfahrung, Sprachkenntnisse, Bleibeabsichten, Arbeitsmarktintegration und Armutsgefährdung der ausländischen Wohnbevölkerung in Wien. Wien: Institut für Höhere Studien. S. 29-45

Zweimüller, J. (1992): Ruhestandsverhalten, Ruhensbestimmungen, Rentenversicherung

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 1.1: Bevölkerung Österreichs nach breiten Altersgruppen, Medianalter: 1869 bis 1998, Vorausschätzungen bis 2050 (mittlere Variante) 24
Tabelle 1.2: Anteil breiter Altersgruppen in Prozent der österreichischen Bevölkerung: 1869 bis 1998, Vorausschätzungen bis 2050 (mittlere Variante) 25
Tabelle 1.3: Anteil der 60+-jährigen und der 80+-jährigen Bevölkerung in ausgewählten Ländern bzw. Regionen der Erde 1950 bis 1995, Prognosen bis 2050 29
Tabelle 1.4: Zahl älterer Menschen in Österreich 1991 bis 2050 (drei Prognosevarianten) 32
Tabelle 1.5: Anteil älterer Menschen über 60 Jahre nach Bundesländern: 1961 bis 1998; Vorausschätzung bis 2050 (zwei Varianten) 35
Tabelle 1.6: Geschlechterproportionen (Frauen auf 100 Männer) im Alter: Österreich 1969 bis 1998, Vorausschätzung bis 2050 (mittlere Variante) 37
Tabelle 1.7: Gesellschaftliche und familiare demografische Unterstützungsraten: Österreich 1869 bis 1998; Vorausschätzung bis 2050 (mittlere Variante) 39
Tabelle 1.8: Lebenserwartung bei der Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 1, 60 und 75 Jahren: Österreich 1870 bis 1998 44
Tabelle 1.9: Von der „unsicheren" zur „sicheren" Lebenszeit: Überlebenswahrscheinlichkeiten für ausgewählte Altersjahre 1870 bis 1998 46
Tabelle 1.10: Jahr, in dem die Wahrscheinlichkeit, das 60. bzw. 75. Lebensjahr zu erreichen, erstmals größer als 50%, größer als 75% bzw. größer als 90% ist 47
Tabelle 2.1: Haushaltstyp, Haushaltsgröße und Familienstand älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren im Vergleich der Jahre 1981, 1991 und 1997 (Prozentwerte) 54
Tabelle 2.2: Haushaltstyp, Generationenzahl im Haushalt und Familienstand älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren im Vergleich der Jahre 1981, 1991 und 1997 (Prozentwerte) 56
Tabelle 2.3: Ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in privaten Ein- und Mehrpersonenhaushalten sowie in Anstaltshaushalten 1961 bis 1997 (Prozentwerte) 60
Tabelle 2.4: Haushaltstyp und Generationenzahl im Haushalt 1991: ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren nach sozioökonomischem Gemeindetyp (Prozentwerte; Summenspalte=100) 62
Tabelle 2.5: Vorhandensein lebender Familienangehöriger nach Verwandtschaftskategorie: ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten 1998 (Prozentwerte) 67
Tabelle 2.6: Anzahl naher Familienangehöriger: ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren (1991) 70
Tabelle 2.7:Familiale Lebensformen älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren: Österreich 1998 (Prozentwerte) 72
Tabelle 2.8: Vorhandensein und räumlicher Entfernung eigener Kinder: ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in privaten Haushalten nach sozioökonomischem Gemeindetyp (Prozentwerte) 73
Tabelle 2.9: Häufigster Besuch (Kontakt) eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten mit zumindest einem Kind (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 75
Tabelle 2.10: Häufigster Besuch (Kontakt) eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten mit zumindest einem Kind (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 77

www.parlament.gv.at

Tabelle 2.11: Häufigster Besuch eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten, nur Personen ohne Kind im Haus (nach dem Vorhandensein von Enkeln, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 78
Tabelle 2.12: Häufigster Besuch (Kontakt) eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Familienstand der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 79
Tabelle 2.13: Häufigster Besuch (Kontakt) eines Kindes bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 80
Tabelle 2.14: Besuch durch sonstige Verwandte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 81
Tabelle 2.15: Besuch durch sonstige Verwandte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 82
Tabelle 2.16: Besuch durch sonstige Verwandte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 83
Tabelle 2.17: Besuch durch Freunde und Bekannte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 83
Tabelle 2.18: Besuch durch Freunde und Bekannte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 84
Tabelle 2.19: Besuch durch Freunde und Bekannte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Familienstand der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 85
Tabelle 2.20: Besuch durch Freunde und Bekannte bei älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung der älteren Menschen, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 85
Tabelle 2.21: Aktives Besuchen durch ältere Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 87
Tabelle 2.22: Aktives Besuchen durch ältere Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Gesundheitszustand, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 88
Tabelle 2.23: Aktives Besuchen durch ältere Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 89
Tabelle 2.24: Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 91
Tabelle 2.25: Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 91
Tabelle 2.26: Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Familienstand, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 92
Tabelle 2.27: Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach dem Gesundheitszustand, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 93
Tabelle 2.28: Telefonate mit Verwandten, Freunden, Bekannten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 94

Tabelle 2.29: Verknüpfung von aktiven Verwandtenbesuchen und Telefonaten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 95
Tabelle 2.30: Verknüpfung von aktiven Freundes- und Bekanntenbesuchen und Telefonaten der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 96
Tabelle 2.31: Verknüpfung von aktiven Besuchen bei Verwandten und aktiven Besuchen bei Freunden, Bekannten durch ältere Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 96
Tabelle 2.32: Lokalbesuche der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Geschlecht, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 97
Tabelle 2.33: Außenkontakte der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach Alter, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 98
Tabelle 2.34: Außenkontakte der älteren Menschen von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten (nach der Schulbildung, Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 99
Tabelle 2.35: Isolationsindex nach Alter (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998; Mikrozensus Juni 1998) 101
Tabelle 2.36: Isolationsindex nach Schulbildung (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 102
Tabelle 2.37: Isolationsindex nach Gesundheitszustand (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 103
Tabelle 2.38: Isolationsindex nach funktionaler Fähigkeit (Stiegensteigen) (Prozentwerte; Mikrozensus Juni 1998) 103
Tabelle 3.1: Struktur der Stichprobe im Vergleich mit der entsprechenden österreichischen Bevölkerung, hochgerechnet auf der Basis der Mikrozensus 1998/2 111
Tabelle 3.2: Wobei haben Sie in den letzten zwei Jahren Hilfe benötigt? (Prozent) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000) 115
Tabelle 3.3: Ungedeckt gebliebener Hilfebedarf (Prozent) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000) 116
Tabelle 3.4: Hilfebedürftigkeit, nach Alter (Prozent) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000) 117
Tabelle 3.5: Beste Lösung des Problems der Pflege alter Menschen, nach Wohnort-Typ (Spaltenprozente) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000) 125
Tabelle 3.6: Gründe gegen Pflegeübernahme der Mutter / des Vaters (Prozent) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000) 126
Tabelle 3.7: Generationenzugehörigkeit und Geschlecht der wichtigsten Hilfepersonen (Zeilenprozente) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000) 131
Tabelle 3.8: Wer häufiger viel Zeit für die Hilfe an Kinder aufwendet, erhält auch häufiger zeitaufwendigere Hilfe von ihnen (Spaltenprozente) (18+jährige, Österreich 1998, n=466) 132
Tabelle 3.9: Gesprächshäufigkeit: Gespräche über das Thema werden mehrmals im Monat oder öfter geführt (Prozent) (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000) 136
Tabelle 3.10: Gesprächsthemen: Übereinstimmung mit Mutter, Vater oder Kind aus der Sicht der Befragten (18+jährige, Österreich 1998) 138
Tabelle 4.1: Individuelle Bruttomonatseinkommen der PensionistInnen nach Quartilen und Dezilen 1997 165
Tabelle 4.2: Nettomonatseinkommen der PensionistInnen nach Quartilen und Dezilen 1997 165
Tabelle 4.3: Individuelle Netto-Monatseinkommen der Pensionisten/innen nach Altersgruppen 1997 (in Schilling) 167

www.parlament.gv.at

Tabelle 4.4: Nettoeinkommen von PensionistInnenhaushalten 1997 (in öS) 169
Tabelle 4.5: Individuelle Bruttoalterspensionen sowie Witwen- / Witwerpensionen nach Quartilen und Dezilen 1998 170
Tabelle 4.6: Durchschnittliche Höhe der Bruttoalterspensionen 1997 nach Pensionsversicherungsträgern 171
Tabelle 4.7: Einkommensersatzraten des Alterspensionsneuzuganges 1996 172
Tabelle 4.8: Finanzielle Absicherung der PensionistInnenhaushalte 1993 in Prozent 177
Tabelle 4.9: Wohnverhältnisse der PensionistInnenhaushalte 1993 in Prozent 179
Tabelle 4.10: Haushaltsgeräte der PensionistInnenhaushalte 1993 in Prozent 180
Tabelle 4.11: Kommunikations- und Transportmittel der PensionistInnenhaushalte 1993 in Prozent 181
Tabelle 4.12: Sonstige technische Geräte der PensionistInnenhaushalte 1993 in Prozent 182
Tabelle 4.13: Verbrauchsausgaben von PensionistInnenhaushalten 1993/94 nach dem Haushaltstyp 184
Tabelle 4.14: Urlaubsausgaben der PensionistInnenhaushalte 1993 nach dem Haushaltstyp in Prozent 185
Tabelle 4.15: Verbrauchsausgaben von PensionistInnenhaushalten 1993/94 nach Berufsgruppen 187
Tabelle 4.16: Urlaubsausgaben der PensionistInnenhaushalte 1993 nach Berufsgruppen in Prozent 188
Tabelle 4.17: Verbrauchsstruktur der armutsgefährdeten bzw. ausgabenstarken PensionistInnenhaushalte 192
Tabelle 4.18: Armutsgefährdung und soziale Kontakte bei älteren Menschen 193
Tabelle 4.19: Armutsgefährdung und Gesundheitszustand bei älteren Menschen 193
Tabelle 5.1: Personen in Gemeinschaftsunterkünften und in Privatwohnungen nach Altersgruppen, 1991 198
Tabelle 5.2: Hauptwohnsitzwohnungen nach Alter des Wohnungsvorstandes, 1971, 1981, 1991, 1997 199
Tabelle 5.3: Hauptwohnsitzwohnungen nach Ausstattungstypen, 1971, 1981, 1991, 1997 200
Tabelle 5.4: Hauptwohnsitzwohnungen von Wohnungsvorständen ab 60 Jahren nach Altersgruppen und Ausstattungskategorien (in %), 1991 201
Tabelle 5.5: Hauptwohnsitzwohnungen von Wohnungsvorständen ab 60 Jahren nach Altersgruppen und Ausstattungskategorien (in %), 1997 201
Tabelle 5.6: Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Ausstattungstypen, 1981, 1991, 1997 202
Tabelle 5.7: Personen in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen und Ausstattungskategorien (in %), 1997 204
Tabelle 5.8: Personen in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen und Gebäudeart (in %), 1991 205
Tabelle 5.9: Alleinlebende Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) mit Lage ab dem 3. Stock nach Geschlecht und Altersgruppen, 1991 206
Tabelle 5.10: Alleinlebende Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) mit Lage ab dem 3. Stock ohne Aufzug nach Ausstattungskategorien, Geschlecht und Altersgruppen, 1991 207
Tabelle 5.11: Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen Gemeindetypologie, 1997 208
Tabelle 5.12: Personen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Gemeindetypologie und Ausstattungskategorien (in %), 1997 209

Tabelle 5.13: Frauen ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen, ausgewählter sozioökonomischer Einheit (aus dem Vorberuf), Geschlecht und Ausstattungskategorien 'A' bzw. 'D' (in %), 1991 210
Tabelle 5.14: Männer ab 60 Jahren in Privatwohnungen (Hauptwohnsitze) nach Altersgruppen, ausgewählter sozioökonomischer Einheit (aus dem Vorberuf), Geschlecht und Ausstattungskategorien 'A' bzw. 'D' (in %), 1991 211
Tabelle 5.15: Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand für entgeltlich benutzte Hauptwohnsitzwohnungen nach Alter des Wohnungsvorstandes und Ausstattungskategorien, 1997 212
Tabelle 5.16: Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand pro m² entgeltlich benutzter Hauptwohnsitzwohnung nach Alter des Wohnungsvorstandes und Ausstattungskategorien, 1997 213
Tabelle 5.17: Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand für entgeltlich benutzte Hauptwohnsitzwohnungen von Wohnungsvorständen 60 Jahre und älter nach Gemeindetypologie und Ausstattungskategorien, 1997 214
Tabelle 5.18: Durchschnittlicher monatlicher Wohnungsaufwand pro m² entgeltlich benutzter Hauptwohnsitzwohnung von Wohnungsvorständen 60 Jahre und älter nach Gemeindetypologie und Ausstattungskategorien, 1997 215
Tabelle 5.19: Haushalte mit Haushaltsvorstand ab 60 Jahren: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? September 1992, Juni 1998 216
Tabelle 5.20: Alle Haushalte: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? (Altersgruppe des Haushaltsvorstandes) Juni 1998 217
Tabelle 5.21: Haushalte mit Haushaltsvorst. ab 60 Jahren: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? (Gemeindetypologie) Juni 1998 218
Tabelle 5.22: Haushalte mit Haushaltsvorst. ab 60 Jahren: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? (Gemeindetypologie) Juni 1998 220
Tabelle 5.23: Haushalte mit Haushaltsvorst. ab 60 Jahren: Welche Einrichtungen können von der Wohnung aus in 15 Minuten zu Fuß erreicht werden? (Gemeindetypologie) Juni 1998 222
Tabelle 6.1: Die 10 häufigsten Krankheiten zum Zeitpunkt der Befragung (45-59-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer) 261
Tabelle 6.2: Die 10 häufigsten Krankheiten zum Zeitpunkt der Befragung (60+-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer) 261
Tabelle 6.3: Die 10 häufigsten Beschwerden zum Zeitpunkt der Befragung (45-59-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer) 262
Tabelle 6.4: Die 10 häufigsten Beschwerden zum Zeitpunkt der Befragung (60+-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer) 262
Tabelle 6.5: Häufigkeit und Durchschnittswert der (subjektiv erinnerten) Arztbesuche im Jahr 1991: Bevölkerung im Alter von 45 und mehr Jahren (Prozentwerte) 264
Tabelle 6.6: Entlassungsrate, Spitalstage pro Kopf in der Bevölkerung und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern 1990 und 1997 nach breiten Altersgruppen 267
Tabelle 6.7: Regelmäßige Einnahme von Medikamenten gegen ... (45-59-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer) 269
Tabelle 6.8: Regelmäßige Einnahme von Medikamenten gegen ... (60+-jährige; 1995; self-reported; Angaben in Prozent, jeweils bezogen auf alle befragten Frauen bzw. Männer) 270
Tabelle 6.9: Anzahl Diagnosen pro Patient bei 100 sezierten Patienten 275

www.parlament.gv.at

Tabelle 6.10: Diagnosen pro Patient in 1.181 Obduktionsprotokollen 275
Tabelle 6.11: Spitalsentlassungen in Österreich 1997 mit der Diagnose Morbus Parkinson 280
Tabelle 6.12: Stationäre Aufnahme von über 60-jährigen WienerInnen wegen Morbus Parkinson (1989-1995) 280
Tabelle 6.13: Stationäre Aufnahme von über 60-jährigen WienerInnen wegen Morbus Parkinson 1993/1995 (nach Altersgruppen, pro 100.000) 280
Tabelle 6.14: Altersstandardisierte Krebserkrankungsrate 1983-1996: Männer im Alter von 60 und mehr Jahren 289
Tabelle 6.15: Altersstandardisierte Krebserkrankungsrate 1983-1996: Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren 291
Tabelle 6.16a: Woran sterben ältere Männer? Anteil der Todesursachen-Hauptgruppen sowie ausgewählter Todesursachen im Durchschnitt der Jahre 1996/98 (Prozentwerte) 293
Tabelle 6.16b: Woran sterben ältere Frauen? Anteil der Todesursachen-Hauptgruppen sowie ausgewählter Todesursachen im Durchschnitt der Jahre 1996/98 (Prozentwerte) 294
Tabelle 6.17: Relatives Sterberisiko breiter Altersgruppen nach höchster abgeschlossener Schulbildung (Hochschule und Hochschulverwandte Lehranstalten=1) 297
Tabelle 6.18: Altersstandardisierte Sterbeziffer insgesamt und für ausgewählte Todesursachengruppen im Zeitraum 1980-1998: österreichische Männer im Alter von 60 und mehr Jahren 298
Tabelle 6.19: Altersstandardisierte Sterbeziffer insgesamt und für ausgewählte Todesursachengruppen im Zeitraum 1980-1998: österreichische Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren 300
Tabelle 6.20: Behinderungsfreie Lebenserwartung (DFLE) älterer Menschen in Österreich 1992 306
Tabelle 6.21: Lebenserwartung in guter Gesundheit, Lebenserwartung in schlechter Gesundheit und Anteil der in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre: ältere Menschen in privaten Haushalten 1978, 1983, 1991 und 1998 309
Tabelle 6.22: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 1998 für Österreich 320
Tabelle 7.1: Ausstattung mit Unterhaltungsgeräten nach Altersgruppen (Angaben in Prozent) 328
Tabelle 7.2: Ausstellungsbesuche nach Alter und Schulbildung (n=1.005, Spaltenprozente) 332
Tabelle 7.3: Nutzungsdauer und Tagesreichweiten des Fernsehens (n=1.200 Haushalte) 334
Tabelle 7.4: Zeitaufwand für Bücherlesen pro Woche 1992, 1998 nach Altersgruppen (Spaltenprozente) 337
Tabelle 7.5: Reiseintensität älterer Österreicher/Innen 1990-96 338
Tabelle 7.6: Vereinsmitgliedschaft und aktive Beteiligung nach Altersgruppen (n=4.500; Angaben in Prozent) 343
Tabelle 7.7: Weiterbildungsinteresse nach Altersgruppen 355
Tabelle 7.8: Interesse an Weiterbildungsthemen nach Altersgruppen nach erhobener Reihung 357
Tabelle 7.9: Studierende an österreichischen Hochschulen im Wintersemester 1998/99 360
Tabelle 7.10: Entwicklung des Studiums für Spätstudierende 361
Tabelle 7.11: Verletzte und getötete KFZ-Lenker / 100 Mio. Wege-Kilometer 374
Tabelle 7.12: Verletzte und getötete Fußgänger / 100 Mio. Wege-Kilometer 374
Tabelle 7.13: Typische Unfälle als Kfz-Lenker 375
Tabelle 7.14: Außer-Haus-Anteile nach Altergruppen (n=3.000 Haushalte) 376
Tabelle 7.15: Zustimmung zu Statements über die Verkehrssituation 377

Tabelle 7.16: Adressatengruppen unter den Verkehrsteilnehmern, die zu einer Verbesserung der Situation der Senioren im Straßenverkehr beitragen können 381
Tabelle 8.1: Erwerbsquoten zwischen 40 und 65 Jahren 1985-95 388
Tabelle 8.2: % der Beschäftigten waren mindestens 60 Jahre alt (Jahresdurchschnitt 1998) 389
Tabelle 8.3: Durchschnittliches Pensionszugangsalter 1990-97 (Wörister 1998, Oktober: Tabelle 10a) 400
Tabelle 9.1: PflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppen und Pflegestufen (ohne LandespflegegeldbezieherInnen) 411
Tabelle 9.2: Betreuungsbedürftige Personen in Österreich nach Altersgruppen und Betreuungsbedürftigkeit (1992) 414
Tabelle 9.3: Altersspezifische Bedürftigkeitssquoten in Österreich (in % der jeweiligen Altersgruppe) 414
Tabelle 9.4: Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Menschen in Österreich in den Jahren 2010 und 2030 (Szenario „Status Quo") 415
Tabelle 9.5: Lebenssituation der PflegegeldbezieherInnen 417
Tabelle 9.6: Wohnsituation der PflegegeldbezieherInnen 418
Tabelle 9.7: Zahl der Alten- und Pflegeheime in Österreich (nach Bundesländern) 423
Tabelle 9.8: Zahl der Pflegeplätze in Einrichtungen der Altenhilfe nach Bundesländern (1998) 424
Tabelle 9.9: Ambulante sozialmedizinische Dienste nach Bundesländern 425
Tabelle 9.10: Verteilung des Pflegepersonals nach Leistungssegmenten (in Prozent) 426
Tabelle 9.11: Personal ambulanter Dienste nach Bundesländern und Art der Dienstleistung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 1997 427
Tabelle 9.12: Zahl der NutzerInnen mobiler Dienstleistungen nach Bundesländern und Art der Dienstleistung (1997) 428
Tabelle 9.13: Zahl der NutzerInnen mobiler Dienstleistungen in Wien (1997) 428
Tabelle 9.14: Umfang der erbrachten ambulanten Dienste in Stunden 429
Tabelle 9.15: Trägerstruktur im Bereich der institutionellen Betreuung nach Bundesländern 429
Tabelle 9.16: Zahl und Struktur der Anbieter von Alten- und Pflegeheimplätzen in Österreich, 1997 429
Tabelle 9.17: Anbieter von stationären Wohn- und Pflegeplätzen in Wien (1997) 431
Tabelle 9.18: Trägerstruktur im ambulanten Bereich nach Bundesländern 431
Tabelle 9.19: Pflege von Menschen ab 60 Jahren bei längerer Krankheit (Pflege bei Krankheit von mindestens einer Woche) 439
Tabelle 9.20: Pflege von Menschen ab 60 Jahren bei längerer Krankheit (1) nach Bundesländern (Angaben in Prozent) 439
Tabelle 9.21: Betreuung Kranker (1) durch Personen ab 19 Jahren 1981 und 1992 441
Tabelle 9.22: Das Pflegegeld im Überblick (Oktober 1998) 449
Tabelle 9.23: Aufwendungen der Länder und des Bundes für betreuungsbedürftige Menschen 1997 (in 1.000 ATS) 450
Tabelle 9.24: Einnahmen der Bundesländer für Leistungen an betreuungsbedürftige Menschen 1997 (in 1.000 ATS) 451
Tabelle 9.25: Regelungen über Nutzerbeiträge für Soziale Dienste in den Bundesländern (1997) 452
Tabelle 11.1: Wahlverhalten älterer Menschen im Vergleich zu anderen Altersgruppen anhand der Nationalratswahlen seit 1986 (in Prozent der gültig abgegebenen Stimmen, gerundet) 476
Tabelle 11.2: Entwicklung des durchschnittlichen Alters der Wahlberechtigten in Österreich und des Anteils der älteren Wähler an der wahlberechtigten Bevölkerung (ab 2000: Prognose) 478

www.parlament.gv.at

Tabelle 11.3: Mitglieder und Organisationsgrad der österreichischen Seniorenorganisationen 479
Tabelle 11.4: Gesellschaftliche Partizipation (informell und formell) nach Alter 494
Tabelle 13.1: Zusammenhang zwischen Ruhestandsorientierung und Veränderungsbereitschaft (n=693; Spaltenprozente) 544
Tabelle 13.2: Gesellschaftliche Beteiligung älterer Menschen (Spaltenprozente) 546
Tabelle 13.3: Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen nach Geschlecht (n=1.000; Spaltenprozente) 547
Tabelle 13.4: Lebensbilanzierung nach Geschlecht und Altersgruppen (Angaben in Prozent; n=1.000) 549
Tabelle 13.5: Einstellungen zur Pensionierung von Berufstätigen und Pensionisten/Innen (n=1.438) 552
Tabelle 13.6: Kalendarisches Alter im Vergleich mit dem subjektiven Alter (n=1.500; Angaben in Prozent) 557
Tabelle 13.7: Altersoptimismus /Alterspessimismus nach Kontrollüberzeugung (n=665, Zeilenprozente) 560
Tabelle 13.8: Darstellung der Probleme älterer Menschen in den Medien nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen (n=1.000; Spaltenprozente) 561
Tabelle 13.9: Interesse an Informationen über Prozesse des Alterns im Fernsehen nach Schulbildung und Topografie (Angaben in Prozent; n=1.000) 562
Tabelle 13.10: Gesehene Sendungen nach Reichweite und Altersgruppen 564
Tabelle 13.11: Kirchgang nach Altersgruppen (n=2.000; Zeilenprozente) 574
Tabelle 13.12: Religiöse Aktivitäten nach Altersgruppen (n=1.005; Angaben in Prozent) 575
Tabelle 13.13: Bedeutungsdimensionen religiösen Handelns nach Geschlecht (n=1.005; Angaben in Prozent) 576
Tabelle 13.14: Gestorbene der Jahre 1990 und 1997 nach dem Sterbeort (Zeilenprozente) 579
Tabelle 13.15: Werthaltungen zu Sterben und Tod (n=2.000, Zeilenprozente) 582

Übersicht 11.1:
Mitbestimmungsmodelle für SeniorInnen in den österreichischen Bundesländern 486

Abbildungen:

Abbildung 1.1: „Demografischer Übergang" und der langfristige Wandel der Altersstruktur: Geburten- und Sterberaten, Anteil der 60+-jährigen Bevölkerung im Zeitraum 1820 bis 1998, Vorausschätzungen bis 2050 23
Abbildung 1.2: Zahl der 60- bzw. 75- und Mehrjährigen: Österreich 1869 bis 1998, Prognosen bis 2050 (drei Varianten) 26
Abbildung 1.3: Altersaufbau der Bevölkerung Österreichs im Vergleich der Jahre 1910, 1998 und 2030 28
Abbildung 1.4: Zahl älterer Menschen über 60 Jahre in den wirtschaftlich entwickelten und den wirtschaftlich weniger entwickelten Staaten der Erde 1950 bis 1995, Prognosen bis 2050 30
Abbildung 1.5: Die unterschiedliche demografische Entwicklung ausgewählter Lebensphasen: Österreich 1991 bis 2050 (Indexwerte; 1998=100) 31
Abbildung 1.6: Die räumliche Dimension der demografischen Alterung: Entwicklung der Zahl (Indexwert; 1991=100) und des Anteils älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren bis zum Jahr 2021 nach politischen Bezirken) 36
Abbildung 1.7: Demografisches Altern im Vergleich zwischen „starrem" und „dynamischem" Indikator: Österreich 1869 bis 1998, Prognosen bis 2050 (mittlere Variante) 41
Abbildung 1.8: Lebenserwartung bei der Geburt und Gesamtlebensdauer für Einjährige und 25-jährige Männer und Frauen: Österreich 1870 bis 1998 43
Abbildung 1.9: Die „Rektangularisierung" der Überlebenskurven 1870 bis 1998 45
Abbildung 1.10: Fernere Lebenserwartung 60-jähriger, 75-jähriger und 85-jähriger Männer und Frauen: Österreich 1868/71 bis 1998 48
Abbildung 1.11: Überlebenskurven für 60-jährige Männer und Frauen unter den Sterblichkeitsbedingungen der Jahre 1955, 1970, 1983 und 1998 49
Abbildung 1.12: Die wachsende Dauer der Lebensphase Alter: fernere Lebenserwartung beim durchschnittlichen Pensionszugangsalter 1960 bis 1998 50
Abbildung 1.13: Lebensdauer beim Erreichen des durchschnittlichen Pensionszugangsalters: Österreich 1960 bis 1998 51
Abbildung 2.1: Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren in Privathaushalten nach der Haushaltsgröße (1991): Österreich im Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern 61
Abbildung 2.2: Einpersonenhaushalte nach dem Alter der/des Alleinlebenden: Österreich 1971 bis 1997; Prognose bis 2031 61
Abbildung 2.3: Wohn- und Lebensformen im mittleren und hohen Erwachsenenalter: Österreich 1991 65
Abbildung 2.4:Anteil älterer Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in privaten Haushalten ohne lebendes eigenes Kind im Vergleich der Jahre 1971, 1979, 1987 und 1998 (Prozentwerte) 66
Abbildung 2.5: In vertikaler Linie verwandte nahe Angehörige (Generationentiefe): ältere Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren 1998 (Prozentwerte) 69
Grafik 3.1: Polaritätsprofil „Älterer Mensch" – Aus der Sicht der 18-40-jährigen und aus der Sicht der über 60-jährigen, Österreich 1989 und 1998 150
Grafik 3.2: Häufigkeit von Konflikten zwischen Alt und Jung in verschiedenen Lebensbereichen Österreich 1989 (n=1.500) und 1998 (n=1.000) 151
Grafik 3.3: Generationenkonflikt in der Öffentlichkeit, nach Ortsgröße Österreich 1989 (n=1.500) und 1998 (n=1.000) 154

www.parlament.gv.at

Grafik 3.4: Werden die Bedürfnisse und Interessen älterer Menschen in Österreich ausreichend berücksichtig? Vergleich der Meinungen 1989 (n=1.500) – 1998 (n=1.000) 158
Grafik 3.5: Wessen Interessen wird man in Zukunft mehr berücksichtigen? (18+jährige, Österreich 1998, n=1.000) 159
Abbildung 4.1: Die Entwicklung von Pensionsanpassung, Pensionen der BeamtInnen und Ausgleichszulage im Vergleich zum BIP pro Kopf und der Inflation 172
Abbildung 4.2: Entwicklung des durchschnittlichen Pensionszugangs, des Todesalters von PensionistInnen, der Bundesmittel, der Pensionsbelastungsquote sowie des Anteils der Bundesmittel an den Gesamtaufwendungen 175
Abbildung 5.1: Personen 60 Jahre und älter in Privatwohungen (Hauptsitz) nach Altersgruppen und Ausstattungskategorien 203
Abbildung 6.1: Am häufigsten genannte Beschwerden der 60- bis 74-jährigen sowie der 75-jährigen Bevölkerung: Personen in privaten Haushalten 1991 263
Abbildung 6.2: Durchschnittliche Zahl (subjektiv erinnerter) Arztbesuche im Jahr 1991 nach Alter und Geschlecht 265
Abbildung 6.3: Entlassungsrate (Entlassungen aus Akutspitälern bezogen auf 1.000 Einwohner) nach Alter und Geschlecht im Vergleich der Jahre 1990 und 1997 268
Abbildung 6.4: Spitalstage in Akutspitälern pro Kopf der österreichischen Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht im Vergleich der Jahre 1990 und 1997 268
Abbildung 6.5: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Aufenthalt in Akutspitälern nach Alter und Geschlecht im Vergleich der Jahre 1990 und 1997 269
Abbildung 6.6: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich 1981-1997 272
Abbildung 6. 7: Entwicklung der Konsumausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit 1981-1997 273
Abbildung 6.8: Anzahl der Männer in Österreich, die 1997 mit der Diagnose benigne Prostatahyperplasie entlassen wurden (Spitalsentlassungsstatistik 1997) 283
Abbildung 6.9: Entwicklung der Inzidenz des Prostatakarzinoms in Österreich 1983-1996 284
Abbildung 6.10: 1997 in Österreich an Prostatakarzinom Verstorbene nach Alter 284
Abbildung 6.11: Entwicklung der Prävalenz von Alzheimer-Demenz und seniler Demenz vom Alzheimer-Typ bis zum Jahr 2050 (auf 100.000) 286
Abbildung 6.12: Punktprävalenz der Niedergedrücktheit (Depression) in Wien nach Alter 287
Abbildung 6.13: Punktprävalenz der Niedergedrücktheit (Depression) in Wien nach Alter und Geschlecht 287
Abbildung 6.14: Anteil der Todesursachen-Hauptgruppen an allen Sterbefällen im Durchschnitt der Jahre 1996/98 nach Alter und Geschlecht (Prozentwerte) 295
Abbildung 6.15: Altersstandardisierte Sterberaten der österreichischen Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren für den Zeitraum 1980 bis 1998 (Indexwerte; 1980=100) 296
Abbildung 6.16: Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand mit „schlecht“ oder „sehr schlecht“ beurteilen: ältere Menschen in privaten Haushalten 1978, 1983, 1991 und 1998 307
Abbildung 6.17: Hundert- und Mehrjährige in Österreich 1947 bis 2007 311
Abbildung 6.18: Blutdruckbewusstsein (1978-93): Prozentanteil der weiblichen Bevölkerung, die über den eigenen Blutdruck nicht Bescheid weiß 314
Abbildung 6.19: Blutdruckbewusstsein in Österreich (1978-93): Prozentanteil der männlichen Bevölkerung, die über den eigenen Blutdruck nicht Bescheid weiß 315

Abbildung 7.1: Zeitverwendung der Ausübenden im Wochendurchschnitt 1992 nach Altersgruppen 326
Abbildung 7.2: Ausgewählte Freizeitaktivitäten in ihrem Zeitumfang 327
Abbildung 7.3: Ausstattung mit Sportgeräten nach Altersgruppen (Angaben in Prozent) 329
Abbildung 7.4: Kulturteilnahme nach Altersgruppen (Angaben in Prozent) 331
Abbildung 7.5: Tagesreichweite des Fernsehens 1992 bei Frauen von Montag bis Sonntag nach Altersgruppen 335
Abbildung 7.6: Tagesreichweite des Fernsehens 1992 bei Männern von Montag bis Sonntag nach Altersgruppen 336
Abbildung 7.7: Regelmäßig / gelegentlich ausgeübte Sportarten (n=995, Angaben in Prozent) 341
Abbildung 7.8: Regionale Unterschiede der Teilnahme älterer Menschen 350
Abbildung 7.9: Bildungsnachfrage der über 60-jährigen an den Volkshochschulen nach Fachbereichen (in Prozent der Gesamtteilnahmen Älterer) 351
Abbildung 7.10: Spezifische Bildungsangebote für Ältere nach Thematik (n=206) 352
Abbildung 7.11: Teilnahmen der über 60-jährigen nach Fachbereichen des Bildungshauses Retzhof (n=244) 353
Abbildung 7.12: Bildungsangebote der KEBÖ speziell für ältere Menschen (n=224) 354
Abbildung 9.1: Einschränkungen bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens („Welche dieser Aktivitäten können Sie nicht ohne fremde Hilfe ausüben?“) – Angaben in % 412
Abbildung 9.2: Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Personen in Österreich in den Jahren 2010 und 2030 (Szenario „Better Health“) 416
Abbildung 9.3: Bruttoeinkommen der PflegegeldbezieherInnen – Darstellung der Summen aus Pflegegeld, Bruttopension, Ausgleichszulage und Kinderzuschuss 419
Abbildung 9.4: Entwicklung der Wohn- und Pflegeplätze in der Steiermark, 1982-95 422
Abbildung 9.5: Verhältnis der Hauptbetreuungsperson zur betreuungsbedürftigen Person 441
Abbildung 13.1: Grenzalter für „junger Mensch“ und „älterer Mensch“, nach eigenem Alter 550
Abbildung 13.2: Größte Vorteile des Alters (Auswahl): Lebenserfahrung, späte Freiheit, materielle Sicherung; nach Altersgruppen (n=1.500) 555
Abbildung 13.3.: Subjektives („komparatives“) Alter, nach Altersgruppen (n=1.500) 556
Abbildung 13.4: Adressaten/Innen finanzieller Lebensplanung 566
Abbildung 13.5: Einstellungen zu Ehe und Partnerschaft über 60-jähriger Österreicher/Innen (n=934, Angaben in Prozent) 570

www.parlament.gv.at

Zu den Autorinnen und Autoren

Sachverständigenverzeichnis

Univ.-Prof. Dr. **Anton Amann**
Universität Wien
Institut für Soziologie
A-1080 Wien
Alserstraße 33
01/406 46 79-31
anton.amann@univie.ac.at
Soziologe und Gerontologe

Univ.-Doz. Dr. **Josef Kytir**
Österreichische Akademie der Wissenschaften
Institut für Demographie
A-1033 Wien
Hintere Zollamtstraße 2b
01/712 12 84-18
kytir@oeaw.ac.at
Bevölkerungswissenschafter

Univ.-Doz. Dr. **Wolfgang Lutz**
Internationales Institut für
angewandte Systemanalyse
A-2361 Laxenburg
Schloßplatz 1
02236/807-294
lutz@iiasa.ac.at
Bevölkerungswissenschafter

Prof. Dipl.-Ing. Dr. **Helmuth Schattovits**
(Vorsitzender des SVT)
Österreichisches Institut für Familienforschung
A-1010 Wien
Gonzagagasse 19/8
01/535 14 54-18
helmuth.schattovits@oif.ac.at
Betriebswissenschafter

Autorenverzeichnis

Univ.-Prof. Dr. **Anton Amann**
Universität Wien
Institut für Soziologie
A-1080 Wien
Alserstraße 33
01/406 46 79-31
anton.amann@univie.ac.at
Soziologe und Gerontologe

Univ.-Prof. Dr. **Christoph Badelt**
Wirtschaftsuniversität Wien
Institut für Volkswirtschaftstheorie u. -politik,
Abt. f. Sozialpolitik
A-1190 Wien
Reithlegasse 16
01/31336-5872
christoph.badelt@wu-wien.ac.at
Ökonom

Mag. **Martin Bauer**
Statistik Österreich
Abteilung 5 - Sozialstatistik
A-1033 Wien
Hintere Zollamtstraße 2b
01/711 28-7342
martin.bauer@oestat.gv.at
Soziologe

Prim. Dr. **Franz Böhmer**
Sophienspital
A-1070 Wien
Apollogasse 19
01/521 03-211
Mediziner

Dr. **Paloma Fernàndez de la Hoz**
KSÖ - Katholische Sozialakademie Österreichs
A-1010 Wien
Schottenring 35, DG
01/3105159-81
f.delahoz@eunet.at
Sozialhistorikerin

www.parlament.gv.at

Univ.-Ass. Dipl.-Ing. **Christiane Feuerstein**
Universität für angewandte Kunst
A-1100 Wien
Laxenburgerstr. 28/41
01/604 31 04
christiane.feuerstein@uni-ak.ac.at
Architektin

Dr. **Wilhelm Filla**
Verband der Österreichischen Volkshochschulen
Pädagogische Arbeits- und Forschungsstelle
A-1020 Wien
Weintraubengasse 13
01/216 42 26
voev@magnet.at
Soziologe

Mag. **Margarete Havel**
Wohnbund
A-1060 Wien
Mariahilfer Straße 89/17
01/5860799
wohnbund@via.at
Soziologin

Univ.-Prof. Dr. **Josef Hörl**
Universität Wien
Institut für Soziologie
A-1080 Wien
Alserstraße 33
01/406 46 79-0
josef.hoerl@univie.ac.at
Soziologe

Univ.-Prof. Dr. **Franz Kolland**
Universität Wien
Institut für Soziologie
A –1080 Wien
Alserstraße 33
01/406 46 79-23
franz.kolland@univie.ac.at
Soziologe

Univ.-Doz. Dr. **Josef Kytir**
Österreichische Akademie der Wissenschaften
Institut für Demographie
A-1033 Wien
Hintere Zollamtstraße 2b
01/712 12 84-18
kytir@oeaw.ac.at
Bevölkerungswissenschafter

Mag. **Jeannette Langgassner**
Statistik Österreich
A-1033 Wien
Hintere Zollamtstraße 2b
01/711 28-7262
jeannette.langgassner@oestat.gv.at

Dr. **Kai Leichsenring**
Europäisches Zentrum für
Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
A-1090 Wien
Berggasse 17
01/319 45 05-26
leichsenring@euro.centre.org
Politikwissenschafter

Mag. **Margareta Mahidi**
Statistik Österreich
Abteilung 5 - Sozialstatistik
A-1033 Wien
Hintere Zollamtstraße 2b
01/711 28-0
margareta.mahidi@oestat.gv.at
Soziologin

Ass.-Prof. Dr. **Gerhard Majce**
Universität Wien
Institut für Soziologie
A-1080 Wien
Alserstraße 33
01/406 46 79-29
gerhard.majce@univie.ac.at
Soziologe

Univ.-Prof. Dr. **Rainer Münz**
Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Sozialwissenschaften
D-10117 Berlin
Ziegeleistraße 13c
0049 30/2093-1918
rainer.muenz@sowi.hu-berlin.de
Bevölkerungswissenschafter

Dipl.-Ing. Mag. Dr. **Martin Oppitz**
Österreichisches Institut für Familienforschung
A-1010 Wien
Gonzagagasse 19/8
01/535 14 54-0
martin.oppitz@oif.ac.at
Ökonom und Technischer Physiker

www.parlament.gv.at

cand.med. **Charlotte Panuschka**
Universität Wien
Institut für Sozialmedizin
A-1080 Wien
Alserstraße 21/2
01/408 56 81-0
Medizinstudentin

Mag. **Johannes Pflegerl**
Österreichisches Institut für Familienforschung
A-1010 Wien
Gonzagagasse 19/8
01/535 14 54-13
johannes.pflegerl@oif.ac.at
Soziologe

Univ.-Doz. Dr. **Ralf Risser**
Factum OHG
A-1040 Wien
Danhausergasse 6
01/504 15 46-114
ralf.risser@aon.at
Verkehrssoziologe

Univ.-Prof. Dr. **Leopold Rosenmayr**
Universität Wien
Institut für Soziologie
A –1080 Wien
Alserstraße 33
01/406 46 79-0
Soziologe

Prof. Dipl.-Ing. Dr. **Helmuth Schattovits**
Österreichisches Institut für Familienforschung
A-1010 Wien
Gonzagagasse 19/8
01/535 14 54-18
helmuth.schattovits@oif.ac.at
Betriebswissenschafter

Univ.-Prof. Dr. **Anita Schmeiser-Rieder**
Universität Wien
Institut für Sozialmedizin
A-1080 Wien
Alserstraße 21/2
01/408 56 81-0
anita.schmeiser-rieder@univie.ac.at
Fachärztin für Sozialmedizin

Mag. **Charlotte Strümpel**
Europäisches Zentrum für
Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
A-1090 Wien
Berggasse 17
01/319 45 05-24
struempel@euro.centre.org
Psychologin

Mag. **Stefan Vater**
Verband der Österreichischen Volkshochschulen
Pädagogische Arbeits- und Forschungsstelle
A-1020 Wien
Weintraubengasse 13
01/216 42 26
stefan.vater@vhs.or.at
Soziologe

www.parlament.gv.at

