

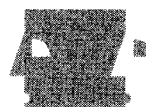
# 68

Studien und Berichte

Reiner Gilberg

## Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter

Eine Analyse des Bedarfs  
und der Inanspruchnahme  
von Hilfeleistungen



Reiner Gilberg, Jahrgang 1963, studierte von 1983 bis 1990 Soziologie an der Freien Universität Berlin. Von 1990 bis 1994 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Akademie der Wissenschaften zu Berlin im interdisziplinären Projekt „Berliner Altersstudie“. Von 1994 bis 1996 hatte er ein Promotionsstipendium am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung im Forschungsbereich Bildung, Arbeit und gesellschaftliche Entwicklung. Seit 1997 arbeitet er bei infas-Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn, wo er als Projektleiter verschiedene Sozialforschungsstudien (u. a. in den Bereichen Arbeitslosigkeits-, Bildungs- und Altersforschung) durchführt. Darüberhinaus leitet er dort den Bereich Methoden und Statistik.



Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Gilberg, Reiner:

Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter: eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen / Reiner Gilberg. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.-Berlin: Max-Planck-Inst. für Bildungsforschung, 2000 (Studien und Berichte / Max-Planck-Institut für Bildungsforschung; 68) zugl.: Berlin, Freie Univ., Diss., 1997

ISBN 3-87985-083-6

### Studien und Berichte

In dieser Reihe veröffentlicht das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung abgeschlossene Forschungsberichte, die vorwiegend eine spezielle Thematik behandeln.

Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit Zustimmung des Instituts gestattet.

© 2000 Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Lentzeallee 94, D-14195 Berlin. Bestellungen werden erbeten an die Institutsadresse. Der vorliegende Band 68 der Reihe kostet DM 23,- (einschließlich 7% MwSt) zuzüglich DM 3,- Versandpauschale.

GW ISSN 0076-5627

ISBN 3-87985-083-6

# Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	11
Zusammenfassung .....	13
Abstract .....	17
<b>Kapitel 1</b>	
<b>Hilfe- und Pflegebedarf im Alter: Problemstellung und Rahmenbedingungen .....</b>	<b>19</b>
1.1 Problemstellung .....	20
1.2 Demographische und gesellschaftliche Bedingungen und Entwicklungen ...	26
1.2.1 Der Altersaufbau der Bevölkerung .....	27
1.2.2 Die Entwicklung der Morbidität und Mortalität .....	34
1.2.3 Die Familie und soziale Netzwerke .....	37
1.2.4 Sozialpolitische Entwicklungen: Die personenbezogenen sozialen Dienstleistungen .....	48
<b>Kapitel 2</b>	
<b>Die institutionellen Rahmenbedingungen: Der gesundheits- und sozialpolitische Kontext .....</b>	<b>57</b>
2.1 Einrichtungen und Dienste für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen	57
2.2 Leistungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen .....	64
2.3 Zusammenfassende Bewertung .....	72
<b>Kapitel 3</b>	
<b>Der Hilfebedarf und die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen: Theoretische Konzepte, Forschungsstand und Analyserahmen .....</b>	<b>77</b>
3.1 Zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs: Messkonzepte und empirische Untersuchungen .....	77
3.1.1 Konzepte zur Messung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit .....	78
3.1.2 Empirische Untersuchungen zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs ...	80
3.2 Die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen .....	102
3.2.1 Die Zusammensetzung des hilfeleistenden Systems .....	102
3.2.2 Zum Ausmaß informeller und formeller Hilfe und Pflege .....	104
3.3 Die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen .....	109
3.3.1 Mikroanalytische Modelle und Erklärungsansätze .....	110
3.3.2 Zum Stand der Forschung: Determinanten der Nutzung unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen .....	115
3.4 Analyserahmen und Untersuchungshypothesen .....	119

<b>Kapitel 4</b>	
<b>Datenbasis und Operationalisierung</b>	131
4.1	Datenbasis
4.1.1	Die Berliner Altersstudie (BASE)
4.1.2	Regional- und kohortenspezifische Besonderheiten
4.1.3	Selektivität und Verallgemeinerbarkeit
4.2	Operationalisierung der Untersuchungsvariablen
<b>Kapitel 5</b>	
<b>Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter</b>	151
5.1	Das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs im Alter
5.1.1	Konzeptionelle Abgrenzung und Variationen nach Alter und Geschlecht
5.1.2	Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und dementielle Erkrankungen
5.1.3	Mortalität und Bedarfslage
5.1.4	Zusammenfassende Betrachtung
5.2	Die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter
5.2.1	Erhebung und Operationalisierung
5.2.2	Die soziale Lebensform
5.2.3	Haushaltsexterne Helfer
5.2.4	Die Haushaltssituation und haushaltsexterne Helfer
5.2.5	Die Hilfefrequenz
5.2.6	Die Versorgungssituation: Zum Ausmaß des ungedeckten Bedarfs
5.2.7	Zusammenfassung
5.3	Sozioökonomische Ressourcen und das hilfeleistende System
5.4	Die Familie als informelle Helfer
5.5	Die stationäre Unterbringung: Der 5-Prozent-Trugschluss
<b>Kapitel 6</b>	
<b>Die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen</b>	241
6.1	Bedingungsfaktoren der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen
6.2	Bedingungsfaktoren der Hilfefrequenz
6.3	Die Versorgungssituation: Determinanten eines ungedeckten Bedarfs
6.4	Zusammenfassende Betrachtung
<b>Kapitel 7</b>	
<b>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</b>	265
7.1	Zusammenfassung
7.2	Sozialpolitische Schlussfolgerungen
7.3	Forschungsperspektiven
<b>Literatur</b>	281

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Lebenserwartung in Jahren im Alter X (Sterbetafeln) . . . . .	28
Tabelle 1.2:	Geburtenziffern für ausgewählte Jahre . . . . .	29
Tabelle 1.3:	Entwicklung der Altersstruktur der alten Bundesrepublik . . . . .	31
Tabelle 3.1:	Synopse vorliegender Studien zum Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Personen . . . . .	99
Tabelle 4.1:	Charakteristische Merkmale der Berliner Altersstudie (Intensivprotokoll) im Vergleich mit dem Mikrozensus 1991, getrennt nach Geschlecht . . .	145
Tabelle 5.1:	Beeinträchtigung bei basalen und instrumentellen alltäglichen Aktivitäten nach Altersgruppen und insgesamt . . . . .	156
Tabelle 5.2:	Hilfe- und Pflegebedarf nach Altersgruppen und Wohnform . . . . .	159
Tabelle 5.3:	Hilfe- und Pflegebedürftige nach Einschränkungen bei einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens . . . . .	161
Tabelle 5.4:	Hilfe- und Pflegebedarf nach Altersgruppen und Geschlecht . . . . .	161
Tabelle 5.5:	Hilfe- und Pflegebedarf und Schweregrad der Demenz . . . . .	165
Tabelle 5.6:	Ein-Jahres- und Zwei-Jahres-Mortalität nach Bedarfslage . . . . .	166
Tabelle 5.7:	Zwei-Jahres-Mortalität (logistische Regression; odds ratios) . . . . .	168
Tabelle 5.8:	Soziale Lebensform getrennt nach Bedarfslage und Geschlecht . . . . .	179
Tabelle 5.9:	Haushaltsexterne Helfer . . . . .	183
Tabelle 5.10:	Haushaltsexterne Helfer und Dienste nach Bedarfslage . . . . .	185
Tabelle 5.11:	Die Kombination von haushaltsexternen Helfern bei geringfügig Hilfebedürftigen, Hilfebedürftigen und Pflegebedürftigen . . . . .	188
Tabelle 5.12:	Anteil Älterer, die vor dem Heimübergang allein gelebt haben, im Vergleich mit dem Anteil allein lebender Älterer in Privathaushalten in den einzelnen Bedarfsgruppen und bei Dementen . . . . .	190
Tabelle 5.13:	Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten nach haushaltsexterner Hilfeform und Haushaltssituation . . . . .	191
Tabelle 5.14:	Hilfefrequenz nach haushaltsexternen Helfern . . . . .	193
Tabelle 5.15:	Haushaltsexterne Haupthelfer nach Bedarfslage . . . . .	196
Tabelle 5.16:	Hilfefrequenz der Haupthelfer von Älteren in Privathaushalten nach Bedarfslage . . . . .	197
Tabelle 5.17:	Hilfefrequenz der haushaltsexternen Haupthelfer von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Älteren in Privathaushalten nach der Haushaltssituation . . . . .	198
Tabelle 5.18:	Bisherige Dauer der haushaltsexternen Hilfe- und Pflegeleistungen in Jahren für die drei Bedarfsgruppen . . . . .	199
Tabelle 5.19:	Indikatoren für die Versorgungssituation von Älteren in Privathaushalten nach Bedarfslage und für Demente . . . . .	202
Tabelle 5.20:	Indikatoren für die Versorgungssituation von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen oder dementen Älteren in Privathaushalten . . . . .	203

Tabelle 5.21: Sozioökonomische Ressourcen und die Haupthelfer von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen oder dementen Älteren .....	209
Tabelle 5.22: Sozioökonomische Ressourcen und die Versorgungssituation von funktional oder kognitiv beeinträchtigten Älteren in Privathaushalten .....	211
Tabelle 5.23: Die Bedeutung der (Ehe-)Partnerin von älteren Männern für die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen nach Bedarfslage .....	214
Tabelle 5.24: Altersstruktur der (Ehe-)Partner von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen nach Bedarfslage .....	215
Tabelle 5.25: Die Haupthelfer von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Älteren nach dem Vorhandensein von Kindern in der Wohnnähe .....	216
Tabelle 5.26: Merkmale der Kinder von (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen nach dem Helferstatus der Kinder .....	218
Tabelle 5.27: Einflussfaktoren für den Helferstatus der in Berlin lebenden Kinder von (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen (multinomiales Logit-Modell; odds ratios) .....	222
Tabelle 5.28: Einflussfaktoren für die Nutzung formeller Hilfe von (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen mit in Berlin lebenden Kindern (multinomiales Logit-Modell; odds ratios) .....	223
Tabelle 5.29: Altersstruktur der familialen Helfer von (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen nach Bedarfslage .....	225
Tabelle 5.30: Anteil älterer Menschen in stationären Einrichtungen nach Altersgruppen und Geschlecht .....	228
Tabelle 5.31: Anzahl und Anteil Verstorbener von den Teilnehmern der ersten Befragung nach Geschlecht und Wohnform .....	234
Tabelle 5.32: Sterberate von Männern und Frauen mit der Wohnform als Kovariable (Gompertzmodell für die Altersabhängigkeit) .....	237
Tabelle 5.33: Anzahl der Heimübergänge für die Schätzung der Heimeintrittsraten ...	238
Tabelle 6.1: Indikatoren zur Lebenslage und der Erhalt haushaltsexterner Hilfeleistungen .....	244
Tabelle 6.2a: Einflussfaktoren der Hilfe- und Pflegeform von funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen (multinomiale logistische Regression; odds ratios) .....	246
Tabelle 6.2b: Einflussfaktoren der Hilfe- und Pflegeform von funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen (multinomiale logistische Regression; odds ratios) .....	247
Tabelle 6.3: Statistische Kennwerte der Frequenz informeller und ambulanter formeller Hilfeleistungen bei funktional oder kognitiv beeinträchtigten Älteren	254
Tabelle 6.4: Determinanten der Hilfefrequenz von in Privathaushalten lebenden funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen (lineare Regressionen; standardisierte Regressionskoeffizienten) .....	256
Tabelle 6.5: Determinanten der Bedarfsdeckung von in Privathaushalten lebenden funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen (logistische Regression; odds ratios) .....	260

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: Typisierung des hilfeleistenden Systems . . . . .	104
Abbildung 4.1: Aktuelle und lebenslange Kinderlosigkeit nach Altersgruppen für Männer und Frauen . . . . .	141
Abbildung 5.1: Zwei-Jahres-Mortalität: Überlebensfunktion nach Geschlecht und Bedarfslage (kontrolliert nach Alter) . . . . .	170
Abbildung 5.2: Soziale Lebensform Älterer in Privathaushalten nach dem Geschlecht	178
Abbildung 5.3: Erhalt haushaltsexterner Hilfe- und Pflegeleistungen und Heimquote im Altersverlauf nach dem Geschlecht . . . . .	182
Abbildung 5.4: Hilfequelle (Haupt Helfer) nach Altersgruppen und Geschlecht . . . . .	195
Abbildung 5.5: Das hilfeleistende System von älteren (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen und/oder dementen Menschen: Wer übernimmt überwiegend die Hilfe- und Pflegeleistungen? . . . . .	205
Abbildung 5.6: Schema zur Modellierung der Heimübergangsrate in Abhängigkeit von der Mortalitätsrate . . . . .	231
Abbildung 5.7: Kaplan-Meier-Schätzung der Survivorfunktion für die Lebensdauer, getrennt nach Männern und Frauen . . . . .	235
Abbildung 5.8: Geglättete Sterberate und Baseline rate, geschätzt mit einem Gompertzmodell . . . . .	236
Abbildung 5.9: Survivorfunktion für den Verbleib in einem Privathaushalt, getrennt nach Männern und Frauen (Kaplan-Meier-Schätzung) . . . . .	239

# Danksagung

Die vorliegende Arbeit wurde im März 1997 von der Freien Universität Berlin, Fachbereich „Philosophie und Sozialwissenschaften I“ als Dissertation angenommen. Sie ist das Ergebnis eines dreijährigen Promotionsstipendiums am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin und wurde innerhalb der Forschungseinheit „Soziologie und Sozialpolitik“ der Berliner Altersstudie (BASE) angefertigt. Während dieser Zeit erhielt ich wertvolle Hilfe und Unterstützung.

Mein besonderer Dank gilt Karl Ulrich Mayer. Zum einen, da er mir mit dem Promotionsstipendium ideale Voraussetzungen für die Durchführung des Dissertationsvorhabens bot. Zum anderen für seine Ratschläge und kritischen Kommentare sowie das Vertrauen, das er meiner Arbeit entgegenbrachte. Ebenso sehr danke ich Michael Wagner für seine Betreuung der Arbeit, seine hilfreiche Kritik und konstruktiven Kommentare. Für wichtige Anregungen und Diskussionen möchte ich mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen der Forschungseinheit „Soziologie und Sozialpolitik“ der Berliner Altersstudie, Ineke Maas, Andreas Motel und Thomas Lampert, bedanken. Für die mühevollen Bearbeitung und Aufbereitung des Datenmaterials gilt mein Dank Christiane Eitel, Nannette Rocker, Michael Hüllen, Monika Albin und Karin Bengtson. Uli Pötter und Götz Rohwer danke ich für ihre kompetente Hilfe bei statistischen Fragestellungen. Viele weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berliner Altersstudie und des Forschungsbereichs Bildung, Arbeit und gesellschaftliche Entwicklung des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung wären zu nennen, um all jene aufzulisten, die mir durch ihre Kollegialität, Kompetenz und Hilfsbereitschaft die Arbeit an diesem Text erleichtert oder sogar erst ermöglicht haben.

Ein herzliches Dankeschön geht auch an Ralph Brennecke für seine selbstverständliche Bereitschaft, die Zweitbegutachtung der Arbeit zu übernehmen.

Mein ausdrücklicher Dank gilt nicht zuletzt den alten Menschen, die bereit waren, an der Berliner Altersstudie teilzunehmen und deren oft nicht ganz unbeschwerliche Mitarbeit diese Dissertation überhaupt erst ermöglicht hat. Dank schulde ich ebenfalls den forschungstechnischen Assistentinnen und Assistenten der Berliner Altersstudie, deren schwierige Arbeit die Voraussetzung für das Entstehen der Arbeit geschaffen hat.

Es versteht sich von selbst, dass verbleibende Fehler allein zu Lasten des Autors gehen.

Bonn, im November 1999

Reiner Gilberg



# Zusammenfassung

Die Arbeit beschäftigt sich theoretisch und empirisch mit dem Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs alter und sehr alter Menschen, den von diesen in Anspruch genommenen Hilfe- und Pflegeleistungen (Art und Umfang) sowie dem Problem des ungedeckten Hilfe- und Pflegebedarfs. Besondere Aufmerksamkeit wird der Versorgungsform der alten Menschen im Zusammenhang mit den sozialen und ökonomischen Ressourcen, der Bedeutung der familiären Unterstützungsleistungen sowie dem Heimübergang geschenkt. Während in der bisherigen Forschung zumeist einzelne Hilfe- und Pflegeleistungen betrachtet wurden, wird in der Arbeit der wechselseitige Zusammenhang der verschiedenen Formen von Hilfe- und Pflegeleistungen analysiert.

Auf der empirischen Grundlage der Daten der Berliner Altersstudie (BASE), bei der sowohl in Privathaushalten als auch in Heimen lebende ältere Menschen befragt wurden, stellt die Arbeit sozialwissenschaftliche Basisdaten zur Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen in Großstädten zur Verfügung. Darüber hinaus liefert die Arbeit einen empirischen Beitrag zu der anhaltenden Debatte über die Bedeutung der Familie für die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen alter und sehr alter Menschen. Über die einfache Ermittlung der Heimquote hinaus präsentiert die Arbeit zudem eine Schätzung der Heimeintrittswahrscheinlichkeit im Lebensverlauf.

Im theoretischen Teil werden zunächst die Bezüge des Themas zur demographischen Entwicklung und den institutionellen Rahmenbedingungen hergestellt. Anschließend erfolgt die Vorstellung der Begriffe und Theorien sowie des Forschungsstands, bei dem auch die Anlage und die Ergebnisse unterschiedlicher Studien miteinander verglichen werden. Hierbei zeigt sich, dass selbst die Vielzahl von Studien eine zuverlässige Abschätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs in Deutschland nicht erlaubt. Im Hinblick auf die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen wird eine Typologie entworfen, bei der unterschieden wird zwischen dem informellen und dem formellen Hilfesystem. Das formelle Hilfesystem besteht aus stationären und ambulanten Einrichtungen und Diensten, während das informelle Hilfesystem haushalts-externe und -interne Leistungen umfasst, die sowohl von Familienmitgliedern als auch von außerfamiliären Helfern erbracht werden können.

Im empirischen Teil der Arbeit wird im Anschluss an die Darstellung der Datenbasis und der Operationalisierungen der einzelnen Konzepte zunächst das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs sowie der Zusammenhang mit dementiellen Erkrankungen und der Sterblichkeit untersucht. Auf der Basis der international gebräuchlichen ADL-/IADL-Skalen werden die Kategorien „selbstständig“, „geringfügig hilfebedürftig“, „hilfebedürftig“ und „pflegebedürftig“ unterschieden. In West-Berlin ergeben sich bei den 70-Jährigen und Älteren folgende Anteile: selbstständig 56 Prozent, geringfügig hilfebedürftig 18 Prozent, hilfebedürftig 14 Prozent und pflegebedürftig 12 Prozent. Es zeigt sich jedoch, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in erheblichem Ausmaß erst ab etwa dem 85. Lebensjahr auftritt. In den Altersgruppen zwischen 70 und 84 Jahren sind noch weniger als 10 Prozent pflegebedürftig, da-

nach nimmt dieser Anteil bis auf 46 Prozent bei den 95-Jährigen und Älteren zu. Frauen sind deutlich häufiger und länger betroffen. Es besteht ein enger Zusammenhang mit dementiellen Erkrankungen, die Mortalitätsrate ist erwartungsgemäß überdurchschnittlich hoch. Mortalitätsanalysen zeigen, dass Männer in allen Bedarfsgruppen eine höhere Sterblichkeit aufweisen als Frauen.

Bei der anschließenden Betrachtung der Versorgungssituation alter Menschen im Zusammenhang mit sozialen und ökonomischen Ressourcen zeigt sich, dass objektive und subjektive Bedarfslagen bei Männern weit auseinander klaffen. Sie wünschen sich auch dann mehr Hilfe, wenn sie nicht hilfe- oder pflegebedürftig sind. Etwa ein Drittel der 70-jährigen und älteren West-Berliner in Privathaushalten leben in einer prekären Versorgungssituation ohne ausreichende Hilfeleistungen. Gleichwohl ist eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfequellen an der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen beteiligt, wobei die Bedarfslage und die Haushaltssituation für die Frage, wer die Versorgung mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen übernimmt, von weit reichender Bedeutung sind. (Ehe-)Partner und im Haushalt lebende Kinder spielen eine große Rolle bei der Versorgung der in Mehr-Personen-Haushalten lebenden Hilfe- und Pflegebedürftigen. Der weitaus größte Teil der älteren Menschen lebt jedoch allein. Bei diesen sind die privat organisierten Helfer und die stationären Einrichtungen die bedeutendsten Hilfequellen. Der Beitrag von außerhalb des Haushalts lebenden Kindern für die Langzeitversorgung mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen ist ebenso wie der Beitrag der Sozialstationen eher gering. Die Versorgungsformen werden substitutiv und nicht kumulativ genutzt.

Im Hinblick auf die Bedeutung der Familie für die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen ist hervorzuheben, dass familiäre Hilfe- und Pflegeleistungen für alte Menschen häufig von selbst schon älteren Menschen geleistet werden. Zwar sind die Kinder häufig an der Versorgung der alten Eltern beteiligt, die Rolle der Haupthelfer übernehmen sie jedoch nur bei 20 Prozent der Hilfe- und Pflegebedürftigen. Es sind vor allem die Töchter, die die Versorgung der alten Eltern übernehmen. Die so genannte „mittlere Generation“ ist eher einer sequentiellen Belastung und weniger einer Doppelbelastung durch Kindererziehung und Pflege ausgesetzt. Wesentlich für die Gewährung von Hilfe- und Pflegeleistungen sind die Lebensumstände der potentiellen familialen Helfer. Die Bildung der Kinder beeinflusst die zusätzliche Inanspruchnahme formeller Hilfeangebote der Eltern. Höher gebildete Kinder teilen sich häufiger die notwendigen Versorgungsleistungen für die alten Eltern mit ambulanten formellen Hilfeinstanzen. Eine Verdrängung familialer Leistungen im Bereich der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung durch staatliche oder marktvermittelte Dienste lässt sich nicht feststellen. Leistungen der Sozialstationen und Leistungen der Familienmitglieder sind nur in geringem Maße substituierbar. Schließlich ist es keineswegs so, dass alte Menschen mit Kindern durchgängig seltener in einem Heim leben als Kinderlose. Das Vorhandensein eines (Ehe-)Partners ist hier viel bedeutsamer.

Die Heimübergangswahrscheinlichkeit im Lebensverlauf wird unter Anwendung von Verfahren der Ereignisanalyse und der Berücksichtigung des durch differentielle Mortalitätsraten entstehenden Selektivitätsproblems bei retrospektiven Daten analysiert. In dieser Verlaufs-betrachtung ergibt sich, dass die Heimeintrittswahrscheinlichkeit mit dem Alter erheblich ansteigt und beträchtlich höher liegt, als querschnittlich ermittelte Heimquoten (In West-Berlin 4 % bei den Männern und 7 % bei den Frauen) vermuten lassen. Bei den Frauen nehmen die Heimeintritte ab etwa dem 75. Lebensjahr, bei den Männern ab dem 85. Lebensjahr deutlich zu. Die Zunahme ist jedoch ab dem 85. Lebensjahr bei den Männern stärker ausgeprägt als bei

den Frauen. Im Alter von 95 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit, in einer stationären Einrichtung zu leben, bei den Männern bei etwa 45 Prozent und bei den Frauen bei etwa 60 Prozent.

Schließlich werden die Determinanten der Hilfe- und Pflegeform, der Hilfefrequenz sowie des ungedeckten Hilfe- und Pflegebedarfs in multivariaten Modellen zusammenfassend analysiert. Wesentliche Prädiktoren für die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfeformen sind die Bedarfslage – wobei den kognitiven Beeinträchtigungen eine besondere Bedeutung zukommt –, die sozioökonomischen Ressourcen, und hier insbesondere das Sozialprestige, die Haushaltssituation und das Alter. Geschlechtsunterschiede im Nutzerverhalten lassen sich weitgehend aufklären. Die höhere Heimquote von Frauen geht in erster Linie darauf zurück, dass sie im Gegensatz zu Männern viel seltener mit einem Partner zusammenleben.

Die Frequenz der haushaltsexternen informellen Hilfeleistungen wird durch die Bedarfslage, das Geschlecht und zusätzliche formelle Hilfen beeinflusst, die Frequenz der ambulanten formellen Hilfeleistungen durch die Bedarfslage, das Alter und das Vorhandensein eines (Ehe-)Partners. Die subjektive und objektive Bedarfsdeckung wird durch die Hilfe- und Pflegeform beeinflusst. Insbesondere die älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen, die ausschließlich durch formelle Hilfeinstanzen versorgt werden, wünschen sich mehr Hilfe im Haushalt.

# Abstract

The present study is empirically and theoretically concerned with the amount of care requirement of old and very old people, their utilization of different sources of care, and the uncovered care assistance. Special emphasis is given to the role of social and economic resources of the elderly for the utilization of different sources of care, the role of the family, and the transition to an old-age home or a nursing home.

Researchers usually conceptualized the utilization of care services in preset dualistic terms: The selection of one alternative (e.g., home-health services) from the universe of potential sources of care conceptualize use as the dependent variable. Individuals using any other options or who do nothing are combined into nonusers. The present study does not consider just one source of assistance, but five different utilization patterns.

The data used stem from the multidisciplinary Berlin Aging Study (BASE). The probability sample of community-dwelling and institutionalized individuals aged 70 to 105 years was drawn from the city registration office and consists of equal numbers of males and females in six age brackets. It is designed to be representative of the western part of the city of Berlin.

In the theoretical part of the study the relevant links to demographic changes and the institutional framework is established. Further, definitions of terms and related theories and concepts are presented. An overview of related research exists with special focus on methods and results of major studies. It is shown that a reliable estimation of the amount of care requirement in Germany is not possible, even on the basis of a large number of studies. Concerning the caregiving services it is differentiated between the informal and the formal care system. Formal caregiving services includes professional caregiving via home-care services and home-help services, and long-term care via residential placement in senior housing and nursing homes. Informal caregiving includes assistance via family, relatives, friends, and neighbors, who might live in the same household with the elderly requiring care or not.

The empirical part starts with the description of the data and the measures used. Then, the amount of care requirement and the correlation with dementia and the mortality is analyzed. On the basis of ADL-/IADL-scales four exclusive levels of care requirement were identified: none (e.g., completely independent), slightly disabled, disabled, and completely disabled (e.g., completely dependent). In the city of West Berlin 56% are identified as completely independent, 18% as slightly disabled, 14% as disabled, and 12% as completely disabled. Disability is strongly related to age. The prevalence strongly increases in the age group 85 years and older (completely disabled are less than 10% in the age group 70 to 84 years and 46% in the age group 95 years and older). Women are more often disabled than men and a strong correlation with dementia is observed. Analyses of mortality show a higher mortality rate of men compared to women within each disability group.

With regard to the received care a difference between objective measures of need and subjective perception of need is shown, especially for men. They would like to receive more care even when they are completely independent.

Even though about one-third of the 70 year and older population of West Berlin has uncovered care needs, a number of different care providers are involved in providing help and care. Concerning the question who the primary care assistant is, the level of care requirement and the living arrangements are important factors. Spouses and children living in the same household are a major source of care. However, the majority of the elderly lives alone. For those, the majority of home care and home help is provided through the private sector. Non-profit sector services and institutionalization becomes more relevant in the higher age groups. Children living outside the household play a minor role. The caregiving services are used as substitutes rather than cumulative.

Regarding the role of the family, it is shown that family-care assistants themselves are often old. Although children are frequently care assistants, they are the primary care assistants only for 20% of the elderly. Daughters are more often care assistants than sons. The burden of care of the so-called "sandwich-generation" is sequential. After the children leave the home the risk of parents requiring care increases. Caring for children and caring for parents at the same time is not very often observed. Important factors for yielding care are the living situation of the potential care assistants, namely, their living arrangements and the geographical distance. Better educated children share the burden of care more often with formal home-care services and home-help services. There is strong support for the concept that there is a sequence in the use of specific types of care. Informal care is the primary source. When health deteriorates, formal home care or institutional care is used. Finally, the major postponing factor for transition to an old-age home or a nursing home are spouses rather than children.

The probability of institutionalization across the life span is analyzed using event history analyses. Within these analyses the selectivity bias of retrospectively gathered data due to differential mortality is controlled. This longitudinal approach shows that the probability of institutionalization is much higher than might be assumed on the basis of cross-sectional gathered percentages of actually institutionalized elderly (West Berlin: men 4%, women 7%). For women, the transition to an old-age home or nursing home increases at the age of 75 years and higher, for men at the age of 85 years and higher. However, at the age of 85 years and higher the increase is stronger for men than for women. At the age of 95 years the probability of institutionalization is about 45% for men and 60% for women.

In the final empirical part of the present study multivariate analyses of determinants of utilization of different sources of care, the volume of received care, and the uncovered needs are presented. Important predictors for the different sources of care are the level of physical limitation especially dementia-related symptoms, socioeconomic resources, the living arrangements, and age. The differences in the risk of institutionalization between men and women is explained by the higher proportion of married men compared to women. The volume of help and care provided by family members, relatives, neighbors, or friends, who do not live together with the elderly in need, is influenced by need factors, gender, and the received additional formal home care. The volume of formal home-care services is influenced by requirement factors, age, and living arrangements, especially having a spouse/partner or not.

The subjective and objective measures of uncovered requirements depend on the sources of care used. Those elderly, who receive care exclusively via formal home-care and home-help services, are most unsatisfied with the volume of home help.

# Kapitel 1

## Hilfe- und Pflegebedarf im Alter: Problemstellung und Rahmenbedingungen

Als einer weit verbreiteten normativen Orientierung im Leben der Menschen in den westlichen Industriegesellschaften wird der individuellen Autonomie eine außerordentlich hohe Wertschätzung beigemessen. Der überwiegende Teil der alten Menschen ist zwar zu einer selbstständigen und unabhängigen Lebensführung in der Lage, das Risiko, auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen zu sein, nimmt jedoch im Alter zu. Zwar bezieht sich der Bedarf älterer Menschen vor allem auf die Einkommenssicherung, doch mit ausreichenden und regelmäßigen Rentenzahlungen kann nur ein Teil der Grundbedürfnisse im Alter abgedeckt werden. Gerade im höheren Alter treten Veränderungen in der Lebenssituation auf, die sich durch Geld nur indirekt bzw. überhaupt nicht beeinflussen lassen (z.B. die Aufgabe wichtiger sozialer Rollen wie der Berufsrolle, der Verlust wichtiger Bezugspersonen, eine zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustandes u.Ä.). Von entscheidender Bedeutung für die Lebenslage älterer Menschen ist es daher, inwieweit persönliche Hilfen und soziale Dienstleistungsangebote zur Verfügung stehen. Solche personenbezogenen Hilfe- und Unterstützungsleistungen sind dann erforderlich, wenn die Betroffenen zur Lebensführung oder Problemlösung allein nicht in der Lage sind. Personenbezogene Dienstleistungen werden sowohl privat erbracht als auch im Rahmen der öffentlichen Sozialpolitik, die für die Bereitstellung professioneller sozialer Dienste sorgt.

Mit dem steigenden Risiko körperlicher und psychiatrischer Erkrankungen und Behinderungen im hohen Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, auf persönliche Hilfe- und Unterstützungsleistungen angewiesen zu sein. Chronische Krankheitszustände und Behinderungen ziehen, gerade im hohen Alter, häufig eine Abhängigkeit von Hilfe- und Betreuungsleistungen bei den alltäglichen Verrichtungen nach sich. Im Unterschied zu anderen Altersgruppen sind alte Menschen dann zumeist fortwährend – oftmals bis an ihr Lebensende – von personenbezogenen Hilfeleistungen anderer Menschen abhängig.

Ausgehend von der Feststellung, dass der Zustand personaler Abhängigkeit als unerwünscht gilt und zudem nahezu keine Verhaltensmuster für die Rolle „hilfebedürftiger, alter Mensch“ bestehen, widmet sich eine Soziologie zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit alter Menschen vornehmlich der Analyse des sozialen Handelns der betroffenen alten Menschen und den Agenturen, die Hilfe- und Pflegeleistungen anbieten, sowie den gesellschaftlichen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und Folgen.

In der vorliegenden Arbeit steht die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeinstanzen durch ältere Menschen im Zentrum des Interesses. Die Inanspruchnahme wird dabei als ein Prozess definiert, der bestimmt wird durch die älteren Menschen und das Angebot an Hilfe- und Pflegemöglichkeiten. Mit Inanspruchnahme wird die tatsächliche Nutzung einer Hilfe- oder Pflegeoption umschrieben. Mit Bedarf wird demgegenüber die Beurteilung anhand objektiver Kriterien, wer Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten sollte, bezeichnet, und Nachfrage umschreibt den Umstand, dass eine ältere Person eine bestimmte Hilfeleistung für sich selbst als notwendig erachtet.

Es wird davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach und die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen beeinflusst werden durch gesellschaftliche und demographische Determinanten sowie der Ausgestaltung des hilfeleistenden Systems (verfügbare Ressourcen, Zugang und Struktur). Von diesen gesellschaftlichen und Hilfesystemfaktoren wird angenommen, dass sie Auswirkungen auf unterschiedliche Nutzungswünsche und -möglichkeiten von Individuen in Bezug auf das hilfeleistende System haben und zum Teil auf der Ebene von individuellen Merkmalen gemessen werden können. Die demographischen und gesellschaftlichen Bedingungen sowie die Ausgestaltung des hilfeleistenden Systems beeinflussen die Größe und Zusammensetzung sowohl der Gruppe der Hilfe- und Pflegebedürftigen als auch des informellen und formellen Hilfesystems. Insofern betreffen sie den Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen insgesamt und die Möglichkeit sich diese zu beschaffen, das heißt die individuellen Opportunitätsstrukturen. Die makrostrukturellen Bedingungen und Entwicklungen sind demnach für das Ausmaß des Bedarfs, die Nachfrage nach und das Angebot an Hilfe- und Pflegeleistungen von Bedeutung. Darüber hinaus modifizieren sie die Bedeutung individueller Ressourcen bei der Entscheidung für eine bestimmte Form der Hilfe und Pflege. Umgekehrt sind die individuellen Präferenzen und Handlungsmuster, das heißt das Inanspruchnahmeverhalten, entscheidend für die Frage, welche makrostrukturellen Vorgaben und Entwicklungen für die Nachfrage nach unterschiedlichen Hilfe- und Pflegeinstanzen relevant sind. Sollen also Aussagen darüber getroffen werden, welche Entwicklungen auf der Makroebene welche Konsequenzen nach sich ziehen, ist es notwendig, die Einflussfaktoren des Inanspruchnahmeverhaltens genauer zu betrachten. Dazu wird in dieser Arbeit untersucht, welche Teilgruppen der älteren Menschen aufgrund welcher Rahmenbedingungen welche Hilfeinstanzen in Anspruch nehmen.

## 1.1 Problemstellung

Ein typisches Phänomen moderner Gesellschaften ist das demographische Altern der Bevölkerung, das heißt das steigende Lebensalter eines immer größeren Teils der Bevölkerung. Erstmals in der Geschichte erreicht nicht mehr nur eine Minderheit, sondern die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung ein hohes Alter. Anfang dieses Jahrhunderts erreichten 44 Prozent der männlichen und 50 Prozent der weiblichen Lebendgeborenen ein Alter von 60 Jahren und etwa 9 Prozent der männlichen und 12 Prozent der weiblichen Lebendgeborenen ein Alter von 80 Jahren. Ende der 1980er Jahre wurden im früheren Bundesgebiet 84 Prozent der männlichen Lebendgeborenen 60 Jahre und 35 Prozent mindestens 80 Jahre alt, während von den weiblichen Lebendgeborenen gut 90 Prozent das Alter 60 und 58 Prozent das Alter 80 Jahre erlebten (Höhn & Roloff, 1994). In einem gegenläufigen Trend zur steigenden Lebenserwartung sinkt seit Ende der 1960er Jahre die Geburtenhäufigkeit, sodass sich das Verhältnis zwischen den Generationen stark in Richtung eines wachsenden Anteils älterer Menschen verschiebt. Gleichzeitig verringern sich die Anteile der Bevölkerung im Kindes- und Jugendalter sowie derjenigen im Erwachsenenalter.

Im Hinblick auf die Versorgung und Pflege alter Menschen gewinnt diese demographische Entwicklung in zweifacher Hinsicht an Bedeutung. Einerseits beeinflusst sie die Anzahl potentieller hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen, andererseits beeinflusst sie die Anzahl potentieller Helfer. Das Verhältnis des Anteils der 40- bis 60-Jährigen zu den über 60-Jährigen wird demzufolge auch als Verhältnis von potentiellen Helfern zu potentiell Hilfe-

bedürftigen aufgefasst (Alber, 1991; Myers, 1992). Zentrale demographische Entwicklung ist aus dieser Sichtweise also die sowohl relative als auch absolute Zunahme der älteren gegenüber den jüngeren Bevölkerungsteilen, mit einem gleichzeitig überproportionalen Anstieg der Hochaltrigen. Diese Entwicklungen lassen sich anschaulich mit der Veränderung der klassischen „Alterspyramide“ der Bevölkerung hin zu einer „Alterssäule“ beschreiben.

In der öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion wird diese absolute Zunahme alter und sehr alter Menschen in der Bevölkerung, ebenso wie die Alterung der Bevölkerung, das heißt die relative Zunahme der älteren Bevölkerungsteile gegenüber den jüngeren Bevölkerungsteilen, unter dem Schlagwort „Vergreisung der Gesellschaft“ häufig als Herausforderung moderner Wohlfahrtsstaaten diskutiert. Die Zukunft sozialstaatlicher Sicherungssysteme und hier vornehmlich das Renten- und das Gesundheitssystem scheinen gefährdet (Guillemard, 1992; Hauser & Wagner, 1992). Insbesondere wird auf die Aufgabenverteilung informell erbrachter und sozialstaatlicher Leistungen unter dem Blickwinkel sich verändernder Bedürfnis- und Angebotsstrukturen und veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verwiesen (Alber, 1991; Baldock & Evers, 1991; Gibson, 1992; Krämer, 1992). Dabei wird die demographische Entwicklung oftmals mit einer steigenden „Alterslast“ umschrieben, wobei implizit Alter mit Abhängigkeit und damit steigenden Kosten für die Alterssicherung und Gesundheitsfürsorge gleich gesetzt wird. Das mit dem Alter steigende Morbiditätsrisiko unter den Bedingungen einer stetigen Zunahme alter Menschen wird aus dieser Perspektive als Indikator für einen zunehmenden Betreuungs- und Hilfebedarf in der Gesellschaft gesehen, der zu einer Kostenexplosion bei den Gesundheits- und Sozialausgaben führen wird (Alber, 1991; Krämer, 1992). In diesem Zusammenhang wird insbesondere die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen immer wieder als ein zentrales Problem dargestellt. So fragen Kytir und Münz (1991): „Wer pflegt uns im Alter?“ Ein typisches Beispiel für die Bedeutung, die der demographischen Entwicklung beigemessen wird, findet sich bei Galler (1990, S. 63): „Angesichts des anhaltend niedrigen Fertilitätsniveaus in der Bundesrepublik Deutschland und den dadurch ausgelösten Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung stellt sich die Frage, ob auch längerfristig Familienangehörige und andere Verwandte den wesentlichen Teil der Pflegeleistungen übernehmen können.“

Gleichzeitig haben sich in den Stereotypen von den kompetenten, aktiven und wohlhabenden „neuen“ Alten auf der einen und den armen, einsamen und hilfe- und pflegebedürftigen „alten“ Alten auf der anderen Seite gesellschaftliche Vorstellungen verfestigt, die – vermittelt über die Medien – meinungsprägend wirken. Sowohl die positive wie die negative Stereotypisierung kann sich zum Nachteil älterer Menschen auswirken. Wird das positive Bild der „privilegierten Alten“ verallgemeinert, lässt es sich zur Rechtfertigung eines Abbaus von Renten- oder Sozialleistungen instrumentalisieren. Eine Übertragung des negativen Bildes der „armen, kranken Alten“ auf die Älteren insgesamt führt zu einer Übernahme dieser negativen Zuschreibungen in das eigene Selbstbild der älteren Menschen und der Anpassung an die gesellschaftlichen Erwartungen, sodass letztlich jede persönliche und soziale Entwicklung sinnlos erscheint (Voges, 1989). Diesen Stereotypisierungen wird jedoch in der wissenschaftlichen Forschung zunehmend eine sich um Unterscheidung bemühende Sichtweise gegenübergestellt, die die Differenziertheit und Mehrdimensionalität des Alters und Alterns betont (Lehr, 1988; Baltes & Baltes, 1992; Mittelstraß, 1992; Naeyele & Tews, 1993). So gehen die meisten Darstellungen zu den Lebensbedingungen im Alter von einem ausgesprochen hohen Grad an sozialer Vielfalt der Lebensumstände aus, das heißt, es kann nicht von „dem“ Alter als einer relativ homogenen Lebensphase gesprochen werden. Hinter



dem „kollektiven“ Altern stehen also deutlich unterschiedliche individuelle Alterungsprozesse.

Wesentlich – auch für die Abschätzung zukünftiger Entwicklungen und deren Bedeutung sowie von Interventionsmöglichkeiten – ist insofern eine über die ausschließliche Betrachtung demographischer Veränderungen hinausgehende Kenntnis der Bedarfslage und der Versorgungssituation alter Menschen sowie der Handlungsmuster und Rahmenbedingungen, die für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen unterschiedlicher Anbieter bedeutsam sind. Dabei sind die unterschiedlichen Lebensumstände im Rahmen einer Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens zu berücksichtigen. Dementsprechend wird in der vorliegenden Arbeit eine mikroanalytische Sichtweise eingenommen, die sich an der sozialen Heterogenität der älteren Bevölkerung ausrichtet und so zur Erklärung beitragen soll, welchen Teilgruppen aufgrund welcher Rahmenbedingungen welche Hilfe- und Pflegemöglichkeiten zur Verfügung stehen und welche sie in Anspruch nehmen.

Hilfe- und Pflegeleistungen für ältere Menschen, die Beeinträchtigungen in der selbstständigen Lebensführung aufweisen, umfassen einen weiten Bereich von Aktivitäten und Aufgaben. Dies reicht von Einkaufshilfen, Hilfeleistungen im Haushalt und Hilfe bei der haushaltsexternen Mobilität bis zu grundpflegerischen Leistungen. Gemeinsam ist diesen Aktivitäten, dass sie regelmäßig erforderlich sind – weshalb sie räumliche Nähe voraussetzen – und sowohl von Mitgliedern des familial-verwandtschaftlichen und außerfamilialen sozialen Netzwerks als auch von professionellen Helfern privatwirtschaftlicher, gemeinnütziger und staatlicher Organisationen erbracht werden können.

In dieser Arbeit wird die Lebens- und Versorgungssituation von älteren Menschen untersucht, die bei den alltäglichen Verrichtungen des Lebens Hilfe benötigen. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Hilfebedürftigkeit im hauswirtschaftlichen und pflegerischen Bereich. Im Unterschied zu anderen Altersgruppen ist der Hilfebedarf älterer Menschen im Hinblick auf diese Hilfen zumeist dauerhaft und fortschreitend (Katz u.a., 1983). Dauerhafte Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bzw. Selbstversorgungsfähigkeit (Selbstständigkeit) sind jedoch keine einheitlich definierten Konzepte, was sich in unterschiedlichen Messmethoden und Operationalisierungen niederschlägt (Thiede, 1988; Wahl, 1989; Oswald u.a., 1992). In der vorliegenden Arbeit werden deshalb vorhandene Konzeptionen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, deren empirische Umsetzung sowie das mit diesen Instrumenten ermittelte Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs vorgestellt, diskutiert und die in den empirischen Analysen verwendete Operationalisierung ausführlich beschrieben.

Die Hilfeleistungen, die in dieser Arbeit untersucht werden, beziehen sich nicht auf grundlegende, sondern vielmehr auf Bedürfnisse, die auf bestimmte soziale Lagen beschränkt sind, nämlich Hilfebedürftigkeit bei der persönlichen und hauswirtschaftlichen Versorgung im Falle eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeit. Dabei wird in der Arbeit die Nutzung folgender Hilfequellen untersucht: (Ehe-)partner, Kinder, sonstige Verwandte, Nachbarn/Freunde/Bekannte, Sozialstationen/kirchliche Helfer, der fahrbare Mittagstisch, der Telebus, privat organisierte Helfer sowie Alten-, Kranken- und Pflegeheime. Die Einteilung in unterschiedliche Hilfeformen orientiert sich an der Beziehung zwischen Helfer und Hilfeempfänger und der Wohnform der älteren Menschen. Unterschieden werden die einzelnen Hilfequellen danach, ob es sich um eine Person aus dem primären sozialen Netzwerk handelt (informelle Helfer), oder ob diese Person nicht dem primären sozialen Netzwerk angehört (formelle Helfer). Bei den formellen Helfern wird zwischen der Versorgung in stationären Einrichtungen und der ambulanten Versorgung in der häuslichen Umgebung des Hilfeempfängers

differenziert. Da Abweichungen zwischen projektivem, erwartetem und real zur Verfügung stehendem Hilfepotential angenommen werden können (Braun, 1987; Windisch & Kniel, 1993;), werden in der vorliegenden Arbeit faktische Hilfeleistungen bei gegebenem Hilfebedarf untersucht.

Die demographischen Entwicklungen, im Zusammenhang mit Vermutungen eines allgemeinen sozialen Wandels, insbesondere der Befürchtungen des Verlustes familialer Solidarität (Hoffmann-Nowotny, 1988; Beck-Gernsheim, 1993), haben zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit der Frage geführt, wer unter den alten Menschen unter welchen Bedingungen wie versorgt wird. Eine einfache Einteilung der Bedingungsfaktoren für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen unterscheidet dabei externe und interne Faktoren (Wan, 1989). Die externen Faktoren beziehen sich auf die Angebotsseite, während die internen Faktoren die individuellen Charakteristika der Nachfrager beschreiben. Theoretische Modelle zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen versuchen, ein umfassendes Beziehungsgefüge der Bedingungsvariablen zu beschreiben. Das dominierende Modell ist hierbei das socio-behavioral model (Andersen & Newman, 1973). Dieses Modell geht davon aus, dass die Inanspruchnahme von Leistungen durch einerseits gesellschaftliche Determinanten (Normen, technologischer Fortschritt usw.) und andererseits die Ausgestaltung des Versorgungssystems (Organisation, Zugang und Struktur), vermittelt über individuelle Attribute, beeinflusst wird. Von den gesellschaftlichen Faktoren und den Versorgungssystemfaktoren wird angenommen, dass sie Auswirkungen auf unterschiedliche Nutzungswünsche und -möglichkeiten von Individuen in Bezug auf die Hilfeform haben und zum Teil auf der Ebene von Merkmalen der Personen gemessen werden können.

In der bisherigen (zumeist US-amerikanischen) Forschung zu den Bedingungsfaktoren der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen durch ältere Menschen stand zumeist die Untersuchung der Nutzung *einer* Hilfealternative im Mittelpunkt. Die Nutzer dieser einen Alternative wurden denjenigen gegenübergestellt, die diese Hilfealternative nicht nutzten. Dabei wurde ausgeblendet, ob und gegebenenfalls von wem die Nichtnutzer Hilfeleistungen erhielten (unter anderem Wan & Odell, 1981; Wolinsky u.a., 1983; George & Maddox, 1989; Strain, 1991). Der Fokus der Studien lag dabei auf der Frage, wer in der Gesamtgruppe der älteren Menschen ambulante sozialpflegerische Dienste und wer eine stationäre Versorgung in Anspruch nimmt. In neueren Untersuchungen wurde darüber hinaus auch das informelle Netzwerk und insbesondere das Verhältnis zwischen informellen und formellen Hilfealternativen näher betrachtet (unter anderem Knipsheer & Antonucci, 1990; Kempen & Suurmeijer, 1991; Wolinsky & Johnson, 1991). Untersuchungen, in denen die Determinanten der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen, ambulanter, professioneller Hilfealternativen und informeller Hilfeleistungen *gemeinsam* betrachtet wurden, liegen meines Wissens nicht vor. Die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen wurde zudem unterschiedlich, über die Erhebung von Hilfeerwartungen, über die Erhebung faktischer Hilfeleistungen und über den Umfang bzw. die Frequenz der Hilfeleistungen, operationalisiert.

Demgegenüber werden in der vorliegenden Arbeit die informellen, ambulanten formellen und stationären Hilfe- und Pflegealternativen und deren Inanspruchnahme gemeinsam betrachtet. Unter den Bedingungen des demographischen und gesellschaftlichen Wandels sind es gerade die Substitutions- und Interaktionsmöglichkeiten zwischen diesen drei Bereichen, die für die Versorgungsmöglichkeiten und -situationen auch der zukünftigen Altengenerationen von Bedeutung sind. Bestimmt werden die Substitutionsmöglichkeiten primär von den Inanspruchnahmedeterminanten. Darüber hinaus werden in der vorliegenden Arbeit die Inanspruchnahme

und die Hilfefrequenz getrennt analysiert und der ungedeckte Hilfebedarf im Zusammenhang mit der Lebens- und Versorgungssituation ermittelt. Dabei werden vornehmlich individuelle Bedingungsvariablen der Inanspruchnahme von Leistungen unterschiedlicher Anbieter, der Hilfefrequenz und der Bedarfsdeckung untersucht. Sie erfassen nur indirekt Struktureigenschaften des Hilfe- und Pflegeangebots. Im Kern handelt es sich um eine personenzentrierte, auf die Nachfrage ausgerichtete Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens, die zur Erklärung beitragen soll, welche individuellen Merkmale bei gegebenem Hilfe- und Pflegesystem zur Inanspruchnahme von bestimmten Formen der Hilfe führen. Hierbei wird angenommen, dass die strukturellen und institutionellen Bedingungen Einfluss nehmen auf die individuellen Nutzungsmöglichkeiten bzw. Gelegenheitsstrukturen und darüber hinaus die Bedeutung der individuellen sozialen und ökonomischen Ressourcen und der Lebensumstände bei der Wahl der Hilfe- und Pflegeform modifizieren. Unterschiedliche Lebenslagen und -situationen können in diesem Sinne zum einen die Bedürfnisse an verschiedenen Hilfe- und Pflegeleistungen beeinflussen und zum anderen hinsichtlich der Möglichkeiten, sich diese auch zu beschaffen, sowohl einschränkend als auch öffnend wirken. Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht vornehmlich die Inanspruchnahme und nicht die Gewährung von Hilfe- und Pflegeleistungen. Eine Ausnahme stellt die Untersuchung der Bedingungsfaktoren für die Gewährung familialer Hilfe dar. Hier wird untersucht, welchen Einfluss die Lebenssituation potentieller familialer Helfer für die Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen hat. Ausgeklammert bleiben in dieser Arbeit die qualitativen Aspekte der Versorgungssituation, ebenso wie die Belastungen der informellen Helfer.

Im Rahmen eines solchen auf Opportunitätsstrukturen verweisenden Entscheidungsmodells, in dem die Handlungsbedingungen unter Berücksichtigung der sozialen Vielfalt der älteren Bevölkerung erfasst werden, können zwar nicht die (intra- und interindividuellen) Entscheidungsprozesse und Motivationen geklärt werden, es ist jedoch möglich, die aggregierten Ergebnisse der Mikroanalyse als Ausdruck der kollektiven Handlungsmuster und Regelmäßigkeiten aufzuzeigen.

Dieser Zugang entspricht dem Untersuchungsansatz der für die empirischen Analysen verwendeten Datenbasis, der Berliner Altersstudie (BASE), die nicht das öffentliche und private Hilfe- und Pflegesystem untersucht hat, sondern die sozialen, psychischen und gesundheitlichen Merkmale von älteren Menschen. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Besonderheiten der Berliner Altersstudie zu verweisen, die es erlaubt, eine solche umfassende Analyse durchzuführen. Es handelt sich um eine Studie, die sich durch lokale Repräsentativität und Heterogenität, der Fokussierung auf das hohe und sehr hohe Alter sowie Interdisziplinarität auszeichnet. Von besonderer Bedeutung ist, dass in der Studie sowohl in Privathaushalten lebende als auch in Heimen lebende ältere Menschen mit den überwiegend gleichen Erhebungsinstrumenten untersucht wurden. Darüber hinaus erlaubt die retrospektive Erhebung lebensgeschichtlicher Daten eine über die Ermittlung der Heimquote hinausgehende Schätzung der Heimeintrittswahrscheinlichkeit.

Insgesamt werden folgende Fragestellungen in der Arbeit bearbeitet:

- Wie hoch ist das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Lebenssituation potentieller familialer Helfer und deren faktischer Gewährung von Hilfe- und Pflegeleistungen?
- Welche Hilfe- und Pflegemöglichkeiten stehen zur Verfügung, welche Hilfe- und Pflegequellen werden in Anspruch genommen und wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit einer Heimübersiedlung?

- In welchem Umfang bzw. mit welcher Häufigkeit werden die unterschiedlichen Hilfealternativen genutzt, und wie groß ist das Ausmaß eines ungedeckten Hilfebedarfs?
- Welcher Stellenwert kommt einzelnen Merkmalen der Lebenssituation der älteren Menschen für die Inanspruchnahme und die Intensität der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfeinstanzen zu, und in welchem Zusammenhang stehen sie mit dem ungedeckten Hilfebedarf?

Die Arbeit ist in zwei Bereiche unterteilt – einen theoretischen und einen empirischen Teil. Während zunächst die makro- und mikrostrukturellen theoretischen Bezüge behandelt werden, erfolgt im fünften und sechsten Kapitel die Darstellung der empirischen Ergebnisse.

Im folgenden Teil des ersten Kapitels erfolgt ein Überblick über die relevanten demographischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Hier werden die makrostrukturellen Entwicklungen und teilweise auch zukünftige Entwicklungstendenzen aufgezeigt und die möglichen Wirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen unterschiedlicher Anbieter diskutiert.

Im zweiten Kapitel werden die institutionellen Rahmenbedingungen, die für den Bedarf, das Angebot und die Nachfrage nach Hilfe- und Pflegeleistungen relevant sind, näher betrachtet. Hier erfolgt ein Überblick über das bundesrepublikanische Altenhilfesystem, wobei die zur Verfügung stehenden Einrichtungen und Dienste sowie die Leistungen und Finanzierungsstrukturen dargestellt werden. Die Auseinandersetzung mit den sozialrechtlichen Gegebenheiten schließt auch eine Darstellung und Diskussion des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) mit ein.

In Kapitel 3 werden die für die Mikroanalyse der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen relevanten theoretischen Konzepte und Modelle sowie der Forschungsstand erörtert. Darüber hinaus werden die Untersuchungshypothesen und der Analyserahmen entwickelt. Im ersten Teil dieses Kapitels (Abschnitt 3.1) geht es um die konzeptionelle Abgrenzung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die für die empirischen Analysen eine kritische Größe darstellt. Zunächst werden vorhandene Konzeptionen und deren Operationalisierung vorgestellt. Anschließend erfolgt eine Synopse von Studien, die einen Eindruck vom Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs und den Schwierigkeiten der Ermittlung dieser Angaben vermittelt. Im zweiten Abschnitt (3.2) wird das hilfeleistende System, das sich im Wesentlichen in informelle Helfer, formelle ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen gliedern lässt, sowie der Forschungsstand zum Ausmaß der Hilfe- und Pflegeleistungen der unterschiedlichen Anbieter vorgestellt. In Abschnitt 3.3 werden theoretische Ansätze und der Forschungsstand zu den Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens erörtert. Anschließend werden im letzten Abschnitt (3.4) die konkreten Untersuchungshypothesen formuliert.

In Kapitel 4 geht es um die Datenbasis (Berliner Altersstudie) und die Operationalisierung der unabhängigen Variablen. Hier erfolgt auch eine kritische Auseinandersetzung zu der Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

In Kapitel 5 werden überwiegend deskriptive Ergebnisse der empirischen Analyse dargestellt. Im ersten Abschnitt (5.1) erfolgt eine ausführliche Darstellung der Erhebung und Operationalisierung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie der im weiteren Verlauf der Arbeit verwendeten Einteilung in Bedarfsgruppen. Im zweiten Abschnitt (5.2) wird die Erhebung der erhaltenen hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen vorgestellt sowie die Gruppierung und Zuordnung des hilfeleistenden Systems und der Haushaltszusammensetzung begründet und entsprechend operationalisiert. Der dritte Abschnitt (5.3) widmet sich

der deskriptiven Darstellung der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen und den sozioökonomischen Ressourcen der älteren Menschen. In Abschnitt 5.4 erfolgt ein Perspektivenwechsel. Hier werden Lebensumstände der potentiellen familialen Helfer hinsichtlich der Gewährung von Hilfe- und Pflegeleistungen näher untersucht. Im letzten Abschnitt (5.5) wird das retrospektive Untersuchungsdesign der Berliner Altersstudie genutzt, um die Heimeintrittswahrscheinlichkeit zu schätzen und somit Aussagen über die Bedeutung der stationären Einrichtungen für die Versorgung der alten Menschen machen zu können.

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der multivariaten Analysen zu den Determinanten der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen (Abschnitt 6.1), der Hilfefrequenz (Abschnitt 6.2) und dem ungedeckten Hilfebedarf (Abschnitt 6.3) vorgestellt.

Abschließend werden in Kapitel 7 die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung zusammengefasst und Folgerungen für die zukünftige Forschung und die politisch zu setzenden Schwerpunkte verdeutlicht.

## **1.2 Demographische und gesellschaftliche Bedingungen und Entwicklungen**

Im Folgenden wird ein Überblick über makrostrukturelle Einflussfaktoren und Entwicklungen, die für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen generell und mögliche Verschiebungen im relativen Gewicht innerhalb der unterschiedlichen Hilfe- und Pflegeinstanzen bedeutsam sind, gegeben. Dabei erfolgt, unter Zuhilfenahme von Daten der amtlichen Statistik, eine Gegenwartsbeschreibung. Zudem werden die grundlegenden Entwicklungen sowie teilweise auch zukünftigen Entwicklungstendenzen aufgezeigt und die möglichen Wirkungen auf die Nutzung von Hilfe- und Pflegeleistungen unterschiedlicher Anbieter im Alter diskutiert.

Unstrittig ist, dass der Altersstruktur der Bundesrepublik eine wesentliche Bedeutung zukommt, wobei im Allgemeinen vor allem dem relativen Verhältnis der Altersgruppen zueinander Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. Übersehen wird dabei zuweilen, dass für viele Fragen, die mit der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen in Zusammenhang stehen, auch die absoluten Zahlen innerhalb der Altersgruppen relevant sind. Bei der Beschreibung der Entwicklungen in der Altersstruktur und der Vorstellung von Prognosen im Abschnitt 1.2.1 wird deshalb auch auf diesen Punkt eingegangen.

Ebenfalls unstrittig ist, dass die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse einer Gesellschaft wichtige Faktoren für den Hilfe- und Pflegebedarf sind. Obwohl derzeit mit der Hochaltrigkeit verstärkt die negativen Begleiterscheinungen des Alters auftreten – chronische Erkrankungen, Multimorbidität und in der Folge Hilfe- und Pflegebedürftigkeit finden sich am häufigsten in den höchsten Altersgruppen –, muss eine absolute und relative Zunahme alter Menschen nicht notwendigerweise auch einen Anstieg des Hilfe- und Pflegebedarfs zur Folge haben. Vielmehr werden hierzu in der gerontologischen Fachliteratur unterschiedliche Positionen vertreten, die im Abschnitt 1.2.2 vorgestellt und in ihrer Bedeutung für die Nachfrage nach und das Angebot an Hilfe- und Pflegeleistungen diskutiert werden.

Neben der Altersstruktur sind noch weitere demographische Aspekte relevant. So müssen auch die Veränderungen im Familienstand und der Verwandtschaftsstruktur berücksichtigt werden (Abschnitt 1.2.3). Hierbei ist allerdings nicht nur die sozialstrukturelle, sondern auch die normative Ebene von Bedeutung, zumal in der vorliegenden Arbeit der Res-

sourcenaspekt der Unterstützung durch die Familie und das soziale Netzwerk im Vordergrund steht.

Auch Veränderungen der sozialpolitischen Rahmenbedingungen, insofern sie die Möglichkeitsstrukturen der Individuen verändern, sind in diesem Zusammenhang von Belang. Die wesentlichsten gesetzlichen Änderungen und das Altenhilfesystem mit seinen Angebots- und Finanzierungsstrukturen werden im zweiten Kapitel ausführlich dargestellt. Im Abschnitt 1.2.4 stehen insbesondere der zunehmende Ausbau der ambulanten Dienste und die Substitutionspotentiale zwischen den unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten im Mittelpunkt des Interesses.

### 1.2.1 Der Altersaufbau der Bevölkerung

Zur Beschreibung der Veränderung in der Altersstruktur der europäischen Gesellschaften werden häufig Schlagworte wie „Überalterung“ oder „Vergreisung“ verwendet. Dies bedeutet zuerst einmal nur, dass sowohl die absoluten Zahlen älterer Menschen als auch der relative Anteil der älteren Bevölkerungsteile im Vergleich zu den jüngeren Bevölkerungsteilen ansteigen. Mit anderen Worten, die klassische Alterspyramide wandelt sich zu einer Alterssäule. In diesem Zusammenhang wird auch von „dreifachem Altern“ gesprochen, da zusätzlich zur absoluten und relativen Zunahme der Älteren auch innerhalb der Altenpopulation der Anteil der Hochbetagten überproportional ansteigt (Tews, 1993). Dieser Tatbestand lässt sich besonders anschaulich mit den prozentualen Steigerungsraten der einzelnen Altersgruppen in den alten Bundesländern zwischen 1950 und 1993 verdeutlichen (eigene Berechnungen auf der Basis: Rückert, 1989; Statistisches Bundesamt [StBA], 1987, 1995):

65- bis 70-Jährige: 80 Prozent

85- bis 90-Jährige: 670 Prozent

75- bis 80-Jährige: 86 Prozent

90- bis 95-Jährige: 1.345 Prozent

80- bis 85-Jährige: 346 Prozent

95-Jährige und Ältere: 2.199 Prozent.

Diese Entwicklung jedoch in Form von Katastrophenszenarien zu beschreiben, übersieht die schlichte Tatsache, dass keine Gesellschaft beim begrenzten Raum dieser Erde durch unbegrenzte Fruchtbarkeit fortwährend an Zahl zunehmen kann. Selbst bei gleichbleibender Lebenserwartung führt freilich schon ein Rückgang der Geburtenziffer zwangsläufig zu einer Gesellschaft, in der die Älteren – zumindest über eine bestimmte Zeitperiode – eine zahlen- und anteilmäßig größere Gruppe werden. Die Alternativen zur demographischen Alterung einer Gesellschaft wären folglich ein grenzenloses Bevölkerungswachstum oder eine sinkende Lebenserwartung. Aus dieser globalen Perspektive lässt sich das Szenario schlagwortartig auch als „Überalterung oder Überbevölkerung“ formulieren. Dies schließt auch die Erwartung ein, dass letztlich alle Gesellschaften dieser Erde eine Periode des Altersstrukturwandels mit einem überproportionalen Anstieg der älteren Bevölkerungsteile durchlaufen werden (vgl. dazu Matras, 1990; Myers, 1992).

Es gibt also zwei bedeutsame Komponenten, die den Altersstrukturwandel bestimmen: Mortalität und Fertilität. Ebenfalls von Bedeutung für die Altersstruktur einer Gesellschaft und deren Veränderungen sind Migrationsraten (Dinkel, 1992; Myers, 1992). Nur in einer stabilen Bevölkerung, das heißt einer Bevölkerung mit dauerhaft konstanten Mortalitäts-, Fertilitäts- und Migrationsraten, bleibt die Altersstruktur konstant. Jede Änderung einer dieser Parameter, ob dauerhaft oder kurzfristig, führt auch zu einer dauerhaften oder zeitweiligen Veränderung in der Altersstruktur der Gesellschaft.

## Mortalität

Wie der Tabelle 1.1<sup>1</sup> zu entnehmen ist, muss der deutlich rückläufige Trend der Sterblichkeit in der Bundesrepublik, das heißt die gestiegene durchschnittliche Lebenserwartung, zum einen auf den rapiden Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit und zum anderen auf den Rückgang der Sterblichkeit in den mittleren und höheren Altersgruppen zurückgeführt werden.

Während der Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit besonders stark in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts ausfiel, sinkt gegenwärtig die Sterblichkeit in den Altersstufen oberhalb von 60 Jahren am stärksten ab. Interessanterweise zeigt sich in Tabelle 1.1 auch, dass in der dargestellten Zeitspanne in den oberen Altersgruppen die Mortalitätsreduktion praktisch kontinuierlich abnahm. Gleichwohl fand und findet die Reduktion der Sterb-

Tabelle 1.1: Lebenserwartung in Jahren im Alter X (Sterbetafeln)<sup>1</sup>

Vollendetes Altersjahr	1901/10		1932/34		1949/51		1991/93	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	44,8	48,3	59,9	62,8	64,6	68,5	73,1	79,5
1	55,1	57,2	64,4	66,4	67,8	71,0	72,6	78,9
2	56,4	58,5	64,0	66,0	67,1	70,3	71,7	78,0
5	55,2	57,3	61,7	63,6	64,5	67,6	68,7	75,0
10	51,2	53,4	57,3	59,1	59,8	62,8	63,8	70,1
15	46,7	49,0	52,6	54,4	55,0	58,0	58,9	65,1
20	42,6	44,8	48,2	49,8	50,3	53,2	54,0	60,2
30	34,6	36,9	39,5	41,1	41,3	43,9	44,5	50,4
40	26,6	29,2	30,8	32,3	32,3	34,7	35,2	40,7
50	19,4	21,4	22,5	23,9	23,8	25,8	26,2	31,4
60	13,1	14,2	15,1	16,1	16,2	17,5	18,1	22,5
65	10,4	11,1	11,9	12,6	12,8	13,7	14,6	18,4
70	8,0	8,5	9,1	9,6	9,8	10,4	11,4	14,5
75	6,0	6,3	6,7	7,1	7,3	7,7	8,6	11,0
80	4,4	4,7	4,8	5,2	5,2	5,6	6,3	7,9
85	3,2	3,4	3,5	3,7	3,7	4,0	4,6	5,5
90	2,4	2,6	2,6	2,7	2,7	2,9	3,2	3,8

<sup>1</sup> 1901/10 und 1932/34 Reichsgebiet, jeweiliger Gebietsstand; 1949/51 früheres Bundesgebiet ohne West-Berlin und das Saarland; 1991/93 alte Bundesländer. 1991/93 basierend auf Sterbetafeln in abgekürzter Form, 1901/10, 1932/34 und 1949/51 auf allgemeinen Sterbetafeln.

Quelle: StBA, 1993, 1995.

<sup>1</sup> Die Tabelle basiert auf Periodensterbetafeln, nicht auf Kohortensterbetafeln, das heißt, es handelt sich bei den dargestellten mittleren Lebenserwartungen zum Alter X um konservative Schätzungen. *Berechnungen auf der Basis von Kohortensterbetafeln ergeben zum Teil deutlich höhere Werte.* Über die Probleme von Periodensterbetafeln und die Vorzüge von Kohortensterbetafeln gibt Dinkel (1992) Auskunft. Für die Darstellung eines allgemeinen demographischen Trends im Rahmen dieser Arbeit ist eine vereinfachende Darstellung auf Basis von Periodensterbetafeln meines Erachtens ausreichend.

lichkeit – zu unterschiedlichen historischen Zeiten in unterschiedlicher Intensität – gleichzeitig auf allen Altersstufen statt. Wie Dinkel (1992) feststellt, muss dann „zwangsläufig der relativ größte Fortschritt bei der Erlebenswahrscheinlichkeit in den allerhöchsten Altersstufen auftreten“ (Dinkel, 1992, S. 72). Die drastische Erhöhung der Lebenserwartung beruht also nicht etwa auf einer Verschiebung der Höchstaltersgrenze der einzelnen Menschen. Vielmehr erreichen immer mehr Menschen ein hohes Alter, wobei die kontinuierliche Mortalitätsreduktion in den oberen Altersgruppen andeutet, dass auch immer mehr Menschen ein sehr hohes Alter erreichen. Betrug beispielsweise der Anteil der bereits im ersten Lebensjahr Verstorbenen an der Gesamtzahl der Verstorbenen im Jahre 1901 noch 35,8 Prozent, waren im Jahre 1989 nur 0,7 Prozent aller Verstorbenen unter einem Jahr alt. Demgegenüber erhöhte sich der Anteil der im Alter von 60 Jahren und älter Verstorbenen an der Gesamtzahl der Verstorbenen von 26 Prozent im Jahre 1901 auf 85 Prozent im Jahre 1989 (Höhn & Roloff, 1994, S. 13). Der größte verbleibende Spielraum einer weiteren Sterblichkeitsreduktion ist demnach auch bei den oberen Altersgruppen zu finden, da bereits unter den heutigen Sterbedingungen 85 Prozent der männlichen Neugeborenen und mehr als 90 Prozent der weiblichen Neugeborenen die Aussicht haben, 60 Jahre alt zu werden (StBA, 1993).

Im Zusammenhang mit der Sterblichkeitsentwicklung verdienen noch die geschlechtsspezifischen Unterschiede Beachtung. So ist die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer im Vergleich zu den Frauen auf allen Altersstufen deutlich geringer (vgl. Tab. 1.1). Mit zunehmenden Altersstufen nimmt demzufolge auch das zahlenmäßige Übergewicht der Frauen zu, die ältere Bevölkerung und vor allem die hochbetagte Bevölkerung setzt sich überwiegend aus Frauen zusammen. Eine Klärung der Ursachen dieses Unterschiedes steht noch aus, es spricht jedoch einiges dafür, dass sowohl genetische Faktoren als auch Verhaltensfaktoren (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsgewohnheiten, Berufstätigkeit) eine Rolle spielen. Schließlich dürfte die Größe der Unterschiede auch auf kriegsbedingten Einflüssen beruhen (Hußmanns, 1984; Schepers, 1989).

### *Fertilität*

Betrachtet man sich die Geburtenzahlen der letzten 100 Jahre in Westdeutschland (Tab. 1.2 zeigt die Geburtenziffern [Lebendgeborene auf 1.000 Einwohner] für ausgewählte Jahre in der früheren Bundesrepublik), fällt auf, dass sie – von kurzfristigen Abweichungen abgesehen – bis 1985 beständig gesunken sind. Dieser Rückgang der Geburtenziffern führte jedoch nicht zu einem Bevölkerungsrückgang, da der beschriebene Sterblichkeitsrückgang nicht nur früher einsetzte, sondern auch wesentlich schneller vonstatten ging, sodass in der früheren Bundesrepublik bis 1972 die Zahl der Geburten höher war als die Zahl der Sterbefälle pro Jahr (Geburtenüberschuss).

Tabelle 1.2: Geburtenziffern für ausgewählte Jahre

1880: 37,6	1960: 17,4	1988: 11,0	1993: 10,9
1900: 35,6	1970: 13,4	1989: 11,0	1994: 10,5
1910: 29,8	1980: 10,1	1990: 11,5	
1940: 20,0	1985: 9,6	1991: 11,2	
1950: 16,2	1987: 10,5	1992: 11,1	

Quelle: Korte, 1988; StBA, 1989, 1993, 1995, 1996.



Ab 1972 veränderte sich das Verhältnis hin zu einem Geburtendefizit (mehr Sterbefälle als Geburten). In den Jahren 1990–1993 konnte dann wiederum ein leichter Geburtenüberschuss in den alten Bundesländern beobachtet werden, der – wie die Tabelle 1.2 aufzeigt – auf einem leichten Anstieg der Geburtenziffern beruht (Sommer, 1993). Dieser neuerliche Geburtenüberschuss in den alten Bundesländern wurde indes begleitet von einem dramatischen Geburtenrückgang in den neuen Bundesländern, sodass für die Gesamtbevölkerung in den Jahren 1990–1993 ein Geburtendefizit festzustellen ist (Sommer, 1993). Seit 1994 hat sich das Verhältnis auch in den alten Bundesländern wiederum zu einem Geburtendefizit entwickelt.

Ein nur kurzfristiger Geburtenrückgang würde unter der Annahme konstanter Mortalität und Migration sowie langfristig unveränderter Fertilität zuerst die Anzahl Personen in den jüngeren Altersgruppen reduzieren und somit zu einer kurzfristigen Alterung der Gesellschaft führen. Jahrzehnte später jedoch reduziert sich die Anzahl der dann älteren Jahrgänge, was eine kurzfristige Verjüngung der Gesellschaft zur Folge hätte. Eine dauerhafte, das heißt über einen längeren Zeitraum zu beobachtende, fortwährende Reduktion der Fertilität bedeutet freilich auch eine immer stärkere Reduktion der jüngeren gegenüber älteren, das heißt vorangegangenen, Jahrgängen. Daraus resultiert also zwangsläufig eine demographische Alterung. Aufgrund der andauernden Reduktion in der Fertilität wird auch die Verschiebung in der Altersstruktur der Bevölkerung zu einem fortwährenden Zustand.

### *Migration*

Im Gegensatz zu den Mortalitäts- und Fertilitätsentwicklungen unterliegen die Wanderungsbilanzen größeren jährlichen Schwankungen. Der Einfluss auf den Gesamtumfang einer Gesellschaft und deren Altersstruktur sollte aber nicht unterschätzt werden. So gibt es zwar seit 1972 ein Geburtendefizit in der Bundesrepublik, dennoch ist der Gesamtumfang der Bevölkerung nach 1972 weiterhin gestiegen. Dies ist eine Folge positiver Wanderungssalden (Einwanderungsüberschuss) in diesen Jahren. Die Wanderungssalden sind nicht nur für den Gesamtumfang der Bevölkerung bedeutsam, sie beeinflussen ebenfalls die Altersstruktur. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass im Zeitraum 1975–1987 die Wanderungssalden bei den über 65-jährigen Ausländern in der Bundesrepublik praktisch Null waren (BMFuS, 1990). Betrachtet man zusätzlich die Tatsache, dass 1985 nur etwa 2,5 Prozent der Ausländer in der Bundesrepublik 65 Jahre und älter waren im Vergleich zu 15 Prozent der deutschen Bevölkerung (Korte, 1988), wird deutlich, dass es sich bei den Einwanderern in die Bundesrepublik um jüngere Personen handelte und nach wie vor handelt (StBA, 1996), was zu einer tendenziellen Verjüngung in der Altersstruktur der Bundesrepublik beiträgt.

Obwohl keine zuverlässigen Aussagen über mögliche Rückwanderungen in die Heimatländer im Alter gemacht werden können, ist offensichtlich, dass ein vollkommener Einwanderungsstopp zum einen zu einem Rückgang des absoluten Umfangs der Gesamtbevölkerung führen würde, da das Geburtendefizit nicht mehr durch die Einwanderungszahlen ausgeglichen würde. Zum anderen würde der fehlende verjüngende Effekt der Einwanderungen eine weitere Erhöhung des Anteils der älteren Bevölkerungsteile bedeuten.

### *Altersstruktur der Bundesrepublik*

Zusammenfassend kann die Bevölkerungsentwicklung Deutschlands mit dem Modell demographischer Übergänge beschrieben werden, in dem jedoch keine Wanderungen berücksich-

tigt werden. In diesem Modell werden drei Stufen der demographischen Entwicklung unterschieden:

- Eine Periode hoher Geburten- und hoher Sterberaten. In dieser Periode stagniert die Gesamtbevölkerungszahl mit einem generell hohen Anteil der jüngeren Bevölkerungsgruppen.
- Eine Periode sinkender Sterblichkeit und hoher Fertilität, die charakterisiert ist durch ein starkes Bevölkerungswachstum und einen sehr hohen Anteil junger Bevölkerungsgruppen.
- Eine Periode niedriger Geburten- und Sterberaten. Die Gesamtbevölkerungszahl stagniert oder geht zurück, und die älteren Bevölkerungsteile nehmen überproportional zu, das heißt, es handelt sich um so genannte „alternde Gesellschaften“.

Die Bundesrepublik befindet sich derzeit in der letzten Periode mit niedrigen Geburten- und Sterbeziffern. Die Altersstruktur, die am bisherigen Ende dieser Entwicklung steht, lässt sich der Tabelle 1.3 entnehmen.

Der Anstieg des Anteils der über 60-Jährigen von 14 Prozent im Jahre 1950 auf knapp 21 Prozent im Jahre 1994 beruht vor allem auf der relativen Zunahme der 65-Jährigen und Älteren. Ebenfalls deutlich zu erkennen ist, dass der Rückgang des Anteils der unter 20-Jährigen an der Gesamtbevölkerung stärker ausgeprägt ist als die Zunahme des Anteils der über 60-Jährigen. Insbesondere in den letzten 20 Jahren kann von einem dramatischen Anstieg des Anteils der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung nicht die Rede sein – die Steigerung von 1975 bis 1994 betrug nur 0,6 Prozent. Dieser geringe Anstieg wird durch das Hineinwachsen der geburtenschwachen Jahrgänge des Ersten Weltkrieges in diese Altersgruppe mitbestimmt. Der leichte Rückgang von 1980 im Vergleich zu 1975 lässt sich durch die Geburtenausfälle während des Ersten Weltkrieges erklären. Zusätzlich haben ebenfalls die im Zweiten Weltkrieg zahlenmäßig dezimierten Jahrgänge die Altersgruppe der über 60-Jährigen im dargestellten Zeitraum erreicht.

Ergänzend ist auf den Umstand hinzuweisen, dass die deutsche Wiedervereinigung die Altersstruktur der Gesamtbevölkerung nur unwesentlich verändert hat. Zwischen den in der Tabelle dargestellten Altersverteilungen von 1993 (nur die alten Bundesländer) und 1994 (alte und neue Bundesländer zusammen) lassen sich so gut wie keine Differenzen erkennen.

Tabelle 1.3: Entwicklung der Altersstruktur der alten Bundesrepublik<sup>1</sup>

Jahr	Prozentanteile der Altersklassen von ... bis unter ... Jahren				
	unter 20	20–60	60–65	65 und mehr	über 60 insgesamt
1950	32,0	54,0	4,6	9,4	14,0
1960	30,3	53,2	5,6	10,9	16,5
1970	31,1	49,6	6,0	13,3	19,3
1975	29,2	50,7	5,9	14,2	20,1
1980	26,8	53,8	3,8	15,6	19,4
1985	22,7	56,5	5,9	14,9	20,8
1991	20,7	58,3	5,8	15,2	21,0
1993	21,0	58,4	5,2	15,4	20,6
1994 <sup>1</sup>	22,6	56,7	5,3	15,4	20,7

<sup>1</sup> 1994 Gesamtdeutschland (alte und neue Bundesländer).

Quelle: StBA, 1991, 1993, 1996.

Dies beruht darauf, dass sich die Altersstruktur der ehemaligen DDR von der in den alten Bundesländern nur in den Besetzungszahlen der allerjüngsten Altersstufen unterscheidet, was für die gemeinsame Alterspyramide keine nennenswerte Veränderung bedeutet (Dinkel, 1992). Wie bereits erläutert, lassen sich für den Beginn der 1990er Jahre (1990–1994) jedoch dramatische Einbrüche bei den Geburten in den neuen Bundesländern feststellen (Rürup & Sesselmeier, 1993; Sommer, 1993; StBA, 1996). Ob es sich dabei um eine insgesamt eher kurzfristige Übergangsphase handelt oder um eine langfristige Entwicklung, kann derzeit nicht beurteilt werden.

Mortalität, Fertilität und auch Migration bestimmen also die Gesamtzahl einer Bevölkerung und – im Zusammenhang dieser Arbeit von größerer Bedeutung – die Altersstruktur einer Gesellschaft. Als Indikator für die demographische Alterung wird häufig der Prozentsatz an Personen über 60 Jahren verwendet. Wie Tabelle 1.3 zu entnehmen ist, stieg der Anteil der Personen über 60 Jahre von 14 Prozent im Jahre 1950 auf 20,6 Prozent im Jahre 1993 in der alten Bundesrepublik bzw. 20,7 Prozent im Jahre 1994 in der gesamten Bundesrepublik an. Größere Aufmerksamkeit wird jedoch den Verhältnissen der verschiedenen Altersgruppen zueinander gewidmet. Dabei gibt es unterschiedliche Ansätze, denen die zu Grunde liegende Idee von so genannten Abhängigkeits- oder Belastungsraten gemeinsam ist, das heißt, die Bedeutung der Altersstruktur einer Bevölkerung für das Arbeitskräfteangebot sowie die Leistungsfähigkeit des Sozialversicherungssystems und das (familiäre) Unterstützungspotential wird thematisiert. So gibt der so genannte Gesamtlastquotient die Belastungen „der mittleren, erwerbsfähigen Generation durch die kollektiven Unterhaltsverpflichtungen sowohl gegenüber den alten als auch gegenüber den jungen Menschen (an)“ (Wingen, 1988, S. 30). Aus Tabelle 1.3 lässt sich entnehmen, dass zwar der „Altenquotient“ seit 1950 gestiegen ist, der „Jugendquotient“ demgegenüber stärker abgenommen hat, sodass der „Gesamtlastquotient“ seit 1970 rückläufig ist. Es sollte indes nicht übersehen werden, dass die ökonomischen und sozialen Kosten für die Jungen und die Alten nicht einfach gegeneinander aufgerechnet werden können.

Interessanterweise erscheint die weitere Entwicklung im Altersaufbau der bundesdeutschen Gesellschaft. Im nächsten Jahrzehnt werden die geburtenschwachen Jahrgänge der Nachkriegszeit die Altersgruppe der über 60-Jährigen erreichen, sodass die absolute und relative Zunahme dieser Altersgruppe einen gemäßigten Verlauf nehmen wird. Im Anschluss daran werden jedoch geburtenstarke Jahrgänge in diese Altersgruppe hineinwachsen, sodass wesentlich stärkere absolute und relative Steigerungen der Altersgruppe der über 60-Jährigen zu erwarten sind.

Prognosen zur künftigen Entwicklung sind jedoch relativ schwierig. So sehen sich auch die Bevölkerungsprognosen vor die Aufgabe gestellt, zukünftige Entwicklungen in allen drei berichteten bevölkerungsrelevanten Größen – Fertilität, Mortalität und Migration – abzuschätzen. Eine solche Schätzung ist somit darauf angewiesen, plausible Annahmen über die zukünftige Entwicklung in allen drei Größen und den zu Grunde liegenden Einflussfaktoren zu machen. Letztlich ist jede Bevölkerungsprognose mit nicht zu unterschätzenden Unsicherheitsfaktoren bedacht. Vorausschätzungen der Bevölkerungsentwicklung auf der Grundlage von Modellrechnungen weisen dementsprechend auch erhebliche Schwankungsbreiten auf, da schon kleine Veränderungen in den Eingabedaten beträchtliche quantitative Auswirkungen haben.

Es können jedoch einige generelle Aussagen gemacht werden, die zumindest die Richtung der künftigen Entwicklung verdeutlichen. So ist auch weiterhin mit einem Rückgang der Sterblichkeit vor allem in den oberen Altersstufen zu rechnen. Wie stark dieser Sterblichkeits-

rückgang und mithin die steigende durchschnittliche Lebenserwartung sein wird, lässt sich derzeit nicht sagen (Hußmanns, 1984; BMFuS, 1990; Dinkel, 1992; Kytir & Prskawetz, 1994). Gleichzeitig erscheint eine grundsätzliche Trendänderung hin zu einer Erhöhung der Reproduktionsrate in die Nähe des Bestandserhaltungsniveaus (d.h. 2,1 Kinder pro Frau) als sehr unwahrscheinlich. Hinsichtlich der Größenordnung und Struktur zukünftiger Wanderungsbewegungen bestehen erhebliche Unwägbarkeiten. Aufgrund des Wohlstandsgefälles ist jedoch auch weiterhin mit dauerhaften, hohen Einwanderungszahlen, vor allem jüngerer Menschen aus Osteuropa, zu rechnen (Mayer u.a., 1992; Rürup & Sesselmeier, 1993; Sommer, 1993). Als Folge dieser Entwicklungen wird in der Bundesrepublik Deutschland in den nächsten Jahrzehnten die Bevölkerung in den oberen Altersstufen sowohl in der absoluten Anzahl als auch relativ zu den jüngeren Bevölkerungsgruppen zunehmen.

Diese Verschiebung in der Altersstruktur der Bevölkerung hin zu einem höheren Anteil der älteren Jahrgänge ergibt sich auch tendenziell in allen Bevölkerungsprognosen. Unterschiede aufgrund differierender Modellannahmen ergeben sich im Niveau und der Geschwindigkeit des Prozesses der demographischen Alterung. An einer weiteren absoluten und relativen Zunahme der älteren Bevölkerungsteile und insbesondere der Hochbetagten kann jedoch kaum gezweifelt werden. So wird der Anteil der über 64-jährigen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung nach der Bevölkerungsprognose der amtlichen Statistik von 14 Prozent (11,2 Mio.) in 1991 auf knapp 20 Prozent (16,2 Mio.) im Jahre 2010 und auf über 25 Prozent (19 Mio.) im Jahre 2030 ansteigen. Der Anteil der Hochbetagten, das heißt der 80-Jährigen und Älteren, wird von 3,8 Prozent (3,1 Mio.) im Jahre 1991 auf 4,7 Prozent (3,7 Mio.) in 2010 und 6,2 Prozent (4,3 Mio.) im Jahre 2030 ansteigen (Sommer, 1993)<sup>2</sup>.

Es ist offensichtlich, dass die hier nur kurz beschriebenen Entwicklungen in der Bevölkerungsstruktur Veränderungen sowohl auf der Mikroebene der individuellen Lebensverläufe als auch auf der Makroebene gesellschaftlicher Institutionen und hier vor allem der sozialen Sicherungssysteme nach sich ziehen können. Insbesondere sind hier die Versorgungs- und Betreuungsleistungen für die Älteren zu nennen, denn obwohl der Zusammenhang zwischen Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklung äußerst komplex ist (vgl. Abschnitt 1.2.2), lässt sich derzeit die Zunahme der Wahrscheinlichkeit einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit mit dem Alter kaum von der Hand weisen (vgl. Katz u.a., 1983; Verbrugge, 1984; Krämer, 1992). Darüber hinaus führt der Rückgang der Geburtenziffern *ceteris paribus* auch zu einem sinkenden Nachwuchs an ausgebildeten Fachkräften. Schon heute wird die Situation im öffentlichen und kommerziellen Pflegebereich mit dem Schlagwort „Pflegenotstand“ umschrieben. Sollte die Attraktivität der Pflegeberufe nicht gesteigert werden und ein etwa gleicher Anteil der nachwachsenden Generation einen Pflegeberuf ausüben, ist schon aufgrund der demographischen Veränderungen mit einer weiteren Verschärfung der Situation und mithin einem steigenden Mangel an ausgebildeten Fachkräften in den Altenpflege- und Altenhilfeberufen zu rechnen (Prognos AG & Dornier GmbH, 1989; Rückert, 1991).

Allerdings ist es wesentlich darauf hinzuweisen, dass es für „einen Großteil der gesellschaftspolitischen Probleme, die wir mit dem relativen Altern von Gesellschaften assoziieren, gar nicht auf die Altersproportion ankommt (...), sondern auf die absolute Anzahl“ (Mayer, 1989, S. 70). So werden die Zahl der notwendigen Plätze in Alten- und Pflegeheimen ebenso

---

<sup>2</sup> Neuere Vorausrechnungen der Bevölkerungsentwicklung finden sich unter anderem bei Thon (1991), Buttler (1992), Birg & Flöthmann (1993) und Schulz (1993).

wie die Kapazitäten im ambulanten Bereich durch die absolute Zahl der älteren Menschen und den Anteil der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen an diesen bestimmt. Bei sinkenden Geburtenhäufigkeiten oder einem verbesserten Gesundheitszustand nachwachsender Altkohorten können demnach die Alten- bzw. Pflegeheimplätze und die Kapazitäten im ambulanten Bereich trotz steigender anteilmäßiger Zunahme der Älteren gleichbleiben oder sogar abnehmen, weil die Anzahl der hilfe- und pflegebedürftigen Älteren abnimmt. Die absolute Anzahl Personen in den oberen Altersgruppen steigt nun allerdings zwischen 1991 und 2030 nach der amtlichen Vorausschätzung bei den 65-Jährigen und Älteren um knapp 8 Millionen, von 11,2 auf 19 Millionen. Bei den Hochbetagten indes ist der geschätzte Anstieg während dieser 40 Jahre in der absoluten Anzahl erheblich geringer. Hier wird eine Steigerung um 1,2 Millionen, von 3,1 auf 4,3 Millionen prognostiziert. Bei einer linearen Steigerung ergäbe sich folglich eine jährliche Zunahme von 200.000 über 64-jährigen Personen und 30.000 80-jährigen und älteren.

Die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung und der absoluten Anzahl von Personen in bestimmten Altersgruppen ist für die gesellschaftliche Entwicklung im Allgemeinen und die Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Besonderen sicherlich bedeutsam. Es sollte dabei aber nicht übersehen werden, dass die beschriebenen demographischen Veränderungen eingebettet sind in weitere Prozesse gesellschaftlichen Wandels und somit nur einen Aspekt der gesellschaftlichen Entwicklung darstellen. Insbesondere die Extrapolation demographischer Entwicklungen auf gleichlaufende Entwicklungen wie die Kosten der Renten, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, die Anzahl des Betreuungs- und Pflegepersonals, der Rückgang der beitragszahlenden Erwerbstätigen usw. kann zu irrigen Annahmen führen. So hat sich in der Vergangenheit auch gezeigt, dass die Veränderungen in der Altersstruktur in ihren Auswirkungen von wesentlich geringerer Bedeutung waren als andere gesellschaftliche Prozesse. Beispielsweise sind die Kosten für die medizinische Versorgung aufgrund von Leistungsstandards und Kostenveränderungen stärker gestiegen, als bei gleichem Leistungsniveau durch die Zunahme älterer Menschen bedingt gewesen wäre. Der Anteil der erwerbstätigen Männer ist durch längere Ausbildungszeiten und früheren Rentenzugang viel schneller geschrumpft, als durch die Veränderung der Altersstruktur zu erwarten gewesen wäre. Die Bildungsexpansion ging viel schneller vonstatten als der Anstieg der Schüler aufgrund der Kohortenstärken (Mayer, 1989; Krämer, 1992).

Diese Beispiele belegen, dass Prognosen, die lediglich die geschätzten Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur berücksichtigen und andere gesellschaftliche Veränderungen dabei aus den Augen verlieren, zu irreführenden Aussagen gelangen können. Darüber hinaus ist es meines Erachtens für ein grundsätzliches Verständnis von Veränderungsprozessen erforderlich, die Betrachtung und Interpretation hochaggregierter Daten, wie die Anteile bestimmter Altersgruppen an der Bevölkerung und die daraus abgeleiteten Abhängigkeitsraten, durch eine mikroanalytische Betrachtungsweise zu ersetzen, die wichtige Veränderungen innerhalb der Altenpopulation einbezieht.

### 1.2.2 Die Entwicklung der Morbidität und Mortalität

Insbesondere die Entwicklung der Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur ist für die zukünftige Entwicklung der Anzahl hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im höheren Lebensalter von Bedeutung. Die These, dass der höhere Anteil alter Menschen in der Bevölkerung zwangs-

läufig auch mehr kranke und pflegebedürftige Personen mit sich bringt, muss aus dieser Perspektive differenziert betrachtet werden. In der gerontologischen Fachliteratur werden hierzu unterschiedliche Positionen vertreten. In einer optimistischen Zukunftsperspektive geht der amerikanische Mediziner Fries (1983, 1989) von einer „Kompression der Morbidität“ (compression of morbidity) aus. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und eines sich verändernden Gesundheitsverhaltens lassen sich die Auftrittswahrscheinlichkeit und der zeitliche Verlauf von Krankheiten in Zukunft derart verringern bzw. verzögern, dass irreversible Ausprägungen insbesondere von Alterserkrankungen bis „jenseits“ des biologisch festgelegten Maximalalters verschoben werden, das heißt nicht mehr in der Lebenszeit auftreten könnten. Nach dieser Theorie wird die Anzahl der Krankheitsjahre immer kürzer und die Wahrscheinlichkeit einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit tendenziell geringer. Am Ende dieser Entwicklung stünde ein Altern ohne behindernde Krankheiten bis zum Tod, der plötzlich bei Erreichen der genetisch festgelegten Grenze der Überlebensfähigkeit eintreten würde. Fries (1989, S. 19) formuliert die Bedingungen, die an das Modell geknüpft sind, folgendermaßen:

„Wenn das Auftreten eines chronischen Krankheitszustandes verzögert werden kann, aber die Lebensspanne genetisch festgelegt ist, wird die Periode der Pflegebedürftigkeit verkürzt. Generell formuliert besagt das Modell: Wenn a) die Morbidität als Periode zwischen dem Eintreten einer ersten irreversiblen chronischen Krankheit und dem Tod definiert ist, b) das Datum des Eintretens dieses biologischen Markers hinausgezögert werden kann und c) die Rate der zeitlichen Verzögerung größer als die Rate der Zunahme der Lebenserwartung für die betreffenden Personen ist, dann kann d) die Morbidität in eine kürzere Zeitspanne komprimiert werden.“

Fries entwirft dieses an vielfältige Vorbedingungen geknüpfte Szenario als eine positive Entwicklungsmöglichkeit ohne die Behauptung aufzustellen, sie werde auch in dieser Form eintreten.

Demgegenüber entwerfen andere Ansätze diametral entgegengesetzte Zukunftsszenarien (Verbrugge, 1984; E. M. Brody, 1985; Schneider & Guralnik, 1990). Diese eher pessimistischen Vorhersagen stützen sich auf die Existenz von Alterskrankheiten oder alterskorrelierten Krankheiten. Empirische Daten belegen, dass es Krankheiten gibt, deren Auftrittswahrscheinlichkeit mit dem Alter stark zunimmt, wie beispielsweise Alzheimer und Altersdemenz und Bewegungseinschränkungen aufgrund von Knochenfrakturen. Je länger also Menschen leben, desto wahrscheinlicher ist es aus dieser Sicht, dass Alter(n) mit erhöhter Morbidität einhergeht. Darüber hinaus wird auch auf die dynamische Beziehung zwischen Mortalität, Morbidität und medizinischen Entwicklungen verwiesen, die zu einer Ausdehnung der Krankheitsphase führen kann. Gerade die Erfolge der Medizin bei der Behandlung lebensbedrohender Krankheiten „has transformed life-threatening conditions into chronic ones“ (Bury, 1988, S. 26). Beispiele sind die Behandlungserfolge bei der Kinderleukämie, bei Nierenversagen und anderer chronischer Krankheiten, die zwar nicht geheilt werden können, an denen man aber in der Regel auch nicht mehr stirbt oder zumindest nicht sofort. Sowohl die Gesamtmorbidität als auch die altersspezifische Morbidität nehmen demzufolge – nicht trotz, sondern wegen der Erfolge der modernen Medizin – eher zu als ab. Menschen, die bei schlechterer Medizin hätten sterben müssen, sind heute – obwohl krank – noch am Leben. Brody (1985) folgert daraus, dass sich das Mehr an Lebensjahren in mehr kranke Jahre übersetzt, und Wilkins und Adams (1987) beziffern den Anteil kranker Jahre an den durch bessere Medizin hinzugewonnenen Jahren auf 70 Prozent, das heißt, sieben von zehn gewonnenen Jahren verbringen die Menschen behindert oder gesundheitlich beeinträchtigt.

Das dynamische Verhältnis von Mortalität, Morbidität und medizinischer Entwicklung betont auch das Konzept der Bi-Modalität der Gesundheitsentwicklung im Alter (Kane u.a.,

1990), das allerdings eher als Synthese zu betrachten ist. Dieses Konzept besagt, dass von einer gleichzeitigen Zunahme der gesunden, aktiven alten Menschen und der behinderten, gesundheitlich beeinträchtigten alten Menschen in der Zukunft ausgegangen werden muss. Die Grundlage für die Erklärung dieses scheinbaren Paradoxes wird auch in dieser Variante in der kontinuierlichen Verbesserung des Gesundheitszustands gesehen, der zu einer Abnahme der Mortalitätsraten führt. Diese Verbesserung wirkt sich jedoch für verschiedene Gruppen sehr unterschiedlich aus. Zum einen bedeutet die Reduktion der Mortalität für den Teil der älteren Bevölkerung, der auch unter ungünstigeren Bedingungen noch am Leben wäre, eine tatsächliche Verbesserung des Gesundheitszustands und damit eine Reduktion der Morbidität. Demgegenüber bewirkt zwar auch für den Teil der Altenpopulation, der unter anderen Entwicklungsbedingungen gestorben wäre, die Mortalitätsreduktion eine Verbesserung des Gesundheitszustands – diese Personen profitieren schlicht dadurch, dass sie überlebt haben. Allerdings können von denjenigen, die Dank des Fortschritts überleben, viele in hohem Maße behindert sein und eine starke gesundheitliche Beeinträchtigung aufweisen. Obwohl sich also die Lebenssituation aller Betroffenen verbessert, können die Anteile der behinderten Menschen zunehmen.

Der gegenwärtige Forschungsstand erlaubt es nicht, die letztendliche Entwicklung eindeutig abzuschätzen. Es gibt empirische Hinweise sowohl auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands nachwachsender Altenkohorten (Svanborg, 1988) als auch auf gleich bleibende oder sogar zunehmende Prävalenzen von Behinderungen und Beeinträchtigungen (Crimmins, 1987), was tendenziell das Konzept der Bi-Modalität der Gesundheitsentwicklung im Alter stützen würde. Mit den Daten der National Long Term Care Surveys (NLTCs), die einen Vergleich dreier Erhebungszeitpunkte in den Jahren 1982, 1984 und 1989 erlauben (vgl. hierzu Abschnitt 3.1), konnten Manton, Corder und Stallard (1993) zwar insgesamt die Annahme stützen, dass es zu einer Verminderung des Ausmaßes chronischer Behinderungen kommen könnte. Allerdings konnte der Anstieg der Lebenserwartung der über 64-Jährigen mit einem Rückgang der altersspezifischen Prävalenzen chronischer Behinderungen und einer Steigerung der Lebenserwartung von behinderten und beeinträchtigten Personen in Zusammenhang gebracht werden, was wiederum tendenziell das Konzept der Bi-Modalität stützt.

Insgesamt lässt sich aber auch auf der Basis dieser Daten keine endgültige Antwort auf die Frage zukünftiger Entwicklungsabfolgen geben. Die empirischen Befunde sprechen in der Tendenz aber eher dafür, dass es trotz eines verminderten Risikos der Behinderung bzw. körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigung im höheren Alter – sofern sich dies tatsächlich herausbildet und nachweisen lassen sollte – mit großer Wahrscheinlichkeit aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung (insbesondere auch behinderter Menschen) insgesamt zu einem Anstieg der Anteile hilfe- und pflegebedürftiger Personen in der Altenbevölkerung kommen wird. Ob sich an diese Entwicklung dann möglicherweise eine relative und absolute Abnahme hilfe- und pflegebedürftiger Menschen anschließt, ist eine offene Frage und durch empirische Befunde bisher nicht zu untermauern.

Festzustehen scheint, dass kein monokausaler Zusammenhang zwischen demographischer Entwicklung, Alter, Krankheit und Tod besteht. Der Gesundheitszustand ist nicht als eine deterministische, medizinisch-biologisch bestimmte Variable zu betrachten. Vielmehr sind der vorangegangene Lebensstil sowie die biographische und aktuelle Lebenssituation von entscheidender Bedeutung für den Gesundheitszustand des Einzelnen. Demnach sind nicht nur biologisch-genetische Faktoren verantwortlich zu machen, vielmehr spielen auch psychische, soziale und ökologische Bedingungen eine Rolle. Die sozialepidemiologische Ungleichheitsforschung hat insgesamt eine Vielzahl von Belegen dafür erbracht, dass trotz wohlfahrtsstaat-

licher Leistungen in Industriestaaten soziale Disparitäten im Gesundheitszustand der Bevölkerung auch weiterhin nachzuweisen sind (z.B. Ritz, 1988; Fox, 1989; Elkeles & Mielck, 1993; Klein, 1993). Aussagen zur relativen Gesundheit, Morbidität und Mortalität von früheren, heutigen und zukünftigen Altkohorten sind schon von daher nur bedingt sinnvoll, da die soziale Ungleichheit beträchtlich ist und aggregierte Daten diese Differenz überdecken (Müller, 1994). So konnten amerikanische Untersuchungen zeigen, dass ein Rückgang der Morbidität im Alter gegenwärtig nur für die höheren Sozialschichten feststellbar ist, untere soziale Schichten zeigen dagegen eher das Muster einer zunehmenden Morbidität im Alter – als Resultat lebenslanger sozialer Ungleichheit (House, Kessler & Herzog, 1990).

Für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen ist aber auch der Bedarf nur ein Indikator unter anderen. Ob und von wem Hilfe in Anspruch genommen wird, hängt von vielen weiteren Faktoren ab. Welcher Stellenwert dem Bedarf dabei zukommt, ist indes noch nicht hinreichend geklärt. Es sollte allerdings aus den bisherigen Ausführungen hervorgehen, dass für die weitere Entwicklung und die zukünftigen Zahlen zu versorgender hilfe- bzw. pflegebedürftiger Personen sowohl der Gesundheitszustand kommender Altkohorten als auch die Lebenserwartung der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen von Bedeutung sind. So kann der Anteil der Langzeitversorgenden über die Mortalitätsrate bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen bestimmt werden.

### 1.2.3 Die Familie und soziale Netzwerke

Im Rahmen dieser Arbeit kommt den inner- und außerfamiliären sozialen Netzwerken alter Menschen, insbesondere als Ressource für soziale Unterstützungsleistungen, eine Bedeutung zu. Die Familie wird dabei als eine soziale Gemeinschaft betrachtet, die durch ein weites und wechselseitiges Netz emotionaler Beziehungen und materieller wie immaterieller Leistungen geprägt ist. Die Familie besitzt für den Einzelnen als Ort persönlicher Entfaltung, als identitätsstiftende Gemeinschaft usw., fernab der gesellschaftlich bedeutsamen Leistungen, einen Wert an sich. In dieser Arbeit stehen die auf praktische und vor allem persönliche Hilfen ausgerichteten Unterstützungsfunktionen der Familie im Vordergrund. Damit soll jedoch nicht ausgesagt werden, dass dies als die bedeutendste Aufgabe der Familie angesehen wird.

Im Wesentlichen sind zwei Ebenen bei der Betrachtung des Ausmaßes sozialer Einbindung und sozialer Unterstützung alter Menschen zu unterscheiden: zum einen die sozialstrukturelle Ebene der Größe und sozialen Zusammensetzung der Familien und zum anderen die Ebene der sozialen Beziehungen. Die Größe und Zusammensetzung des Verwandtschaftssystems bestimmt als Gelegenheitsstruktur mögliche verwandtschaftliche Unterstützungsleistungen. Die Zahl der vorhandenen Angehörigen gibt insofern an, inwieweit im Falle einer Hilfe- oder Pflegenotwendigkeit die daraus entstehenden Aufgaben von verschiedenen Familienangehörigen wechselseitig übernommen werden können. Die Ebene der Intergenerationenbeziehungen ist für die Bereitschaft und Motivation, Hilfe- und Pflegeleistungen zu übernehmen, bestimmend.

Auf beiden Ebenen wird ein Rückgang der informellen, insbesondere der familiären Unterstützungsressourcen konstatiert. Einerseits auf der Ebene sozialstruktureller Veränderungen aufgrund eines schrumpfenden Verwandtschaftsnetzes, andererseits mit Blick auf die intergenerationalen Beziehungen aufgrund der Auflösung normativer Solidaritätsverpflichtungen in modernen Gesellschaften (Lehr u.a., 1988; Galler, 1990; Beck-Gernsheim, 1993; Tews, 1993).



Infolgedessen sei mit einem sich auch weiterhin verstärkenden familiären Pflegenotstand zu rechnen.

Zweifellos haben sich die innere Struktur und äußere Erscheinungsform der Familie in den letzten Jahrzehnten gewandelt, dadurch aber keineswegs an Bedeutung verloren. Die gesellschaftlichen Veränderungen und der damit wechselseitig zusammenhängende Strukturwandel der Familie – in ihrer Binnenstruktur wie in ihren Außenbeziehungen zu anderen gesellschaftlichen Bereichen – haben zu einer Verlagerung eines Teils familialer Funktionen geführt. Leistungen, die in der Vergangenheit allein durch die Familie erbracht wurden, sind ganz oder teilweise auf andere gesellschaftliche Institutionen (Bildungs-, Wirtschaftssystem, System der sozialen Sicherung) übergegangen. Dennoch stellen nach wie vor die vielfältigen Funktionen der Familie – sei es die Wahrung der Generationenfolge, die Erziehung und Bildung der nachwachsenden Generation, als Ort emotionaler Zuwendung und persönlicher Entfaltung, als identitätsstiftende und stabilisierende Gemeinschaft, in der die Regeneration der Arbeitskraft ermöglicht wird – unverzichtbare Leistungen dar. Wir haben es mit einer Veränderung im Sinne quantitativer Beziehungen in der Familie zu tun, zum Teil durch die Reduzierung der Familiengrößen, zum Teil durch veränderte Haushalts- und Wohnformen und durch in heutiger Zeit geforderte berufliche Mobilität. Inwieweit die quantitative Reduktion durch eine größere Intensität familialer Beziehungen oder durch außerfamiliale Netzwerke ausgeglichen werden kann, ist bislang nicht eindeutig geklärt.

Im Folgenden werden die wesentlichsten Veränderungen im Bereich von Haushalt, Familie und Verwandtschaft vorgestellt, die insbesondere für die soziale Einbindung alter Menschen von Bedeutung sind. Daran anschließend erfolgt ein kurzer Überblick über unterschiedliche Bewertungen dieser Veränderungen. Dieser Zustandsbeschreibung für die Gegenwart werden zuerst einige Anmerkungen zur historischen Entwicklung vorangestellt, die darauf abzielen, in der öffentlichen und in der wissenschaftlichen Diskussion immer wieder auftauchende, vereinfachende und pauschalisierende Vorstellungen über die Familie in der Vergangenheit zu hinterfragen.

#### *Anmerkungen zur historischen Entwicklung*

In der Folge des von Durkheim (1973/1897) entwickelten Kontraktionsgesetzes, in dem ein historischer Prozess der Verkleinerung der Verwandtschaft (und der Familie) auf Eltern und Kinder angenommen wird, und der These Parsons (1942) von der strukturellen Isolation der Alten als Folge veränderter funktionaler Erfordernisse sich modernisierender Gesellschaften, wurde und wird insbesondere von Modernisierungstheoretikern der Wandel der Familienstrukturen auf zunehmende Mobilität und Urbanisierung zurückgeführt. Die ehemals in wechselseitiger Unterstützung und räumlicher Nähe eng miteinander verbundene Großfamilie habe sich im Zuge der Modernisierung aufgelöst, und an ihre Stelle sei durch „Nuklearisierung“ die so genannte Klein- oder Kernfamilie, die nur aus Eltern und Kindern besteht, getreten. Sozialhistorische Studien, die sich mit dem langfristigen Wandel der Verwandtschaftsstrukturen auseinandersetzen, belegen jedoch, dass diese Annahmen nicht haltbar sind. So hält König (1969) den modernisierungstheoretischen Ansätzen entgegen, dass die Herausbildung der Kernfamilie eine Auswirkung verschiedener Vererbungssysteme und der so entstandenen verarmten bäuerlichen Überschussbevölkerung sei (vgl. auch Borscheid, 1992). Die Kernfamilie sei somit historisch vor der Industrialisierung entstanden. Auch Laslett (1974) stellt auf der Basis international vergleichender Studien fest, dass der Kernfamilien-

haushalt schon vor der Industrialisierung die überwiegende Haushaltsform darstellte. Wie Mitterauer (1990) bemerkt, haben Drei-Generationen-Haushalte erst durch die steigende Lebenserwartung und die Wohnungsnot bei den Arbeiterhaushalten des 19. Jahrhunderts stärkere Verbreitung gefunden. Aufgrund der geringen Lebenserwartung war die gemeinsame Lebenszeit von drei Generationen schlicht zu kurz. „Die weitverbreitete Ansicht, in vorindustriellen Gesellschaften hätten die Menschen ihr Alter im ‚Schoße ihrer Familie‘ verbracht, ist ein Mythos.“ (Borscheid, 1992, S. 52) Im Hinblick auf die hier insbesondere interessierende Pflege und Versorgung der alten Familienmitglieder lässt sich nach Laslett (1989) nicht nachweisen, dass in vorindustriellen Zeiten in Europa die verwandtschaftlichen Stützungssysteme für die Alten im Vergleich zu heute stärker waren. Die alleinige Verantwortung für pflegebedürftige Familienmitglieder konnten die unterschiedlichen Formen von Familie auch damals nicht übernehmen. Sie mussten bei der Pflege ihrer Angehörigen durch kirchliche und kommunale Institutionen ergänzt werden (Laslett, 1989).

### *Haushaltsstrukturen*

Rosenmayr (1992) weist zu Recht darauf hin, dass sich in der historischen Perspektive die Unterscheidung zwischen Familie einerseits und Haushalt andererseits oftmals verwischt. Die „historische Familienforschung gibt in erster Linie Auskunft über Haushaltsstrukturen“ (Schütze & Wagner, 1991, S. 298). Die Haushaltsgrenze ist jedoch als ein zu enges Kriterium anzusehen, um Aussagen über Verwandtschaftsnetze und damit auch über Hilfpotentiale alter Menschen machen zu können. Die häufig zitierte Zunahme der Ein-Personen-Haushalte in den letzten Jahrzehnten beispielsweise lässt Fragen der Elternschaft, der räumlichen Nähe sowie des Vorhandenseins von Angehörigen unberücksichtigt, die mit Blick auf die Hilfe- und Pflegeleistungen für alte Menschen von größerer Bedeutung sein dürften als die bloße Betrachtung von Haushaltsstrukturen. So können sich hinter der äußerlich betrachtet einheitlich erscheinenden Lebensform des Alleinwohnens grundsätzlich unterschiedliche familiäre Verhältnisse verbergen. Insbesondere die Frage der Elternschaft und der entsprechenden Beziehungen zu den Kindern wird bei einer bloßen Haushaltsbetrachtung weitgehend vernachlässigt.

Die Haushaltsstruktur hat sich also hin zu einer Zunahme der Ein-Personen-Haushalte und einer Abnahme der Mehr-Generationen-Haushalte verändert. So nahm der Anteil der Ein-Personen-Haushalte an allen privaten Haushalten<sup>3</sup> im früheren Bundesgebiet bei den über 64-Jährigen von rund 32 Prozent im Jahre 1972 auf 39 Prozent im Jahre 1982 und etwa 41 Prozent in 1991 (Gesamtdeutschland: ebenfalls 41 %) zu. In einem Mehr-Personen-Haushalt mit einer Generation lebten von den über 64-Jährigen 1972 etwa 40 Prozent, 1982 waren es rund 42 Prozent und 1991 annähernd 43 Prozent (Gesamtdeutschland: ebenfalls 43 %). Dabei handelt es sich hauptsächlich um Ehepaar-Haushalte ohne Kinder. Demgegenüber lebten 1972 nur etwa 24 Prozent, 1982 etwa 16 Prozent und 1991 nur noch knapp 14 Prozent (Gesamtdeutschland: 13 %) in einem Zwei- oder Mehr-Generationen-Haushalt (StBA, 1993, S. 259; eigene Berechnungen). Es gibt also eine Tendenz der räumlichen Separierung der Generationen. Die vielzitierte Formel „Intimität auf Abstand“ (Rosenmayr &

---

<sup>3</sup> Bei den folgenden Zahlen muss berücksichtigt werden, dass sich diese auf Personen in Privathaushalten beziehen. Die dargestellten Veränderungen können von daher teilweise auch die Folge einer möglichen Verschiebung in der Zusammensetzung der so genannten Anstaltsbevölkerung sein.

Köckeis, 1965) umschreibt die Tendenz, dass ein Zusammenwohnen der Eltern mit ihren erwachsenen Kindern als Ausdruck wechselseitiger ökonomischer und sozialer Unabhängigkeit von beiden Generationen nicht mehr gewünscht wird, ohne dass dies unmittelbar mit den individuellen intergenerationellen Beziehungen in Zusammenhang gebracht werden kann.

Mit steigendem Alter ändert sich, insbesondere durch den Tod des Partners oder der Partnerin, die Haushaltsform, wodurch die Zahl der Ein-Personen-Haushalte in den oberen Altersgruppen zunimmt. Die als „Singularisierung“ (Tews, 1993) umschriebene Zunahme allein lebender Menschen ist demnach bei den Älteren in den meisten Fällen kein Ausdruck eines Lebensstils, das heißt keine freiwillig gewählte, sondern eine vornehmlich durch den Tod des Partners erzwungene Lebensform. Der Anteil der Ein-Personen-Haushalte blieb bei den 65- bis 69-Jährigen zwischen 1972 (26 %) und 1991 (27 %) relativ konstant. Auch bei den 70- bis 74-Jährigen ist die Zunahme der Ein-Personen-Haushalte in diesem Zeitraum mit 33 Prozent in 1972 und 38 Prozent in 1991 weniger deutlich ausgeprägt als bei den über 74-Jährigen. Bei diesen ließ sich eine Zunahme von 39 Prozent im Jahre 1972 auf 53 Prozent in 1991 beobachten (Tews, 1993, S. 251). Der Anstieg des Anteils der Ein-Personen-Haushalte bei den über 64-Jährigen ist demnach vornehmlich auf die Zunahme in der oberen Altersgruppe zurückzuführen und darauf, dass diese Altersgruppe anteilmäßig an den 65-Jährigen und Älteren zugenommen hat. Ein Rückgang der potentiellen haushaltsinternen Helfer ist dementsprechend gerade in der höchsten Altersgruppe zu verzeichnen, in der nun aber auch das Risiko, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, am größten ist. Dies betrifft insbesondere die älteren Frauen, die aufgrund der deutlich höheren Lebenserwartung auch ein höheres Verwitwungsrisiko und von daher eine größere Wahrscheinlichkeit haben, im hohen Alter allein zu wohnen. Von den absehbaren Entwicklungen der Haushaltsformen älterer Menschen ist tendenziell eher eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die informelle Bewältigung von Krisensituationen im Alter zu erwarten (Rückert, 1987).

Wie bereits erläutert, greift diese Betrachtung der Haushaltsstrukturen der Älteren im Hinblick auf die Alleinlebenden sowie die soziale Einbindung der älteren Ehepaare viel zu kurz. Hinsichtlich des familiären Unterstützungspotentials ist es von größerer Bedeutung, wer überhaupt und wie viele erwachsene Kinder hat oder kinderlos geblieben ist bzw. alle Kinder bereits überlebt hat und – daran anschließend – wo gegebenenfalls diese Kinder leben und welche Qualität die Eltern-Kind-Beziehung hat.

### *Veränderungen in der familiären Situation*

Als wichtigste Entwicklungen im Bereich der Familienbildung und des Familienverlaufs mit Blick auf ältere Menschen sind hier zu nennen:

- Veränderungen im Familienstand der nachwachsenden Altenbevölkerung: Zwar lassen sich nach Angaben der amtlichen Statistik ein Rückgang der Heiratsneigung der bundesdeutschen Bevölkerung, eine Zunahme der Scheidungshäufigkeit und sinkende Wiederverheiraturquoten seit den 1960er Jahren beobachten, was langfristig voraussichtlich zu einem Anstieg des Anteils unverheirateter älterer Menschen führen wird. Zunächst einmal wird jedoch der Anteil unverheirateter alter Menschen abnehmen. Dies liegt in dem gegenwärtig relativ hohen Anteil der kriegsbedingt Unverheirateten an der Altenbevölkerung begründet. Mit dem Aussterben der Kriegswitwen werden dann aber die 1940er und 1950er Kohorten in die Altenbevölkerung nachwachsen, bei denen der Anteil der Verheirateten besonders hoch ist. Dennoch wird ein hoher Anteil an Witwen auch in Zukunft

für die Altenbevölkerung charakteristisch sein, da die Lebenserwartung der Frauen auch weiterhin deutlich höher sein wird als die der Männer, die überdies bei der Heirat im Durchschnitt fast drei Jahre älter sind als ihre Ehefrauen. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf den Familienstand werden also auch in Zukunft in hohem Alter besonders ausgeprägt sein. Im Jahre 1991 waren von den 65-jährigen und älteren Männern rund 76 Prozent verheiratet, 18 Prozent verwitwet, knapp 2 Prozent geschieden und etwa 4 Prozent ledig. Von den Frauen der gleichen Altersgruppe waren rund 31 Prozent verheiratet, 56 Prozent verwitwet, knapp 5 Prozent geschieden und fast 9 Prozent ledig. Bei den 80-Jährigen und Älteren sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern noch wesentlich deutlicher ausgeprägt. Hier waren 1991 über 55 Prozent der Männer und nur 10 Prozent der Frauen verheiratet, 39 Prozent der Männer und 77 Prozent der Frauen verwitwet, knapp 2 Prozent der Männer und 3 Prozent der Frauen geschieden, und 4 Prozent der Männer bzw. 9 Prozent der Frauen waren ledig (StBA, 1993, S. 67). Anhand der Familienstandsstruktur lässt sich jedoch nicht ableiten, wie viele von den Nichtverheirateten tatsächlich ohne Partner leben. Obwohl genaue Daten nicht vorliegen, lässt sich feststellen, dass die nichtehelichen Lebensgemeinschaften – sei es in häuslicher Gemeinschaft, sei es in getrennten Wohnungen – auch bei den älteren Menschen einen nicht unerheblichen Anteil haben. So wurde auf Basis des Mikrozensus 1991 die Zahl der 60-Jährigen und Älteren, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben, bei den Männern auf 123.000 und bei den Frauen auf 115.800 geschätzt (BMFuS, 1994, S. 75). Dies entspricht einem Anteil von immerhin etwa 10 Prozent aller unverheirateten Männer und 2 Prozent aller unverheirateten Frauen dieser Altersgruppe.

- Die sich abzeichnende Polarisierung bei den jüngeren Geburtskohorten in Familien und Kinderlose (Huinink, 1991): Bereits im Abschnitt 1.2.1 ist auf den seit hundert Jahren anhaltenden Trend des Rückgangs der Geburtenhäufigkeiten hingewiesen worden. Von besonderem Interesse ist hierbei, wie viele ältere Menschen noch wie viele Kinder haben, da dies bestimmt, wie viele Nachkommen für Hilfe- und Pflegeleistungen potentiell zur Verfügung stehen. In der amtlichen Statistik wird dies überraschenderweise nicht standardmäßig erhoben. Es liegen jedoch Untersuchungen vor, die Tendaussagen über den Anteil der kinderlos gebliebenen Frauen in verschiedenen Geburtskohorten erlauben. So wird zunächst der Anteil der lebenslang kinderlos gebliebenen Frauen bei den kommenden Altenkohorten zurückgehen, da der Anteil kinderloser Frauen<sup>4</sup> bei den Geburtskohorten 1885 bis etwa 1930 relativ hoch war: Jahrgang 1885: 29,5 Prozent; Jahrgang 1890: 27,8 Prozent; Jahrgang 1895: 28,9 Prozent; Jahrgang 1900: 29,6 Prozent; Jahrgang 1905: 26,2 Prozent; Jahrgang 1910: 22,1 Prozent; Jahrgang 1915: 22,1 Prozent; Jahrgang 1920: 22,2 Prozent; Jahrgang 1925: 21,7 Prozent; Jahrgang 1930: 16,8 Prozent (Datenquelle: Mikrozensus 1971; eigene Berechnungen; vgl. auch M. Wagner u.a., 1996). Etwa bei den Geburtsjahrgängen um 1935 erreichte der Anteil kinderloser Frauen mit rund 9 Prozent einen Tiefpunkt. Daran anschließend ist von einem stetigen Anstieg des Anteils der Kinderlosen unter den Älteren auszugehen, da der Anteil der lebenslang kinderlosen Frauen seit den 1940er Kohorten wieder stetig ansteigt: Jahrgang 1945: 12,7 Prozent; Jahrgang 1950: 14,8 Prozent; Jahrgang 1955: 20,6 Prozent (Birg, Filip & Flöthmann, 1990; Birg & Flöthmann, 1993). Für die fernere

---

<sup>4</sup> Die folgenden Angaben zur Kinderlosigkeit beruhen auf einer Auswertung der Mikrozensus-Zusatzerhebung von 1971, bei der nicht klar zwischen aktueller und lebenslanger Kinderlosigkeit unterschieden werden kann.

Zukunft prognostizieren Bevölkerungswissenschaftler einen weiterhin steigenden Anteil, der für die Frauenjahrgänge ab 1970 auf etwa ein Drittel geschätzt wird (Birg & Flöthmann, 1993). Insgesamt ist also eine Abnahme des Anteils der Kinderlosen bei den Geburtskohorten 1885 bis etwa 1930/35 und danach wieder eine Zunahme bis zu den jüngsten Geburtskohorten zu verzeichnen. Gleichzeitig zur Abnahme der Kinderlosigkeit bei den vor 1930 Geborenen ging bei diesen Kohorten allerdings auch die Gesamtkinderzahl zurück, eine Folge des Rückgangs der Familien mit drei und mehr Kindern. Die Familie mit zwei Kindern wurde zur dominierenden Form, und auch die Zahl der Ein-Kind-Familien nahm zu. Bei den nach 1920 Geborenen vergrößerte sich der Anteil der Frauen mit nur einem Kind bis zum Geburtsjahrgang 1945 auf etwa 30 Prozent und blieb bei den folgenden Geburtskohorten relativ stabil. Der Anteil der Frauen, die drei oder mehr Kinder bekommen haben, ist demgegenüber weiterhin zurückgegangen, der Anteil von Frauen mit zwei Kindern blieb über die Kohorten stabil und liegt bei etwa 35 Prozent (Birg, Filip & Flöthmann, 1990; Huinink, 1995). Mit dem Anstieg der Kinderlosigkeit bei den nach 1935 Geborenen ging also ebenfalls ein Rückgang der Gesamtkinderzahlen einher.

- Änderung in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung: Frauen orientieren sich stärker an Erwerbsarbeit und Karriere. Dieses verstärkte berufliche Engagement der Frauen und ihre damit einhergehende gefestigte berufliche Identität werden mit der geringeren Bereitschaft, die Rolle der unbezahlten Helferin im Familienbereich selbstverständlich zu übernehmen, in Zusammenhang gebracht. Die Erwerbsquote der Frauen stieg im früheren Bundesgebiet zwischen 1965 und 1991 von 46,9 auf 58,4 Prozent, obwohl im gleichen Zeitraum die Erwerbsquote der 15- bis 19-jährigen und der 60- bis 64-jährigen Frauen sank. Die verstärkte Erwerbsbeteiligung lässt sich durch den vermehrten Einstieg verheirateter sowie geschiedener und verwitweter Frauen in das Erwerbsleben erklären, deren verstärkte Berufsorientierung nicht zuletzt auch durch das gestiegene Bildungsniveau der Frauen bedingt ist (Höhn & Roloff, 1994). Ob allerdings die steigende Erwerbsneigung der Frauen überhaupt mit der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme in Zusammenhang gebracht werden kann, ist unklar. So ist bisher sowohl die Anzahl der erwerbstätigen Frauen gestiegen als auch die Anzahl der von Familienangehörigen betreuten pflegebedürftigen Alten. Es sollte hierbei auch berücksichtigt werden, dass sich die Möglichkeiten einer arbeitsteiligen Betreuung durch Familienangehörige und professionelle Helfer ausgeweitet haben. Insofern können im Zuge dieser Entwicklung zwar die familiären Hilfe- und Pflegepotentiale an Selbstverständlichkeit verlieren, eine steigende Frauenerwerbstätigkeit kann aber auch dem „Pflegetotstand“ im professionellen Hilfe- und Pflegesektor entgegenwirken, da Pflegeberufe auch heute noch mehrheitlich von Frauen ausgeübt werden (Prognos AG & Dornier GmbH, 1989). Für erwerbstätige Frauen ergibt sich auch eine gesteigerte Fähigkeit, Sozialbeziehungen außerhalb der Familie und Verwandtschaft zu initiieren und aufrecht zu erhalten.
- Veränderungen im Bereich der räumlichen Mobilität: In den 1950er und 1960er Jahren war die räumliche Mobilität im Sinne von Ortswechseln über weite Distanzen in der Bundesrepublik besonders hoch. In den 1970er Jahren ist sie jedoch wieder zurückgegangen. Eine Betrachtung der Geburtsjahrgänge 1929–31, 1939–41 sowie 1949–51 zeigt für Personen, die in ländlichen Regionen geboren wurden, einen Anteil von etwa 40 Prozent, die im 30. Lebensjahr in ihrem Geburtsort lebten. Bei den Großstädtern liegt dieser Anteil sogar bei 50 bis 60 Prozent (Wagner, 1989). Bedingt durch Familiengründungen und Hauserwerb sind Fernwanderungen ab dem vierten Lebensjahrzehnt sehr

selten. Über eine Entfernung von mehr als 30 Kilometern ziehen insgesamt nur ein Drittel von den Angehörigen der genannten Geburtskohorten, die ihr Elternhaus verlassen (Mayer & Schwarz, 1989). Es kommt in den meisten Fällen also gar nicht zu einer großen räumlichen Wohndistanz, wobei allerdings die sozialstrukturellen Unterschiede beachtet werden müssen. So sind insbesondere Personen mit einem hohen Bildungsniveau räumlich wesentlich mobiler als die Angehörigen anderer Bildungsgruppen. Die Wohnentfernung, die als entscheidende Voraussetzung für die Möglichkeit der Erbringung von praktischer Unterstützung und mithin Hilfe- und Pflegeleistungen angesehen werden kann, wird demnach durch die soziale Schicht der Kinder mitbestimmt.

### *Veränderungen in den Verwandtschaftsstrukturen*

In den heutigen modernen Industriegesellschaften ist ein Nebeneinander verschiedener Familienformen zu beobachten, wobei die Kernfamilie die häufigste Form darstellt. Zwar existierte auch schon in der Vergangenheit eine Vielfalt familialen Zusammenlebens, die Pluralisierung familialer Lebensformen (Kaufmann, 1988) kommt jedoch heute besonders deutlich in den Verschiebungen zwischen den quantitativen Gewichten einzelner Familienformen zum Ausdruck (Zunahme nichtehelicher Lebensgemeinschaften, Alleinerziehende, kinderlose Ehepaare usw.). Diese Zunahme stellt sich in der Längsschnittbetrachtung zwar weniger dramatisch dar als in der reinen Querschnittsbetrachtung (Huinink, 1995), dennoch zeigt sich die wachsende Heterogenität und Vielfalt der Familienformen auf mehrfache Weise mit Auswirkungen auch auf die Hilfebeziehungen älterer Menschen.

So kommt es in Folge der steigenden Scheidungsraten zu unvollständigen Familienformen und – im Falle von Wiederverheiratung und gegebenenfalls weiterer Scheidung – zu komplizierten Verwandtschaftsverhältnissen. Die Forschung zu den Auswirkungen von Ehescheidungen auf die Familienbeziehungen im Alter ist indes wenig entwickelt, eindeutige Aussagen sind hier kaum möglich. Nach einer Scheidung oder Trennung bleiben aber offenbar oft nur die Beziehungen zwischen den Eltern(teilen) und ihren Kindern bestehen (Lang & Schütze, 1991). Nach Brubaker (1985) werden die Hilfe- und Pflegeressourcen insgesamt geschwächt und die Beziehungen verunsichert (Brubaker, 1985). Trotz steigender Scheidungsraten ist die häufigste Form der Eheauflösung aber noch immer die Verwitwung.

Die gestiegene Lebenserwartung hat sowohl die Dauer der Ehen als auch die gemeinsame Lebenszeit von Eltern und Kindern ansteigen lassen (Lauterbach, 1995). Der Anteil der Lebenszeit, der für die Aufzucht von Kindern in Anspruch genommen wird, hat sich im Vergleich zur nachelterlichen Phase, also der Lebenszeit nach dem Auszug der Kinder (die so genannte „empty nest“-Phase), deutlich verringert. Die „empty nest“-Phase hat „als strukturelle Prägung familialer Beziehungen (...) enorm an Bedeutung gewonnen“ (Schütze & Wagner, 1991, S. 299). Die nachelterliche Phase bildet heute „den längsten Zeitabschnitt im Familienzyklusmodell“ (Nave-Herz, 1988, S. 75). Die deutlich verlängerte Phase der nachelterlichen Gefährtschaft kann zu vermehrten Konflikten zwischen den Ehepartnern und in der Folge zu einem Anstieg der Scheidungen auch bei so genannten „Altehen“ mit entsprechenden Konsequenzen für die partnerschaftlichen Hilfebeziehungen führen (Beck-Gernsheim, 1993). Zwar hat sich die Zahl der Ehescheidungen langjährig Verheirateter (26 Ehejahre und mehr) seit 1975 mehr als verdoppelt, ihr Anteil an allen Ehescheidungen liegt aber immer noch bei nur etwa 8 Prozent (StBA, 1993), und wie die Verteilung des Familienstandes alter Menschen zeigt (siehe oben), ist die Gruppe der Geschiedenen nach wie vor sehr klein.

Ebenfalls zugenommen hat die gleichzeitige Präsenz verschiedener Generationen einer Familie (Lehr, 1985a; Lauterbach, 1995), wohingegen die Zahl der Geschwister abgenommen hat. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Geschwister ein hohes Alter erreichen, ist gestiegen. Unklar ist, welche Auswirkungen dies auf die Wahrscheinlichkeit hat, auch im hohen Alter noch lebende Geschwister zu haben. Mit dem Rückgang der Geschwisterzahlen wird ebenfalls die Gruppe der Schwägerinnen und Schwager und entsprechend der Nichten und Neffen kleiner. Diese Entwicklung wird auch mit dem Begriff der „Bohnenstangen-Familie“ verdeutlicht (Bengtson & Schütze, 1992), eine Umschreibung dafür, dass in den Familien zwar weniger Personen einer Generation (Geschwister), dafür aber Personen aus mehr Generationen als früher gleichzeitig leben. Insbesondere ist hierbei das historisch neuartige Phänomen der Vier-Generationen-Familie hervorzuheben.

Diese „Vertikalisierung“ der Verwandtschaftsstrukturen bedeutet auch, dass mehrere Generationen von Erwachsenen in einer Familie gleichzeitig leben. Dies stellt einen Zuwachs an potentiellen Helfern für hilfebedürftige Familienmitglieder dar, zumal weniger Kinder und Enkel um diese Hilfeleistungen konkurrieren. Allerdings ist eine weitere Folge dieser „vertikalisierten“ Familienstrukturen auch die anwachsende Wahrscheinlichkeit, dass sich zu der Erziehung der Kinder – sofern vorhanden – zunehmend häufiger notwendige Betreuungsfunktionen gegenüber den alten Eltern gesellen. In dem Maße, in dem die gestiegene Lebenserwartung auch mit häufiger auftretender und längerer Pflegebedürftigkeit einhergeht (vgl. dazu Abschnitt 1.2.2), steigt die Wahrscheinlichkeit, dass einzelne Familienmitglieder für längere Zeit Hilfe- und Pflegeleistungen für chronisch kranke Familienangehörige übernehmen müssen. Die Fürsorge für ältere Angehörige kann also zu einem durchaus normalen, das heißt für die Mehrheit erwartbaren, Ereignis im Lebensverlauf der Menschen werden. Die gleichzeitige Versorgung unselbstständiger Kinder und hilfebedürftiger Alte durch die Frauen der mittleren Jahrgänge wird dann auch als eine immer häufiger auftretende Doppelbelastung mit dem Schlagwort der „Sandwich-Generation“ (Rossi, 1989) umschrieben. Die Annahme eines Anstiegs sukzessiver Versorgungstätigkeiten entspricht indes eher den Altersverteilungen, das heißt, eine pflegende Tätigkeit für alte Familienangehörige wird in der Regel erst nach der Aufzucht der eigenen Kinder wahrscheinlicher. Nach dem Auszug der Kinder aus dem Elternhaus versorgen und pflegen dann die bereits selbst über 60-jährigen Kinder zunehmend ihre über 80-jährigen Eltern. Zimmermann (1977) betont in diesem Zusammenhang, dass aufgrund eines durchschnittlich frühen Heiratsalters und durch die zunehmende Zahl derer, die ein hohes Lebensalter erreichen, häufiger auch noch Urgroßeltern leben. Aus seiner Sicht ist es interessanterweise jedoch die dritte Generation, das heißt die Großeltern-Generation, die einer dreifachen Belastung ausgesetzt ist. „Selber in fortgeschrittenem Alter und unter Umständen auch schon chronisch erkrankt, werden von ihr Hilfs- und Pflegeleistungen für ihre Mutter (Urgroßmutter) und ihre Enkelkinder (Unmündige der ersten Generation) erwartet.“ (Zimmermann, 1977, S. 127)

### *Außerfamiliale soziale Netzwerke*

Ein Schwerpunkt außerfamiliärer Kontakte betrifft über mehrere Lebensphasen hinweg den Umgang mit und in der Arbeitswelt. Hinzu kommen die informellen Sozialkontakte in der Nachbarschaft sowie im Bekannten- und Freundeskreis. Abnehmende Arbeitszeiten und insbesondere auch die Verbreitung moderner Kommunikations- und Transportmittel haben dazu beigetragen, die Möglichkeiten zur Ausdehnung und Intensivierung der außerfamiliären

Interaktionen zu erweitern. Bei den Frauen trägt überdies die zunehmende Erwerbsbeteiligung zu einer Erweiterung der außerfamiliären Sozialkontakte bei. Eine Kompensation verwandtschaftlicher Beziehungen durch ein für die Bedürfnisse des Einzelnen ausreichendes Netz sozialer Beziehungen außerhalb der Familie, das auch in Notsituationen hält, erfordert aber in jedem Fall eine hohe soziale Kompetenz im gesamten Lebenslauf. Außerdem bedeutet dies, den Freundeskreis auch in den Zeiten zu pflegen, in denen man durch familiäre und/oder berufliche Verpflichtungen sehr stark in Anspruch genommen wird. Die Bedeutung nichtverwandtschaftlicher Beziehungen und haushaltsübergreifender Unterstützungsleistungen hat in den letzten Jahren zugenommen. Diese Entwicklung ist freilich überwiegend bei besser gebildeten und aktiven Menschen zu beobachten und gilt offenbar nicht für die Betreuung von Kranken und Behinderten. Dieser Bereich ist nach wie vor eine Domäne der Familie (Diewald, 1990).

### *Bewertungen des Wandels der Familie*

Die Bewertungen des dargestellten Wandels der Familienstrukturen sind unterschiedlich und führen auch zu unterschiedlichen Bewertungen der Situation der Alten, auch im Hinblick auf Hilfe- und Pflegeressourcen. So leiten sich aus den beschriebenen Veränderungen Befürchtungen hinsichtlich schrumpfender Familien und einem auf allen Lebensbereichen feststellbaren Funktionsverlust oder gar dem Niedergang der Familie ab. In der weiteren Folge würden dann die älteren Familienmitglieder allein gelassen und in Alten- und Pflegeheime abgeschoben. So führe der Wandel bzw. die abnehmende Verbindlichkeit von Werten und Normen zu einem Zerfall der Kernfamilie (Hoffmann-Nowotny, 1988). Die Aufwertung individualistischer Werte wie Selbstbestimmung, Selbstverwirklichung und Autonomie führe zu einer Zunahme individueller Wahlmöglichkeiten, gleichzeitig aber auch zu mehr Orientierungslosigkeit. Zunehmende Selbstbezogenheit und der Verlust an Gemeinschaft und in diesem Zusammenhang auch die Isolation der Alten und deren Abschiebung in Heime werden konstatiert.

Des Weiteren wird angenommen, dass die Bildungsexpansion und die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen und Müttern zu einer Auflösung traditioneller Rollenzuschreibungen beigetragen und damit die einzelnen Menschen aus traditionellen Beziehungen herausgelöst hätten. Immer mehr Frauen seien aufgrund der Veränderungen in Bildung, Beruf und Familienzyklus aus der Familienbindung herausgelöst, sodass es fraglich sei, „ob sich das Dasein für Alte auch in Zukunft noch in die weibliche Normalbiographie einfügen lässt“ (Beck-Gernsheim, 1993, S. 165). Das gewandelte Geschlechterverhältnis löse die traditionellen Formen der Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen zunehmend auf, was zugleich auch das Verhältnis zwischen den Generationen prekär werden lasse. Es wird also ein Zerfall traditioneller Lebens- und Beziehungsformen angenommen, ohne dass gleichwertige neue Beziehungen an deren Stelle treten. Die Zunahme von Lebensformen jenseits der Familie führe dazu, dass eine wachsende Gruppe in „Teilzeitgemeinschaften“ (Imhof, 1988) lebe, aus der Familie wird die „Verhandlungsfamilie auf Zeit“ (Beck, 1986). Solche nicht auf langfristige Bindungen angelegte Beziehungsformen würden die personellen Ressourcen zur Versorgung und Pflege alter Menschen immer kleiner werden lassen. Nicht nur die familiäre Solidarität würde somit immer brüchiger, sodass die Familie als Unterstützungsressource in Krisensituationen zunehmend an Zuverlässigkeit verliere, vielmehr würden verlässliche Sozialbeziehungen innerhalb und außerhalb von Familienverbänden insgesamt eine Seltenheit. Die



Vertreter eines modernisierungstheoretischen Ansatzes verstehen diese Veränderungen familialer Lebensformen als eine notwendige Folge „naturwüchsiger Modernisierungsprozesse“ von industrialisierten Gesellschaften, die als unumkehrbar angesehen wird (Beck, 1986; Hoffmann-Nowotny, 1988; Beck-Gernsheim, 1993).

Aus einer eher strukturfunktionalistischen Sichtweise erscheinen die beschriebenen Veränderungen als ein Prozess zunehmender gesellschaftlicher Differenzierung in funktional gegliederte Teilsysteme. Die differenzierten Familienstrukturen sind aus dieser Sicht zumindest potentiell besser mit den funktionalen Anforderungen einer zunehmend komplexer werdenden Gesellschaft vereinbar. Es lässt sich zwar beobachten, dass immer mehr vormalig in der Familie erbrachte Leistungen ganz oder teilweise von anderen gesellschaftlichen Institutionen übernommen und damit ihres spezifischen, persönlichen Charakters entkleidet werden, die Familien haben dennoch vielfältige Funktionen behalten bzw. auf neue Weise erhalten. Insbesondere die zunehmende Bedeutung der Familie für die Befriedigung emotionaler Bedürfnisse oder die „emotionale Stabilisierung“ (Kaufmann, 1990, S. 35) von Individuen in der Familie werden hier immer wieder genannt. König (1976) warnt in diesem Zusammenhang sogar vor einer „Überforderung der Familienintimität“ (S. 3). Den vielbeklagten Funktionsverlust der Familie könne man auch positiv bewerten, da er „die Familie von allen nicht-familialen Funktionen entlastet, die durch andere Institutionen der Gesamtgesellschaft viel besser betreut werden können, und sie auf ihre eigenste zurückführt: eine Assoziation intimer Art zu sein, in der die Menschen durch starke Gefühle miteinander verbunden sind“ (S. 3). Die Beobachtung, dass das familiäre Leben von immer mehr Menschen nicht mehr dem klassischen Familienzyklus folgt, in dem der Familienverlauf in die Phasen Heirat, Ehepaar ohne Kinder, Geburt von Kindern, Aufzucht der Kinder, Auszug der Kinder aus dem Elternhaus, nacherlerliche Phase und Verwitwung eingeteilt ist, erscheint aus dieser Sicht nicht als Hinweis auf einen Funktionsverlust oder gar Untergang der Familie, sondern wird vielmehr als eine Pluralisierung familialer Lebensformen (Kaufmann, 1988), die die Verwandtschaftsstrukturen und -funktionen vielfältiger hat werden lassen, verstanden.

Zahlreiche empirische Untersuchungen konnten die Behauptung, dass aus objektiven Gründen (sinkende Geburtenzahlen, steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen) und aus subjektiven Gründen (nachlassende Familienorientierung) die heute noch zu beobachtende intergenerationale Solidarität verschwände, nicht bestätigen. Die Ergebnisse konnten demgegenüber belegen, dass enge Beziehungen, häufige und regelmäßige Kontakte sowie gegenseitige Hilfeleistungen zwischen den Generationen existieren und ältere Angehörige gegenwärtig keineswegs von ihren Familien im Stich gelassen werden (Rossi & Rossi, 1990; Szydlik, 1995).

Was die steigende Erwerbsneigung der Frauen betrifft, ist es fraglich, ob dies überhaupt mit der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme in Zusammenhang gebracht werden kann. So ist bisher sowohl die Anzahl und der Anteil erwerbstätiger Frauen gestiegen als auch die Anzahl der von Familienangehörigen betreuten pflegebedürftigen Alten. Zudem kann meines Erachtens nicht davon ausgegangen werden, dass die vollständige Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Eltern auch weiterhin die einzige gesellschaftlich akzeptierte Form der Demonstration von Verantwortung sein kann. Bereits heute gibt es vielfältige Formen arbeitsteiliger Betreuung durch Familienangehörige und professionelle Helfer. Die Vermittlung und Koordinierung einer angemessenen sozialstaatlichen oder privatwirtschaftlichen Betreuung mag bereits heute eine gesellschaftlich akzeptierte Alternative zu einer aufopferungsvollen und belastenden „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ durch die nahen Angehörigen sein. Darüber hinaus zeigt die Diskussion um die so genannte „Sandwich-Generation“, dass keineswegs

Klarheit darüber herrscht, ob mögliche Hilfe- und Pflegeleistungen für die alten Eltern überhaupt mit einer Berufstätigkeit oder der Erziehung der Kinder zeitlich konkurrieren.

Im Hinblick auf den Geburtenrückgang sollte nicht übersehen werden, dass sich auch die heutigen Alten nicht gerade durch Kinderreichtum auszeichnen. Außerdem konnte bisher nicht nachgewiesen werden, dass eine große Anzahl von Kindern ein Indikator für Familiensolidarität ist. Es könnte durchaus der Fall sein, dass ein oder zwei Kinder sich eher verpflichtet fühlen, die Betreuung der alten Eltern zu übernehmen, als wenn es viele Kinder gibt. Von daher ist der Rückgang der Geburtenziffern für den Nachwuchs an ausgebildeten Fachkräften im öffentlichen und kommerziellen Pflegebereich möglicherweise von größerer Bedeutung als für den informellen, familiären Bereich. Hier scheint das Vorhandensein von Kindern bedeutsamer als die Anzahl der Kinder.

Gerade die große Zahl alter Menschen, die – trotz der gestiegenen Frauenerwerbstätigkeit und einem vergleichsweise hohen Anteil kinderloser alter Menschen – von Angehörigen zu Hause gepflegt und versorgt werden, belegt, dass in diesem Bereich von einem allgemeinen Werte- und Normenwandel derzeit wohl nicht die Rede sein kann. Bezieht man zusätzlich die sozialen Netzwerke von Familien mit in die Betrachtung ein, kann eher von einem Fortbestehen stabiler und funktionierender Netzwerke gesprochen werden, auch wenn diese sich in ihrer Struktur gegenüber früheren Zeiten verändert und erweitert haben (Diewald, 1990).

### *Ressourcen für Hilfe- und Pflegeleistungen*

Bei der Betrachtung familialer Solidarität ist es erforderlich, die verschiedenen Bereiche wie Kontakthäufigkeit, emotionale und instrumentelle Dimensionen (Bengtson, Olander & Haddad, 1976; Myers, 1992) zu differenzieren. So zeichnet sich die Hilfe für pflegebedürftige Angehörige durch langandauernde, oftmals zunehmend zeitaufwendigere und körperlich belastendere Leistungen aus und ist schon von daher kaum mit beispielsweise regelmäßigen Besuchen oder finanzieller Unterstützung vergleichbar. Von daher kann es auch kaum verwundern, dass in Bezug auf die Langzeitpflege die „Familie ab dem Mittelalter in der Pflege ihrer Angehörigen nach der Analyse der Klagen über sie immer insuffizient (war)“ (Rosenmayr, 1992, S. 475). Insofern ist es mit Blick auf die zum Teil immensen Belastungen bei der Pflege von Angehörigen – obwohl „es keinen Anlass zu der Befürchtung, dass die Solidaritätsnorm in den intergenerationalen Beziehungen an Akzeptanz verliert“ (Schütze & Wagner, 1991, S. 310) – durchaus möglich, dass „Solidarität, die als Stützung oder Pflege aktiv wird, nicht mehr fraglos vorausgesetzt werden (kann), es bedarf der Abwägung und Verhandlung“ (Rosenmayr, 1992, S. 480). Dies ist jedoch weniger eine Folge der Veränderungen in der Familienbildung und -entwicklung, sondern der veränderten demographischen Bedingungen, denn insbesondere aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung werden die Solidaritätsnormen in bisher nicht gekannter Weise gefordert.

Aus dieser Perspektive erhalten die dargestellten sozialstrukturellen Veränderungen im Bereich der Familie insofern eine zentrale Bedeutung, da sie auch hinsichtlich der familiären Lebensumstände und des Eingebundenseins in soziale Netzwerke eine hochgradige soziale Differenzierung belegen, die vermutlich noch weiter zunehmen wird. Generalisierende und pauschalisierende Darstellungen der familiären Situation im Alter sind demnach nicht haltbar. Vielmehr ist es erforderlich, auf der Mikroebene die Unterstützungspotentiale sowie die korrespondierenden Rahmenbedingungen von Teilgruppen herauszuarbeiten. Das Augenmerk sollte dabei auf Gruppen liegen, bei denen die Gefahr sozialer Isolation im Alter am

größten ist. Zu nennen sind hier die Ledigen, Verwitweten, Geschiedenen und kinderlos gebliebenen Ehepaare. Gerade sie sind von sozialer Isolation und mangelnden Unterstützungsressourcen, vor allem auch im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, bedroht und möglicherweise schon bei kleineren gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen auf wohlfahrtsstaatliche oder kommerzielle Hilfe angewiesen. Die Pluralisierung kann so zu einer Polarisierung der älteren Bevölkerung werden, mit einer Teilgruppe, die im Falle von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf sich allein gestellt ist.

#### 1.2.4 Sozialpolitische Entwicklungen: Die personenbezogenen sozialen Dienstleistungen

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen sind sozialpolitische Veränderungen – ebenso wie die Veränderungen im Bereich der Familie – insofern von Bedeutung, als sie die Opportunitätsstrukturen der Individuen bestimmen. Hierbei ist insbesondere die Pflegeversicherung von Bedeutung, mit deren Einführung nicht nur die Art und der Umfang von Hilfe- und Pflegeleistungen auf einer sozialversicherungsrechtlichen Basis geregelt wurde, sondern auch eine genaue Definition und Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit erfolgte<sup>5</sup>. Darüber hinaus ist der verstärkte Ausbau von sozialen Dienstleistungen und die Umorientierung zu mehr Flexibilität im Bereich der sozialen Dienstleistungen zu nennen. Im Vordergrund steht dabei die Frage nach den Substitutionspotentialen zwischen den unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten.

Ein zentrales, allgemeines Ziel der Sozialpolitik ist die Sicherung der Lebensgrundlagen der Menschen im Falle des Eintretens existenzgefährdender Risiken der Lebensführung. Bis in die 1970er Jahre lag das Hauptgewicht der Sozialpolitik für alte Menschen weitgehend in der Sicherung des Einkommens, das heißt bei den Risiken, die sich aufgrund des – zunehmend altersnormierten – Ausschlusses aus dem Erwerbsleben ergaben. Diese Sicherung eines Mindestlebensstandards alter Menschen wird in der Bundesrepublik auch von einer überwältigenden Mehrheit der Gesamtbevölkerung als eine zentrale Staatsaufgabe betrachtet (Haller, 1987; Hauser & Wagner, 1992).

Eine Hauptentwicklung in den 1970er und 1980er Jahren bestand nun in der Wandlung des Wohlfahrtsstaates vom reinen „Sozialversicherungsstaat“ zum gemischten „Dienstleistungsstaat“ (Badura & Gross, 1976; Rückert, 1987; Hörl, 1992). Im Zuge dessen verschoben sich die Akzente in der Sozialpolitik von der Sicherung des Einkommens im Alter zur Sicherung eines weitgehend eigenständigen Lebens im Alter, mit einem Ausbau von Diensten und Einrichtungen für notwendige Hilfe- und Pflegeleistungen für ältere Menschen. Die Bedürfnisse, die sich aufgrund des höheren Risikos personaler Abhängigkeit alter Menschen und den Veränderungen in den familiären Hilfesystemen ergeben, rückten immer mehr ins Zentrum der Betrachtung. Die neuere Entwicklung zielt also nicht mehr nur darauf ab, ältere Menschen ökonomisch abzusichern, sondern zusätzlich den Verlust ihrer Autonomie, im Sinne einer eigenständigen Haushalts- und Lebensführung, zu verhindern. Die eingesetzten Mittel

---

<sup>5</sup> Eine genauere Darstellung der im Pflege VG verankerten Abgrenzungen und Leistungsansprüche wird im Abschnitt 2.2 erfolgen. Für den vorliegenden Abschnitt ist festzuhalten, dass die Einführung der Pflegeversicherung und die in ihr enthaltenen Regelungen eingebettet sind in die Diskussion um den Aus- und Umbau der sozialen Dienstleistungen.

bestehen dabei nicht mehr nur in Transferleistungen, sondern im Angebot von kollektiven Dienstleistungen und Einrichtungen. Dies bedeutet eine über einfache den Lebensstandard betreffende Maßnahmen wie die Substitutionseinkommen hinausgehende Einbeziehung der Lebensführung der (alten) Menschen (Baldock & Evers, 1991; Guillemard, 1992).

Diese Expansion der sozialen Dienstleistungen lässt sich anhand des Anteils der Erwerbstätigen in den sozialen Diensten nachweisen. So stieg dieser Anteil zwischen 1970 und 1982 in der Bundesrepublik von 5,4 auf 8,8 Prozent an (Riede, Schott-Winterer & Woller, 1988). Damit wiesen die sozialen Dienste innerhalb des tertiären Sektors die weitaus größten relativen Zuwächse auf. Bauer und Dießenbach (1986) geben einen Anstieg um durchschnittlich 3 Prozent pro Jahr im Zeitraum von 1977 bis 1981 für die Mitarbeiter der Wohlfahrtsverbände an, und Rückert (1987) berichtet von hohen Zuwachsraten bei den Mitarbeitern in den qualifizierten Altenpflegeberufen.

Dies bedeutet indes nicht, dass der Einkommenssicherung und dem Dienstleistungsangebot der gleiche Stellenwert beigemessen würde. Nach wie vor wird der weitaus überwiegende Teil der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen von der Familie erbracht (Alber, 1991; Schneekloth & Potthoff, 1993). In einer international vergleichenden Perspektive stellen Hashimoto und Kendig fest, dass

„Public support for older people is likely to vary significantly between income support and services. Income support and health care generally are the responsibility of individual older people, employers, and government – and seldom with families in any direct way. (...) With community and residential services, a very different set of questions arise. Responsibility in these areas typically remains primarily with family members, except in the very high levels of frailty or other care requirements, and services are seldom available to all who would qualify for them. (...) Few countries have resolved the major issues as to whether services are intended to complement family support, serve as an alternative of choice, or serve as an alternative of last resort because no family is available.“ (Hashimoto & Kendig, 1992, S. 6)

Die neue Diskussion über die Bedeutung von Sozialdiensten zielt nunmehr auf deren Konzeption und Organisation. Definiert werden die Sozialdienste als vorwiegend professionell geprägte personenbezogene Dienstleistungen, die außerhalb des primären Lebenszusammenhangs erbracht werden und die Bereiche Beratung, Behandlung, Betreuung und Pflege umfassen (Dieck, 1993; Gross, 1993). Die Aufgabe dieser Dienste ist die Unterstützung von Menschen mit Leistungseinschränkungen, sei es nun expressiv, das heißt auf Kommunikation aufbauend, oder instrumentell, das heißt auf praktische Tätigkeit hin ausgerichtet (Netten, 1993). Konzepte zentral organisierter sozialer Dienste mit standardisierten Handlungsmustern und bürokratischem Charakter werden zunehmend zu Gunsten dezentralisierter, flexibler Dienstleistungen, die eher auf unterschiedliche individuelle Bedürfnisse zugeschnitten sind, aufgegeben (Baldock & Evers, 1991).

Der gesellschaftspolitische Ursprung der sozialen Dienstleistungen liegt, folgt man Hörl, darin, dass „die kulturelle Integrität der Gesellschaftsordnung nicht durch massenhaft auftretende Verwahrlosungsphänomene bei den sich selbst nicht mehr versorgen könnenden alten Menschen verunsichert werden soll“ (Hörl, 1992, S. 48). Ein offener Notstand würde demzufolge dem wohlfahrtsstaatlichen Modell und dem in der Bevölkerung verankerten Gerechtigkeitsmotiv zuwiderlaufen. Die Unberechenbarkeit des Risikos der Hilfebedürftigkeit, das heißt die Ungewissheit, wen es im Einzelfall trifft und wann, würde vor dem Hintergrund der demographischen und sozialen Veränderungen immer mehr zum sozialen Problem (Hörl, 1992).

Die überproportionale Zunahme der Sach- und Dienstleistungen im Vergleich zu den Einkommensleistungen ist also letztlich auf die Erkenntnis zurückzuführen, dass das Prinzip der Risikominderung sozialer Notlagen durch Geld allein nicht erreicht werden kann. Einschrän-

kungen der Mobilität beispielsweise können durch Geldleistungen allein nur sehr unzureichend bekämpft werden. Zusätzlich ist eine direkte Erfolgskontrolle bei Geldleistungen schwierig. Auf der anderen Seite erscheint eine totale Betreuung in einem Alten- und Pflegeheim eine aus fiskalischen und humanitären Gründen unangemessene Alternative, weshalb „nach und nach die Alternspolitik der verschiedenen europäischen Länder den Pflege- und Sozialdiensten Priorität gegenüber der Institutionalisierung eingeräumt (hat)“ (Guillemard, 1992). Die personalen sozialen Dienstleistungen entwickeln sich daher zunehmend von standardisierten Formen, bei denen Gleichbehandlung und Verlässlichkeit garantiert werden sollten, zu flexibleren Formen, die den unterschiedlichen individuellen Bedürfnissen Rechnung tragen sollen. Als augenfälligste Entwicklung in dieser Hinsicht ist sicherlich eine Substitutionspolitik zu nennen, die eine verstärkte Ersetzung stationärer Altenhilfedienste durch ambulante Dienste (Hauswirtschaftliche Dienste und Hauspflegedienste) anstrebt (Baldock & Evers, 1991; vgl. auch Kap. 2).

Damit ist aber auch ein wesentlicher Punkt der neueren Diskussion um die Versorgung alter Menschen mit Hilfe- und Pflegeleistungen angesprochen, die im Kern die Frage nach „zeitgemäßen und zukunftsorientierten Mustern sozialer Dienste und Sicherungen sowie einer Balance zwischen öffentlicher und privater Verantwortung“ (Baldock & Evers, 1991, S. 232) zum Ausdruck bringt.

Der Trend zur Dienstleistung in der Altenhilfepolitik sollte nun aber auch nicht überinterpretiert werden. Die materielle Substitution des Ausfalls von Erwerbseinkommen spielt ebenso wie die sachlichen Leistungen die entscheidende Rolle. Die Einkommensleistungen sind in absoluten Werten nach wie vor dominierend. Der Ausbau sozialer Dienstleistungen ist zudem nur unter der Voraussetzung einer materiell weitgehend gesicherten Bedarfslage überhaupt erst sinnvoll. Im Übrigen decken sie trotz der Expansion der letzten 20 Jahre im Vergleich zu den informellen Leistungen, vor allem der Familie, nach wie vor nur einen sehr geringen Teil der Hilfe- und Pflegeleistungen für ältere Menschen ab.

Unklar ist auch, wer die Nutzer der sozialen Dienstleistungen sind und wie diese Entwicklung zu bewerten ist. So herrscht keineswegs Einigkeit hinsichtlich der Ursachen und Wirkungen der Expansion und der Neuorganisation personenbezogener sozialer Dienstleistungen.

### *Ursachen der Dienstleistungsexpansion*

Ein weit verbreiteter Erklärungsversuch sieht die demographische Entwicklung als Triebfeder für die Expansion der sozialen Dienstleistungen. Demzufolge sinken die Betreuungschancen durch Angehörige aufgrund zunehmender Kinderlosigkeit, sinkender Kinderzahlen und steigender Scheidungsziffern so stark ab, dass notwendigerweise Dienstleistungen in Anspruch genommen werden müssen. Obwohl in Zukunft das quantitative familiäre Altenhilfepotential wahrscheinlich sinken wird (vgl. Abschnitt 1.2.3), vermag diese Argumentation jedoch nicht die Entwicklung der letzten 20 Jahre zu erklären. Dem Umfang, in dem die personenbezogenen sozialen Dienstleistungen für ältere Menschen in diesem Zeitraum angewachsen sind, steht kein quantitativ gleichwertiger Rückgang des familiären Altenhilfepotentials gegenüber (Bauer & Dießenbach, 1986; Rückert, 1987).

Modernisierungstheoretische Erklärungsansätze sehen den „Funktionsverlust der Familie“ als Antriebskraft für die Expansion der sozialen Dienstleistungen (Bäcker, 1979; Gross, 1983; vgl. Abschnitt 1.2.3). Die moderne Familie ist demnach nicht mehr in der Lage oder nicht mehr gewillt, gegebenenfalls genügend zeitliche und personelle Ressourcen für Hilfe- und Pflegeleistungen ihrer älteren Familienmitglieder zur Verfügung zu stellen. Die wachsende

Frauenerwerbstätigkeit und nicht mehr ohne weiteres zurückzuschraubende Freizeit-, Konsum- und Mobilitätsgewohnheiten als strukturelle und kulturelle Folgen objektiven sozialen Wandels stehen demzufolge im Widerspruch zu dem traditionellen, vormodernen Verständnis von Familiensolidarität. Zu den Kindern, deren alleinige Erziehung vor noch nicht allzu langer Zeit mit der modernen Familie nicht mehr vereinbar war, gesellen sich heute die Alten und Kranken. Mit der zunehmend allgemeingültiger werdenden Sorge um die alten Eltern wird die Nichtvereinbarkeit von Familie und Beruf, die Kaufmann (1988) als „magisches Viereck einer lebenslangen Ehe, eines eigenständigen beruflichen Fortkommens von Mann und Frau und von (mehrfacher) Mutterschaft“ beschreibt und die sich nur in „Ausnahmefällen realisieren (lässt)“ (Kaufmann, 1988, S. 398), zusätzlich erschwert.

Darüber hinausgehend sieht Hörl (1992) aufbauend auf Webers Rationalisierungsthese den praktischen Rationalismus im Sinne der Ausbildung einer methodischen Lebensführung als zu Grunde liegende Entwicklungskraft bei dem Ausbau sozialer Dienstleistungen. Zur modernen praktisch-rationalen Lebensführung gehöre letztlich „auch ein kluger und umsichtiger Gebrauch von technisch effizienten Ressourcen an Stelle, in Ergänzung oder in Kompensation prekär gewordener familialer Ressourcen“ (Hörl, 1992, S. 5). Die sozialen Dienstleistungen werden von den mit Hilfefragen befassten Akteuren zunehmend selbstverständlich als „Lebensführungsinstrumente“ benutzt. Dieser „Rationalisierungsschub“ wird als „tiefere Wurzel der grandiosen quantitativen Expansion der sozialen Dienstleistungen in den letzten Jahrzehnten gesehen“ (Hörl, 1992). Die demographische Entwicklung ist in diesem Sinne eine „zwar für die sozial- und gesundheitspolitische Planung (...) wichtige Randbedingung, aber nicht die Antriebskraft der sozialpolitischen Entwicklung“ (Hörl, 1992, S. 5). Die kulturellen Normen erlauben zwar keine augenfällige Vernachlässigung der hilfebedürftigen Familienmitglieder, den Angehörigen hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen wird jedoch die alleinige Verantwortung für Hilfe- und Pflegeleistungen nicht mehr „zugemutet“. Die Vermittlung und Koordination öffentlicher Dienstleistungen wird als Alternative für die Erbringung eigener Leistungen akzeptiert. Von besonderer Bedeutung bei diesem Erklärungsansatz ist, dass auch die alten Menschen selbst die „Verschiebung im Zumutbaren“ anerkennen und sich in ihrer Lebensführung diszipliniert in diese Situation einfügen. Rationalisierung verändert also zum einen den Lebensstil der Familie und zum anderen fördert sie die Entwicklung staatlicher und verbandlicher Bürokratie (Hörl, 1992). Letztlich bilden sich aufgrund des Rationalisierungsprozesses spezielle soziale Dienstleistungssysteme, die eine rationalisierte Lebensführung stabilisieren und verstärken. Diese Dienstleistungssysteme entstehen insofern aufgrund neuer Bedürfnisstrukturen, die von traditionellen Hilfesystemen nicht oder nur unzureichend abgedeckt werden können (Baldock & Evers, 1991; Hörl, 1992).

Nicht allein der Ausbau sozialer Dienste ist demzufolge auf eine veränderte Bedürfnisstruktur zurückzuführen, sondern auch deren Organisation. Durch eine wachsende „Ausdifferenzierung unterschiedlicher Pflegebedarfe und Bedürfnisse“ (Baldock & Evers, 1991, S. 237) verändert sich die Aufgabenstellung für die personalen Dienstleistungen. Speziell in den medizinischen und sozialen Hilfs- und Pflegebereichen sind die Aufgaben komplexer und langwieriger geworden, sodass den unterschiedlichen Hilfe- und Pflegebedürfnissen individueller Nutzer entsprechende Dienste an Stelle von standardisierten, einem einheitlichen Schema folgenden Diensten, beispielsweise eines Alten- oder Pflegeheimes, verstärkt ausgebaut und finanziert wurden.

Es muss hinzugefügt werden, dass die Umorganisation der sozialen Dienstleistungen als sozialpolitisches Programm in erster Linie wohl eine effizientere Verwendung der knapper

werdenden Finanzmittel sicherstellen soll (Baldock & Evers, 1991; Guillemard, 1992; Mayer u.a., 1992). Die personalen sozialen Dienstleistungen sind somit auch als Teil einer Reprivatisierung – und damit auch Deprofessionalisierung (Regus & Trenk-Hinterberger, 1985) – sozialer Problemlösung, das heißt Rückverlagerung in die Familie und einen kommerziellen Pflegemarkt, zu sehen. Zentrale Großorganisationen wie Altersheime erlauben schon aufgrund räumlicher Segregation keine Mobilisierung informeller Helfer. Dezentrale soziale Dienste wie die verschiedenen ambulanten Versorgungsangebote vermögen hingegen in stärkerem Maße kostengünstigere informelle Hilfeleistungen zu aktivieren (Galler, 1990; Baldock & Evers, 1991).

### *Folgen der Dienstleistungsexpansion*

Ein Ansatz der Dienstleistungstheorie nimmt an, dass der Ausbau der Dienstleistungen gleichbedeutend ist mit einer Schwächung der „vorinstitutionellen“, also im Wesentlichen der verwandtschaftlichen, informellen Hilfesysteme. Die neuen sozialen Dienstleistungen und deren Ausbau beruhe demzufolge nur auf einer Substitution bisher unentgeltlich erbrachter Hilfe durch kommerzielle und öffentliche Hilfe. Sowohl Offe (1984) als auch Kaufmann und Schäfer (1979) sehen in der Expansion sozialpolitisch motivierter Dienste eine Verdrängung der Selbstversorgung, die bisher unentgeltlich durch informelle Hilfenetze erbracht wurde, und keine Verdrängung einer Marktversorgung.

Diese These der Substitution privater durch öffentliche Leistungen geht davon aus, dass durch Sozialpolitik geschaffene öffentliche Güter und Dienste den Bedarf sowie die Nachfrage nach privaten Dienstleistungen ersetzen. Dieser Prozess wird beschrieben als Übergang von privater zu öffentlicher Abhängigkeit. Im Falle der sozialen Dienstleistungen für alte Menschen wird demzufolge eine Verdrängung der familiären Hilfe, der nachbarschaftlichen Hilfe und auch der Selbstversorgung der alten Menschen ebenso wie privatwirtschaftlich organisierter Hilfe konstatiert, da nun der Wohlfahrtsstaat diese Leistungen übernimmt. Die Substitutionsthese nimmt an, dass die Zunahme öffentlicher Leistungen in der Versorgung und Betreuung hilfebedürftiger, alter Menschen einen Rückzug der Familien zur Folge hat. Je mehr Hilfeleistungen vom Staat erbracht werden, desto weniger Leistungen erbringen die Familien. Umgekehrt bedeutet dies, dass ein Rückzug des Staates durch die Restriktion möglicher Alternativen gleichbedeutend mit einer Zunahme der informell erbrachten Leistungen sein müsse. Innerhalb dieser Theorie folgen also die Normen und Werte den Opportunitätsstrukturen: Familien und andere Mitglieder des sozialen Netzwerks erbringen nur die Leistungen, die sie erbringen müssen. Sozialpolitisch motivierte Dienstleistungen schwächen demzufolge die moralische Verantwortung der Familien, notwendige Hilfe- und Pflegeleistungen zu erbringen. Hörl (1992) formuliert diesen Standpunkt sehr deutlich in der Frage: „Vor dieser Situation stehen wir heute: der Überlebensbedarf der Alten scheint wohlfahrtsstaatlich weitgehend gesichert, was soll denn die Angehörigen noch veranlassen, die Alten – und zumal die hilfebedürftigen unter ihnen – zu versorgen und zu betreuen?“ (Hörl, 1992, S. 9) So wurde auch jahrelang die Einführung einer Pflegeversicherung mit dem Argument abgelehnt, das „moral-hazard“-Phänomen<sup>6</sup> fördere die Bereitschaft, Pflegebedürftige in

---

<sup>6</sup> Kurz umschrieben meint „moral-hazard“ in diesem Zusammenhang, dass unter den Bedingungen einer (gesetzlichen) Pflegeversicherung die Versicherten ihren individuellen Nutzen zu Lasten der Allgemeinheit zu maximieren versuchen, das heißt ihre Nachfrage erhöhen.

Heime einzuweisen oder doch zumindest professionelle Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, um die Versicherungsbeiträge wieder hereinzuholen (Wasem, 1983). Eine beitragsfinanzierte Pflegeversicherung führe zu einem „Ansturm auf die Pflegeheime“ (S. 372) und zur Isolierung, da es dann „nicht mehr nötig (sei), sich intensiv um Angehörige zu kümmern, weil das der Krankenschein erledigt“ (Surminski, 1980, S. 43).

Die Substitutionsthese unterstellt, dass informelle Helfer und staatliche Institutionen und Bürokratien prinzipiell die gleichen Leistungen erbringen können. Die These komplementärer Leistungen (Litwak, 1985) geht demgegenüber davon aus, dass staatliche und informell erbrachte Leistungen unterschiedliche Aufgabengebiete umfassen können, da formelle und informelle Hilfequellen unterschiedlich strukturiert sind. Nach Litwak können professionelle Dienste lang andauernde Aufgaben, die standardisierbar sind und professionelles Training erfordern, übernehmen, derweil informelle Helfer kurzfristige, unvorhersehbare instrumentelle Hilfeleistungen und emotionale Unterstützung zu leisten vermögen. Chappell und Blandford (1991) sehen die ergänzenden Leistungen der Familie und staatlicher Dienstleistungen nicht in einer aufgabenspezifischen Arbeitsteilung. Vielmehr gehen sie davon aus, dass prinzipiell alle Aufgaben von formellen und informellen Helfern erbracht werden können. Ebenso wie Litwak sehen aber auch sie die Möglichkeit, durch die Unterstützung formeller Dienste die Hilfeleistungen informeller Helfer zu ermöglichen oder zu intensivieren. Die Expansion der sozialen Dienstleistungen aus der Perspektive komplementärer Leistungen hat demnach keine Verdrängung familiärer Leistungen zur Folge, vielmehr vermag sie informelle Hilfe erst zu ermöglichen und auszuweiten. Grundlegende Voraussetzung ist jedoch eine Umorganisation der sozialen Dienstleistungen in Richtung eines verstärkten Angebots ambulanter sozialpflegerischer Dienste, um eine komplementäre Arbeitsteilung überhaupt erst zu ermöglichen.

Das „hierarchisch-kompensatorische Modell“ (Cantor, 1980) geht von einer nachrangigen Substitution von Familienbeziehungen aus. Dem Modell zu Folge richten sich Hilferwartungen generell zunächst an den Partner, danach an enge Verwandte, danach an Freunde und Bekannte und erst dann an formelle Hilfeinstanzen. Fehlt die in der Hierarchie oben stehende Beziehung oder ist sie gestört, springen quasi die auf der nächsten Stufe folgenden Beziehungen ein. Von Bedeutung ist bei diesem Erklärungsmodell, dass sich Hilferwartungen generell zuletzt an formelle Hilfeinstanzen richten, unabhängig von Veränderungen in der Angebotsstruktur dieser Dienste. Die Präferenzen der Individuen werden also nicht von den Opportunitätsstrukturen beeinflusst.

Aufbauend auf der Theorie der „strukturierten Abhängigkeit“ der Älteren (Townsend, 1981) werden die sozialen Dienstleistungen als neue Betreuungsstrukturen gesehen, die ihr Ziel der Erhaltung der Autonomie der älteren Bevölkerungsgruppe indes verfehlen (Townsend, 1981, 1986; Guillemard, 1992). Ganz im Gegenteil, „die neuen Betreuungsstrukturen scheinen aus jeder körperlichen Beeinträchtigung oder sozialen Benachteiligung eine Abhängigkeit zu konstruieren“ (Guillemard, 1992). Gross (1983) sieht bei den sozialen Dienstleistungen sogar die Gefahr der Propagierung eines inflationierten Krankheitsbegriffs aus professionellem Interesse. Durch die Einbindung in nicht-gegenseitige Austauschbeziehungen, die den betroffenen alten Menschen keine Wahlfreiheit und auch keine Gestaltungsmöglichkeiten geben, werden diese älteren Menschen zu Empfängern von Dienstleistungen, deren Art und Umfang sie nicht selbst bestimmen können. Die Vielzahl der angebotenen Dienstleistungen, die zudem von unterschiedlichen Trägern erbracht werden, und die Orientierung an den institutionellen Vorgaben (Leistungskriterien, Geltungsbereich, Verfügbarkeit) ziehen eine Abhängigkeit von den formalen Richtlinien der Institutionen nach sich, die auf-



grund ihrer bürokratischen Strukturen die spezielle Bedürfnislage des Einzelnen aus den Augen verlieren. Dies verweist auf einen Aspekt der sozialen Dienstleistungen, der in Analogie zur Krankenrolle gesehen werden kann. Ähnlich wie das mehrfach beschriebene Rollen-Dilemma eines Kranken (Parsons, 1951; Goffman, 1973) verbessert der Einsatz der sozialen Dienstleistung die Lebenschancen der als hilfebedürftig anerkannten alten Menschen, „doch nur um den Preis einer Unterwerfung unter die bürokratische Ausformung dieser Dienstleistung. Die Lebensprobleme der Menschen werden in technische Probleme umdefiniert und nach Effizienzkriterien entschieden (...)“ (Hörl, 1992, S. 21)

Einige Bürokratiekritiker (Diamon & Narr, 1985) schreiben der Bürokratie – und damit auch den verrechtlichten helfenden personalen Dienstleistungen – lediglich eine entpersönlichte, kalte Effizienz zu. Von den spezifischen sozialen Problemen der Individuen werde abstrahiert, weshalb Bürokratie auch nur instrumentell rational wirken könne und sich vornehmlich als Machtinstrument eigne. Die Bedürfniserfüllung ist aus dieser Sicht illusionär, da die Bedürfnisse von der Bürokratie selbst definiert werden (beispielsweise die Beurteilung, ob bestimmte Kriterien von Hilfebedürftigkeit erfüllt sind). Die Bürokratisierung und mithin die Expansion der sozialen Dienstleistungen lassen die sozialen Probleme erst entstehen. Dies gelte auch für den „Prozeß abnehmender – richtiger: bürokratisch zerschlagener und ersetzter – sozialer Bindungen“ (Narr, 1987). Hier werden ausschließlich die Entpersönlichung und formale Rationalität sozialer Dienstleistungen in ihrer bürokratischen Ausformung thematisiert. Der Gesichtspunkt der Bedürfniserfüllung gerät zur bloßen Nebensache.

Bezug nehmend auf Max Weber beschreibt auch Hörl (1992) die sozialen Dienstleistungen als bürokratische Organisationen, die Abhängigkeit produzieren. „Hat nun der alte Mensch (...) eine Sozialdienst-Alternative gewählt, dann ist er freilich ausweglos (es sei denn um den Preis des Abbruchs der Hilfe) der formalen Rationalität und den Effizienzkriterien dieser bestimmten organisierten sozialen Dienstleistung unterworfen, er wird zum ‚Fall‘, partiell entpersönlicht.“ (Hörl, 1992, S. 11) Demgegenüber stellt er auf der Basis empirischer Untersuchungen informelle Elemente in der Ausübung der sozialen Dienstleistungen fest, ohne die „keine auch noch so perfekt reglementierte und trainierte Dienstleistungssituation auf Dauer funktionieren kann“ (Hörl, 1992, S. 37). Die Einzigartigkeit der ambulanten Dienstleistungssituation beruhe auf der bewussten Herstellung einer Alltagssituation als präventives und therapeutisches Mittel.

Aus dieser Sicht kann nicht von einer eindimensionalen Verdrängung oder Zerstörung informeller Hilfenetze durch soziale Dienstleistungen ausgegangen werden. Vielmehr schließen sie schon immer bestehende Lücken der Versorgung und tragen neuen Bedürfnissen Rechnung (Baldock & Evers, 1991; Hörl, 1992). Insbesondere Dienstleistungen, die von professionell ausgebildeten Fachkräften ausgeführt werden, wie ambulante Heilgymnastik oder Logotherapie, sind hier zu nennen.

Als indirekte Folge der Expansion personaler Dienstleistungen wird auf die gestiegene Nachfrage nach Frauen auf dem Arbeitsmarkt hingewiesen (Rein, 1985; Esping-Anderson, 1990)<sup>7</sup>. Der Ausbau der sozialen Dienstleistungen hat demnach die Arbeitsmarktchancen von Frauen erhöht, da sie die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung und Arbeitsplätze auch für Frauen

---

<sup>7</sup> In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Entwicklung der sozialen Dienstleistungen auch auf deren arbeitsmarktpolitische Funktion zurückgeführt wird, das heißt als Beschäftigungsfeld für überschüssige Arbeitskräfte (Offe, 1984).

mittleren Alters bieten. Der berufliche Wiedereinstieg wird bei Teilen der ambulanten Dienstleistungen dadurch erleichtert, dass spezielle Qualifikationen nicht immer verlangt werden. Hörl (1992) sieht einen sich „aufschaukelnden sozialen Prozeß“ (Hörl, 1992, S. 52), der sich so zusammenfassen lässt, dass der Trend zur unabhängigen Erwerbsbeteiligung von Frauen die Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen für alte Angehörige erschwert, was zu einer Expansion sozialer Dienstleistungen und einem Ausbau der Arbeitsplätze in diesem Bereich führt. Dies wiederum führt zu einer verstärkten Einbindung von Frauen in den Arbeitsprozess.

### *Folgerungen*

Trotz gleicher Ursachendiagnose hinsichtlich des Entstehens und der Expansion sozialer Dienstleistungen – Substitution unentgeltlicher durch entgeltliche Dienste als Folge objektiven sozialen Wandels und Ungewissheit über die Zukunft der Familie – herrscht Uneinigkeit über die zu ziehenden Konsequenzen. Generell bewegen sich die Vorstellungen zwischen zwei extremen Formen.

Die Befürworter starker staatlicher Eingriffe plädieren für einen weiteren Ausbau staatlich und gemeinwirtschaftlich organisierter Dienste (Bäcker, 1979; Naegele, 1985). Als Argument wird die wachsende Zahl von allein lebenden Personen, deren soziale Kontakte kaum eine verlässliche Hilfequelle darstellen, angeführt. Als weiteres Argument wird eine ungleiche geschlechtliche Arbeitsteilung, die durch den Rückgriff auf informelle Ressourcen verfestigt würde, genannt. Verwiesen wird ebenfalls auf den Konflikt zwischen dem wachsenden Streben nach individueller Unabhängigkeit und einer Verpflichtung zur Familiensolidarität. Der Funktionswandel der Familie wird hier implizit als Funktionsverlust interpretiert und die familiären Hilfesysteme als unwiderruflich verloren wahrgenommen. Der bürokratische Charakter der sozialen Dienstleistungen und damit einhergehende Fragen über die Qualität informeller und formeller Pflegeleistungen werden dabei nicht thematisiert.

Demgegenüber wird für eine Reprivatisierung im Sinne einer Stärkung der familiären Solidarität und anderer unentgeltlicher Hilfenetze plädiert (Gross, 1983; BMJFFG, 1986). Zum einen aus rein fiskalischen Gründen – informelle Hilfe wird als kostengünstigste Versorgungsform betrachtet –, zum anderen aber auch, da Unentgeltlichkeit und Informalität – im Gegensatz zu Entgeltlichkeit und Formalität – mit einer größeren Mitmenschlichkeit und damit qualitativ besserer Versorgung gleichgesetzt werden. Die Betonung des bürokratischen Charakters formaler Dienstleistungen wird hierbei explizit thematisiert. Übersehen werden dabei die Spannungen und Belastungen, die eine Pflegesituation für die Familie bedeuten kann. Zudem erscheint es fraglich, ob informelle Hilfenetze und die Familien strukturell wie kulturell für die Übernahme zusätzlicher Leistungen in der Lage bzw. bereit sind.

Eine Reprivatisierung im Sinne einer Stärkung kommerzieller Anbieter erscheint für gewisse Bereiche der sozialen Dienstleistungen für Ältere eine weitere mögliche Alternative. Mit dem demographisch gesicherten Wachstum des Altenhilfemarktes ergeben sich ökonomische Anreize für privatunternehmerische Anbieter (Behrend u.a., 1987). Allerdings würde eine umfassende Kommerzialisierung der helfenden sozialen Dienstleistungen dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit widersprechen, das heißt, soziale Ungleichheiten würden sich verstärken. Angehörigen unterer und mittlerer Schichten bliebe die Inanspruchnahme kommerzieller personaler Dienstleistungen aufgrund mangelnder Kaufkraft schlicht verwehrt. Darüber hinaus tragen auch gewinnorientierte Unternehmen formalen Charakter, das heißt, eine qualitative Verbesserung der Versorgung und Betreuung aufgrund größerer Mitmensch-

lichkeit ist nicht notwendigerweise zu erwarten. Eine Kommerzialisierung in geringem Umfang kann indes eine belebende Konkurrenz mit positiven Auswirkungen auf die Qualität bedeuten.

Zwischen diesen beiden Extremen, einer Stärkung staatlicher Verantwortlichkeit auf der einen Seite und einer (kommerziellen oder familiären) Privatisierung auf der anderen Seite, bewegen sich die Vorstellungen einer Neuaufteilung der Verantwortlichkeiten und Trägerschaften hin zu einem „organisierten Wohlfahrtspluralismus“. Es geht dabei um die Einbeziehung aller mit der Versorgung und Betreuung alter Menschen befasster Akteure, das heißt dem staatlich-öffentlichen Sektor, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, dem informellen Bereich, dem kommerziellen Sektor und der zu versorgenden Person. Die Frage der optimalen Mischung dieser Bereiche steht im Zentrum der gegenwärtigen Diskussion um die zukünftige Altenhilfepolitik, wobei die Aufwertung privater Verantwortlichkeit und die Stärkung kommerzieller Träger und Anbieter von Dienstleistungen als eine generelle Neuorientierung festzustellen sind (Baldock & Evers, 1991; Gibson, 1992). So sagen Berger und Offe (1984) eine Trendumkehr im öffentlichen Dienstleistungsbereich und eine Zunahme haushaltsnaher Privatisierung, das heißt der familialen „Selbstversorgungswirtschaft“ sowie kommerzieller Privatisierung, voraus.

## Kapitel 2

# Die institutionellen Rahmenbedingungen: Der gesundheits- und sozialpolitische Kontext

In zweifacher Hinsicht stellt Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einen sozialen Tatbestand dar: Zum einen wird ein Interaktionszusammenhang hergestellt, weil ein Mensch aufgrund von Krankheit oder Behinderung auf die Hilfe anderer angewiesen ist, zum anderen aber auch, weil sozialpolitische Leistungsgesetze wichtige Rahmenbedingungen für die Wahrnehmung von und den Umgang mit Pflege- und Hilfebedürftigkeit schaffen. Deshalb wird in diesem Kapitel die Frage behandelt, welche Hilfen von institutioneller Seite für die älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und deren Pflegepersonen bereitgestellt werden. Dies ist auch insofern von Belang, als die unterschiedlichen Arten von Diensten mit unterschiedlicher Zugänglichkeit, Finanzierung und persönlicher Kosten zu unterschiedlichen Reaktionen führen und verschiedenartiges Nachfrageverhalten produzieren können (Illsey & Jamieson, 1989). Dieses Kapitel beschäftigt sich also mit den zur Verfügung stehenden Einrichtungen und Diensten des organisierten Dienstesystems und mit den Leistungen und Finanzierungsstrukturen in diesem Bereich. Bei diesem Überblick über das bundesrepublikanische System der Altenhilfe werden die relevanten Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens der Bundesrepublik und die in diesem Zusammenhang wichtigen Institutionen und gesetzlichen Verankerungen dargestellt<sup>8</sup>. Die Regelungen, die für die im Rahmen der Berliner Altersstudie (BASE) befragten Älteren zum Zeitpunkt der Befragung relevant waren, stehen im Folgenden im Vordergrund. Es wird allerdings auch eine kritische Auseinandersetzung mit dem seit 1995 geltenden Pflegegesetz<sup>9</sup> erfolgen.

### 2.1 Einrichtungen und Dienste für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen

Das Gesundheitswesen und das Sozialwesen in der Bundesrepublik sind zwei eigenständige, kaum verbundene Bereiche, die sich administrativ, institutionell und personell unterscheiden. Der jeweilige Organisationsrahmen ist zwar nicht durch allgemeine Gesetze festgelegt, für einzelne Interventionsbereiche existieren jedoch rechtlich regulierte Zuständigkeiten. Das Krankenhauswesen ist beispielsweise im Gesundheitsbereich, die so genannten „Sonderwohnformen“, also die Heimunterbringung, sind im Sozialbereich verankert. Auf einzelnen Gebieten, vor allem der Altenhilfe, der Behindertenpolitik und der Versorgung pflegebedürftiger Personen, gibt es jedoch institutionelle und personelle Kooperation.

---

<sup>8</sup> Für einen umfassenden Überblick siehe Gitschmann (1987), Igl (1987), Bäcker u.a. (1989a), Holz (1990) und Bauer-Söllner (1991).

<sup>9</sup> Am 1. April 1995 wurde das PflegeVG in der ersten Stufe eingeführt, das heißt, seither können ambulante Leistungen nach diesem Gesetz in Anspruch genommen werden. Die Übernahme stationärer Leistungen wurde erst mit der endgültigen Einführung am 1. Juli 1996 ermöglicht.

Die jeweilige gesetzgebende Kompetenz liegt vorrangig beim Bund, die Verwaltungskompetenzen liegen in der Ausführung bei den Ländern, denen für die Erbringung von Leistungen ein weiter Gestaltungsspielraum bleibt, was einen Überblick über die Angebotsstruktur im Sozial- und Gesundheitsbereich erschwert. Außerdem werden für die Erbringung von Sach- und Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich in der Regel Dritte herangezogen (Ausnahmen sind der öffentliche Gesundheitsdienst und öffentlich bereitgestellte Dienste auf kommunaler Ebene). Für den Bereich der Wohlfahrtspflege ist beispielsweise die Kooperation mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege gesetzlich vorgeschrieben. Einrichtungen in privater Trägerschaft sind weitere Leistungserbringer. Allgemeine Aussagen über die Leistungserbringung (das heißt Art der Leistung, Personal und Kostenträgerschaft) sind im Sozialbereich noch schwieriger als im Gesundheitsbereich, da es außer dem Heimgesetz (HeimG) keine wesentlichen bundeseinheitlichen Regelungen für die Erbringung der Leistungen gibt. Zudem wird im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) die Art und Weise der Leistungserbringung kaum vorgeschrieben, es bedient sich allenfalls bestimmter allgemeiner Rahmenbegriffe. Ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialsektor besteht demnach im deutlich geringeren Verrechtlichungsgrad des Sozialbereichs. Der Sozialsektor ist zudem durch das Subsidiaritätsprinzip gekennzeichnet, demzufolge die kleinste gesellschaftliche Einheit, die für die Erbringung der Dienstleistung in Frage kommt, auch aufgerufen ist, diese zu erbringen. Nur wenn die jeweils niedrigere gesellschaftliche Einheit eine Leistung nicht erbringen kann, geht die Verantwortung an die nächsthöhere Einheit über. Auf unterster Verantwortungsebene stehen dabei der Einzelne und seine Familie, auf der obersten Verantwortungsebene ist der Staat angesiedelt.

Zunächst folgt ein kurzer Überblick über die wichtigsten Einrichtungen und Dienste, die, mit Blick auf die Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen und somit indirekt auch für die tatsächlichen oder potentiellen Pflegepersonen des informellen Netzwerks, von Bedeutung sind. Damit soll ein Eindruck vom jeweiligen Leistungsangebot und der Finanzierung vermittelt werden<sup>10</sup>.

Die Gesamtheit aller pflegerischen Dienste für alte Menschen wird mit dem Begriff „Altenpflege“ umschrieben. Die Pflegeleistungen werden unterteilt in Grundpflege und Behandlungspflege. Zur Grundpflege zählen alle nichtmedizinischen Dienstleistungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, beispielsweise Körperpflege, Hilfen beim Essen, beim An- und Ausziehen usw. Behandlungspflege umfasst demgegenüber diagnostische und therapeutische Maßnahmen, beispielsweise die Verabreichung von Injektionen, das Anlegen von Verbänden, Bewegungsübungen usw. Diese professionellen Pflegeleistungen werden ambulant, teilstationär und in stationären Einrichtungen angeboten. Zusätzlich ist die Haushaltshilfe (hauswirtschaftliche Hilfeleistungen) als ein insbesondere für alte Menschen wichtiger Dienst anzuführen.

### *Stationäre Einrichtungen*

Im Gesundheitsbereich sind die in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft stehenden Krankenhäuser zu nennen. Das Finanzierungssystem ist dual aufgebaut, das heißt,

---

<sup>10</sup> Die folgenden Darstellungen basieren – so weit nicht anders vermerkt – auf Dieck (1987), Gitschmann (1987), Igl (1987), Holz (1990) und Bauer-Söllner (1991).

die Investitionsmittel werden von öffentlicher Seite bereitgestellt, die Betriebsmittel werden von den Patienten, also normalerweise von den Sozialleistungsträgern (Krankenkassen), übernommen.

Für die Versorgung von älteren Langzeitpatienten stehen *Krankenhäuser bzw. Abteilungen für chronisch Kranke sowie geriatrisch/gerontopsychiatrische Kliniken bzw. Abteilungen* zur Verfügung. Diese Einrichtungen nehmen Personen auf, die voraussichtlich eine längere Krankenhausbehandlung benötigen. Neben der krankenpflegerischen Betreuung in Grund- und Behandlungspflege sind die Kranken auf häufige ärztliche Versorgung und Behandlungsmaßnahmen angewiesen. Die Behandlungsmaßnahmen zielen darauf ab, eine Besserung oder Linderung der chronischen Leiden und eine Entlassungsfähigkeit zu erreichen. Diese Kliniken bzw. Abteilungen sind Einrichtungen des Gesundheitswesens, weshalb die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden, sofern eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt. In diesen Einrichtungen werden allerdings auch ältere Menschen versorgt, bei denen, als so genannte Pflegefälle, keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt. In diesen Fällen ist der gültige Pflegesatz vom Kranken selbst zu zahlen. Ist dieser dazu nicht in der Lage, wird das Einkommen des älteren Patienten zur Finanzierung der Kosten (plus Taschengeld) vom Sozialamt aufgestockt. Tritt das Sozialamt als Kostenträger auf, wird nach gängiger Praxis der Krankenhausaufenthalt und die Wohnung des Patienten nur über einen Zeitraum von drei Monaten gleichzeitig finanziert. Selbst bei einem längerfristig günstigen Verlauf kann also das Ziel einer Rückkehr in die eigene Häuslichkeit nicht mehr erreicht werden, da die Wohnung binnen drei Monaten aufgelöst wird (Häberle, 1992).

Die stationären Altenhilfeeinrichtungen im Sozialbereich sind dem Heimgesetz unterstellt. In diesem findet sich jedoch keine nähere Beschreibung der einzelnen Heimtypen. Für eine Charakterisierung der Heimtypen wird deshalb auf die Abgrenzungen der Fachliteratur, insbesondere auch des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, zurückgegriffen (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1979, 1986). Zu unterscheiden ist bei den stationären Altenhilfeeinrichtungen zwischen Altenwohnheimen/Seniorenwohnhäusern, Seniorenheimen und Altenpflegeheimen/Krankenheimen.

*Seniorenwohnhäuser* (früher: Altenwohnheime) sind eine bauliche Zusammenfassung in sich abgeschlossener Ein- und Zwei-Personen-Wohnungen, die wie Wohnungen aus dem allgemeinen Wohnungsangebot an Ein- und Zwei-Personen-Haushalte vermietet werden. Sie sind überwiegend aus Mitteln des sozialen Wohnungsbaus finanziert. Ein Einzug in ein Seniorenwohnhaus ist im Allgemeinen vom 65. Lebensjahr an möglich. Die Bewohner leben zu meist in selbstständigen Haushalten, wobei die Wohnungen in Anlage, Größe und Ausstattung den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen angepasst sind. Betreuung und Pflege der Bewohner – wie etwa in einem Seniorenheim – können nicht geleistet werden. Ambulante Hilfedienste können jedoch im Bedarfsfall vermittelt werden. Seniorenwohnhäuser sind somit nicht als Altenpflegeeinrichtungen zu betrachten, da Betreuungsleistungen nicht erbracht, sondern nur vermittelt werden.

Die Bewohner von *Seniorenheimen* (früher: Altenheime) führen keine eigenen Haushalte. Diese Heime nehmen ältere Menschen auf, die ihren Haushalt nicht mehr selbstständig führen können oder wollen, aber keine ständige Pflege oder ärztliche Hilfe benötigen. Normalerweise verfügen die Bewohner über ein eigenes Zimmer und erhalten volle Unterkunft, Verpflegung und Betreuung. So wird für sie unter anderem das Essen zubereitet, die Wäsche gewaschen und die Zimmerreinigung vorgenommen. Außerdem werden für vorübergehend oder dauerhaft pflegebedürftige ältere Menschen die erforderlichen Hilfen in speziellen Pflegeabteilungen des

Seniorenheimes, vorwiegend in Mehrbettzimmern, gewährt. Die Kosten für Wohnung, Verpflegung und Betreuung müssen von den Bewohnern selbst getragen werden. Reichen Einkommen und Vermögen nicht zur Finanzierung der Heimaufenthaltskosten aus, muss die Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

*Kranken- bzw. Pflegeheime* dienen der umfassenden Pflege, Versorgung und Betreuung chronisch kranker alter Menschen, die nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, in ihrer normalen Umgebung jedoch nicht das erforderliche Maß an Hilfen erhalten. Die Unterbringung erfolgt zum Teil in Einzelzimmern, zum überwiegenden Teil jedoch in Doppel- und auch Mehrbettzimmern. Neben Unterkunft und Verpflegung erhalten die Bewohner krankenschwacher Betreuung in Grund- und Behandlungspflege sowie regelmäßige ärztliche Grundversorgung. Da Kranken- und Pflegeheime Einrichtungen des Sozialwesens sind, müssen die Bewohner die Kosten selbst tragen bzw. die Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Aufgrund der höheren Pflegesätze sind die Kosten im Vergleich zum Seniorenheim höher.

Insbesondere für die stationären Einrichtungen des Sozialsektors gilt, dass eine Rückkehr in die eigene Wohnung im Falle einer Verbesserung des Befindens nicht mehr möglich ist, wenn das Sozialamt die Kostenträgerschaft übernommen hat, da nur sehr kurzfristig Wohnung und Heimaufenthalt gleichzeitig finanziert werden (Häberle, 1992).

Anhand der obigen Charakterisierungen der stationären Einrichtungen lässt sich erkennen, dass die Seniorenwohnhäuser eher das Wohnproblem als das Betreuungsproblem älterer Menschen lösen helfen und insofern eine Sonderstellung einnehmen. Die formale Beschreibung der anderen Heimtypen des Gesundheits- und Sozialbereichs trennt zwar die Aufnahme in die unterschiedlichen Heimtypen nach dem Grad der Selbstversorgungsfähigkeit, zeigt aber auch, dass es keine klar definierten Abgrenzungen gibt. So bestehen auch zahlreiche Überlappungen in der aktuellen Klientel der stationären Altenhilfeeinrichtungen (Braun, 1987; Alber, 1991). Überdies werden in den letzten Jahren verstärkt stationäre Wohnbereiche in Pflegeplätze umgewandelt (Braun, 1991). Letztlich sind also alle Einrichtungen – mit Ausnahme der Seniorenwohnhäuser – in die Versorgung und Betreuung von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen einbezogen (Dieck, 1993).

In Gesamtdeutschland gab es Mitte 1992 etwa 8.200 Heime mit insgesamt 660.000 Plätzen, davon schätzungsweise rund 450.000 Pflegeplätze (Rückert, 1993; Sozialpolitische Umschau 451/93). Die „Mehrgliedrigen Einrichtungen“, in denen Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim unter einem Dach zusammengefasst sind, machen mit 3.300 Einrichtungen und 330.000 Plätzen den größten Teil der Heime aus. Etwa 150.000 alte Menschen waren in etwa 2.200 Altenpflegeheimen und 128.000 Ältere in fast 2.100 Altenheimen untergebracht. In den 666 Altenwohnheimen lebten 52.000 ältere Menschen (Sozialpolitische Umschau 451/93). Die durchschnittlichen monatlichen Kosten für einen Platz in einem Altenheim liegen derzeit (Stand: Januar 1995) zwischen 2.500 und 4.500 DM.

Die Finanzierungsstruktur der stationären Einrichtungen im Sozialwesen ist von der im Gesundheitswesen grundsätzlich verschieden. Es gibt im Sozialbereich kein differenziertes, öffentlich gesichertes Finanzierungssystem. Im Gegensatz zur stationären Krankenhausversorgung treten staatliche Instanzen „allenfalls als Finanziers in Gestalt des Ausfallbürgen auf, jedoch nicht als die zentralen Planungs-, Entscheidungs- und Finanzierungsträger, integriert in ein funktionales und aufeinander aufbauendes System“ (Holz, 1990, S. 424). Für die alten Menschen bedeutet dies, dass eine direkte Rechtsbeziehung zwischen ihnen und der Versorgungsinstitution besteht: Leistungserbringer ist die Institution, der alte Mensch ist der Schuldner, das heißt zur Zahlung verpflichtet. Im Gegensatz zum System der Gesetzlichen

Krankenversicherungen (GKV), in dem eine Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen besteht, sind die zu versorgenden alten Menschen bei den stationären Altenhilfeeinrichtungen ein „entscheidender Finanzierungsträger“ (S. 424).

Obwohl derzeit keine Aussagen über alle in stationären Einrichtungen lebenden älteren Menschen möglich sind, gibt eine vom Bundesministerium für Familie und Senioren in Auftrag gegebene Studie Auskunft über die pflegebedürftigen Älteren in Heimen (Krug & Reh, 1992). Dieser Studie zufolge liegt der Anteil der pflegebedürftigen Heimbewohner, die auf Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe (§ 68 BSHG) bzw. auf Hilfe zur Pflege im Rahmen der Kriegsopferfürsorge (§ 26c BVG) angewiesen sind, im Bundesdurchschnitt bei 67 Prozent, das heißt, nur 33 Prozent der stationär versorgten Pflegebedürftigen zahlen die Kosten des Heimaufenthalts selbst. In West-Berlin ist der Anteil der Selbstzahler an den pflegebedürftigen Heimbewohnern noch deutlich niedriger. Hier werden die Kosten des Heimaufenthalts nur von 9 Prozent selbst getragen, 91 Prozent sind also auf die Sozialhilfe oder die Kriegsopferfürsorge angewiesen (Krug & Reh, 1992, S. 25). Den niedrigen Anteil an Selbstzahlern in West-Berlin führen die Autoren auf die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich höheren durchschnittlichen Tagespflegesätze in Berlin zurück. So lagen die durchschnittlichen Tagespflegesätze 1990 in der gesamten Bundesrepublik bei 94 DM und in West-Berlin bei 128 DM (S. 51).

Im Zusammenhang mit stationären Altenhilfeeinrichtungen wird in der Literatur darüber hinaus die unzureichende und qualitativ schlechte Versorgung aufgrund des „eklatanten Pflegenotstands im Heimbereich“ (Alber, 1990, S. 344) kritisiert. So standen, den Angaben des Kuratoriums Deutsche Altersforschung (KDA) zufolge, 1990 einem Mitarbeiter in freigemeinnützigen Einrichtungen im Durchschnitt 2,6 Heimbewohner gegenüber. Bezieht man die insgesamt zur Verfügung stehende Arbeitszeit aller Mitarbeiter eines Heimes auf einen Bewohner pro Tag, ergibt sich ein Wert von 84 Minuten. Einem Mitarbeiter des Pflegedienstes stehen an einem Tag für einen Bewohner in der Pflegestufe a (nicht pflegebedürftig) 18 Minuten, in der Pflegestufe b (erhöht pflegebedürftig) 72 Minuten und in der Pflegestufe c (schwer pflegebedürftig) 120 Minuten zur Verfügung (KDA 6/91). Den individuellen Bedürfnissen entsprechende aktivierende Pflege, Rehabilitation und psychosoziale Betreuung können dabei kaum erbracht werden, vielmehr überwiegt die so genannte Verwahrpflege (Bäcker u.a., 1989a; Braun, 1991; Olbermann & Reichert, 1993).

### *Teilstationäre Einrichtungen*

Teilstationäre Einrichtungen sollen die Lücke zwischen stationärer (Voll-)Versorgung und ambulanter Hilfe schließen. Zu nennen sind hier insbesondere die den Krankenhäusern angeschlossenen *geriatrischen und gerontopsychiatrischen Tageskliniken* sowie die *Tagesheime und Tagespflegeheime*, die dem Sozialsektor angehören.

Die geriatrischen und gerontopsychiatrischen Tageskliniken sind als Einrichtungen des Gesundheitswesens für gewöhnlich Krankenhäusern bzw. Krankenhausabteilungen angeschlossenen. Sie sind für ältere Menschen vorgesehen, die für mehrere Stunden täglich die therapeutisch-rehabilitativen Angebote in Anspruch nehmen. Der Vorteil der Tageskliniken ist darin zu sehen, dass die Patienten tagsüber stationär behandelt werden, die Nächte und Wochenenden aber in der eigenen Wohnung verbringen. So können die familiären Einbindungen erhalten bleiben. Die Tageskliniken können sowohl die stationäre Unterbringung ersetzen als auch Patienten vor und nach der Krankenhausbehandlung aufnehmen, das heißt die Verweildauer im Krankenhaus senken (Dieck, 1987; Fügen, 1988).



Das Angebot der Tagesheime und Tagespflegeheime richtet sich an ältere Menschen, die sich aufgrund körperlicher oder psychischer Einschränkungen nicht mehr selbst versorgen können und deren Versorgung in der eigenen Wohnung nicht mehr sichergestellt werden kann. Notwendige Voraussetzung ist zumeist ein Fahrdienst, der die älteren Menschen an einem oder mehreren Tagen pro Woche in die Tagesheime oder Tagespflegeheime bringt. Über die Angebote des Tagesheimes hinaus bietet das Tagespflegeheim pflegebedürftigen Menschen ärztliche Hilfe, aktivierende Pflege und Therapie. Tagesheime sind demnach das teilstationäre Äquivalent zu den Altenheimen, während die Leistungen der Tagespflegeheime mit denen der Altenkranken- bzw. Pflegeheime vergleichbar sind (Großjohann, 1989; Häberle, 1992; Uhl, 1992).

Als ein weiterer Baustein im Angebot des Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen, das von einigen Autoren den teilstationären Einrichtungen zugerechnet wird (Mollenkopf & Hampel, 1994), ist die *Kurzzeitpflege*<sup>11</sup> anzuführen. Unter Kurzzeitpflege ist eine zeitlich befristete stationäre Ganztagsbetreuung und -versorgung von Personen zu verstehen, die mit Ausnahme dieser wenigen Wochen oder Tage zu Hause (von Angehörigen und/oder ambulanten Diensten) versorgt werden, beispielsweise wenn pflegende Verwandte verreisen wollen oder selbst krank sind. Kurzzeitpflege wird sowohl in eigenständigen Einrichtungen als auch in stationären Einrichtungen erbracht.

Tagespflege und Kurzzeitpflege sind zwei eigenständige Elemente im Versorgungssystem, die sich „insbesondere in der Entlastungswirkung für die Helfer im häuslichen Umfeld“ unterscheiden (Häberle, 1992, S. 1). So werden in der Kurzzeitpflege die Pflegebedürftigen für eine bestimmte Zeit (in der Regel bis zu vier Wochen) voll versorgt und die Angehörigen von allen Pflegeverpflichtungen entbunden. In der Tagespflege wird der Hilfe- und Betreuungsbedarf hingegen nur für eine bestimmte Zeit des Tages an bis zu fünf Wochentagen gedeckt, erfordert daher die ständige Mitarbeit weiterer pflegender Personen (ambulante Dienste und/oder Angehörige). Gemeinsam ist beiden Dienstleistungen, dass sie vornehmlich der Entlastung pflegender Angehöriger dienen und weder eine stationäre Versorgung noch die Hilfeleistungen in der Wohnung ersetzen können. Beide Arten der teilstationären Versorgung sollen jedoch eine vollstationäre Unterbringung verzögern helfen (Häberle, 1992).

Teilstationäre Einrichtungen sind jedoch keine billige Lösung. Die Kosten für Kurzzeitpflege entsprechen den Kosten einer stationären Unterbringung, der Tagessatz in der Tagespflege „wird in absehbarer Zukunft die 100 DM-Grenze erreichen und überschreiten“ (Limbrock, 1992, S. 27). Ende 1993 lagen die Tagessätze in den Tagespflegeeinrichtungen zwischen 70 und 100 DM (KDA 4/93). Ältere Menschen, die eine Tagespflegeeinrichtung nutzen, sind normalerweise auf ergänzende ambulante Dienstleistungen angewiesen, müssen also beide Dienstleistungen finanzieren. Bei der Inanspruchnahme einer Tagespflege zusammen mit einer „zusätzlichen ambulanten Betreuung durch die Sozialstationen entstehen schnell Pflegekosten von etwa 3.500 DM monatlich“ (Limbrock, 1992, S. 27). Auch bei den

---

<sup>11</sup> Häberle (1992) weist zu Recht darauf hin, dass die Kurzzeitpflege streng genommen keine teilstationäre Versorgungsform ist, da es sich um eine zumeist mehrwöchige stationäre Vollversorgung handelt, die zwar zeitlich begrenzt, aber eben nicht teilstationär erbracht wird (analog einer Krankenhausunterbringung). Sie wird hier dennoch unter den teilstationären Einrichtungen abgehandelt, da die Leistungen ebenso wie bei der Tagespflege *zeitlich befristet* sind, eine vollständige Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen also nur unter Mitwirkung weiterer Personen oder Institutionen möglich ist.

Kosten für die Kurzzeitpflege gilt, dass sie zu den regelmäßig für die Pflege aufzuwendenden Kosten hinzugerechnet werden müssen.

Teilstationäre Einrichtungen und Plätze sind in der Bundesrepublik nur in geringer Zahl vorhanden (Häberle, 1992; Uhl, 1992; Sozialpolitische Umschau 448/93)<sup>12</sup>, sodass sie schon aufgrund des geringen Platzangebots für die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen derzeit nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen, obgleich ihre Bedeutung innerhalb eines abgestuften Versorgungssystems unbestritten ist (Großjohann, 1989; Braun, 1991; Häberle, 1992). Teilstationäre Einrichtungen sind als eine zusätzliche Versorgungseinrichtung konzipiert, die eine eigenständige umfassende Versorgung hilfebedürftiger Menschen nicht erbringen kann. Vielmehr werden diese Angebote immer nur im Zusammenhang mit ambulanten professionellen Helfediensten oder informellen Helfern im häuslichen Bereich bedeutsam.

### *Ambulante Dienste*

Die wichtigsten ambulanten Versorgungsdienste für ältere Menschen sind die *ambulanten sozialpflegerischen Dienste*. Das Angebot richtet sich an kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen und umfasst qualifizierte häusliche (Kranken-) Pflege (Grund- und Behandlungspflege), Hilfe zur Pflege und Schwerstpflege sowie Hilfe zur Haushaltsführung (Haushaltshilfe, hauswirtschaftliche Hilfeleistungen). Angeboten werden diese Dienste von Sozialstationen (Nachfolgeeinrichtungen der Gemeindekrankenpflege), freigemeinnützigen sozialpflegerischen Diensten (Haus- und Familienpflegestationen, Träger sind zumeist die Wohlfahrtsverbände) sowie in zunehmendem Maße von gewerblichen Pflegediensten. Des Weiteren sind hier die *mobilen sozialen Helfedienste* zu nennen, die unter anderem Mobilitätshilfen und Mahlzeitendienste anbieten. Diese werden ebenfalls von den Kommunen, den Wohlfahrtsverbänden und von kommerziellen Dienstleistungsbetrieben angeboten.

Der Aufbau der Sozialstationen seit den 1970er Jahren hat mittlerweile zu einem weitgehend flächendeckenden Netz an solchen Einrichtungen geführt. Ob allerdings „das Ziel erreicht [wurde] (...), das Angebot an ambulanten sozialen Diensten für eine ausreichende Versorgung zu erweitern, ist umstritten“ (Bauer-Söllner, 1991, S. 193). Konzipiert als Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems, entwickelten sich die Sozialstationen im Laufe der Jahre zu den zentralen Einrichtungen der ambulanten Altenhilfe, wobei sich der Schwerpunkt der Aufgaben von der Akutversorgung zur Langzeitpflege verlagerte.

Auch bei den Sozialstationen ist eines der Hauptprobleme im akuten Personalmangel begründet, der wesentlich für einen quantitativ schlechten Versorgungsgrad verantwortlich gemacht wird (Damkowski, Görres & Luckey, 1988; Rückert, 1991). So gab es im Jahre 1990 im Bereich der freien Wohlfahrtspflege 5.788 ambulante sozialpflegerische Einrichtungen mit 27.105 Mitarbeitern (Teilzeitbeschäftigte wurden auf Vollzeitäquivalente umgerechnet). Bezogen auf die Anzahl Personen im Alter von 85 Jahren und älter ergibt dies ein umgerechnetes jährliches Arbeitszeitbudget aller freigemeinnützigen ambulanten sozialpflegerischen Dienste von 54 Stunden pro Person (KDA 6/91). Da der unzureichende Stundensatz die anfallenden Kosten für qualifiziertes Personal nicht decken kann, werden zur Vermeidung von Defiziten zahlreiche geringfügig Beschäftigte eingesetzt. Dies führt zu Problemen aufgrund der hohen

---

<sup>12</sup> So gab es in der Bundesrepublik Ende 1993 227 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 3.178 Plätzen (KDA 4/93). Kurzzeitpflegeplätze gab es etwa 4.000, wobei die wenigsten in speziellen Kurzzeitpflegeeinrichtungen untergebracht waren (Häberle, 1992).

Fluktuation sowie zu Problemen bei der Qualitätssicherung (Damkowski, Görres & Luckey, 1988).

Darüber hinaus haben die geltenden Finanzierungsregelungen (vgl. Abschnitt 2.2) zu einer stärkeren Betonung der behandlungspflegerischen im Vergleich zu grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen beigetragen (Bäcker u.a., 1989a; Dieck, 1991). Aufgrund der mit den Krankenkassen ausgehandelten Gebührenordnungen für ambulante Pflegeleistungen erfuhr die Behandlungspflege eine immer stärkere Bedeutung. Behandlungspflegerische Einzelleistungen sind zumeist mit relativ kurzem Zeitaufwand zu erbringen. Im Gegensatz zu der zeitaufwendigeren Grundpflege ist demnach bei den behandlungspflegerischen Leistungen die Kostendeckung durch die Krankenkassen höher. Zusätzlich gibt es in der Bundesrepublik keine Tradition der Gewährung hauswirtschaftlicher Hilfeleistungen. Häusliche Pflegehilfe (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) wird erst seit 1991 in begrenztem Umfang auch für alte Menschen gewährt (vgl. Abschnitt 2.2). Diese Situation in der Bundesrepublik umschreibt Dieck im Vergleich mit anderen europäischen Staaten als „fast völlige Vernachlässigung hauswirtschaftlicher Hilfeleistungen durch das organisierte Dienstesystem“ (Dieck, 1991, S. 221).

Der Mangel an Sozialstationen für eine ausreichende Versorgung wird auch durch die seit Jahren wachsende Bedeutung der privat-gewerblichen Anbieter dokumentiert. Die Organisationsstruktur ist sehr unterschiedlich. Sie reicht von kleinen privaten Pflegediensten mit einer Personalkapazität von fünf bis sechs Mitarbeitern bis hin zu großen Pflegeunternehmen von 80 bis 90 Mitarbeitern, die mit ihrem Leistungsspektrum am ehesten den freigemeinnützigen Sozialstationen gleichen (KDA 2/93). In einer Pilotstudie des Kuratorium Deutsche Altershilfe wurde für einige große Städte in der Bundesrepublik bereits eine numerisch höhere Zahl von privat-gewerblichen als von öffentlichen und freigemeinnützigen Anbietern gefunden. In Hamburg beispielsweise schätzte die AOK ein Verhältnis von 20 Prozent Sozialstationen zu 80 Prozent privaten Anbietern, in Berlin wurde von der AOK ein ausgeglichenes Verhältnis geschätzt (KDA 2/93).

## **2.2 Leistungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen**

Um einen Eindruck von der bis 1995 geltenden Situation zu vermitteln, werden die seit dem 1. April 1995 bzw. 1. Juli 1996 geltenden Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes – verankert im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) – erst im Anschluss an die Darstellung der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Regelungen erläutert.

Hilfe- und Pflegebedarf ist als Kategorie im Sozialrecht nicht einheitlich definiert. Der Begriff des Hilfebedarfs wird – zumeist unspezifisch – in sehr verschiedenen Bereichen angewendet, zum Beispiel im Bundessozialhilfegesetz als genereller Leistungsbereich „Hilfe in besonderen Lebenslagen“. Demgegenüber war der Begriff der Pflegebedürftigkeit bereits vor der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Sozialrecht begrifflich verankert, und zwar im Bundessozialhilfegesetz (§§ 68 und 69) und seit der Gesundheitsreform von 1988 auch im Sozialgesetzbuch V (SGB V), wobei sich die beiden Definitionen unterscheiden. Im Folgenden werden daher Leistungen für Pflegebedürftige betrachtet und die jeweils geltende begriffliche Abgrenzung vorgestellt. Eine genauere Auseinandersetzung mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit und seiner Operationalisierung erfolgt im Abschnitt 3.1.

Bis zur Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes waren die Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes sowie seit 1989 die Regelungen des Sozialgesetzbuchs V für die Finanzierung der – im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit wichtigen – Leistungsbereiche hauptsächlich maßgebend. Das allgemeine Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit war – im Unterschied zu den klassischen Lebensrisiken und sozialen Tatbeständen wie (behandlungsbedürftige) Krankheit, Invalidität, Unfall und Arbeitslosigkeit – durch das Sozialleistungssystem nicht oder nur teilweise abgedeckt<sup>13</sup>. Nach dem Sozialgesetzbuch und der Rechtsprechung der Sozialgerichte hat die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen überwiegend bei Krankheit, nicht jedoch im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu erbringen (Bäcker u.a., 1989a). Obwohl es keine einheitliche Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit gibt, wird also im Sozialrecht zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit unterschieden. Eine medizinisch-diagnostische Unterscheidung ist nicht möglich, vielmehr ist die starre Trennung ein sozialrechtliches Konstrukt, „in der Realität vermischen sich die Tatbestände Krankheit und Pflegebedürftigkeit“ (Bäcker u.a., 1989a, S. 126). Allein aufgrund des Alters entsteht keine Pflegebedürftigkeit, vielmehr ist sie immer eine Folge von (zumeist chronischer) Krankheit. Ausschlaggebend für die Abgrenzung ist jedoch die Konstruktion eines Zustands dauerhafter Hilflosigkeit bzw. Behinderung, der einer ärztlichen Behandlung nicht mehr zugänglich ist und weder geheilt noch verbessert werden kann (Igl, 1987; Bäcker u.a., 1989a; Holz, 1990). Hierbei spielen die Ärzte eine wesentliche Rolle, da letztlich sie darüber entscheiden, ob ein Patient behandlungsbedürftig krank ist und der Pflege bedarf, oder ob er pflegebedürftig und nicht mehr krank im Sinne der Krankenversicherung ist.

Diese Ausgrenzung der „Pflegefälle“ aus der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung hat weit reichende Folgen. So mussten bis zur Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (siehe unten) die aus einer Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung grundsätzlich privat getragen werden. Da gerade bei älteren Menschen chronische Krankheiten häufig einen Zustand der Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen, sind sie von dieser Trennung wesentlich betroffen.

Zudem gelten ältere Menschen, gerade auch chronisch kranke und pflegebedürftige, im Bereich der Rehabilitation als benachteiligt<sup>14</sup>. So fehlt es in diesem Bereich in den stationären Einrichtungen (Krankenhäuser und Heime) an entsprechend qualifiziertem Personal. Das Ziel der Verringerung der Verweildauern im Akutkrankenhaus steht überdies rehabilitativen Leistungen entgegen. Der weitaus überwiegende Teil der medizinischen Rehabilitation wird von der gesetzlichen Rentenversicherung übernommen, die dabei nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ handelt. Dieser Grundsatz gilt jedoch für ältere Menschen nicht oder nicht mehr, da sie bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Das Interesse der Rentenversicherung, solche Personen einer Rehabilitation zuzuführen, ist demgemäß gering. Um sicherzustellen, dass eine notwendige Rehabilitation auch für ältere Menschen verordnet

---

<sup>13</sup> Nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen versicherte Personen hatten allerdings einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflege, das heißt, bei diesen Personen war die Pflegebedürftigkeit sozialversicherungsrechtlich weitgehend abgedeckt. Dieser Umstand ist insofern bedeutsam, „da jede mögliche allgemeine gesetzliche Regelung (...) also in einem gegebenen realen Praxisfeld auf ihre Wirkungen hin geprüft werden (könnte)“ (Dieck, 1992). Konkret heißt dies, dass sich beispielsweise die befürchtete Sogwirkung der Heime oder die befürchtete Verdrängung familialer durch professionelle Pflege durch eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegebedürftigkeit bei den Beamten schon seit langem hätte zeigen müssen.

<sup>14</sup> Ausführliche Überblicke zum Problem der Rehabilitation älterer Menschen geben Bäcker u.a. (1989a), Holz (1990) und Schütz, Schmidt & Tews (1991).

und finanziert wird, müsste der „Grundsatz ‚Rehabilitation vor Rente‘ (...) durch den Grundsatz ‚Rehabilitation vor Pflege‘ ergänzt werden“ (Brennecke & Schelp, 1993).

Die Ausgrenzung des Tatbestands der Pflegebedürftigkeit aus der Zuständigkeit der Krankenversicherungen verkennt, dass auch bei den als Pflegefälle eingestuften älteren Menschen eine Behandlung und Rehabilitation möglich ist mit dem Ziel, eine Besserung des Zustands oder eine Linderung, zumindest aber die Vermeidung einer weiteren Verschlechterung zu erreichen (Schlierf, 1988; Holz, 1990).

Die beschriebene Trennung von Pflegebedürftigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bedeutet, dass häusliche ambulante Pflegeleistungen von den Krankenkassen nur übernommen werden, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder Krankenhauspflege dadurch vermieden wird (Krankenhausersatzpflege). Durch das Gesundheitsreformgesetz von 1988 wurden die von den Krankenkassen zu übernehmenden Leistungen im Hinblick auf ältere pflegebedürftige Menschen erweitert.

#### *Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V (Gesundheitsreformgesetz von 1988)*

Drei Leistungsmöglichkeiten wurden im Gesundheitsreformgesetz für schwerpflegebedürftige Menschen vorgesehen: die persönliche Dienstleistung „häusliche Pflegehilfe“, die Urlaubs- oder sonstige Vertretung der häuslichen Pflegeperson und eine Geldleistung im Falle der eigenständigen Sicherstellung der Pflege. Als schwerpflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuchs V gelten dabei „Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen“ (§ 53 SGB V). Die Prüfung, ob Schwerpflegebedürftigkeit vorliegt, wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen vor Ort durchgeführt.

Für anerkannte Schwerpflegebedürftige wird von den Krankenkassen seit dem 1. Januar 1989 bis zu vier Wochen im Jahr die gesamte häusliche Pflege bis zu einem Betrag von 1.800 DM übernommen (Urlaubspflege), wobei die Pflegeperson vor der Leistungsanspruchnahme den Schwerpflegebedürftigen mindestens zwölf Monate gepflegt haben muss. Zudem werden für Schwerpflegebedürftige seit dem 1. Januar 1991 die Kosten von bis zu 25 einstündigen Pflegeeinsätzen (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) im Monat bis zu 700 DM übernommen. Auf Antrag kann auch an Stelle dieser Sachleistung ein Pflegegeld von bis zu 400 DM im Monat gewährt werden. „Interessant ist hierbei der Gedanke, daß privat organisierte bedarfsgerechte Pflegehilfe offenbar um fast 50 % billiger zu haben ist, als die gleiche von den Krankenkassen erbrachte Leistung!“ (Gitschmann, 1990, S. 281) Eine stationäre Pflege außerhalb der Krankenhäuser wird durch die Krankenkassen überhaupt nicht finanziert. Auch Schwerpflegebedürftige im Sinne des Sozialgesetzbuchs V, die in stationären Einrichtungen versorgt werden, erhalten demnach die oben genannten Leistungen, die ihnen bei häuslicher Pflege zustehen würden, nicht.

Auch das Gesundheitsreformgesetz von 1988 setzt der Leistungspflicht der Krankenkassen für „Pflegefälle“ weiterhin enge Grenzen. So werden zwar seit 1991 auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Leistungen für alte Menschen finanziert, aufgrund der Beschränkungen kann jedoch nicht von einem ernsthaften Schritt zu einem System der Versorgung mit hauswirtschaftlichen Hilfen auf breiter Grundlage gesprochen werden. In diesem Zusammenhang wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen mit ihren Richtlinien zur Prüfung den Begriff der Schwerpflegebedürftigkeit sehr eng definiert haben. Das Erfordernis, dass in

nahezu allen Versorgungsbereichen (Mobilität, Hygiene, Ernährung und Kommunikation) regelmäßiger Hilfebedarf gegeben sein muss, grenzt die Pflegebedürftigen von den Kassenleistungen aus, da die Pflege eines derart gehandicapten Menschen im ambulanten Bereich kaum noch möglich erscheint. Personen, die in stationären Einrichtungen versorgt werden, ebenso wie Personen, die nicht als schwerpflegebedürftig eingestuft werden, erhalten auch weiterhin keinerlei Leistungen der Krankenkassen. In diesen Fällen müssen die Kosten privat getragen werden. Falls dies nicht möglich ist, müssen Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

### *Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz*

Bis zur Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes war das Bundessozialhilfegesetz faktisch das wichtigste öffentliche Instrument zur Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, obwohl die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V grundsätzlich Vorrang hatten.

Die Sozialhilfe, die aus der klassischen Armenfürsorge hervorgegangen ist, basiert auf dem Fürsorgeprinzip, das heißt, sie ist nach Bedarfskriterien ausgestaltet. Besonderes Charakteristikum der Sozialhilfe ist, dass sie – im Gegensatz zu den Beitragsleistungen in der Sozialversicherung – ohne Vorleistungen des Leistungsempfängers erbracht wird. Persönliche, sachliche und/oder wirtschaftliche Hilfe erhält, wer nicht in der Lage ist, aus eigenen Mitteln seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, oder in besonderen Lebenslagen der Hilfe bedarf und von anderer Seite keine ausreichende Hilfe erhält. Es besteht ein Anspruch auf Sozialhilfe, sie wird jedoch grundsätzlich nachrangig geleistet. Das bedeutet, dass vorrangig Einkommen und Vermögen der Hilfeempfänger und ebenfalls Hilfeleistungen von Dritten (andere Sozialleistungsträger sowie insbesondere unterhaltspflichtige Ehegatten, Eltern und Kinder) herangezogen werden, bevor ein Leistungsanspruch im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes besteht. Die Sozialhilfe ist für die untypischen individuellen Notlagen vorgesehen, die weder durch die anderen sozialen Sicherungssysteme noch durch eigene oder familiäre Selbsthilfe abgedeckt werden können. „Sie soll somit als Ausnahnehilfe, als letztes soziales Netz, die Rolle des Ausfallbürgen im System der sozialen Sicherung übernehmen.“ (Adamy & Naegele, 1985, S. 94)

Im Bundessozialhilfegesetz wird zwischen zwei Leistungstypen unterschieden: zum einen die Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU), zum anderen die Hilfe in besonderen Lebenslagen (HBL). Die Hilfe zum Lebensunterhalt dient überwiegend dazu, in einer ökonomischen Bedarfssituation durch laufende Unterstützungsleistungen den notwendigen Lebensbedarf abzudecken. Es findet eine Bedürftigkeitsprüfung statt, bei der die eigenen Finanzmittel dem zuerkannten Bedarf gegenübergestellt werden. Liegt der zuerkannte Bedarf über den dem Antragsteller zur Verfügung stehenden Finanzmitteln, gilt der Hilfesuchende als bedürftig und erhält Leistungen. Innerhalb von Einrichtungen werden die Leistungen von den jeweiligen Pflegesätzen bestimmt, außerhalb von Einrichtungen werden die Leistungen nach Regelsätzen bemessen.

Die Hilfe in besonderen Lebenslagen ist demgegenüber nicht auf eine allgemeine wirtschaftliche Bedürftigkeit, sondern auf bestimmte Bedarfssituationen nichtökonomischer Art bezogen. Hierunter fallen unter anderem die Krankenhilfe, die Eingliederungshilfe für Behinderte, die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, die Altenhilfe und – im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse – die Hilfe zur Pflege. Im Jahre 1992 bekamen 675.000 Menschen Hilfe zur Pflege, davon 277.000 außerhalb von Einrichtungen

und 398.000 innerhalb von Einrichtungen. Dies entsprach einem Anteil von 36,1 Prozent an allen Hilfen in besonderen Lebenslagen. Dieser Anteil betrug 24,8 Prozent außerhalb von Einrichtungen und 50,3 Prozent innerhalb von Einrichtungen (StBA, 1994, S. 499).

Die Hilfe zur Pflege wird Personen gewährt, „die infolge Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie nicht ohne Wartung und Pflege bleiben können“ (§ 68 BSHG: allgemeine Pflegebedürftigkeit). Die Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen umfasst die Heimunterbringungskosten, die nach Pflegebedürftigkeitsgrad, Heimstandard und Versorgungsqualität variieren, sowie ein zusätzliches Taschengeld. Pflegehilfen außerhalb stationärer Einrichtungen umfassen häusliche Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen und Hilfsmittel zur Deckung des Pflegebedarfs (Soll-Leistung). Allerdings ist die Gewährung von Haushaltshilfe im Bundessozialhilfegesetz auf eine „in der Regel nur vorübergehende“ Leistungserbringung ausgerichtet (§ 70 BSHG). Weiterhin werden als Pflichtleistung die angemessenen Aufwendungen von nicht-professionellen Pflegepersonen (Fahrtkosten, besondere Kleidungskosten usw.) erstattet. Beiträge für die Alterssicherung von Pflegepersonen können ebenfalls übernommen werden (Kann-Leistung). Ein häusliches Pflegegeld wird erst ab einer bestimmten Stufe der Pflegebedürftigkeit gewährt. „Ist ein Pflegebedürftiger, der das erste Lebensjahr vollendet hat, so hilflos, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfange der Wartung und Pflege dauernd bedarf, so ist ihm ein Pflegegeld zu gewähren.“ (§ 69, Abs. 3 BSHG)

Der Umfang der Leistungen richtet sich also nach der Zuordnung in die Pflegestufen: allgemeine Pflegebedürftigkeit, erhebliche Pflegebedürftigkeit, außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit sowie Schwerstpflegebedürftigkeit. Diese Einzelfallzuordnung erfolgt von Kommune zu Kommune nach unterschiedlichem Ermessensspielraum. Grundsätzlich entscheidet aber immer der Umfang der benötigten Hilfe bei alltäglichen körperbezogenen Verrichtungen sowie das Vorliegen eines dauerhaften Bedarfs.

Die Wahl des Hilfetyps betreffend verpflichtet das Bundessozialhilfegesetz den Träger der Sozialhilfe auf den Grundsatz „ambulante Hilfe vor stationärer Versorgung“, das heißt, die erforderlichen Hilfen sollen so weit wie möglich außerhalb von Einrichtungen erbracht werden. Hilfe in Einrichtungen soll nur gewährt werden, wenn die Besonderheiten des Einzelfalls dies erforderlich machen, „weil andere Hilfen nicht möglich sind oder nicht ausreichen“ (§ 3, Abs. 2 BSHG). Wird ein Antrag auf die Gewährung von Hilfe in einer stationären Einrichtung gestellt, wird vom Sozialhilfeträger detailliert die Notwendigkeit einer solchen Hilfe überprüft. Stationäre Hilfe wird gewährt, wenn das tatsächliche ambulante Angebot unzureichend ist, den Betreuungsbedarf abzudecken. Sollte der Sozialhilfeträger eine stationäre Versorgung ablehnen, ist er verpflichtet, konkret geeignete Hilfen anzubieten. Eine stationäre Unterbringung kann auch dann gewährt werden, wenn der Einzelfall dies erforderlich macht. Dabei ist der Betreuungsbedarf nach fachlichen Kriterien und unter Beteiligung entsprechender Fachkräfte zu bestimmen. In der Praxis bedeutet dies, dass in der Heimbedürftigkeitsprüfung ein ärztliches Gutachten erstellt wird, auf dessen Basis die Versorgungsmöglichkeiten durch den Hilfebedürftigen selbst, die Möglichkeiten der selbstständigen Haushaltsführung, das Vorliegen einer sozialen Indikation und die Wohnverhältnisse überprüft werden (Brandt, 1987; Spieß, 1993). Sollte in Grenzfällen ein Wahlrecht zwischen ambulanter und stationärer Betreuung gegeben sein, entscheidet das Kriterium der Mehrkosten. Nach § 3, Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz ist den Wünschen des Hilfeempfängers zu entsprechen, wenn die Erfüllung der Wünsche nicht mit „unverhältnismäßigen Mehrkosten“ verbunden ist.

## *Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz<sup>15</sup>*

Seit dem 1. Januar 1995 ist die soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt. Sie ist unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt, das heißt, die Krankenkassen führen die Pflegeversicherung durch. Die Versicherungspflicht richtet sich nach dem Grundsatz: „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“, der versicherte Personenkreis der sozialen Pflegeversicherung umfasst also diejenigen, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Freiwillig und privat versicherte Personen haben die Möglichkeit, alternativ eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Nach beamtenrechtlichen Vorschriften versicherte Personen, die Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflege haben, erhalten nur die Hälfte der Leistungen der Pflegeversicherung, da sie ergänzend Beihilfeleistungen in Anspruch nehmen können. Die Pflegeleistungen der Pflegeversicherung wurden stufenweise eingeführt: Ab dem 1. April 1995 gab es zunächst Leistungen für häusliche Pflege, Mitte 1996 kamen Leistungen für die stationäre Pflege hinzu.

Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder einer Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen“ (§ 14, Abs. 1 SGB XI/PflegeVG). Die zu berücksichtigenden Verrichtungen sind – im Gegensatz zur Schwerpflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch V – im Pflegeversicherungsgesetz einzeln und abschließend benannt und in die vier Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung unterteilt. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Tätigkeiten:

– Im Bereich der *Körperpflege*:

Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung

– Im Bereich der *Ernährung*:

Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Aufnahme der Nahrung

– Im Bereich der *Mobilität*:

Aufstehen, Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen (Bewegen innerhalb der Wohnung), Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

– Im Bereich der *hauswirtschaftlichen Versorgung*:

Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Heizen

Auch hier erfolgt, ähnlich dem Bundessozialhilfegesetz, eine Einteilung in Pflegestufen, die für Art und Umfang der gewährten Leistungen maßgebend ist, wobei die Hilfen sich auf die genannten Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung erstrecken. Die drei Stufen sind:

*Stufe I*: erheblich pflegebedürftig

Hilfebedarf mindestens einmal täglich bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität; zusätzlich mehrfach wöchentlicher Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der wöchentliche Zeitaufwand einer nicht-professionellen Pflegekraft für alle erforderlichen Leistungen muss im Tagesdurchschnitt mindestens 1,5 Stunden betragen.

---

<sup>15</sup> Angaben zum Leistungsumfang, insbesondere die Höhe der Geldleistungen, beziehen sich auf den Stand von Ende 1996.



### *Stufe II: schwerpflegebedürftig*

Hilfebedarf mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität; zusätzlich mehrfach wöchentlicher Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der wöchentliche Zeitaufwand einer nicht-professionellen Pflegekraft für alle erforderlichen Leistungen muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen.

### *Stufe III: schwerstpflegebedürftig*

Hilfebedarf „rund um die Uhr“, das heißt, eine Pflegeperson muss jederzeit unmittelbar erreichbar sein. Der wöchentliche Zeitaufwand einer nicht-professionellen Pflegekraft für alle erforderlichen Leistungen muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen.

Zu beachten ist, dass die Grundpflege inklusive gegebenenfalls vorliegender pflegeunterstützender Maßnahmen gegenüber der hauswirtschaftlichen Versorgung in der Pflegestufe I im Vordergrund stehen (mehr als 45 Minuten) und in den Pflegestufen II und III eindeutig das Übergewicht haben muss (mehr als zwei Stunden bzw. mehr als vier Stunden). Hilfebedürftigkeit allein in der hauswirtschaftlichen Versorgung begründet somit keine Pflegebedürftigkeit und auch keine Ansprüche an die Pflegeversicherung.

Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung werden also erst ab einem mindestens täglich notwendigen Pflegebedarf gewährt. „Die Hilfe der Solidargemeinschaft wird erst bei einem täglichen Hilfebedarf (erhebliche Pflegebedürftigkeit) notwendig. Bei geringem Hilfebedarf ist die Eigenfinanzierung der notwendigen Hilfeleistungen zumutbar oder es kann – bei Bedürftigkeit – Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.“ (Sozialpolitische Umschau 490/93) Ob Pflegebedürftigkeit in diesem Sinne vorliegt und in welchem Umfang, wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen nach einheitlichen Kriterien im Wohnbereich des Versicherten geprüft. Zusätzlich wird durch den Medizinischen Dienst geprüft, in welchem Umfang „Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind“ (§ 18, Abs. 1 PflegeVG). Im Pflegeversicherungsgesetz ist also grundsätzlich ein Anspruch auf ambulante medizinische Rehabilitation (mit Ausnahme von Kuren) festgeschrieben.

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich danach, ob ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflege erforderlich ist. Folgende Leistungen werden gewährt:

#### – Pflegesachleistungen:

Pflegebedürftige, die im häuslichen Bereich Pflege und Betreuung durch professionelle Pflegekräfte benötigen, erhalten Hilfestellung bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung als Pflegesachleistung. Der Leistungsumfang beträgt derzeit 750, 1.800 oder 2.800 DM je nach Pflegestufe.

#### – Pflegegeld für selbst organisierte Pflegehilfen:

An Stelle der Pflegesachleistungen kann ein Pflegegeld beantragt werden, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in der häuslichen Umgebung durch eine Pflegeperson sichergestellt werden. Das Pflegegeld ist ebenfalls nach den Pflegestufen gestaffelt und beträgt derzeit 400, 800 oder 1.300 DM monatlich. Auch hier – wie schon im Sozialgesetzbuch V – beträgt das Pflegegeld also nur etwa die Hälfte der Pflegesachleistungen.

#### – Kombinationsleistung:

Pflegesachleistungen und Pflegegeld können kombiniert werden, falls die zustehenden Pflegesachleistungen nicht in vollem Umfang ausgeschöpft werden.

- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson:  
Wenn die Pflegeperson beispielsweise wegen Urlaub oder Krankheit an der Pflege gehindert ist, werden die Kosten für eine Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen und bis zu einer Höhe von derzeit 2.800 DM pro Jahr (unabhängig von der Pflegestufe) übernommen. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die Pflege mindestens schon zwölf Monate vor der Inanspruchnahme der Leistung übernommen hat.
- Tages- und Nachtpflege:  
Sollte die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden können, besteht ein zeitlich unbegrenzter Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege bis zu einem Betrag von derzeit maximal 750, 1.500 oder 2.100 DM je nach Pflegestufe.
- Kurzzeitpflege:  
Ein Anspruch auf vollstationäre Kurzzeitpflege besteht bis zu längstens vier Wochen und einem Betrag von derzeit maximal 2.800 DM je Kalenderjahr (unabhängig von der Pflegestufe), falls weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich sein sollte.
- Pflegehilfsmittel:  
Ergänzend zur häuslichen Pflege werden Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, die der Erleichterung der Pflege dienen oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen (z.B. Desinfektionsmittel, Unterlagen, Pflegebetten, Rollstühle, Hebegeräte usw.), gewährt. Daneben können zur Verbesserung des Wohnumfeldes Zuschüsse bis zu einem Betrag von derzeit 5.000 DM je Maßnahme gewährt werden, wenn dadurch eine häusliche Pflege erst möglich oder erleichtert wird. Die Höhe dieser Zuschüsse richtet sich nach den Kosten für die jeweilige Verbesserungsmaßnahme und der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen.
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Mitarbeiter:  
Es werden, unabhängig von der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Pflegeversicherung, kostenfreie Pflegekurse angeboten.
- Soziale Sicherung der häuslichen Pflegeperson:  
Für nicht-professionelle häusliche Pflegekräfte übernimmt die Pflegeversicherung die Beitragszahlungen zur Rentenversicherung. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Pflegebedürftigkeitsstufe und dem Umfang der Pflegetätigkeit.
- Stationäre Pflege:  
Seit dem 1. Juli 1996 werden von den Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen für eine stationäre Versorgung bis zu einem Betrag von derzeit 2.800 DM monatlich übernommen. Grundsätzlich gilt jedoch, dass eine stationäre Versorgung nur übernommen wird, wenn eine Versorgung in der häuslichen Umgebung nicht möglich ist.

Investitionskosten zur Finanzierung und zum Aufbau der pflegerischen Infrastruktur werden nicht von den Pflegekassen, sondern von den Ländern getragen. Des Weiteren sind die Pflegekassen verpflichtet, durch Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit Pflegeheimen, Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten die pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Diese vertragliche Beziehung zwischen den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen soll das Ziel einer quantitativ ausreichenden und qualitativ hochwertigen Versorgung der Pflegebedürftigen verwirklichen helfen. Bei der Vergütung der erbrachten Pflegeleistungen ist eine Selbstkostendeckung zu Gunsten der Pflegeeinrichtungen nicht mehr vorgesehen.

Im Pflegeversicherungsgesetz wird der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ausdrücklich geregelt. In jedem Einzelfall besteht die

Verpflichtung zur Prüfung und Durchführung von notwendigen und zumutbaren Maßnahmen der Rehabilitation. Dies gilt vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit, aber auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus gelten auch im Pflegeversicherungsgesetz die Prinzipien der Vorrangigkeit „ambulant am Wohnort vor ambulant am Kurort“, „ambulant vor teilstationär“ und „teilstationär vor vollstationär“, also im Wesentlichen der Vorrang der häuslichen Pflege vor einer stationären Versorgung. Dies wird zum einen durch das frühere Inkrafttreten der Leistungen bei häuslicher Pflege betont und zum anderen durch die leistungsrechtlichen Vorschriften konkretisiert. So sollen die Einführungen der Leistungen bei Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln und die soziale Sicherung der unentgeltlich arbeitenden Pflegepersonen in der Unfall- und Rentenversicherung zu einem verstärkten Ausbau der ambulanten bzw. häuslichen Pflege beitragen (Sozialpolitische Umschau 490/93). Entscheidet sich ein Pflegebedürftiger gemäß des grundsätzlich geltenden Wahlrechts für eine stationäre Versorgung (seit Juli 1996), obwohl diese nicht erforderlich ist, hat er nur Anspruch auf Sachleistungen, die ihm bei häuslicher Pflege entsprechend der Pflegebedürftigkeitsstufe zustehen würden.

Das Ziel der Pflegeversicherung besteht letztlich in der Gewährleistung einer Grundversorgung, die im Regelfall ausreicht. Die Sicherstellung einer „Rundum-Pflege und -Betreuung“ wird nicht angestrebt. Von daher sind „ergänzende private Vorsorgeanstrengungen (...)“ wünschenswert und sollen durch das Pflegeversicherungsgesetz gefördert werden“ (Sozialpolitische Umschau 490/93, S. 15). Die Pflegeversicherung dient vornehmlich der Senkung der Inanspruchnahme von Sozialhilfe, insbesondere der Hilfe zur Pflege (siehe oben). „Wer sein Leben lang gearbeitet, Steuern und Beiträge gezahlt und eine durchschnittliche Rente erworben hat, ist künftig in der Lage, die Kosten bei Pflegebedürftigkeit selbst zu bestreiten und zwar mit den Pflegeleistungen und einem Teil seiner Rente.“ (S. 8)

### **2.3 Zusammenfassende Bewertung**

In der Bundesrepublik sind in den letzten Jahren verstärkt ambulante sozialpflegerische Dienste und teilstationäre Einrichtungen entstanden. Aufgrund der ungesicherten Finanzierungslage ist die pflegerische Infrastruktur jedoch nach wie vor unzulänglich. Auch das Gesundheitsreformgesetz hat den Ausbau der Dienste nur unzureichend fördern können. So berichten die Krankenkassen, dass 80 bis 90 Prozent der Antragsteller die Geldleistung und nicht die angebotene Sachleistung beantragten. Dies wird zum einen darauf zurückgeführt, dass die angebotene Sachleistung nicht ausreicht, und zum anderen auf die Praxis der Sozialämter, die den Pflegebedürftigen zur Inanspruchnahme der Pflegegeldleistungen raten, da dies größere Einsparungen auf Seiten der Sozialämter bedeutet (KDA 3/91).

Dies verweist auf einige grundlegende Probleme, die auch mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes nicht oder nur unzureichend gelöst sind. So wird auch im Pflegeversicherungsgesetz die Trennung von Behandlung und Pflege im Grundsatz nicht aufgehoben, obwohl die Pflegekassen den Krankenkassen angegliedert sind. Am Konzept der „Pflegebedürftigkeit“ an Stelle eines möglichen Konzepts der chronischen Krankheiten wird jedoch festgehalten. Gerade aber im Alter erfordern die auftretenden Krankheiten oftmals sowohl Behandlung als auch Pflege. Eine klare Trennung ist also gar nicht möglich.

Diese mehr oder minder willkürliche Trennung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit führt zu einer ebenso getrennten Entwicklung der Einrichtungen des Gesundheits- und des

Sozialwesens, wobei jedoch in der Rolle des Arztes als zentrale Instanz in der Dienstzuweisung (Arzt als zentraler „Gate-Keeper“) die Dominanz des Gesundheits- gegenüber dem Sozialsektor zum Ausdruck kommt. Die Entwicklung des Gesundheitssektors war und ist vornehmlich auf die Behandlung und Heilung akuter Krankheiten ausgerichtet, die Verantwortung für die Langzeitversorgung pflegebedürftiger Personen fällt somit hauptsächlich dem Sozialsektor zu. Das dem Sozialwesen zu Grunde liegende Subsidiaritätsprinzip erzwingt jedoch hohe Belastungen der Familien mit laufenden Kosten. Über die Heranziehung der engeren Familienmitglieder zur Finanzierung von Hilfeleistungen durch das Sozialamt wird ein sanfter Druck auf die Familienmitglieder ausgeübt, die Leistungen selbst zu erbringen. Dies steht im Einklang mit der immer wieder heraufbeschworenen Gefahr der Substitution informell erbrachter Leistungen durch professionelle Leistungen – dem Rückzug der Familie aus ihrer Verantwortung für die Versorgung ihrer alten Mitglieder. Im Pflegeversicherungsgesetz wird der Vorrang informell erbrachter Leistungen gegenüber professionellen Hilfen durch Anreize für informelle Helfer (Pflegegeld, soziale Absicherung) zum Ausdruck gebracht. Ein solches Anreizsystem entlastet die Hilfebedürftigen von der Sorge, möglicherweise ihren Angehörigen durch die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen, die durch das Sozialamt finanziert werden, zur Last fallen zu müssen. Das Pflegegeld beträgt freilich nur etwa die Hälfte der finanziellen Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme der Sachleistungen übernommen werden.

Auch wenn „der Bedarf an hauswirtschaftlichen (und sozialkommunikativen) Hilfen (...) in den 90er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland eher anerkannt wird, als dies in den 70er Jahren der Fall war“ (Dieck, 1993, S. 13), sind hauswirtschaftliche Hilfen bisher nur punktuell in organisierter Form zugänglich und kaum professionalisiert. Die Grundlagen für die Finanzierung hauswirtschaftlicher Leistungen haben sich zwar ausgeweitet, eine Basisversorgung der älteren Bevölkerung wird indes nicht angestrebt. Wie die Diskussion und Geschichte der Krankenkassenfinanzierung von Haushaltshilfen ebenso wie die Diskussion zur Durchsetzung der Pflegeversicherung gezeigt haben, sind es gerade diese Leistungen, die in den Aufgabenbereich des informellen Netzwerks – und hier vor allem der Familien – verwiesen werden. Auch nach der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes sind die Haushaltshilfedienste „weiterhin selbst finanziell diskriminiert und zudem ihre Klienten finanziell diskriminierend (geblieben)“ (Dieck, 1993, S. 50a). Die Übernahme der Kosten für hauswirtschaftliche Hilfen sind auch weiterhin an den Status der Pflegebedürftigkeit geknüpft.

Die Zergliederung des Systems und die unterschiedliche Kostenträgerschaft (Krankenkassen, Sozialhilfe und Pflegekassen) führen zu einer Grauzone der Entscheidungsfindung und -begründung (z.B. bei der Unterscheidung zwischen Behandlungs- und Pflegefall und der Einteilung in Pflegestufen). Gerade die in der Praxis schwierige Einteilung in Pflegestufen kann zu einem Ausgrenzungskriterium werden, zumal die Bedürftigkeitsprüfung und Pflegestufenfeststellung vom Träger der Leistung, der ein Interesse an einer Kostenreduktion hat, durchgeführt wird.

Nicht zuletzt aufgrund der Trennung in Behandlung und Pflege und der Fragmentierung des Systems sowie der ungesicherten Finanzierungslage ist ein diskontinuierliches Versorgungssystem aus Krankenhaus, stationärer Einrichtung und häuslicher Betreuung entstanden, in dem Zwischenstufen, die den kontinuierlichen Übergängen zwischen Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit gerecht werden, erst langsam entstehen (z.B. teilstationäre Einrichtungen). Das gegenwärtige professionelle Betreuungssystem für ältere Menschen beruht insoweit nach wie vor auf der Polarität von ambulanter und stationärer Versorgung. Die ambulanten und stationären Dienste stehen jedoch weitgehend beziehungslos nebeneinander. Als Folge entsteht ein für den Hilfesuchenden unübersichtliches Angebot.

Die Übersiedlung in ein Alten- oder Pflegeheim ist meist eine endgültige Entscheidung. Eine Rückkehr in den eigenen Haushalt ist in der Regel nicht möglich. Einer der wesentlichen Gründe ist die Praxis der Sozialämter, die Heimunterbringung und die Miete für die Wohnung des hilfe- oder pflegebedürftigen älteren Menschen nur für einen sehr kurzen Zeitraum gleichzeitig zu übernehmen. Selbst im Falle einer Besserung des Gesundheitszustands ist dann eine Rückkehr in die eigene Wohnung nicht mehr möglich. Bei Selbstzahlern ist auf der anderen Seite die gleichzeitige Finanzierung eines Heimaufenthalts und einer eigenen Wohnung nicht möglich, da oftmals schon für die Finanzierung des Heimaufenthalts die Ersparnisse aufgebraucht werden (Hollstein, 1992).

Eine bedarfsdeckende Angebotsstruktur konnte sich schon aufgrund der ungesicherten Finanzierungslage, aber auch aufgrund des Personalmangels (Stichwort „Pflegenotstand“) – der wesentlich begründet ist in einer geringen Entlohnung, verbunden mit einer geringen Anerkennung des Pflegeberufs vor dem Hintergrund belastender Arbeitsbedingungen (Prognos AG & Dornier GmbH, 1989) – im ambulanten und stationären Bereich nicht entwickeln. Insofern bedeutet die finanzielle Übernahme der Leistungen durch die Pflegeversicherung keineswegs, dass die entsprechenden Leistungen auch bedarfsdeckend zur Verfügung stehen. Ob eine vollständige Versorgung durch ambulante Dienste auch im Falle eines umfangreichen Hilfebedarfs, ohne zusätzliche Betreuungsmöglichkeiten (vor allem durch die Familie), überhaupt möglich ist, bleibt jedenfalls umstritten (Mollenkopf & Hampel, 1994). Ebenso wie im ambulanten Bereich wird auch im stationären Bereich mehr qualifiziertes Personal benötigt, soll in den Einrichtungen eine angemessene, aktivierende Betreuung und Pflege und nicht bloß eine Verwahrung der alten Menschen möglich sein.

Die Debatte um die Neuorientierung in der Altenhilfe, und hier insbesondere der ambulanten Dienste, verbindet sich zum Teil mit einer sehr viel weiter reichenden Diskussion um individuelle Wahlmöglichkeiten. Hier ist auch die relativ schwache Position des einzelnen Konsumenten in der Aushandlung der ihm gewährten, aber weder direkt und unmittelbar finanzierten noch im Finanzvolumen von ihm veränderbaren, Dienste zu nennen (Baldock & Evers, 1991).

Einem freien Zugang aller Bevölkerungskreise zum Hilfetyp ihrer Wahl und auch – sofern eine stationäre Unterbringung gewünscht wird bzw. notwendig ist – zum Heim ihrer Wahl (dies gilt nur für Alten- und Pflegeheime und nicht für Altenwohnheime, sofern diese ausschließlich altengerechte Wohnungen zur Verfügung stellen) sind Grenzen gesetzt. Die Wahl des Hilfetyps betreffend gilt, dass das Bundessozialhilfegesetz den Sozialhilfeträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass die erforderliche Hilfe so weit wie möglich außerhalb von Einrichtungen gewährt wird (dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entsprechend). Stellt ein Hilfebedürftiger einen Antrag auf Gewährung von Hilfe in Einrichtungen, wird vom Sozialhilfeträger sehr detailliert geprüft, ob er dieser Hilfe bedarf oder ob nicht auch ambulante Hilfe möglich und geeignet wäre. Diese Einschränkung der Wahlfreiheit besitzt auch im Pflegeversicherungsgesetz weiterhin Gültigkeit. Hier werden im Falle einer Entscheidung für eine stationäre Betreuung, wenn diese als nicht erforderlich erachtet wird, die Kosten nur in der Höhe erstattet, die dem Pflegebedürftigen bei einer häuslichen Pflege gemäß der Pflegestufe als Sachleistungen zustehen würden. Diese Einschränkungen gelten selbstverständlich nur für Personen, die die Kosten für die Heimunterbringung nicht selbst zahlen (können). Selbstzahler haben demnach einen größeren Entscheidungsspielraum bei der Wahl des Hilfetyps.

Dieser Eingriff in das Wahlrecht des sozialhilfeberechtigten älteren Menschen, die Art der Hilfe betreffend, wird Seitens des Gesetzgebers damit begründet, dass die ambulante Hilfe

sachgerechter, menschenwürdiger und kostengünstiger sei. Ein vorrangiger Ausbau des stationären Bereichs berge die Gefahr einer verstärkten Abschiebung älterer Menschen aus ihrer gewohnten Lebensumgebung. Eine solche Sichtweise setzt jedoch Substitutionsmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Hilfeformen des stationären und ambulanten Bereichs voraus, das heißt, stationäre Altenhilfe müsste bedarfsgerecht und kostengünstig durch ambulante Altenhilfe substituierbar sein. Im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Substitution bleibt jedoch festzuhalten, dass hier die Determinanten der Nachfrage nach stationärer Altenhilfe maßgeblich sind. „Wir wissen aber noch nicht einmal hinreichend genau, welche Hilfen in welchem Ausmaß von welchen soziodemographischen Gruppen in Anspruch genommen werden.“ (Rückert, 1993, S. 1) Aber selbst wenn eine bedarfsgerechte Substitution möglich wäre, ist zu vermuten, dass ein vom Gesetzgeber erwarteter Substitutionseffekt der stationären durch die ambulante Hilfe eher gering ausfällt. Erwartet wird, dass ein weiterer Ausbau der Infrastrukturangebote ambulanter Hilfen, der mit dem Pflegeversicherungsgesetz explizit weiter betrieben werden soll, einen solchen Substitutionseffekt nach sich zieht. Ein weiterer Ausbau ist, wie den Ausführungen dieses Kapitels entnommen werden kann, sicherlich sinnvoll, es steht indes zu vermuten, dass damit zuerst einmal die bestehenden Lücken in der Versorgung geschlossen werden.

Inwiefern eine Substitution stationärer durch ambulante Hilfe eine kostenreduzierende Wirkung hat, lässt sich derzeit nicht mit Sicherheit beantworten. In Deutschland gibt es „keine Kosten-Nutzen-Analyse von Heimen auf der einen Seite des Hilfespektrums und auch keine Analysen der Kosten und Nutzen von ambulanten, teilstationären oder gar den informellen Hilfen auf der anderen Seite“ (Rückert, 1993, S. 1). Es liegen jedoch Ergebnisse einiger weniger Studien vor, die einen Kostenvergleich vorgenommen haben (Mooney, 1978; Rieben, 1982; Hartmann u.a., 1983; Tescic, 1984; O’Shea & Corcoran, 1990). Diese Studien unterscheiden sich in ihrem Ansatz allerdings erheblich, was mit den Schwierigkeiten, die mit einer solchen Kosten-Nutzen-Analyse verbunden sind, begründet werden kann. So betrachtet der eine Teil der Studien nur die Kosten, die mit Geldzahlungen verbunden sind, das heißt, Leistungen des familialen und nachbarschaftlichen Umfeldes werden nicht mit berücksichtigt, während der andere Teil im Rahmen eines Opportunitätskostenansatzes auch die nicht mit Geldleistungen verbundenen Kosten einbezieht. Trotz solcher grundsätzlicher Schwierigkeiten lässt sich allgemein feststellen, dass Kostenvorteile der ambulanten Versorgung im Vergleich zur stationären Versorgung im Bereich leichter und mittlerer Pflegebedürftigkeit angenommen werden können. Im Bereich schwerer Pflegebedürftigkeit scheinen die Kosten einer ambulanten Versorgung indes höher zu liegen. Generell ist eine pauschale Bevorzugung der ambulanten Versorgung gegenüber der stationären Versorgung unter Kostengesichtspunkten auf Basis dieser Studien nicht zu begründen. Kostenvorteile der ambulanten Versorgung ergeben sich vor allem aufgrund der unentgeltlich erbrachten Leistungen des informellen Netzwerks. Eine adäquate Substitution stationärer Hilfe durch organisierte ambulante Dienste auf gleichem Leistungs- und Qualitätsniveau ist, insbesondere bei erhöhtem Pflegebedarf, aufgrund der dezentralen Leistungserbringung jedoch wesentlich personalintensiver.

Insofern war möglicherweise „nicht nur aus fachlicher, sondern auch aus ökonomischer Sicht (...) die Verurteilung der Heime in den 80er Jahren falsch“ (Rückert, 1993, S. 2). Damit soll keineswegs die Berechtigung des Vorrangs ambulanter Dienste vor einer stationären Versorgung in Zweifel gezogen werden, zumal die überwiegende Mehrheit der alten Menschen selbst den Verbleib in der eigenen Wohnung bevorzugt (Alber, 1990; Schneekloth & Porthoff, 1993). Vielmehr geht es darum, die Wahlmöglichkeiten für die Hilfesuchenden zu stärken.

Dabei ist davon auszugehen, dass eine verstärkte Konkurrenz der unterschiedlichen Hilfeinstanzen zu einer Verbesserung in der Qualität der Dienste führt und dass die Nachfrage nach Hilfeleistungen – auch im stationären Bereich – von den Qualitätsstandards beeinflusst wird.

Auch das bei der Finanzierung der Sozialämter, Kranken- und Pflegekassen vorherrschende Sachleistungsprinzip trägt zur Einschränkung der „Konsumentensouveränität“ der hilfe- und pflegebedürftigen Personen bei. Die Gewährung von Sachleistungen unterstreicht den Status der hilfe- bzw. pflegebedürftigen Personen als Klienten und schwächt den Status als Konsumenten. Die Gewährung von Geldleistungen bietet demgegenüber dem Einzelnen (oder gegebenenfalls den Angehörigen) die Möglichkeit, selbst über die optimale Verwendung der Mittel entscheiden zu können. Dies kann – unabhängige Qualitätskontrollen bei den Pflegeleistungen vorausgesetzt – die Konkurrenz unter den Anbietern von Pflegediensten stärken und die Qualität verbessern helfen (Frank, 1987). Sowohl im Sozialgesetzbuch V als auch im Pflegeversicherungsgesetz ist die Auszahlung eines im Prinzip frei verfügbaren Geldbetrags vorgesehen, freilich sind diese Geldleistungen vornehmlich dann eingeplant, wenn informelle Hilfe an die Stelle professioneller Hilfe treten soll. Zudem ist das finanzielle Volumen der Geldleistungen wesentlich geringer als das der äquivalenten Sachleistungen und bleibt weit unterhalb der Marktpreise. Überdies schafft die Einschränkung, Geldleistungen nur bei häuslicher Pflege in Anspruch nehmen zu können, einen Anreiz, diese Leistung einer möglicherweise angemesseneren stationären Pflege vorzuziehen – zumal die Leistungen bei der stationären Versorgung im Pflegeversicherungsgesetz (derzeit) zu niedrig kalkuliert sind, sodass eine Heimunterbringung für viele Menschen auch weiterhin nur mit erheblichem Einsatz eigener Mittel finanzierbar sein wird (Spieß & Wagner, 1993).

Ein Mittel der Kontrolle des Diensteschnitts und des Zugangs zu Diensten in einem durch öffentliche Verwaltung und Experten und nicht durch einen offenen Markt regulierten Dienstesystems sind Finanzzuweisungen (Gebührenordnungen und Pflegesatzbestimmungen). Sie regeln die Entgeltberechnung und legen somit fest, welche Leistungen für einen Anbieter gewinnbringend sind und welche nicht. Festentgelte bergen die Gefahr einer Kostenunterdeckung, die dann entweder von den Anbietern aufgefangen werden muss oder zu Lasten der Qualität der Pflegeleistungen geht. So wird bei den Sozialstationen beispielsweise über die Zusammensetzung der von ihnen betreuten Personen ein Ausgleich geschaffen. Da bei den Schwerpflegebedürftigen die Kosten durch die Gebühren- und Pflegesätze der Krankenkassen bzw. Sozialämter nicht gedeckt werden, kompensieren die Sozialstationen dies durch Fälle, bei denen eine Behandlungspflege durchgeführt wird, die bei einem relativ geringen Zeitaufwand höher abgerechnet werden kann (Garms-Homolová & Schaeffer, 1992). Zudem werden von den Sozialstationen zahlreiche geringfügig Beschäftigte eingesetzt, da die Stundensätze für die Bezahlung qualifizierten Personals nicht ausreichen – mit entsprechenden Problemen der Qualitätssicherung und der Fluktuation (Damkowski, Görres & Luckey, 1988).

Das vorherrschende Sachleistungsprinzip, aber auch normierte Pflegesätze verstärken die Tendenz einer zunehmenden Standardisierung und Uniformität der Leistungen auf Seiten der Anbieter. Auf der Verbraucherseite hingegen gibt es Tendenzen zur Bedarfs- und Anspruchsdifferenzierung, was eine verstärkte Auseinandersetzung um die richtige Zusammensetzung der Dienste im Einzelfall erforderlich machen würde.

# **Kapitel 3**

## **Der Hilfebedarf und die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen: Theoretische Konzepte, Forschungsstand und Analyserahmen**

Im Folgenden werden die theoretischen Konzepte und Modelle sowie Forschungsergebnisse, die für die Mikroanalyse der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen grundlegend sind, erörtert, bevor im letzten Abschnitt die Untersuchungshypothesen entwickelt und der Analyserahmen vorgestellt wird.

Von grundlegender Bedeutung für die vorliegende Arbeit ist die Konzeption von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, weshalb zunächst vorhandene Konzeptionen und deren Operationalisierung beschrieben werden (Abschnitt 3.1). Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf Messmethoden, die in empirischen Erhebungen verwendet und umgesetzt wurden. Daran schließt sich eine Synopse relevanter Studien an, die einen Eindruck vom Ausmaß der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik und den Schwierigkeiten der Ermittlung dieser Angaben vermittelt.

Nach den Ausführungen zum Ausmaß der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wird im Abschnitt 3.2 der Frage nachgegangen, wer denn eigentlich die Betreuung und Versorgung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen übernimmt. Dazu werden die möglichen Hilfeformen dargestellt und der Stand der Forschung zur Versorgungs- und Betreuungssituation der älteren Menschen mit eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeit diskutiert.

Der Abschnitt 3.3 widmet sich der Mikroebene des Inanspruchnahmeverhaltens, das heißt der Frage, wie Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben von den Individuen in die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen unterschiedlicher Anbieter transformiert werden. Zunächst erfolgt eine Auseinandersetzung mit einigen Erklärungsansätzen, die für die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens relevant sind. Neben theoretischen Modellen aus der Forschung zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird hier auch die Forschung zur sozialen Unterstützung berücksichtigt. Im Anschluss daran erfolgt ein kurzer Überblick über den Stand der Forschung zu den Determinanten der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen unterschiedlicher Hilfeleistungsinstanzen.

Abschließend werden im Abschnitt 3.4 die konkreten Untersuchungshypothesen formuliert und der Analyserahmen für den empirischen Teil der Arbeit, in dem die unterschiedlichen Hilfe- und Pflegealternativen gemeinsam, das heißt in ihren Wechselbeziehungen, betrachtet werden sollen, vorgestellt.

### **3.1 Zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs: Messkonzepte und empirische Untersuchungen**

Bei der Durchsicht der Literatur, die sich mit dem Hilfe- und Pflegebedarf alter Menschen befasst, fällt die Uneinheitlichkeit in der Terminologie auf. So wird der Sachverhalt, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen bzw. in Anspruch nehmen zu müssen, mit den unterschiedlichsten Begriffen wie Unselbstständigkeit, Betreuungsbedürftigkeit, Hilfebedürftigkeit,



Pflegebedürftigkeit usw. umschrieben. Die begriffliche Unschärfe und konzeptuelle Komplexität schlägt sich in unterschiedlichen Messkonzepten und Operationalisierungen nieder (Shanas & Maddox, 1985; Thiede, 1988; Wahl, 1989; BMFuS, 1990; Oswald u.a., 1992; Guralnik & Simonsick, 1993; Cappell, 1996). Bevor also ein Überblick über einzelne empirische Erhebungen zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs gegeben werden kann, ist eine kurze Auseinandersetzung mit den grundlegenden Messkonzepten erforderlich.

### 3.1.1 Konzepte zur Messung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Im Wesentlichen lassen sich die folgenden Zugänge unterscheiden:

- Die Messung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit anhand biologisch-medizinischer Kriterien, also das Vorhandensein bzw. das Fehlen von Krankheiten und pathologischen Zuständen (Wissenschaftlicher Arbeitskreis, 1990; Thomae, 1992).
- Die Ermittlung der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen und des Gebrauchs von Hilfsmitteln (Blosser-Reisen, 1990; Gilberg, 1992).
- Die subjektive Einschätzung einer Person, ob sie pflegebedürftig ist oder nicht (bzw. ein Angehöriger) (Thiede, 1988).
- Die Bestimmung des Ausmaßes funktionaler Fähigkeiten, die eine Person besitzt. Empirisch erfolgt dies über Fragen nach der Fähigkeit, wichtige Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig und ohne fremde Hilfe ausüben zu können (Wahl, 1990; Schneekloth & Potthoff, 1993).

Bei der Ermittlung des Hilfe- und Pflegebedarfs anhand von medizinischen Diagnosen ergeben sich grundsätzliche Schwierigkeiten. Aufgrund der Komplexität der Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ ist eine einfache Operationalisierung einer krankheitsbedingten Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit kaum möglich. Darüber hinaus sind medizinische Kriterien zur Feststellung einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit ungeeignet, da der medizinische Befund über Einschränkungen bestimmter körperlicher und geistiger Funktionen nur einen Aspekt von Hilfebedürftigkeit darstellt (Braun, 1987). Krankheitsdiagnosen erscheinen von daher für die Ermittlung des Hilfe-/Pflegebedarfs ungeeignet. Mittag (1983) stellt fest, dass „die Gruppierung nach Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen zeigt, dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Krankheitsart und Grad der Hilfe-/Pflegebedürftigkeit nicht besteht“ (S. 218).

Die Erfassung des Hilfe- und Pflegebedarfs anhand der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln oder Diensten ist ebenfalls mit grundsätzlichen Schwierigkeiten verbunden, da das Ausmaß der Hilfe, die eine Person erhält, nicht gleichgesetzt werden kann mit dem Ausmaß an Hilfe, die eine Person benötigt. Vom Ausmaß der Betreuung kann also nicht einfach auf das Ausmaß der Bedürftigkeit geschlossen werden, da gerade Familien sich in der Unterstützung nicht immer an den noch vorhandenen Fähigkeiten des Betreuten orientieren (Kruse, 1983; Kruse & Wilbers, 1987).

Insofern ist es nicht verwunderlich, dass in der geriatrischen und gerontologischen Forschung zumeist ein „Funktionsmodell“ (Wahl, 1989, S. 4) favorisiert wird, in dem nicht Krankheit empirisch erfasst wird, sondern Behinderungen (disabilities), das heißt Beeinträchtigungen und Funktionseinbußen. Dabei steht nicht mehr so sehr eine aus einer körperlichen Schädigung resultierende Einschränkung der Teilnahme am Erwerbsleben im Vordergrund, da ja ältere Menschen in der Regel aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Vielmehr werden Behinderungen in anderen Bereichen als relevant betrachtet: in der alltäglichen Selbst-

versorgung, in der Ausführung der Hausarbeit, in der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und bei der Gestaltung von Freizeitaktivitäten<sup>16</sup>.

Der Blickwinkel richtet sich also auf die Krankheitsfolgen (vgl. zum Krankheitsfolgenmodell: Bangma, 1992; Brennecke & Schelp, 1993), die zu einer Beeinträchtigung im alltäglichen Handeln führen. Dabei spielt es keine entscheidende Rolle, ob die funktionellen Einschränkungen die Folge einer physischen oder einer psychischen Veränderung sind. Das disability-Konzept führt weg von einer primär biologischen hin zu einer sozialen und gesellschaftsbezogenen Definition. Dieses Konzept bezieht sich auf die insbesondere aus soziologischer Sicht interessanten Verhaltensaspekte von psychischer und physischer Krankheit und Behinderung. „Functional impairment status calls attention to a particular sociological dimension of health status – the capacity of individuals to meet personal and social expectations regarding self-care and social role performance.“ (Maddox & Clark, 1992, S. 114) Aus dem Universum aller möglichen Aktivitäten, die „Lebensführung“ konstituieren, sind jedoch nur solche für die Messung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit relevant, deren Erledigung für alle Menschen in unserem Kulturkreis unabhängig von ihrer biologischen oder sozialen Differenzierung zutreffen. Deshalb werden zumeist die so genannten Basisaktivitäten des täglichen Lebens („Activities of daily living“ – ADL) betrachtet. Es handelt sich dabei um einfache, bei jeder Person täglich oder fast täglich vorkommende Verhaltensweisen, die als Grundlage für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben angesehen werden können.

Die methodische Umsetzung erfolgt mittels so genannter ADL-Skalen, die aus einem Katalog basaler Aktivitäten bestehen. Zusammenstellungen solcher Aktivitäten finden sich sowohl in Klassifikationssystemen über Behinderungen (WHO, 1980) als auch – mittlerweile in großer Anzahl – in der gerontologischen Literatur (Katz u.a., 1963; Mahoney & Barthel, 1965; Lawton & Brody, 1969; einen Überblick geben White, Cartwright & Cornoni-Huntley, 1986, und Wahl, 1988). Derartige Aktivitäten werden ebenfalls als Definitionselemente des Sozialrechts bei der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit verwendet, umschrieben als „gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ (§ 14 BSHG, § 68 PflegeVG).

Die vorhandenen Skalen können unterteilt werden in solche, die auf die Bewältigung elementarer Aufgaben zielen, und solchen, die komplexere instrumentelle Aktivitäten („Instrumental activities of daily living“ – IADL) berücksichtigen. Bei der Konstruktion der Skalen, die Aktivitäten aus dem Bereich des Basisverhaltens wie Ankleiden, Baden, Essen usw. berücksichtigen (ADL-Skalen), ist davon auszugehen, dass die „hierzu zählenden Tätigkeiten in der Regel von einem Gesunden nie an andere Menschen delegiert, sondern immer selbstständig ausgeführt (werden), so daß die Unfähigkeit zur selbstständigen Verrichtung gleichzusetzen ist mit Hilfsbedürftigkeit“ (Stiefel, 1983, S. 33) und damit auch einer Abhängigkeit von fremder Hilfe. Bei den instrumentellen Aktivitäten ist darauf zu achten, dass sie soziokulturellen Einflüssen, beispielsweise dem Grad der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, unterliegen können.

---

<sup>16</sup> Bei den beiden letztgenannten Bereichen spielt im Falle auftretender Funktionseinbußen selbstverständlich die Betreuungssituation – und somit auch das Inanspruchnahmeverhalten der älteren Menschen – eine entscheidende Rolle. Zu fragen ist hier also nicht nur nach den Funktionseinbußen, sondern auch nach der Bedeutung der Betreuungssituation. Beispielsweise können die gleichen Funktionseinbußen bei Heimbewohnern und zu Hause betreuten Personen unterschiedliche Auswirkungen auf die Möglichkeiten bei der Freizeitgestaltung haben.

Die elementaren Aktivitäten (ADL) und die instrumentellen Aktivitäten (IADL) erfassen also unterschiedliche Aktivitätskonstellationen und auch unterschiedliche Bedarfsdimensionen. Eine Einschränkung in der Selbstversorgungsfähigkeit in einem dieser Bereiche bedeutet demzufolge nicht notwendigerweise auch eine Einschränkung im jeweils anderen Bereich. Es lassen sich vielmehr unterschiedliche Altersverläufe für die beiden Bereiche feststellen (Norström & Thorslund, 1991). Auf dieser Trennung zwischen ADL- und IADL-Aktivitäten und -Skalen aufbauend, unterscheidet Dieck (1993, S. 12) zwischen drei Bedarfskonstellationen:

1. Personen mit Hilfebedarf im hauswirtschaftlichen Bereich (dies entspricht Hilfen bei den instrumentellen Aktivitäten, IADL).
2. Personen mit Hilfebedarf im pflegerischen Bereich (dies entspricht Hilfen bei den elementaren Aktivitäten, ADL).
3. Personen mit Hilfebedarf im hauswirtschaftlichen und im pflegerischen Bereich.

Ob allerdings Einschränkungen im pflegerischen Bereich ohne Einschränkungen im hauswirtschaftlichen Bereich empirisch tatsächlich anzutreffen sind, lässt sich derzeit nicht beantworten.

Diese Unterscheidung in Hilfebedarf bei den elementaren Verrichtungen und Hilfebedarf bei den instrumentellen Verrichtungen wird in der neueren gerontologischen Literatur als konzeptuelles Abgrenzungskriterium von Hilfebedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit verwendet. Pflegebedürftigkeit wird dabei über Einschränkungen bei den elementaren Tätigkeiten und Hilfebedürftigkeit über Einschränkungen bei den instrumentellen (vor allem hauswirtschaftlichen) Tätigkeiten konzeptualisiert.

### 3.1.2 Empirische Untersuchungen zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs<sup>17</sup>

Erhebungen, die den Bereich des Hilfe- und Pflegebedarfs im Alter behandeln, beziehen sich in der Regel auf Personen in Privathaushalten oder auf Personen in stationären Einrichtungen. Untersuchungen, die sowohl Personen in Privathaushalten als auch Personen in stationären Einrichtungen einschließen, liegen für die Bundesrepublik meines Wissens nicht vor. Dies ist insofern von Bedeutung, da somit Aussagen über die Gesamtprävalenz des Hilfe- und Pflegebedarfs in der Altenbevölkerung nicht möglich sind. Auch Altersgruppen- und Geschlechtsvergleiche stehen vor dem Problem, dass ermittelte Unterschiede auf unterschiedliche Anteile stationär versorgter hilfe- und pflegebedürftiger Personen in den einzelnen Gruppen zurückführbar sein könnten. Darüber hinaus stoßen Versuche, das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in der Bevölkerung zu bestimmen, auf die geschilderten Probleme der Unklarheit der Konzepte und der Unsicherheit bezüglich der Kriterienbestimmung.

#### *Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in privaten Haushalten*

Insofern kann es kaum verwundern, dass die am häufigsten zitierte Untersuchung in der Bundesrepublik, eine im Jahre 1978 vom Meinungsforschungsinstitut Socialdata (1980) durchge-

---

<sup>17</sup> Am Ende dieses Abschnitts 3.1.2 findet sich eine tabellarische Übersicht mit den wesentlichen Vorgehensweisen und Ergebnissen der im Folgenden vorgestellten Studien.

fürte Fragebogenerhebung, heftig kritisiert wurde. Die Maßstäbe für Selbstversorgungsfähigkeit seien zu niedrig angesetzt und folglich würden auch zu hohe Bedarfsraten ausgewiesen (Lehr, 1985b; Kruse & Wilbers, 1987; Thomae, 1987).

Die Stichprobenziehung der Socialdata-Studie, die Repräsentativdaten für die Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik ergeben sollte, basierte auf einem mehrstufigen Auswahlverfahren. Aus einer Ausgangsstichprobe von 29.809 Haushalten mit 75.000 Personen, für die auf eine frühere Erhebung des Instituts zurückgegriffen wurde, wurden 5.811 Haushalte ausgewählt, wobei als Auswahlkriterium der „Verdacht auf Hilfebedürftigkeit eines Familienmitglieds“ (Socialdata, 1980, S. 27) diente. Zusätzlich wurde „aus weiteren Datenbeständen“ (S. 27) des Instituts eine Kontrollgruppe von 6.182 Personen befragt.

Mithilfe der Daten aus der schriftlichen Befragung wurden Indikatoren der Hilfebedürftigkeit und deren Abstufung festgelegt. Es ergaben sich sieben Indikatoren, die für die Bestimmung von Hilfebedürftigkeit herangezogen wurden: Grundpflege (Hilfebedarf bei der Körperpflege, beim Essen, Trinken, An- und Ausziehen, Aufstehen/Zubettgehen, Stuhlgang, Wasserlassen), Behandlungspflege (Bedarf an medizinischer Betreuung), hauswirtschaftliche Versorgung (Bedarf an Hilfe für Wäsche waschen, Kochen, Einkaufen), aktive Kommunikation und passive Rezeption, Zeitintervalle für Pflege und Überwachungsnotwendigkeit, Aktionsradius des Pflegebedürftigen und Selbstwahrnehmung (Betreuungsbedarf wegen stark resignativer, depressiver Verfassung, Suizidgedanken, pessimistischem Weltbild).

Anhand dieser sieben Indikatoren wurden die Befragten in vier Hilfebedürftigkeitsstufen eingruppiert, wobei in der Gruppe A Personen erfasst wurden, die ständig oder fast immer bettlägerig waren und ununterbrochen der Pflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung bedurften. Gruppe B umfasste Personen, die in mehreren Bereichen nicht in der Lage waren, sich selbst zu helfen, und daher ständige Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung benötigten. Gruppe C bestand aus Personen, die in Teilbereichen auf Pflege leichter Intensität angewiesen oder abhängig von hauswirtschaftlicher Versorgung und in der Mobilität stark eingeschränkt waren. Gruppe D schließlich fasste Personen zusammen, die eine intensive Betreuung benötigten, die gar nicht oder nur teilweise ihren Haushalt selbst führen konnten oder deren Aktionsradius sehr eingeschränkt war. Die Einteilung entsprach also einer abfallenden Einstufung von Hilfebedürftigkeit. „In den Gruppen A und B sind die Personen zusammengefasst, die einen hohen Pflegeaufwand benötigen (...). Pflegebedürftige mit leichteren Pflegegraden sind in den Gruppen C und D vertreten.“ (Hirnschützer & Momber, 1982, S. 304)

Die Hochrechnung des Anteils der 65-jährigen und älteren in Privathaushalten lebenden hilfe- und pflegebedürftigen Personen (Gruppen A, B, C und D) an der Wohnbevölkerung dieser Altersgruppe (Stand: 1976) auf der Grundlage der Erhebung von Socialdata ergab einen Anteil von 18 Prozent. In der Altersgruppe 65 bis 79 Jahre betrug der Anteil 12 Prozent und in der Altersgruppe 80 Jahre und älter 53 Prozent. Eine Betrachtung der Ergebnisse ohne die Gruppe D, in der „ausschließlich Personen, die zwar Hilfe brauchen, nicht aber Pflege im tradierten Sinne“ (Hirnschützer & Momber, 1982, S. 22), zusammengefasst wurden, ergab einen Anteil von 11 Prozent an der 65-jährigen und älteren Wohnbevölkerung. Für die einzelnen Altersgruppen ergaben sich Anteile von 8 Prozent (65–79 Jahre) und 28 Prozent (80 Jahre und älter). Betrachtet man nur Personen in den Gruppen A und B als „im eigentlichen Sinn des Wortes pflegebedürftig“ (Kruse & Wilbers, 1987, S. 206), ergab diese Studie einen Anteil von 5 Prozent an der Wohnbevölkerung der Altersgruppe 65 Jahre und älter. In der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen betrug der Anteil 3 Prozent, bei den 80-Jährigen und Älteren ergab sich

ein Anteil von 16 Prozent erhöht Pflegebedürftiger. Für Personen, die „ununterbrochen der Pflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung“ (Socialdata, 1980, S. 36) bedurften, also nur die Gruppe A, ergab sich ein Anteil von knapp 2 Prozent an allen 65-Jährigen und Älteren, mit altersgruppenspezifischen Anteilen von 1 Prozent (65–79 Jahre) und 6,5 Prozent (80 Jahre und älter). Es werden zwar keine geschlechtsgetrennten Prävalenzen präsentiert, bei einem Vergleich des Anteils der Geschlechter an der Wohnbevölkerung und des Anteils der Geschlechter an den Hilfebedürftigen zeigte sich jedoch „ein relativ höherer Frauenanteil in allen Altersgruppen“ (S. 48).

In einer Untersuchung des Deutschen Instituts für Urbanistik aus dem Jahre 1981 (Mittag, 1983) wurde für die „empirische Ermittlung des Anteils der Hilfe- und Pflegebedürftigen im Versorgungsraum Bonn“ (S. 217) eine „repräsentative Zufallsstichprobe in geschichteter, d.h. verschiedene Altersgruppen gezielt berücksichtigender Form“ (S. 217) durchgeführt. Insgesamt wurden 1.259 Personen teilweise telefonisch, teilweise persönlich befragt.

Für die Einteilung und Zuordnung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in verschiedene Gruppen wurden vier Abgrenzungs- und Kategorisierungskriterien verwendet: der Versorgungsbedarf im körperlichen Bereich, der Versorgungsbedarf im hauswirtschaftlichen Bereich, die Art vorhandener Krankheiten oder Behinderungen sowie der Grad der Bettlägerigkeit (nicht bettlägerig, manchmal bettlägerig und ständig bettlägerig). Anhand dieser Kriterien wurden elf Gruppen gebildet, die sich durch den „Versorgungsbedarf“ unterschieden. Dazu wurde zunächst in drei Gruppen eingeteilt: kein hauswirtschaftlicher und kein körperlicher Versorgungsbedarf, ausschließlich hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf sowie hauswirtschaftlicher und körperlicher Versorgungsbedarf. Der Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen wurde dabei im Vergleich zu dem der Hilfebedürftigen generell als höher angesehen. Innerhalb der Gruppen wurde dann zusätzlich anhand des geschätzten Zeitaufwands abgestuft. Der Zeitaufwand wurde auf Basis der Krankheitsbezeichnungen und des Grades der Bettlägerigkeit geschätzt, wobei diese Feineinteilung für die Angabe von Prävalenzzahlen zum Hilfe- und Pflegebedarf als weniger bedeutsam erachtet wurde. „Trotz der fließenden Übergänge und daraus resultierenden Abgrenzungsschwierigkeiten können – im Rahmen allgemein üblicher Terminologie – die Gruppen 2 bis 6 als Hilfebedürftige, die Gruppen 7 bis 10 als Pflegebedürftige (...) bezeichnet werden.“ (S. 218)

Insgesamt ergab sich ein Anteil von 12,2 Prozent Hilfe- oder Pflegebedürftige (9,7 % Hilfebedürftige und 2,5 % Pflegebedürftige) an der Gesamtbevölkerung der Stadt Bonn, wobei „die Wahrscheinlichkeit, hilfe- bzw. pflegebedürftig zu werden, in hohem Maße altersabhängig ist“ (S. 219). So ergab sich ein Anteil weder Hilfe- noch Pflegebedürftiger an der Altersgruppe 60–69 Jahre von 84,2 Prozent. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen ergab sich ein Anteil von 67,1 Prozent, in der Altersgruppe 80–89 betrug der Anteil 54,2 Prozent und in der Altersgruppe 90 und älter nur noch 14,3 Prozent. Allerdings war die Gruppe der 90-Jährigen und Älteren mit sieben Personen äußerst gering besetzt. Der Anteil der Hilfebedürftigen nahm von 13 Prozent in der Altersgruppe 60–69, über 27,8 Prozent bei den 70- bis 79-Jährigen und 33,3 Prozent bei den 80- bis 89-Jährigen auf 42,8 Prozent bei den 90-Jährigen und Älteren zu. Pflegebedürftigkeit war demgegenüber deutlich seltener anzutreffen. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen waren es 2,8 Prozent, bei den 70- bis 79-Jährigen 5,1 Prozent, bei den 80- bis 89-Jährigen 12,5 Prozent, und von den sieben 90-Jährigen und Älteren waren 42,9 Prozent pflegebedürftig. Der Anteil der Pflegebedürftigkeit an der Altersgruppe 60 Jahre und älter lag dieser Untersuchung zufolge insgesamt bei 5,4 Prozent. Geschlechtsgetrennte Angaben liegen dazu nicht vor.

In einer Berliner Studie (Garms-Homolová & Hütter, 1983) wurden drei nach Altersjährgängen, Geschlecht und Wohngebiet geschichtete Stichproben der Wohnbevölkerung von Berlin (West) im Alter von 60 bis 90 Jahren gezogen. Es wurden in der gesamten Studie 1.512 Personen befragt, in die ärztliche Untersuchung, in deren Rahmen die Prüfung der motorischen Leistungsfähigkeit erfolgte, wurden jedoch nur zwei Stichproben einbezogen. Zum einen die Stichprobe aus dem Stadtteil Gropiusstadt (N = 407) und zum anderen die Stichprobe aus dem Stadtteil Kreuzberg-SO36 (N = 363). Diese 770 Personen wurden anhand der Beurteilung des funktionellen Status mittels ADL-Index (14 Items aus den Bereichen: Mobilität, Hygiene, hauswirtschaftliche Verrichtungen, „z.B. Fortbewegung draußen und in der Wohnung, Treppensteigen, Tragen von schweren Gegenständen, Kontinenzverhalten, Waschen, Anziehen und andere Verrichtungen zur Erhaltung persönlicher Hygiene, Essenszubereitung und Hausarbeit“ [Garms-Homolová & Hütter, 1983, S. 262]) unter Hinzuziehung der Ergebnisse einer motorischen Funktionsprüfung (Test for Measuring Motor Impairment in Prevalence Studies, TMMIPS) in „drei Stufen von Versorgungsbedürftigkeit“ (S. 267) eingruppiert: (1) Personen, die mehrere Verrichtungen des täglichen Lebens nicht ausführen konnten („Abhängige“); (2) Personen, die einzelne Verrichtungen des täglichen Lebens nicht ausführen konnten und für eine Reihe weiterer fremde Hilfe benötigten („Hilfsbedürftige“), und (3) Personen, die nur mit Schwierigkeiten die Verrichtungen des täglichen Lebens bewältigen konnten und in Einzelfällen auf fremde Hilfe angewiesen waren („Risikogruppe“).

Die Autoren der Studie kamen dabei zu folgenden Ergebnissen (aufgeteilt nach Altersgruppen): Abhängigkeit: 1 Prozent (60–69); 8,2 Prozent (70–79) und 19 Prozent (80–89); Hilfsbedürftigkeit: 9,1 Prozent (60–69); 19,3 Prozent (70–79) und 31 Prozent (80–89); Risikogruppe: 16,2 Prozent (60–69); 21,2 Prozent (70–79) und 26,3 Prozent (80–89). Geschlechtsgetrennte Angaben für den Gesamtwert der Versorgungsbedürftigkeit liegen nicht vor, für den ADL-Index ergab sich jedoch, dass die Anzahl der nicht behinderten Männer größer war als die Anzahl der nicht behinderten Frauen. Allerdings war auch der Anteil der stark behinderten Männer größer. „Frauen gaben signifikant häufiger an, die Aktivitäten mit Schwierigkeiten, aber ohne fremde Hilfe wahrnehmen zu können.“ (Garms-Homolová & Hütter, 1983, S. 267) Dieser Geschlechtsunterschied könnte jedoch auch eine höhere Heimquote stark behinderter Frauen widerspiegeln.

In ihrer Untersuchung von 70-jährigen und älteren in Privathaushalten lebenden Personen in Stuttgart (N = 270) verwendete Stiefel (1983) zur Ermittlung des „pflegerischen Betreuungsbedarfs“ (Garms-Homolová & Hütter, 1983, S. 143) eine zwölf Items umfassende ADL-Skala (Ankleiden, Auskleiden, vom Bett aufstehen, ins Bett steigen, sich waschen, Haare waschen, Kämmen, Rasieren, Essen/Trinken, Bad nehmen/Duschen, zur Toilette gehen, Fußpflege), den Bedarf an medizinischer Pflege (Hilfe bei Medikamenteneinnahme, beim spritzen, beim verbinden usw.) sowie den Überwachungsbedarf, der abgeleitet wurde aus „der Dauer des Alleinseinkönnens“ (S. 143). Der Hilfebedarf in diesen drei Kategorien wurde zusammengefasst zu Stufen der Betreuungsbedürftigkeit. Dabei zeigte sich, dass 64,4 Prozent der Befragten in keiner Weise betreuungsbedürftig waren, 23,7 Prozent waren seltener als einmal täglich und 11,9 Prozent mindestens täglich (bei 1,5 % bestand „Betreuungsbedarf während des gesamten Tages“ und bei 1,9 % „rund um die Uhr“) auf eine Hilfeleistung angewiesen. Der Betreuungsbedarf erwies sich auch hier als deutlich vom Lebensalter beeinflusst. So nahm der Anteil der Betreuungsbedürftigen von 25 Prozent bei den 70- bis 75-Jährigen auf 61 Prozent bei den über 80-Jährigen zu. Im Hinblick auf das Geschlecht zeigte sich, dass Frauen signifikant häufiger betreuungsbedürftig waren als die Männer (30 % der Männer,

39 % der Frauen). Auch diese Studie ergab, dass Frauen sehr viel häufiger nur Hilfe in geringerem Umfang, die Männer dagegen intensivere Betreuung benötigten. Da es sich um eine Stichprobe in Privathaushalten lebender älterer Menschen handelte, sind mögliche Einflüsse unterschiedlicher Heimquoten nicht auszuschließen.

Wahl (1987) untersuchte die Behinderung im Alter mithilfe von empirischen Daten, die im Rahmen eines gerontopsychiatrischen Forschungsprojektes Anfang der 1980er Jahre in der Stadt Mannheim erhoben wurden. Bei den Daten handelte es sich um eine Zufallsstichprobe von 65-jährigen und älteren Personen in Privathaushalten aus sieben Bezirken Mannheims. Insgesamt wurden 343 Personen befragt. Die „Stichprobe erwies sich hinsichtlich Alter, Geschlecht und Familienstand als repräsentativ für die Grundgesamtheit“ (Wahl, 1987, S. 67). Die Behinderung in der alltäglichen Selbstversorgung wurde über die Aufsummierung von acht Items (zu Bett gehen, zur Toilette gehen, ein Bad nehmen, Gesicht und Hände waschen, Schuhe, Strümpfe oder Socken anziehen, Knöpfe und Reißverschlüsse auf- und zu machen, mit Messer, Gabel, Löffel essen, mit Tasse trinken und Haare kämmen) erfasst. Die Items wurden dreifach abgestuft codiert: Durchführung ohne Schwierigkeiten möglich, Durchführung nur mit Mühe und Durchführung nur mit Hilfe möglich. Analog wurden auch acht Items erfasst, die Behinderungen in der Hausarbeit messen sollten (Essen vorbereiten, Geschirr spülen, Betten machen, Abstauben und Putzen, Waschen und Bügeln, Nähen und Stopfen, Fenster putzen und Einkaufen gehen). Es handelte sich also um jeweils acht ADL- und acht IADL-Items, wobei die IADL-Items nur bei Frauen und allein lebenden Männern erhoben wurden, um ausschließlich krankheitsbedingte und nicht womöglich sozialisatorisch oder motivational begründete Hilfebedürftigkeit zu erfassen. Bei seinen Auswertungen berücksichtigte Wahl jedoch „aus Homogenitätsgründen“ (Wahl, 1987, S. 67) nur die Frauen. Nach der Aufsummierung der Werte wurde die Verteilung trichotomisiert.

Hinsichtlich der Selbstversorgungsfähigkeit der über 64-Jährigen ergab sich folgendes Bild: Keinerlei Behinderungen in der Eigenpflege zeigten 77,8 Prozent der Befragten, „17,8 % zeigten leichte und 4,4 % schwere Beeinträchtigungen“ (S. 68). Insgesamt ergab sich demnach bei rund 22 Prozent der Befragten eine leichte oder schwere Behinderung in der alltäglichen Selbstversorgung, wobei eine derart weitgefaste Definition von Behinderung „aber keineswegs schon Abhängigkeit von der Hilfe anderer impliziert“ (S. 72). Betrachtet man sich nur Behinderungen bei der Hausarbeit, zeigte sich, dass 49,5 Prozent aller Frauen der Stichprobe ihre Hausarbeit ohne wesentliche Einschränkungen erledigen konnten. 29 Prozent hatten zumindest einige Schwierigkeiten, was jedoch nicht bedeutet, „daß diese Frauen schon in ihrer autonomen Lebensführung gefährdet bzw. auf fremde Hilfe angewiesen wären“ (S. 72), und 21,5 Prozent wiesen erhebliche Schwierigkeiten bei der Erledigung der Hausarbeit auf. Im Bereich der Selbstversorgung ergab sich, dass sich die Frauen „als in der Tendenz stärker behindert“ (S. 68) zeigten als die Männer.

Aus dem Jahre 1988 stammt eine Untersuchung von Thiede, in der die „Lage von älteren Menschen, die der regelmäßigen Hilfe Dritter bedürfen (...)“ (Thiede, 1988, S. 251), betrachtet wurde. Datengrundlage war das Sozio-ökonomische Panel, bei dem 1984 in der ersten Welle rund 12.000 Personen (die älter als 16 Jahre waren) in knapp 6.000 Haushalten befragt wurden, wobei Personen in Institutionen nicht berücksichtigt wurden. Thiede verwendete die Daten der ersten fünf Wellen (bis einschließlich 1988) und „eine Staffel weitergehender Fragen zu Art und Umfang der häuslichen Pflege“ (Thiede, 1988, S. 251), die 1987 in die vierte Panelwelle integriert worden waren. Die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit beruhte auf der subjektiven Einschätzung des Haushaltsmitglieds, das den so genannten Haushaltsfragebogen

(in diesem werden den Haushalt betreffende Fragen gestellt) beantwortet hat. Dort wird gefragt, „ob es in dem betreffenden Haushalt jemanden gibt, der aus Alters- oder Krankheitsgründen dauernd pflegebedürftig ist“ (Thiede, 1988, S. 251).

In der Altersgruppe 65 Jahre und älter wurden 177 Personen als pflegebedürftig bezeichnet. Dies entspricht einer Pflegequote von 8,8 Prozent aller Personen dieser Altersgruppe. Von diesen 177 Personen wurden 21 Prozent als dauernd bettlägerig eingestuft, 66 Prozent benötigten Hilfe bei den täglichen Verrichtungen im Haushalt, und 13 Prozent benötigten lediglich Hilfe bei Besorgungen außerhalb des Haushalts. Auch bei dieser Ermittlung von Pflegequoten mithilfe des Sozio-ökonomischen Panels ergab sich eine starke Alterskorrelation. So betrug die Pflegequote bei den 65- bis 74-Jährigen 3,8 Prozent, bei den 75- bis 84-Jährigen 11,1 Prozent und bei den über 84-Jährigen 31,4 Prozent. Im Gegensatz zu den anderen vorgestellten Untersuchungen konnte auf der Basis dieser Daten kein signifikanter Geschlechtsunterschied festgestellt werden. Zwar lag der Anteil der Pflegebedürftigen bei allen über 64-jährigen Frauen mit 9,1 Prozent geringfügig höher als die entsprechende Quote bei den Männern (8,1 %), „dieser Unterschied erwies sich jedoch als statistisch nicht signifikant. Aus dem hohen Frauenanteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen lässt sich also kein geringeres Pflegerisiko bei Männern ableiten“ (Thiede, 1988, S. 252).

Das Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung führte 1989 eine „repräsentative Bevölkerungsumfrage über die Struktur privater Hilfenetze“ (Schubert, 1990, S. 13) und die Wohnsituation im Alter durch. Es wurden 982 telefonische Interviews realisiert, wobei 120 Personen 70 Jahre und älter waren. Die Befragten wurden im Rahmen dieser Untersuchung auch nach dem aktuellen Hilfebedarf wegen krankheits- oder altersbedingter Pflegebedürftigkeit gefragt. Pflegebedürftigkeit wurde demnach über die subjektive Einschätzung der Befragten erfasst. Unter den Befragten im Alter von 70 und mehr Jahren bezeichneten sich 21,5 Prozent als gegenwärtig abhängig von pflegerischer Betreuung und Hilfe. Allerdings gibt der Autor zu bedenken, dass „das Dunkelfeld hochgradig hilfeabhängiger und pflegebedürftiger älterer Menschen, die deswegen auch nicht befragungsfähig sind (...) durch diese Zahlen nicht abgedeckt“ wird (Schubert, 1990, S. 15). Bei dem so ermittelten Anteil pflegebedürftiger Menschen handelt es sich also eher um eine untere Grenze.

Ebenfalls mit den Daten des Sozio-ökonomischen Panels (siehe oben) erstellten Pischner und Krause (1990) eine Tabellenanalyse zur Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten. Betrachtet wurde der Zeitraum von 1985 bis 1989. Auch hier beruhte die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit ebenso wie bei Thiede (1988; siehe oben) auf der subjektiven Einschätzung des Haushaltsmitglieds, das den so genannten Haushaltsfragebogen beantwortete. Dort wurde gefragt, „ob es in dem betreffenden Haushalt jemanden gibt, der aus Alters- oder Krankheitsgründen dauernd pflegebedürftig ist“. Darüber hinaus wurde auch hier die Einschätzung des Haushaltsvorstandes, ob die pflegebedürftige Person dauerhaft bettlägerig ist, Hilfe bei den täglichen Verrichtungen im Haushalt oder nur Hilfe bei Besorgungen/Erledigungen außerhalb des Haushalts benötigt, mit in die Tabellenanalyse einbezogen. Diese Tabellenanalyse ist insofern von besonderem Interesse, da sie eine Längsschnittbetrachtung der Pflegequoten ermöglichte. In diesem Zusammenhang stellen die Autoren fest, dass im Zeitraum 1985 bis 1989 die Pflegequote in privaten Haushalten insgesamt von 2,5 Prozent im Jahre 1985 auf etwa 1,4 Prozent im Jahre 1989 gesunken ist. „Da nicht anzunehmen ist, daß die Pflegebedürftigkeit insgesamt zurückging“, sehen die Autoren im Rückgang der Pflegequote „ein deutliches Indiz dafür, daß die Pflegetätigkeit immer mehr als Aufgabe des Staates sowie sozialer und kirchlicher Einrichtungen angesehen wird“ (Pischner & Krause, 1990). Bei den alters-



spezifischen Pflegequoten zeigte sich wieder, dass für die Pflegebedürftigkeit das Alter und die damit verbundenen Krankheiten und Gebrechen in den allermeisten Fällen verantwortlich sind. Pflegebedürftigkeit erwies sich als ein erst in den hohen Altersgruppen zahlenmäßig relevantes Problem.

Der beschriebene Rückgang in der Pflegequote war auch in den oberen Altersgruppen festzustellen, wobei es sich jedoch um einen nicht-linearen Rückgang handelte, der möglicherweise auch durch die geringen Fallzahlen (die Autoren weisen ausdrücklich auf diesen Umstand hin) und die Art der Erhebung erklärt werden könnte. Für die Altersgruppe 65 und mehr Jahre wurden folgende Pflegequoten ermittelt: 1985: 10 Prozent, 1986: 8,2 Prozent, 1987: 8,8 Prozent, 1988: 6,7 Prozent und 1989: 6,2 Prozent. Für die Altersgruppe 85 und mehr Jahre ergaben sich folgende Pflegequoten: 1985: 39,9 Prozent, 1986: 22,9 Prozent, 1987: 31 Prozent, 1988: 24,7 Prozent und 1989: 25 Prozent. Die Einteilung in die Arten der Pflegebedürftigkeit – „dauerhaft bettlägerig“, „nicht bettlägerig, braucht aber Hilfe bei den täglichen Verrichtungen im Haushalt“ und „braucht nur Hilfe bei Besorgungen/Erledigungen außerhalb des Hauses“ – erbrachte, dass nur ein geringer Teil der Pflegebedürftigen als bettlägerig eingestuft wurde (1985: 7,4 %, 1989: 10,4 %). Hilfe nur bei Erledigungen außerhalb des Haushaltes benötigten 1985 18,8 Prozent und 1989 11,2 Prozent der Pflegebedürftigen. Der weitaus überwiegende Teil wurde als hilfebedürftig bei den täglichen Verrichtungen im Haushalt eingestuft (1985: 67,6 %, 1989: 75,3 %). Diese differenzierten Pflegequoten werden jedoch nicht altersgruppenspezifisch ausgewiesen, sodass die Verschiebungen auf einer unterschiedlichen Altersstruktur der Pflegebedürftigen im betrachteten Zeitraum 1985 bis 1989 beruhen können. Eine getrennte Auswertung der Daten für Männer und Frauen erfolgte ebenfalls nicht.

Im Rahmen eines europäischen Verbundprojektes (Age Care Research Europe) wurde die Funktionsfähigkeit bei der Alltagsbewältigung in einer Großstadt- und einer Landpopulation in der Bundesrepublik ermittelt (AG Gesundheitsanalysen, 1991). Die Untersuchungspopulation der Landbevölkerung wurde als eine nach Geburtsjahr (zehn Gruppen mit je fünf Geburtsjahrgängen) und Wohnorttyp geschichtete Zufallsstichprobe der Geburtsjahrgänge 1926 und früher dreier ausgewählter Gemeinden des Landkreises Kassel gezogen. Befragt wurden 470 Personen im Jahre 1987, für den Stadt-/Land-Vergleich wurde jedoch nur die Gruppe der 70-Jährigen und Älteren (Geburtsjahrgänge 1916 und früher) ausgewählt (N = 328).

Bei der großstädtischen Untersuchungspopulation handelte es sich ebenfalls um eine geschichtete Zufallsstichprobe der Einwohner zweier innerstädtischer Bezirke Berlins (Wilmersdorf und Charlottenburg) der Geburtsjahrgänge 1897 bis 1916. Die Schichtungsmerkmale waren Geburtsjahr und Geschlecht, wobei acht jeweils fünf Geburtsjahrgänge umfassende Gruppen gebildet wurden. Von Ende 1986 bis Anfang 1987 wurden 427 Personen befragt.

Für den Vergleich ländlicher und städtischer Altenpopulationen hinsichtlich der Funktionsfähigkeit bei der Alltagsbewältigung verwendeten die Autoren ein Set von Tätigkeiten, das aus den Aktivitäten des täglichen Lebens in Anlehnung an Katz u.a. (1963, basale ADL) und Lawton und Brody (1969, instrumentelle ADL) ausgewählt wurde. Auf Basis der ausgewählten Tätigkeiten, die sich auf die Bereiche der elementaren Selbstversorgung und der außerhäuslichen Mobilität bezogen (sich von einem Zimmer zum anderen fortbewegen, sich selbst waschen und baden, sich an- und ausziehen, sich ins Bett legen und aufstehen, sich draußen fortbewegen, öffentliche Verkehrsmittel benutzen), wurde ein Index gebildet, der freilich unterschiedliche Items für Stadt und Land umfasste. Für die Landbevölkerung wurde, aufgrund verkehrsstruktureller Lücken, die Einschätzung der Fähigkeit öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen, nicht in den Index integriert.

Personen, die alle erhobenen Aktivitäten ohne Schwierigkeiten und ohne fremde Hilfe ausüben konnten, wurden als voll funktionsfähig bezeichnet. Der Anteil der Personen, die bei der Ausübung mindestens einer Aktivität der Hilfe bedurfte, nahm in der Stadt und auf dem Land mit dem Alter deutlich zu. Bei den Männern von 7 Prozent in der Stadt bzw. 20 Prozent auf dem Land in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen, über 23 Prozent (Stadt) bzw. 17 Prozent (Land) bei den 75- bis 79-Jährigen und 26 Prozent (Stadt) bzw. 39 Prozent (Land) bei den 80- bis 84-Jährigen auf 60 Prozent in der Stadt und 52 Prozent auf dem Land in der höchsten Altersgruppe der über 84-Jährigen (in der Großstadtpopulation wurden nur Personen bis zum Alter 90 befragt). Bei den Frauen war der Anteil der voll Funktionsfähigen in allen Altersgruppen niedriger. Hier betrug die Werte für die in mindestens einer Aktivität Beeinträchtigten 20 Prozent (Stadt) bzw. 23 Prozent (Land) bei den 70- bis 74-Jährigen, 29 Prozent (Stadt) bzw. 18 Prozent (Land) in der Altersgruppe 75 bis 79 Jahre, 46 Prozent (Stadt) bzw. 47 Prozent (Land) bei den 80- bis 84-Jährigen und 74 Prozent (Stadt) bzw. 71 Prozent (Land) bei den über 84-Jährigen.

Die Autoren geben jedoch zu bedenken, dass aufgrund der geringen Fallzahlen in einigen Zellen „die Ergebnisse tendenziell zu bewerten (sind)“ (AG Gesundheitsanalysen, 1991, S. 127). Darüber hinaus sind die Stadt-/Land-Differenzen aufgrund der unterschiedlichen Indexbildung kaum interpretierbar. Von den Autoren werden sie als „insgesamt aber so gering“ eingestuft, dass „sie vernachlässigt werden sollen“ (S. 44). Entscheidend sind, den Autoren zufolge, die Geschlechtsdifferenzen, „die der männlichen Population die bessere Position attestieren“ (S. XVI).

In ihrer Untersuchung zur Schwerpflegebedürftigkeit legten Garms-Homolová, Hütter und Leibing (AG Gesundheitsanalysen, 1991) deutlich strengere Maßstäbe zur Abgrenzung an die beschriebene Stichprobe der 70- bis 90-Jährigen (Großstadtpopulation) an. Auf Grundlage der ADL- und IADL-Skalen wurden Indizes in den Bereichen Mobilität, Hygiene, Ernährung und Kommunikation gebildet. Als weiteres Abstufungskriterium wurde die Häufigkeit der Betreuungsleistungen herangezogen. Im abschließend gebildeten Gesamtindex der Pflegebedürftigkeit wurden jedoch nur die Indizes der drei Bereiche Mobilität, Hygiene und Ernährung berücksichtigt und in drei Stufen eingeteilt. Stufe 1 bildeten die Personen mit relativer Selbstständigkeit in den drei Funktionsbereichen. In Stufe 2 wurden Personen mit gelegentlichem Hilfebedarf in mindestens einem Funktionsbereich zusammengefasst, und Stufe 3 wurde definiert als „intensiver Hilfebedarf (mehrmals täglich) in mindestens einem Funktionsbereich“ (AG Gesundheitsanalysen, 1991, S. 54). In der solchermaßen abgegrenzten Großstadtpopulation zeigten sich bei 7,5 Prozent der 70- bis 90-Jährigen gelegentlicher Hilfebedarf in mindestens einem der Funktionsbereiche und bei 3,3 Prozent intensiver Hilfebedarf. Über die Altersgruppen betrachtet ergaben sich für die Männer eine Zuordnung zu Stufe 2 oder Stufe 3 bei 7 Prozent der 70- bis 74-Jährigen und 48 Prozent bei den 80- bis 89-Jährigen. Bei den Frauen betrug die Anteile 2 Prozent bei den 70- bis 74-Jährigen und 22 Prozent bei den 85- bis 89-Jährigen. Im Hinblick auf die strenge Definition von Hilfebedarf im Sinne der Schwerpflegebedürftigkeit fassten die Autoren zusammen, dass „nur eine kleine Minderheit (...) als schwerpflegebedürftig eingestuft werden (kann). Aus unseren Analysen geht allerdings hervor, dass eine derart radikale Beurteilung zu Ergebnissen führt, die nicht mehr mit dem tatsächlichen intensiven Versorgungsbedarf korrespondieren.“ (AG Gesundheitsanalysen, 1991, S. 57)

Zum Abschluss wird die Untersuchung von Infratest zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs, die von November 1991 bis Februar 1992 durchgeführt wurde, etwas genauer betrachtet (Infratest, 1991; Schneekloth & Potthoff, 1993). Ziel dieser Untersuchung war es,

„repräsentative Planungsdaten für eine zukünftige Sozialpolitik im Bereich des Hilfe- und Pflegebedarfs vorzulegen“ (Infratest, 1991, S. 7). Allerdings wurden auch hier Personen in stationären Einrichtungen ausgeschlossen, als generelle Erhebungseinheit wurde der private Haushalt gewählt. Grundlage bildeten zwei in den alten und neuen Bundesländern erhobene Bevölkerungsstichproben. Als Grundlage dienten eine allgemeine Haushaltsstichprobe über die gesamte Bevölkerung sowie eine gesonderte so genannte Seniorenstichprobe von Haushalten mit Personen ab 70 Jahren. Die Seniorenstichprobe in den alten Bundesländern war eine Folgebefragung von in einem anderen Zusammenhang bereits 1986 befragten Personen. Für die neuen Bundesländer wurden analog der damals gewonnenen Stichprobe Adressen aus dem zentralen Einwohnermelderegister gezogen. Die Bevölkerungsstichprobe wurde demgegenüber nach dem Random-Route-Verfahren in den alten und neuen Bundesländern neu gebildet. Die Ausschöpfung wird bei der Seniorenstichprobe sowohl im Westen (Folgebefragung) als auch im Osten mit knapp 80 Prozent der (erneut) angeschriebenen Senioren beziffert. Bei der Bevölkerungsstichprobe lag die Ausschöpfung im Westen bei 64 Prozent und im Osten bei etwa 75 Prozent. Insgesamt standen für die Auswertungen Daten über 25.736 Haushalte (22.644 Haushalte in der Bevölkerungsstichprobe und 3.092 Haushalte in der Seniorenstichprobe) mit 60.938 Personen zur Verfügung. Die Hochrechnung der Daten bezog sich auf die Bevölkerungsstruktur des Jahres 1989.

Zur Bestimmung von hilfe- oder pflegebedürftigen Personen wurden zwei Modellrechnungen durchgeführt, bei denen es sich um „Mikrosimulationen von typischen sozialrechtlichen Bestimmungen handelt“ (Infratest, 1991, S. 14): zum einen das „Infratest-Pflegeintervallmodell“ und zum anderen das „BSHG-Modell“. Die Bestimmung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit erfolgte in einem stufenweisen, empirischen Verfahren. In einem ersten Schritt wurde auf der Basis von fünf globalen Indikatoren (andauernde Krankheiten, Beschwerden oder Behinderungen; Schwerbehindertenausweis; Verwendung medizinischer Hilfsmittel; über längere Zeit angewiesen auf Hilfe oder Pflege; dauernde Bettlägerigkeit) festgestellt, ob überhaupt relevante Beeinträchtigungen vorlagen. Erst wenn mindestens eine dieser Kategorien zutraf, wurde eine weitere Befragung zu Beeinträchtigungen alltäglicher Verrichtungen durchgeführt. Dies traf auf 17 Prozent der Bundesbürger in privaten Haushalten zu. Bei diesen Personen wurden daraufhin Informationen über Beeinträchtigungen anhand von 24 Tätigkeiten aus den ADL- und IADL-Skalen von Katz u.a. (1963) und Lawton und Brody (1969) erhoben. Die Tätigkeiten umfassten die Bereiche „Körperpflege und Hygiene“, „Nahrungszubereitung und -aufnahme“, „Haushaltsführung“, „Mobilität in der Wohnung“, „Kommunikation“ und „außerhäusliche Mobilität“.

Im Infratest-Pflegeintervallmodell wurde als normativ gesetztes Abgrenzungskriterium für den Kreis der sozialrechtlich Anspruchsberechtigten („Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf“) die Bedarfsgrenze auf „mindestens mehrfach wöchentlichen Bedarf an Hilfe bei körperbezogenen Verrichtungen“ (Schneekloth & Potthoff, 1993, S. 53) festgelegt. Unter körperbezogenen Verrichtungen wurden Tätigkeiten aus den Bereichen „Hygiene“, „Mobilität“ und „Ernährung“ verstanden. Personen, die maximal einmal wöchentlich Hilfe benötigten, wurden, obwohl „sicherlich im körpernahen Bereich ebenfalls hilfebedürftig“ (Schneekloth & Potthoff, 1993, S. 53), zusammen mit den Personen, die nur bei hauswirtschaftlichen oder sozialkommunikativen Verrichtungen der Hilfe bedurften, zusammengefasst in die Gruppe der „Personen mit hauswirtschaftlichem Hilfebedarf“. Der Personenkreis mit regelmäßigem Pflegebedarf wurde anschließend anhand der Zeitintervalle benötigter Pflege in drei unterschiedliche Schweregradstufen eingruppiert. Stufe 1 bildeten Personen mit „mehrfach wöchent-

lichem Pflegebedarf“. Bei ihnen „besteht erheblicher Hilfebedarf für die regelmäßigen, mehrfach wöchentlichen, aber nicht täglich erforderlichen Verrichtungen“ (Schneekloth & Potthoff, 1993, S. 54). In Stufe 2 wurden Personen mit „täglichem Pflegebedarf“ zusammengefasst. Hier „besteht umfangreicher Hilfebedarf für die täglich erforderlichen Verrichtungen“ (S. 54). Stufe 3 schließlich bildeten Personen „mit ständigem Pflegebedarf“. „Die Pflege ist mit großem Aufwand während des gesamten Tagesablaufs erforderlich. Es besteht Hilflosigkeit bei allen elementaren körperbezogenen Verrichtungen (...)“ (S. 54)

Im Pflegeintervallmodell werden also vier Gruppen unterschieden, wobei Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf als Pflegebedürftige, Personen mit hauswirtschaftlichem oder maximal einmal wöchentlichem Hilfebedarf als Hilfebedürftige bezeichnet werden könnten. „Eine Studie über Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung muß natürlich auch diese Gruppe (mit hauswirtschaftlichem Hilfebedarf; R.G.) zum Thema haben. Darüber hinaus ist jedoch von Interesse, ihre Situation mit dem spezifischen Bedarf bei Pflegebedürftigkeit zu vergleichen“ (Schneekloth & Potthoff, 1993, S. 57). Die Einteilung in einzelne Pflegestufen, wie auch die Einteilung in pflegebedürftige und hilfebedürftige Personen, ist vor dem Hintergrund der Diskussion um die allgemeine Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit als Versuch einer möglichen empirischen Operationalisierung des sozialrechtlich zum Zeitpunkt der Studie ungenau definierten Begriffs der Pflegebedürftigkeit zu sehen.

Die Abgrenzung im BSHG-Modell erfolgte auf ähnliche Weise, allerdings wurden in diesem Modell nur die körperbezogenen Aktivitätseinschränkungen ohne Berücksichtigung der Zeitintervalle benötigter Pflege herangezogen. Darüber hinaus fand zusätzlich der Tatbestand dauernder Bettlägerigkeit Berücksichtigung. Das Vorgehen war angelehnt an das von den Sozialämtern praktizierte Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Jede Beeinträchtigung bei den körperbezogenen Aktivitäten wurde mit einem Punktwert versehen. Aus der Summe der Punkte ergab sich die Zuordnung zur jeweiligen Pflegestufe. Die Autoren geben jedoch einschränkend zu bedenken, „daß aufgrund des jeweils unterschiedlich gehandhabten Beurteilungsspielraumes in den Kommunen keine Modellrechnung vorgelegt werden kann, die allen Besonderheiten vor Ort gerecht werden kann“ (Schneekloth & Potthoff, 1993, S. 58).

Bei der empirischen Ermittlung des Pflegebedarfs ergab sich für die beiden Modelle mit einer Korrelation von 0,8 eine hohe Übereinstimmung. Die unterschiedliche Operationalisierung, also im Wesentlichen die Einbeziehung der benötigten Pflegeintervalle, wirkte sich demnach nur geringfügig auf die Zuordnung zu den Pflegebedürftigkeitskategorien aus.

Hilfe- und Pflegebedürftigkeit tritt dieser Untersuchung zufolge erst ab der Altersklasse 65 Jahre und älter in zahlenmäßig bedeutsamer Größenordnung auf. Ab diesem Alter steigt der Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Personen jedoch kontinuierlich an. In der Altersgruppe der 65- bis 79-jährigen Männer wurden 4,2 Prozent als pflegebedürftig und 8,6 Prozent als hilfebedürftig eingestuft. Bei den Frauen dieser Altersgruppe waren es 3,1 bzw. 9,3 Prozent. Bei den 80-Jährigen und Älteren wurden bereits 12,8 Prozent der Männer und 17,8 Prozent der Frauen als pflegebedürftig und weitere 16,5 Prozent der Männer und 25,1 Prozent der Frauen als hilfebedürftig klassifiziert. Insgesamt ermittelte diese Untersuchung bei 7,6 Prozent der 65-Jährigen und Älteren das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und bei weiteren 12,5 Prozent Hilfebedürftigkeit. Bei den 80-Jährigen und Älteren betragen die Anteile 16,4 Prozent Pflegebedürftige und 22,7 Prozent Hilfebedürftige. Hochgerechnet auf die Bevölkerung von 1989 entsprechen diese Anteile einer Gesamtzahl von 800.000 pflegebedürftigen und 1,5 Millionen hilfebedürftigen Menschen im Alter von 65 Jahren und älter.

Zu den berichteten Ergebnissen der Infratest-Studie muss allerdings einschränkend hinzugefügt werden, dass die Bedarfsgruppenbildung (drei Pflegestufen und eine Hilfebedürftigkeitsstufe) nicht ohne weitere Informationen nachvollziehbar ist. Unklar bleibt, wie die benötigten Pflegeintervalle erhoben wurden und wie hoch die Anteile in den einzelnen Pflegeintervallen sind. Dies muss insofern überraschen, da die Pflegeintervalle, neben den für die jeweilige Pflegestufe als relevant definierten Aktivitätsbereichen, das zentrale Abgrenzungskriterium für die Bedarfsgruppen darstellen. Betrachtet man sich nur die den Pflegestufen zugeordneten einzelnen Aktivitätsbereiche, fällt auf, dass die Anteile von Personen mit Beeinträchtigungen hier zum Teil erheblich höher sind als die Gesamtanteile der Betroffenen bei der zugehörigen Pflegebedürftigkeitsstufe<sup>18</sup>. Die für die Abgrenzung der Pflegestufen verwendete Kombination der Informationen – Beeinträchtigung bei den relevanten Aktivitäten sowie benötigte Hilfefrequenz – wird im Endbericht jedoch nicht gesondert ausgewiesen, sodass die aggregierten Bedarfswerte nicht rekonstruiert werden können<sup>19</sup>.

Dessen ungeachtet stellt diese Studie die umfassendste Erhebung in Deutschland zum Hilfe- und Pflegebedarf in privaten Haushalten dar, die auch weitere grundlegende Informationen, beispielsweise zu den Pflegepersonen und der Inanspruchnahme ambulanter Dienste (vgl. Abschnitt 3.2), zur Verfügung stellt. Allerdings erlauben die publizierten Ergebnisse dieser Studie keinen direkten Vergleich mit der Vorgänger-Studie von 1978, der Erhebung von Socialdata: zum einen weil die Bedarfsdefinitionen und -gruppenbildungen unterschiedlich sind, zum anderen aber auch, weil für die Darstellung der publizierten Ergebnisse unterschiedliche Alterskategorien gewählt wurden. Eine bessere Vergleichbarkeit der ermittelten Hilfe- und Pflegebedarfsquoten hätte die Möglichkeit geboten, Tendaussagen über die Veränderung der Selbstversorgungsfähigkeit der Altersbevölkerung innerhalb dieser immerhin 14 Jahre machen zu können.

### *Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in stationären Einrichtungen*

An dieser Stelle muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die oben angeführten Untersuchungen das Ausmaß der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ausschließlich von Personen in Privathaushalten betrachtet haben. Insofern wären auch im Falle einer besseren Vergleichbarkeit der einzelnen Studien zum Ausmaß von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten keine Aussagen zur Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der Altenpopulation insgesamt möglich, da mögliche Veränderungen bei den stationär versorgten älteren Menschen mit berücksichtigt werden müssen. Diese Einschränkung gilt insbesondere auch für die gefundenen Alters- und Geschlechtsdifferenzen. Mögliche unterschiedliche Institutionalisierungsquoten von Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen in den verschiedenen Altersklassen sowie mögliche unterschiedliche Institutionalisierungsquoten von Männern und Frauen lassen eindeutige Aussagen auf der Basis von Stichproben in Privathaushalten lebender Personen nicht zu.

---

<sup>18</sup> Vgl. hierzu insbesondere Schneekloth & Potthoff (1993, S. 228, Definition der Pflegeintervalle; Tabelle/Graphik 4.1, S. 106, Angaben zum Pflegebedarf in den einzelnen Pflegestufen nach Alter; Tabellen 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, S. 42–45, Angaben zu Beeinträchtigungen der höheren Altersgruppen in den 23 Aktivitätsbereichen).

<sup>19</sup> Beim Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) wurde versucht, anhand der Angaben aus dem Endbericht sowie einem zusätzlichen Tabellenband von Infratest die Bildung der Pflegestufen und der Hilfebedürftigkeitsstufe nachvollziehen (Dieck, 1993). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass „die Berechnung der aggregierten Bedarfswerte durch Infratest nicht nachvollziehbar ist (...)“ (Dieck, 1993, S. 5).

Der Informationsstand über ältere Heimbewohner lässt jedoch erheblich zu wünschen übrig, sodass sich empirisch gesicherte Aussagen über das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in Heimen kaum treffen lassen. Beispielsweise gibt es keine einheitliche, bundesweite Heimstatistik, vielmehr fertigen die Bundesländer in unterschiedlicher Form und Häufigkeit Heimstatistiken an, die sich zumeist auf die Ausweisung der Heim- und Platzzahlen beschränken. Angaben über die Schwere der Behinderung bzw. die Beeinträchtigung in der Selbstversorgungsfähigkeit der Heimbewohner finden sich nicht. Die Daten der amtlichen Statistik lassen demnach nur sehr allgemeine Aussagen über Heimbewohner und mögliche Veränderungen in deren Zusammensetzung zu. Generell kann davon ausgegangen werden, dass das Durchschnittsalter in allen Heimen zunehmend höher wird, da der Anteil der Hochaltrigen ansteigt. So liegt das mittlere Eintrittsalter in ein Heim bei etwa 80 Jahren (Bickel & Jäger, 1986) und das Durchschnittsalter bei etwa 85 Jahren (Bäcker u.a., 1989a). Parallel dazu steigen offenbar auch die Anteile der Bewohner, die einen höheren Pflegegrad aufweisen – gemessen an der Zuordnung zu Pflegestufen –, an. Damit zusammenhängend lässt sich auch eine Zunahme von Heimbewohnern mit kurzer Verweildauer feststellen. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 30 Prozent der Heimbewohner innerhalb eines Jahres sterben (Dieck, 1993; Olbermann & Reichert, 1993; Rückert, 1993).

Einer Studie der Universität Trier im Auftrag des BMJFFG zufolge lebten 1991 in den alten Bundesländern rund 361.500 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen. Dies waren knapp 4 Prozent der über 65-Jährigen. Von den 75-Jährigen und Älteren waren es 6 Prozent und von den 85-Jährigen und Älteren 19 Prozent der Wohnbevölkerung, die als Pflegebedürftige in Heimen lebten (Sozialpolitische Umschau 420/91; Krug & Reh, 1992).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden mangels Daten auch als Schätzgröße für den entsprechenden Anteil Pflegebedürftiger in den neuen Bundesländern verwendet, womit dann weitere 90.000 pflegebedürftige Heimbewohner hinzukommen. Damit ergibt sich eine geschätzte Zahl an Pflegeplätzen in Altenwohnheimen, Altenheimen und Altenpflegeheimen für das gesamte Bundesgebiet von etwa 450.000 (Rückert, 1993; Schneekloth & Pothoff, 1993). Bei einer Gesamtzahl von 660.000 zur Verfügung stehenden Plätzen ergibt sich somit eine geschätzte Pflegequote von etwa 70 Prozent der in stationären Einrichtungen lebenden älteren Menschen<sup>20</sup>. Da ausschließlich pflegebedürftige Heimbewohner mit einbezogen wurden, sind Aussagen über das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe insgesamt auf Basis dieser Studie nicht möglich. Aufgeführt werden jedoch die Schweregrade der Beeinträchtigung bei den pflegebedürftigen Heimbewohnern anhand der Stufenpflegesätze. Die Skalierung der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen bestimmt die Höhe der Pflegesätze und wird in Anlehnung an die im Bundessozialhilfegesetz skizzierten Pflegestufen definiert (vgl. Abschnitt 2.2). Sie variieren jedoch stark zwischen den einzelnen Bundesländern, sodass eine direkte Zusammenfassung nicht möglich ist, weshalb in dieser Untersuchung auf ein Schema von Hirschschützer (1988) zurückgegriffen wurde, in dem die Skalierungen der einzelnen Bundesländer untereinander vergleichbar gemacht werden. In diesem Schema wird zwischen den Pflegestufen „Betreuung“, „erhöhte Pflege“ und „schwere Pflege“ unterschieden. Zusätzlich gibt es in einigen Bundesländern Einheits- bzw. Sonderpflegesätze, die sich nicht in das Schema integrieren lassen. Bei der Pflegestufe „Betreuung“ handelt es sich

---

<sup>20</sup> Für Nordrhein-Westfalen berichten Bäcker u.a. (1989b, S. 104) ebenfalls eine Belegung von etwa 70 Prozent aller Heimplätze durch Pflegebedürftige.

„per definitionem um relativ rüstige Heimbewohner, die ihre Verrichtungen des täglichen Lebens weitgehend selbst erfüllen können, und die nur hinsichtlich gewisser Tätigkeiten eines pflegerischen Beistandes bedürfen“ (Krug & Reh, 1992, S. 43). Bei diesen Heimbewohnern könnte man also von einer Hilfebedürftigkeit sprechen, während bei den beiden anderen Pflegestufen von einer Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner auszugehen ist.

Derart charakterisiert zeigte sich insgesamt, dass die Stufe „Betreuung“ eine sehr untergeordnete Rolle bei den pflegebedürftigen Heimbewohnern spielte. Nur 2 Prozent aller Heimbewohner werden in die Pflegestufe „Betreuung“ eingeordnet. In der Pflegestufe „erhöhte Pflege“ fanden sich 24 Prozent der Heimbewohner und in der Pflegestufe „schwere Pflege“ 47 Prozent der Heimbewohner. 27 Prozent wurden nach Einheits- bzw. Sonderpflegesätzen abgerechnet. Interessanterweise zeigten sich bei den älteren Heimbewohnern hier keine wesentlichen Unterschiede in der Eingruppierung über das Alter betrachtet, das heißt, die oben angegebene Verteilung fand sich – von kleineren Abweichungen abgesehen – in allen Altersgruppen wieder. Insgesamt ergab diese Studie, dass 4 Prozent der über 64-jährigen Bevölkerung als Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung lebten. Dieser Wert variierte jedoch zwischen den Bundesländern, wobei Bayern mit einer Quote von 2 Prozent den niedrigsten Wert aufwies und die Bundesländer Hamburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg mit jeweils 5 Prozent den höchsten Wert hatten. In Berlin wurde eine dem Bundesdurchschnitt entsprechende Quote von 4 Prozent ermittelt.

Eine Heimstudie wurde ebenfalls im Rahmen eines gerontopsychiatrischen Forschungsprojektes in Mannheim durchgeführt (Cooper, Mahnkopf & Bickel, 1984). Die Stichprobe umfasste N = 153 über 65-jährige Personen und wurde aus 17 Alten- und Pflegeheimen gezogen. Von allen Befragten wiesen 60 Prozent mittlere bis schwere Beeinträchtigungen bei der Mobilität auf. Im alterskorrigierten Vergleich mit einer ebenfalls zur Verfügung stehenden Gemeindestichprobe zeigte sich jedoch, dass diese Mobilitätseinbußen nur bei den Pflegeheimbewohnern signifikant häufiger auftraten. Zwischen den im Privathaushalt lebenden Personen und den Altenheimbewohnern ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Beeinträchtigungen in der Beweglichkeit.

Closs (1986) untersuchte in seiner Studie insgesamt N = 419 Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen in Hamburg. Zur Erfassung des Ausmaßes an Selbstversorgungsfähigkeit setzte er eine von Neubauer entwickelte zwölf Items umfassende so genannte Rüstigkeitsskala ein. Ein Drittel der befragten Heimbewohner war mittelgradig bis schwer in der Rüstigkeit beeinträchtigt.

Abschließend wird noch eine Untersuchung berichtet, in der ein Vergleich von Heimbewohnern und im Privathaushalt lebenden, ambulant Betreuten durchgeführt wurde. Obwohl diese Untersuchung sicherlich keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben kann, ergaben sich erwähnenswerte Ergebnisse hinsichtlich der „Rüstigkeit“ der betrachteten Gruppen. Steinmetz (1988) verglich Bewohner von Altenwohn- und Altenheimen mit ambulant betreuten älteren Menschen in Hamburg. Die Daten der Heimbewohner wurden in den Jahren 1979 bis 1982 in mehrgliedrigen Alteneinrichtungen Hamburgs erhoben, wobei nur neuere Heime (nach 1955 erbaut) in freigemeinnütziger Trägerschaft, mit einer angeschlossenen Pflegestation und einer Platzzahl von mindestens 100 mit einbezogen wurden. Die Daten der ambulant Betreuten wurden 1984 erhoben. Es handelte es sich um Klienten von fünf Hamburger Sozialstationen, wobei nur 70-jährige und ältere alleinstehende Frauen befragt wurden. Insofern verwendete er für den Vergleich auch nur die Daten der 70-jährigen und älteren Frauen der Heimstichprobe. Die Nettostichproben betragen für die ambulant Betreuten

N = 124, für die Altenwohnheimbewohnerinnen N = 157 und für die Altenheimbewohnerinnen N = 237. Eine zusätzliche Gruppe bildeten die Altenwohnheimbewohnerinnen, die zusätzliche Hilfe durch eine Sozialstation erhielt. Offenbar gab es „gerade in Hamburg eine größere Anzahl von Wohnstiften, die selbst keine Hilfeleistungen für die Bewohner anbieten“ (Steinmetz, 1988, S. 28). Auch in dieser Untersuchung wurde die von Neubauer entwickelte Rüstigkeitsskala eingesetzt. Darüber hinaus sollten die Befragten die Beschwerdeintensität auf einer 4-Punkteskala von 22 gesundheitlichen Beschwerden einschätzen.

Interessanterweise konnten bei der Betrachtung der Beschwerdesummen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stichproben gefunden werden. Der Durchschnitt lag in allen Gruppen bei 8–9 Beschwerden. Die Ergebnisse zur Rüstigkeit sind noch überraschender. So „konnten bei den Bewohnerinnen der Wohn- und Altenheime erheblich höhere Rüstigkeitswerte gemessen werden als bei den ambulant Betreuten“ (Steinmetz, 1988, S. 44). Bei einer Einteilung in drei Rüstigkeitsstufen („Unrüstig“ Punkteskala 0–4; „Mittlrüstig“ Punkteskala 5–7; „Hochrüstig“ Punkteskala 8–12) zeigte sich, dass der Anteil der Unrüstigen bei den ambulant Betreuten 62 Prozent, bei den Wohnheimbewohnerinnen 11 Prozent und bei den Altenheimbewohnerinnen 31 Prozent betrug. Hochrüstig waren bei den ambulant Betreuten 15 Prozent, bei den Wohnheimbewohnern 60 Prozent und bei den Altenheimbewohnern 28 Prozent. Aufgrund dieser Ergebnisse argumentiert der Autor, dass „das Argument der Notlösung, d.h. des Heimeintritts wegen einer bereits eingetretenen Notsituation entkräftet (sei)“ (Steinmetz, 1988, S. 75). Die Befunde deuteten vielmehr „auf einen freiwilligen, vorsorgend planenden Eintritt hin“ (S. 75).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass allgemeine Aussagen hinsichtlich der Größenordnung des Hilfe- und Pflegebedarfs in stationären Altenhilfeeinrichtungen sowohl mit den Angaben der amtlichen Statistik als auch auf der Basis von einschlägigen Untersuchungen nur sehr unzureichend möglich sind. Unterschiedliche Messmethoden und unterschiedliche Zusammenfassung bzw. Auswahl der verschiedenen Institutionstypen stehen einer Verallgemeinerung entgegen. Es kann jedoch aufgrund der referierten Befunde davon ausgegangen werden, dass das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe erheblich ist, das heißt weit über der Hälfte liegen dürfte, und dass von einem in Zukunft weiteren Anstieg dieses Anteils ausgegangen werden muss. Insofern scheint es in der Tat so zu sein, dass „die Altenheime in der Bundesrepublik insgesamt zu Pflegeheimen (werden). Die Pflegeheime sind die zentralen Einrichtungen der Langzeitversorgung von schwerkranken älteren Menschen und es sind Einrichtungen zur Betreuung von Sterbenden (...).“ (Dieck, 1993, S. 29) Wie das Ergebnis der Untersuchung von Steinmetz belegt, ist allerdings schon eine solche eher allgemeine Charakterisierung nicht unumstritten.

### *Internationale Studien zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in privaten Haushalten und Institutionen*

Die folgende Darstellung einiger ausgewählter internationaler Studien zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs soll den Überblick über den derzeitigen Wissensstand komplettieren. Dabei wird vor allem auf Studien eingegangen, die in Ländern mit der Bundesrepublik vergleichbaren institutionellen Rahmenbedingungen durchgeführt wurden oder aber weiterführende Informationen bereitstellen können (z.B. Vergleiche von Heimbewohnern und in Privathaushalten lebenden älteren Menschen). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf die bundesdeutschen Verhältnisse übertragbar sind.



In Österreich (Kytir & Münz, 1991, 1992) wurde im Mikrozensus 1987 (1 % Wohnungstichprobe) ein „Sonder-Fragenprogramm Ältere Menschen“ durchgeführt. Dabei wurden auch basale und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens abgefragt. Auch für den österreichischen Mikrozensus gilt, dass ausschließlich Personen in Privathaushalten erfasst wurden, ältere Menschen in stationären Einrichtungen demzufolge auch in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt werden konnten. Darüber hinaus geben die Autoren zu bedenken, dass „mit Sicherheit eine Untererfassung schwerer funktionaler Behinderungen (besteht), da Personen, die aufgrund solcher Behinderungen nicht in der Lage sind, die gestellten Fragen zu beantworten, bei der Analyse unberücksichtigt bleiben“ (Kytir & Münz, 1992, S. 97). Dies gilt aufgrund der Möglichkeit der Fremdauskunft durch andere im Haushalt lebende Personen in besonderem Maße für alleinstehende ältere und behinderte Menschen. Die Autoren gehen daher davon aus, dass die präsentierten Zahlen die tatsächliche Häufigkeit funktionaler Behinderungen unterschätzen. Um die Größenordnung des Hilfe- und Pflegebedarfs älterer Menschen zusammenfassend abzuschätzen, wurde ein Index gebildet. Die erfragten Aktivitäten des täglichen Lebens gingen dabei mit unterschiedlichen Gewichten in die Indexberechnung ein. Die Tätigkeiten der Haushaltsführung (Kochen, Waschen und Bügeln) wurden mit je einem Indexpunkt gewertet, den Tätigkeiten „Einkaufstasche tragen“ und „sich bücken“ wurden zwei Indexpunkte, den Mobilitätsbehinderungen (kürzere Strecken gehen, Stiegen steigen) vier Indexpunkte und den Tätigkeiten „anziehen“ und „Wohnung alleine verlassen“ jeweils acht Indexpunkte zugeordnet. Konnte keine der Aktivitäten selbstständig ausgeführt werden, ergab sich eine maximale Punktzahl von 30. Personen mit Indexwerten zwischen 1 und 15 wurden als hilfebedürftig, solche mit 16 bis 30 Punkten als pflegebedürftig klassifiziert.

Derart abgegrenzt, ergaben sich die folgenden Anteile hilfe- bzw. pflegebedürftiger Österreicher an der über 59-jährigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten: Männer: 31,4 Prozent hilfebedürftig, 5,1 Prozent pflegebedürftig; Frauen: 16,9 Prozent hilfebedürftig, 6,4 Prozent pflegebedürftig; Gesamt: 22,4 Prozent hilfebedürftig, 5,9 Prozent pflegebedürftig. Auch hier zeigte sich eine starke Zunahme des Pflegerisikos mit steigendem Alter. Die Anteile der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten an den jeweiligen Altersgruppen betragen für die Männer: 60–64 Jahre: hilfebedürftig: 26,3 Prozent, pflegebedürftig: 1,8 Prozent; 70–74 Jahre: hilfebedürftig: 32,7 Prozent, pflegebedürftig: 3,8 Prozent; 80–84 Jahre: hilfebedürftig: 41,7 Prozent, pflegebedürftig: 12,2 Prozent; 85 Jahre und älter: hilfebedürftig: 54,8 Prozent, pflegebedürftig: 17,3 Prozent. Für die Frauen betragen die Anteile: 60–64 Jahre: hilfebedürftig: 4,8 Prozent, pflegebedürftig: 1,7 Prozent; 70–74 Jahre: hilfebedürftig: 15,2 Prozent, pflegebedürftig: 3,6 Prozent; 80–84 Jahre: hilfebedürftig: 38,6 Prozent, pflegebedürftig: 15,3 Prozent; 85 Jahre und älter: hilfebedürftig: 40,9 Prozent, pflegebedürftig: 36,4 Prozent. Das Risiko funktionaler Behinderungen steigt also mit dem Alter deutlich an. Betrachtet man sich nur die Pflegebedürftigkeit, so zeigten sich auch hier wieder höhere Anteile bei den Frauen im Vergleich zu den Männern, was allerdings auf die bei den Frauen stärkere Zunahme über die Altersgruppen zurückführbar ist – die gefundenen Anteile waren erst ab der Altersgruppe 80–84 Jahre bei den Frauen höher als bei den Männern. Anders stellte sich jedoch das Verhältnis bei den Hilfebedürftigen dar. Hier waren die Männer stärker betroffen. Lässt man jedoch „die große Gruppe jener Männer außer acht, die lediglich Tätigkeiten der Haushaltsführung nicht bzw. nicht mehr bewältigen können“ (Kytir & Münz, 1992, S. 77), waren die Anteile der Frauen im Vergleich zu denen der Männer auch beim Hilfebedarf größer. „Für einen hohen Prozentsatz der Männer bestand offensichtlich nie die Notwendigkeit, einen eigenen Haushalt zu führen.“ (Kytir & Münz, 1991, S. 74) Ohne die Gruppe der

Männer, die lediglich bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten fremde Hilfe benötigten, reduzierte sich der Anteil der hilfebedürftigen Männer an der 60-jährigen und älteren Wohnbevölkerung von 31,4 auf 8 Prozent.

Zusätzlich zu den Daten des Mikrozensus weisen Kytir und Münz (1991) nach Angaben des Österreichischen Komitees für Sozialarbeit die Anteile der hilfe- und pflegebedürftigen Altenheimbevölkerung aus. Insgesamt gab es 1989 demzufolge etwa 21.000 Pflegeheim- und 34.000 Altenheimplätze in Österreich. Alle Pflegeheimbewohner und die Hälfte der Altenheimbevölkerung wurden als hilfe- oder pflegebedürftig eingestuft. Für die Alten- und Pflegeheime zusammen ergab sich ein Anteil von 31 Prozent ohne Behinderungen, 31 Prozent waren hilfebedürftig und weitere 38 Prozent pflegebedürftig. Für die österreichischen stationären Altenhilfeeinrichtungen ergibt sich also ein Anteil von über 70 Prozent hilfe- oder pflegebedürftiger Menschen.

Die Zusammenfassung der in Privathaushalten lebenden und der in Institutionen lebenden Österreicher ergab für die Wohnbevölkerung im Alter von 60 Jahren und mehr einen Anteil von 22,6 Prozent hilfebedürftigen (Männer: 31,2 %, Frauen: 17,7 %) und 7,1 Prozent pflegebedürftigen (Männer: 6,1 %, Frauen: 7,7 %) Personen.

In der Schweiz wurde eine Untersuchung zur Unabhängigkeit im Alter durchgeführt, deren Nettostichprobe 4.455 Männer und Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren umfasste (Wieltschnig, 1982). Es wurden sowohl Personen in Privathaushalten als auch Personen in Institutionen befragt. Der Anteil der Heimbewohner lag bei etwa 4 Prozent. Für die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit wurde eine Rüstigkeitsskala verwendet, die sieben verschiedene Bewegungsabläufe (gehen, steigen, heben/sich erheben, beugen, Arme bewegen, Handgelenk/Finger bewegen, koordinierte Bewegungen) einschloß, „die für die Bewältigung des Alltagslebens besonders wichtig sind“ (Wieltschnig, 1982, S. 65). Entsprechend dem Zustand „körperlicher Rüstigkeit“ wurden drei Gruppen gebildet. Zum einen Personen, die als „vollständig abhängig“ bezeichnet wurden (eine der folgenden Antwortkategorien traf zu: „Ich kann mich nicht allein im Bett aufsetzen“, „Ich kann nicht mehr selbstständig essen“, „Ich kann keine Gegenstände halten“ oder „Ich bin beim Ankleiden vollständig auf Hilfe angewiesen“). Zum anderen wurden Personen zusammengefasst, die „in mindestens 2 Dimensionen abhängig“ waren, und in der letzten Gruppe Personen, die „in einer Dimension abhängig“ waren (S. 72). Die Ergebnisse wurden jedoch nicht getrennt für Personen in Privathaushalten und Personen in Institutionen ausgewiesen.

Die Gesamtbeurteilung der „körperlichen Rüstigkeit“ ergab für die 60- bis 74-jährigen Männer einen Anteil von 1 Prozent vollständig Abhängiger, 1,8 Prozent in mindestens zwei Dimensionen Abhängiger und 3,1 Prozent in einer Dimension Abhängiger. Bei den 60- bis 74-jährigen Frauen waren 0,3 Prozent vollständig abhängig, 3,3 Prozent in mindestens zwei Dimensionen abhängig und ebenfalls 3,3 Prozent in einer Dimension abhängig. In der Altersgruppe 75 Jahre und älter waren 2,7 Prozent der Männer vollständig abhängig und 8,7 Prozent in mindestens zwei Dimensionen abhängig. 7,1 Prozent der Männer waren in einer Dimension abhängig. 3,7 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe waren vollständig abhängig, 10,7 Prozent in mindestens zwei Dimensionen und 11 Prozent in einer Dimension abhängig. Insgesamt ergab sich für die 60-jährigen und Älteren ein Anteil von 1,4 Prozent vollständig Abhängiger. In mindestens zwei Dimensionen abhängig waren 4,7 Prozent, und in einer Dimension abhängig waren 4,9 Prozent.

In den USA gab es mehrere nationenweite Studien zum Bedarf an pflegerischer und hauswirtschaftlicher Langzeitversorgung in Privathaushalten und Institutionen (Wiener u.a.,

1990; Guralnik & Simonsick, 1993). Auch in den USA wurden dabei „physical frailty and disability (...) defined and measured in a variety of ways. (...) There exists no one set of ADLs, IADLs, higher order tasks, or some combination of these items most appropriate for defining disability.“ (Guralnik & Simonsick, 1993, S. 6) Allerdings sind ADL- und IADL-Skalen das in der überwiegenden Zahl der Studie zu Grunde liegende Messkonzept.

Die umfangreichsten Studien zum Ausmaß an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten stellen die National Long-Term Care Surveys (NLTCs) dar (Manton, Corder & Stallard, 1993). Bei diesen Surveys handelt es sich um eine Längsschnittstudie mit bisherigen Erhebungszeitpunkten in 1982, 1984 und 1989 von Personen im Alter von 65 Jahren und älter. Bei den Follow-up-Erhebungen (1984 und 1989) wurde das Ausgangssample durch die Einbeziehung nachfolgender Kohorten ergänzt. Todesfälle wurden ebenso wie Heimübergänge registriert. Die Stichprobengrößen lagen in allen drei Untersuchungen bei etwa N = 20.000. Die Erhebung enthielt unter anderem neun elementare und zehn instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, die als Maße für „chronische Behinderung (chronic disability)“ verwendet wurden. Chronische Behinderung wurde definiert als mangelnde Fähigkeit, mindestens 90 Tage lang tatsächlich oder voraussichtlich ohne fremde Hilfe mindestens eine elementare Aktivität des täglichen Lebens bzw. mindestens eine instrumentelle Aktivität des täglichen Lebens ausführen zu können. Bei den IADL wurde erfragt, „whether the disability was due explicitly to disability or a health problem. This was done to screen out possible sex role biases in performing IADLs.“ (Manton, Corder & Stallard, 1993, S. 155)

Für das Jahr 1982 ergaben sich folgende Anteile an der amerikanischen Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter: Einschränkungen nur bei den IADL: 5,3 Prozent, Einschränkungen bei den ADL: 12,7 Prozent. Für das Jahr 1984 wurden folgende Prävalenzzahlen ermittelt: nur IADL: 5,7 Prozent, Einschränkungen bei den ADL: 12,4 Prozent. Für das Jahr 1989 schließlich werden Einschränkungen nur bei den IADL bei 4,4 Prozent und Einschränkungen bei den ADL bei 12,7 Prozent berichtet. Der Anteil in Institutionen lebender Personen lag 1982 bei 5,7 Prozent und 1984 ebenso wie 1989 bei 5,5 Prozent.

Neben der Ermittlung von Punktprävalenzen bieten die NLTCs die Möglichkeit, Entwicklungstrends über die Zeit zu ermitteln. Hierbei können nicht nur die Veränderung in der Prävalenz und Schwere der Behinderung bzw. Beeinträchtigung berücksichtigt werden, sondern auch die Mortalität und die Institutionalisierung. Im Zeitvergleich zeigten sich für die drei vorliegenden Erhebungszeitpunkte altersadjustiert folgende Entwicklungen (Manton, Corder & Stallard, 1993):

- Der Anteil chronischer Behinderung und der Institutionalisierung ging im beobachteten Zeitraum zurück.
- Übergänge von vollkommener Selbstständigkeit zu chronischer Behinderung waren im zweiten Intervall (1984–1989) niedriger als im ersten Intervall (1982–1984).
- Der Anstieg der Lebenserwartung der über 64-Jährigen konnte mit einem Rückgang der altersspezifischen Prävalenz chronischer Behinderungen und einer Steigerung der Lebenserwartung von behinderten bzw. beeinträchtigten Personen in Zusammenhang gebracht werden.

Letztlich bleibt es jedoch auch für die USA eine offene Frage, ob es einen langfristigen Trend zu einer Verringerung des Hilfe- und Pflegebedarfs kommt. Die Analyse der NLTCs begründet jedoch die Annahme, dass es zu einer Verminderung des Ausmaßes chronischer Behinderungen kommen könnte.

Um einen Überblick über „the overall burden of disability in the population“ (Guralnik & Simonsick, 1993, S. 6) geben zu können, müssen jedoch die in Institutionen lebenden Menschen mit berücksichtigt werden, da diese im US-amerikanischen System „by definition difficulties in independent living“ (S. 6) aufweisen. Deshalb kombinierten Schneider und Guralnik (1990) die Daten zweier ebenfalls nationenweiter Studien. Zum einen Daten einer Längsschnittstudie des National Center for Health Statistics der institutionalisierten Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter aus dem Jahre 1985 (National Nursing Home Survey [NNHS] von 1985, N = 5.234) und zum anderen die Daten von in Privathaushalten lebenden über 64-jährigen Personen aus dem Jahre 1984 (Supplement on Aging to the National Health Interview Survey [HIS] von 1984, N = 11.197). Dabei zeigte sich, dass 94 Prozent der 65-jährigen und älteren Bewohner von Pflegeheimen (nursing homes) bei den elementaren Aktivitäten des täglichen Lebens und 100 Prozent bei den instrumentellen Aktivitäten von fremder Hilfe abhängig waren. Für die in Privathaushalten lebenden Personen wurde die Abhängigkeit von fremder Hilfe über eine Skala von elf ADL- und IADL-Items definiert.

Insgesamt ergab sich für die über 65-jährigen Frauen ein Anteil von 22 Prozent und für die Männer derselben Altersgruppe ein Anteil von 15 Prozent, die entweder in einem Privathaushalt lebten und auf fremde Hilfe angewiesen waren oder in einem Pflegeheim wohnten. Aufgeschlüsselt nach Altersgruppen ergaben sich getrennt nach Geschlecht folgende Anteile (Frauen in Klammern): 65–74 Jahre: 1 Prozent (1 %) in Pflegeheimen, 9 Prozent (10 %) Hilfebedürftige in Privathaushalten; 75–84 Jahre: 4 Prozent (7 %) in Pflegeheimen, 14 Prozent (21 %) Hilfebedürftige in Privathaushalten; 85 Jahre und älter: 15 Prozent (25 %) in Pflegeheimen und 31 Prozent (37 %) Hilfebedürftige in Privathaushalten.

In der Tabelle 3.1 am Ende dieses Abschnitts sind die vorgestellten Studien zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in Privathaushalten und Institutionen noch einmal im Überblick zusammengefasst, wobei auf eine Auflistung der Untersuchungen in stationären Einrichtungen aufgrund der unsicheren Datenlage verzichtet wird.

Bei einer Betrachtung der vorgestellten Studien insgesamt ist erneut auf die mangelnde Vergleichbarkeit hinzuweisen. Unterschiedliche Messkonzepte und Operationalisierungen, unterschiedlich definierte Bedarfsgruppen, unterschiedliche Altersgruppengliederungen sowie der Einschluss bzw. Ausschluss von Heimbewohnern stehen einem direkten Vergleich der einzelnen Studien entgegen. Demnach sind auch Aussagen über die Veränderung des Bedarfs in der Altersbevölkerung über die Zeit anhand dieser Studien nicht möglich.

Angesichts der mangelnden Vergleichbarkeit der einzelnen Studien können allgemeine Schlussfolgerungen am zweckmäßigsten noch auf der begrifflichen und methodischen Ebene gezogen werden. So macht der Überblick über die Erhebungen, die mehr oder weniger explizit den Aspekt der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit behandeln, deutlich, dass keine einheitlichen Kriterien zur Bestimmung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verwendet wurden. Die unterschiedlichen Ergebnisse zum Ausmaß der Hilfebedürftigkeit sind sicherlich auch auf die unterschiedlichen Operationalisierungen zurückzuführen. Wie bereits einleitend ausgeführt, werden in der überwiegenden Zahl der neueren Studien jedoch ADL- und IADL-Skalen als objektive Kriterien herangezogen. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht sich in diesen Untersuchungen dann zumeist auf einen Hilfebedarf bei den elementaren Verrichtungen des täglichen Lebens (Bedarf an pflegerischer Hilfe), während der Begriff der Hilfebedürftigkeit einen Bedarf an hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen umschreibt.

Bei der Verwendung von IADL-Items zum hauswirtschaftlichen Hilfebedarf zeigt sich, dass zwischen krankheitsbedingten Einschränkungen und sozialisationsbedingten „Einschrän-

kungen“ der Selbstversorgungsfähigkeit unterschieden werden sollte. Aufgrund der traditionell geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung haben viele Männer die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten nie erlernt und eine geringe Motivation zu ihrer Durchführung. Eine solche „anerzogene Hilfebedürftigkeit“ im hauswirtschaftlichen Bereich hat für die betroffenen Männer aber nur dann Auswirkungen auf ihre alltägliche Lebensführung, wenn sie solche Tätigkeiten auch tatsächlich ausführen müssen. Für die überwiegende Zahl der Männer, die mit ihrem Ehepartner zusammenleben, hat eine bloße Unfähigkeit der Ausführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten keine Auswirkungen auf die Selbstversorgungsfähigkeit. In Untersuchungen, die diesen Umstand nicht berücksichtigt haben, wurden folglich auch zum Teil sehr hohe Anteile hilfebedürftiger Männer ermittelt. Wurden in den vorgestellten Studien solche sozialisationsbedingten Ursachen beachtet, erfolgte dies auf unterschiedliche Weise. Zum einen bereits in der Anlage der Erhebung über die Auswahl der erhobenen Aktivitäten bzw. einer Vorabauswahl der Personen, denen Fragen zum hauswirtschaftlichen Hilfebedarf gestellt wurden (beispielsweise befragte Wahl [1987] nur Frauen und alleinstehende Männer zum hauswirtschaftlichen Hilfebedarf, während in den amerikanischen NLTCs explizit nach einem behinderungsbedingten Hilfebedarf gefragt wurde). Zum anderen wurde bei der Auswertung der Ergebnisse die Haushaltsituation kontrolliert. (So schließen Kytir und Münz [1992] in ihrer Darstellung der Ergebnisse teilweise die Gruppe der Männer, „die ausschließlich bei Tätigkeiten der Haushaltsführung auf Hilfe angewiesen ist“, aus.)

Begnügt man sich mit großen Schwankungsbreiten und vergleicht nur Studien mit jeweils gleicher Alterskategorisierung, so lässt sich auf Grundlage der referierten Studien ableiten, dass *zwischen 6,2 und 22,2 Prozent der über 65-jährigen bundesdeutschen Bevölkerung in Privathaushalten pflegerische oder hauswirtschaftliche Hilfe* benötigen. Bei dem Bedarf an *pflegerischer Hilfe* liegen die Ergebnisse der Studien deutlich näher zusammen. Hier werden Anteile *zwischen 4,4 und 7,6 Prozent* bei den über 64-Jährigen ausgewiesen. Die Ergebnisse der einzelnen Studien weichen auch für die Altersgruppe der *70-Jährigen und Älteren* mit einer unteren Grenze des Bedarfs an *pflegerischer oder hauswirtschaftlicher Hilfe von 10,8 Prozent und einer oberen Grenze von 35,6 Prozent* deutlich voneinander ab. Der Bedarf an *pflegerischer Hilfe* liegt den Studien zufolge bei dieser Altersgruppe *zwischen 3,3 und 11,9 Prozent*.

Auch wenn die Datenlage über stationär versorgte ältere Menschen nicht zufriedenstellend ist, verdeutlichen doch der hohe Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Menschen unter den Heimbewohnern sowie die Zunahme der Heimquote über die Altersgruppen, dass eine Abschätzung der Gesamtprävalenz in der Altenbevölkerung die in Heimen lebenden Personen nicht ignorieren sollte. Dies wird umso bedeutender, je höher die dabei betrachtete Altersgruppe ist, da die Heimquote mit dem Alter erheblich zunimmt. Insbesondere ein Vergleich von Bedarfsquoten über mehrere Altersgruppen hinweg sollte die mit dem Alter ansteigende Heimquote nicht vernachlässigen. Auch ein Vergleich geschlechtsspezifischer Prävalenzen steht vor dem Problem möglicher unterschiedlicher Heimquoten von hilfe- bzw. pflegebedürftigen Männern und Frauen.

Obwohl die Schätzungen des Hilfe- und Pflegebedarfs in der Altenbevölkerung zwischen den unterschiedlichen Untersuchungen zum Teil erheblich variieren, sind die Zusammenhänge zwischen Alter, Geschlecht und Selbstversorgungsfähigkeit generell konsistent. Der Anteil von Personen, die hilfe- oder pflegebedürftig sind, steigt mit dem Alter deutlich an. Der weitaus überwiegende Teil der Altenbevölkerung ist allen Untersuchungen zufolge zwar

Tabelle 3.1: Synopse vorliegender Studien zum Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Personen

Studie, Quelle	N	Grundgesamtheit (Region, Altersbereich, Wohnform)	Messkonzept	Anteil Hilfe- und Pflegebedürftiger an der Altersgruppe (in %)			
				Alters- gruppe	Hilfe- bedürftig	Pflege- bedürftig	Zusam- men
Socialdata (1980) <sup>1</sup>	5.811 Haushalte + 6.182 Personen (Kontrollgruppe)	Alte Bundesländer, alle Altersgruppen, Privathaushalte	Selbstenwickeltes Indikatorensystem (Bedarf an Grund-, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung, senso- rische Behinderungen, Zeitintervalle für Pflege, Mobilität und subjektive psychische Verfassung)	65+	13,1	5,1	18,2
				65–79	8,9	3,1	12,0
				80+	37,2	15,8	53,0
Garms-Homolová & Hütter (1983)	770 Personen	Berlin (West), 60–90 Jahre, Privathaushalte	ADL-/IADL-Index (14 Items), motorische Funktionsprüfung	60–69	9,1	1,0	10,1
				70–79	19,3	8,2	27,5
				80–89	31,0	19,0	50,0
Stiefel (1983)	270 Personen	Stuttgart, 70 Jahre und älter, Privathaushalte	13 ADL-/IADL-Items, Bedarf an medizinischer Pflege, Überwachungsbedarf	70+	23,7	11,9	35,6
				70–75	16,8	8,4	25,2
				76–89	25,9	9,4	35,3
				81+	37,0	24,1	61,1
Deutsches Institut für Urbanistik, Mittag (1983)	1.259 Personen	Bonn, alle Altersgruppen, Privathaushalte	Versorgungsbedarf im körperlichen Bereich, Versorgungsbedarf im hauswirtschaftlichen Bereich, Art der Krankheiten/Behinderungen, Grad der Bettlägerigkeit	60+	28,5	5,4	33,9
				60–69	13,0	2,8	15,8
				70–79	27,8	5,1	32,9
				80–89	33,3	12,5	45,8
				90+	42,8	42,9	85,7
Wahl (1987)	343 Personen	Mannheim, 65 Jahre und älter, Privathaushalte	8 ADL-Items 8 IADL-Items (nur Frauen)	65+	17,8	4,4	22,2
Sozio-ökonomisches Panel (Wellen 1–5), Thiede (1988)	12.000 Personen in 6.000 Haushalten (1. Welle)	Alte Bundesländer, alle Altersgruppen, Privathaushalte	Subjektive Einschätzung eines Haushaltsmitglieds	65+	keine	keine	8,8
				65–74	Unter-	Unter-	3,8
				75–84	schei-	schei-	11,1
				85+	dung	dung	31,4

noch Tabelle 3.1: Synopse vorliegender Studien zum Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Personen

Studie, Quelle	N	Grundgesamtheit (Region, Altersbereich, Wohnform)	Messkonzept	Anteil Hilfe- und Pflegebedürftige an der Altersgruppe (in %)			
				Alters- gruppe	Hilfe- bedürftig	Pflege- bedürftig	Zusam- men
Institut für Entwicklungs- planung und Strukturfor- schung, Schubert (1990)	982 Personen	Alte Bundesländer, alle Altersgruppen, Privathaushalte	Subjektive Einschätzung der Befragten	70+	keine Unter- scheidung	keine Unter- scheidung	21,5
Sozio-ökonomisches Panel (Wellen 1–6), Pischner & Krause (1990) <sup>2</sup>	12.000 Personen in 6.000 Haushalten (1. Welle)	Alte Bundesländer, alle Altersgruppen, Privathaushalte	Subjektive Einschätzung eines Haushaltsmitglieds	65+ 85+	keine Unter- scheidung	keine Unter- scheidung	6,2 25,0
AG Gesundheitsanalysen (1991) <sup>3</sup>	427 Personen	Berlin (West), 70–89 Jahre, Privathaushalte	7 ADL-/IADL-Items	70–74 75–79 80–84 85–89	keine Unter- scheidung	keine Unter- scheidung	M F 7 20 23 29 26 46 60 74
AG Gesundheitsanalysen (1991) <sup>3</sup>	328 Personen	Landkreis Kassel, 70 Jahre und älter, Privathaushalte	6 ADL-/IADL-Items	70–74 75–79 80–84 85+	keine Unter- scheidung	keine Unter- scheidung	M F 20 23 17 18 39 47 52 71
AG Gesundheitsanalysen (1991)	427 Personen	Berlin (West), 70–89 Jahre, Privathaushalte	ADL-Index (8 Items), Häufigkeit der Betreuungsleistungen	70–90	7,5	3,3	10,8
Infratest (1991), Schneekloth & Potthoff (1993)	25.736 Haushalte (3.092 Seniorenstichprobe) mit 60.938 Personen	Bundesrepublik (alte und neue Bundesländer), alle Altersgruppen, Privathaushalte	24 ADL-/IADL-Items, Zeitintervalle benötigter Pflege	65+ 65–79 80+	12,5 9,1 22,7	7,6 3,9 16,4	20,1 13,0 39,1

noch Tabelle 3.1: Synopse vorliegender Studien zum Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Personen

Studie, Quelle	N	Grundgesamtheit (Region, Altersbereich, Wohnform)	Messkonzept	Anteil Hilfe- und Pflegebedürftiger an der Altersgruppe (in %)			
				Alters- gruppe	Hilfe- bedürftig	Pflege- bedürftig	Zusammen
Österreichischer Mikrozensus 1987 (Sonder-Fragenpro- gramm „Ältere Menschen“), Kytir & Münz (1992)	1-Prozent-Wohnungs- stichprobe	Österreich, alle Altersgruppen, Privathaushalte	ADL-/IADL-Index (9 Items)	60+ <sup>4</sup>	22,4 (13,7)	5,9	28,3 (19,6)
				60–64	13,6	1,8	15,4
				65–69	15,0	1,9	16,9
				70–74	21,7	3,7	25,4
				75–79	29,3	7,1	36,4
				80–84	39,6	14,3	53,9
Wielschnig (1982) <sup>5</sup>	4.455 Personen	Schweiz, 60 Jahre und älter, Privathaushalte und stationäre Einrichtungen	Rüstigkeitsskala (umfasst die Erhebung von sieben verschiedenen Bewegungs- abläufen)	60+	9,6	1,4	11,0
NLTCs, Manton, Corder & Stallard (1993) <sup>6</sup>	19.142 Personen (1982)	USA, 65 Jahre und älter, Privathaushalte (Berücksich- tigung der Anteile in Pflege- heimen)	6 ADL-Items 7 IADL-Items	65+	4,4	12,7	17,1
	20.474 Personen (1984)						
	22.146 Personen (1989)						
NNHS 1985, Supplement on Aging to the NHIS 1984, Schneider & Guralnik (1990), Guralnik & Simonsick (1993) <sup>3</sup>	5.243 Personen (NNHS)	USA, 65 Jahre und älter, Privathaushalte und Pflegeheime	11 ADL-/IADL-Items	65+	keine Unterschei- dung	keine Unterschei- dung	M
	11.197 Personen (Supple- ment on Aging to the NHIS)						F
							15
							22
							10
							11
							18
							28
							46
							62

<sup>1</sup> Als hilfebedürftig werden die Gruppen C und D, als pflegebedürftig die Gruppen A und B zusammengefasst.

<sup>2</sup> Hier sind nur die Werte für 1989 wiedergegeben. Nähere Angaben finden sich im Text.

<sup>3</sup> Die ermittelten Prävalenzzahlen werden ausschließlich geschlechtsgetrennt präsentiert. Gesamtprävalenzen liegen nicht vor.

<sup>4</sup> In Klammern sind die Werte ohne „jene Gruppe von Männern, die lediglich bei Tätigkeiten der Haushaltsführung auf Hilfe angewiesen sind“, dargestellt.

<sup>5</sup> „Vollständig Abhängige“ werden als pflegebedürftige und „in mindestens 1 Dimension abhängig“ sowie „in mindestens 2 Dimensionen abhängig“ werden hier als hilfebedürftige klassifiziert.

<sup>6</sup> Hier sind nur die Werte für 1989 wiedergegeben. Nähere Angaben finden sich im Text.



nicht als hilfe- oder pflegebedürftig einzustufen und zu einer selbstständigen Haushalts- und Lebensführung ohne fremde Hilfe in der Lage; das Risiko, in der alltäglichen Lebensführung auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, nimmt mit dem Alter freilich erheblich zu. Darüber hinaus zeigen alle Untersuchungen, die eine geschlechtsgetrennte Betrachtung vornehmen, dass die Anteile der auf fremde Hilfe angewiesenen Personen bei den Frauen höher sind als bei den Männern. Von diesem Befund abweichende Ergebnisse finden sich nur bei der Verwendung von Messinstrumenten, die bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens nicht zwischen krankheitsbedingten Einschränkungen und sozialisationsbedingten „Einschränkungen“ der Selbstversorgungsfähigkeit unterscheiden. In Untersuchungen, die diesen Umstand nicht berücksichtigten, waren die Anteile hilfebedürftiger Männer höher als die Anteile hilfebedürftiger Frauen. In den Untersuchungen, die sich ausschließlich auf krankheitsbedingte Beeinträchtigungen bezogen, waren die Anteile der funktional beeinträchtigten Frauen jedoch generell höher als die der Männer gleichen Alters.

### **3.2 Die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen**

Die wichtigste Versorgungsform älterer Menschen ist die Selbstversorgung, da der überwiegende Teil der älteren Menschen zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage ist und auch ältere Menschen, die regelmäßige Fremdhilfe in Anspruch nehmen müssen, diese Hilfe nur selten 24 Stunden am Tag benötigen (Gray, 1988; Schneekloth & Potthoff, 1993). Nichtsdestotrotz lässt das relativ hohe Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs im hohen und vor allem im sehr hohen Alter die Frage aufkommen, wer die notwendigen Hilfe- und Unterstützungsleistungen erbringt und in welchem Umfang. Im Vordergrund steht dabei die Frage nach dem Verhältnis von öffentlicher zu privater Verantwortlichkeit im Allgemeinen und der Aufgabenteilung von Kernfamilien und modernem Wohlfahrtsstaat im Besonderen. Das Verhältnis zwischen informeller Unterstützung und organisierter Versorgung ist ein Dauerthema der sozialpolitischen Diskussion. Vor allem geht es dabei um Substitutionsmöglichkeiten der informellen Hilfen durch organisierte Versorgungsmaßnahmen und umgekehrt darum, ob Familien und andere Bezugsgruppen in der Lage sind, den alten Menschen im Bedarfsfalle ausreichende Hilfen und auch Pflege zukommen zu lassen (Naegele, 1985; Quereshi & Walker, 1986; Chappell, 1990; Baldock & Evers, 1991, 1992; Hashimoto & Kendig, 1992).

Werden also die notwendigen instrumentellen, das heißt auf praktische Tätigkeiten hin ausgerichteten Hilfen (persönliche Pflegeleistungen und hauswirtschaftliche Hilfeleistungen) von informellen Helfern und hier vor allem der Familie erbracht, spielen privat organisierte, marktvermittelte Dienste eine größere Rolle, oder werden die in Abschnitt 2.1 vorgestellten organisierten Einrichtungen und Dienste des Staates, der Wohlfahrtsverbände oder kommerzieller Träger in Anspruch genommen?

#### **3.2.1 Die Zusammensetzung des hilfeleistenden Systems**

Im Unterschied zu den Geldleistungen, bei denen die öffentlichen, sozialstaatlichen Transfers dominieren, kommt bei den Dienstleistungen den privaten Leistungen eine herausragende Bedeutung zu. Bei den personenbezogenen sozialen Diensten für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen kontrastieren somit zwei Grundformen: Auf der einen Seite stehen die

Hilfen des formellen Hilfesystems (staatliche Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, kommerzielle Einrichtungen und Anbieter), das heißt marktvermittelte sowie organisierte Dienste von in der Regel professionellen Helfern. Auf der anderen Seite stehen die informellen Hilfeleistungen, das heißt Hilfen von Mitgliedern des sozialen Netzwerks (Familienmitglieder, Nachbarn, Freunde und Bekannte). Formelle und informelle Helfer bilden zusammen das hilfeleistende System einer Person<sup>21</sup>.

Bei den formellen Hilfen muss unterschieden werden zwischen intramuraler (in stationären Einrichtungen) und extramuraler (außerhalb stationärer Einrichtungen) Versorgung (Kruse & Wilbers, 1987). Während bei der intramuralen Hilfe normalerweise keine zusätzlichen instrumentellen Hilfen durch das informelle Hilfesystem erfolgen, werden bei der Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen im eigenen Haushalt die Hilfeleistungen sowohl ausschließlich vom informellen als auch ausschließlich vom formellen Hilfesystem, aber auch in gemischten Hilfenetzen von beiden erbracht. Neben den im Abschnitt 2.1 dargestellten öffentlich bereitgestellten sozialen Diensten und Einrichtungen sind im formellen Hilfesystem auch privat organisierte, kommerzielle Helfer (z.B. Haushaltshilfe, Putzhilfe, Einkaufshilfe usw.) vor allem im hauswirtschaftlichen Bereich von Bedeutung. Die Kosten für diese marktvermittelten Hilfen müssen von den einzelnen Hilfebedürftigen normalerweise selbst getragen werden. Auch die öffentlich erbrachten sozialen Dienste sind längst nicht alle kostenlos zu haben, bei vielen ist eine Mit- oder gar Vollfinanzierung seitens der Endabnehmer oder – wie im Falle der Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz – eine Heranziehung unterhaltspflichtiger Kinder vorgesehen (vgl. zu den Finanzierungsregelungen Abschnitt 2.2).

Das informelle Hilfesystem besteht aus außerfamilialen (Nachbarn, Freunde, Bekannte) und innerfamilialen Helfern, das formelle Hilfesystem idealtypischerweise nur aus außerfamilialen Helfern. Darüber hinaus können die informellen Helfer im selben Haushalt mit der hilfe- oder pflegebedürftigen Person wohnen oder einen eigenen Haushalt führen und in die Wohnung des hilfebedürftigen älteren Menschen kommen, um Hilfeleistungen zu erbringen.

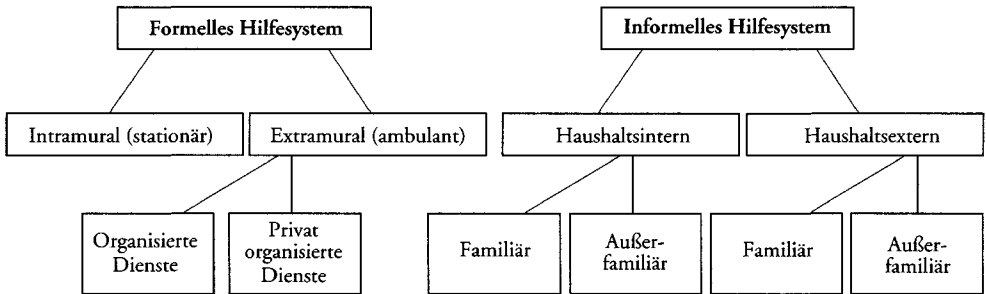
Eine idealtypische Systematisierung der Sozialsysteme (Gruppen, Organisationen), die hauswirtschaftliche oder pflegerische Hilfe leisten, sieht also wie in Abbildung 3.1 dargestellt aus:

Quer zu dieser Systematisierung liegt eine Gliederung nach der Vergütung von sozialen Diensten sowie nach der fachlichen Qualifikation. Grundsätzlich gilt, dass der Qualifikationsgrad bei den formellen Hilfen am höchsten ist. Bei der informellen Hilfe handelt es sich im Gegensatz dazu gewöhnlich um Laienhilfe. Weiterhin gilt in der Tendenz, dass informelle Hilfe ohne Bezahlung geleistet wird, während professionell erbrachte Hilfe in der Regel vergü-

---

<sup>21</sup> Die Unterscheidung von informellen und formellen Helfern beruht auf der Beziehung zwischen Helfer und Hilfeempfänger. Von daher werden im Folgenden unter informellen Helfern allgemein Personen des primären sozialen Netzwerks eines Individuums verstanden, die persönliche und/oder hauswirtschaftliche Hilfeleistungen erbringen. Formelle Helfer sind demgegenüber Personen, die solche Leistungen erbringen, aber nicht aus dem primären sozialen Netzwerk stammen. Der Begriff „formelle Hilfen“ umschreibt also sowohl organisierte als auch kommerzielle, privat organisierte Hilfen und Dienste. Enger gefasste Abgrenzungen verstehen unter formellen Helfern ausschließlich Personen, die solche Leistungen als Mitglieder einer bürokratischen Organisation, die nach den Richtlinien der Rationalität und Effektivität arbeitet, erbringen (Sussman, 1977; Cantor, 1979; Litwak, 1985). Darüber hinaus werden für die Definition von formellen Helfern auch weitere Dimensionen wie die Qualifikation des Helfers oder die Vergütung herangezogen (Liu, Manton & Liu, 1985). Einen Überblick über unterschiedliche Abgrenzungen geben Soldo, Agree & Wolf (1989).

Abbildung 3.1: Typisierung des hilfeleistenden Systems



tet wird (Bäcker u.a., 1989a; Soldo, Agree & Wolf, 1989)<sup>22</sup>. Durch das im Sozialgesetzbuch V und im Pflegeversicherungsgesetz vorgesehene Pflegegeld und die soziale Absicherung der Pflegepersonen erhalten im Falle eines Anspruchs auf dieses Pflegegeld informelle Helfer für ihre Dienste ein Entgelt von der Kranken- bzw. Pflegekasse. Dies bedeutet somit auch eine Formalisierung und Bürokratisierung informeller Hilfebeziehungen.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass Hilfe- und Pflegeleistungen häufiger von mehreren Personen erbracht werden. Dabei sollte zwischen jenen Personen unterschieden werden, die für die pflegerische und/oder hauswirtschaftliche Unterstützung die Hauptverantwortung tragen (primäres Hilfesystem), den so genannten Hauptpflegenden bzw. Haupthelfenden und jenen, die seltener oder vorübergehend Hilfe leisten (sekundäres Hilfesystem) (Kruse & Wilbers, 1987). Primäres und sekundäres Hilfesystem können sowohl informeller als auch formeller Art sein.

### 3.2.2 Zum Ausmaß informeller und formeller Hilfe und Pflege

Welche Hilfen in welchem Ausmaß von welchen soziodemographischen Gruppen in Anspruch genommen werden, lässt sich für die Bundesrepublik derzeit nicht „hinreichend genau“ (Rückert, 1993, S. 1) sagen. „Bildlich gesprochen tappen wir ziemlich im Dunkeln.“ (S. 1) Es lassen sich jedoch auf der Basis von Einzelergebnissen einige grundsätzliche Tendenzen ableiten, die hier kurz dargelegt werden.

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass von ermittelten Bedarfswerten, bezogen auf fremde Hilfe, nicht automatisch auf die Befriedigung dieses Bedarfs geschlossen werden kann. Vielmehr weisen Untersuchungen, in denen auch der ungedeckte Bedarf erhoben wurde, einen relevanten Anteil von Personen aus, die trotz hohen Hilfebedarfs keine Hilfe erhalten bzw. in

<sup>22</sup> Nicht alle formellen Helfer sind notwendigerweise auch bezahlte Helfer. Hier sind vor allem ehrenamtliche Mitarbeiter innerhalb formal organisierter Institutionen zu nennen, die normalerweise unbezahlte Dienste erbringen. In der Praxis werden ehrenamtliche Helfer jedoch „fast immer dort eingesetzt, wo Art und Schwere der Aufgabe weder hohe zeitliche, physische, psychische noch besondere qualifikatorische Anforderungen stellen“ (Bäcker u.a., 1989a, S. 297). Von daher dürften die ehrenamtlichen Helfer bei der Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen (Dennebaum & Rückert, 1987). Der weitaus überwiegende Teil der formellen Helfer in diesem Bereich sind demnach auch bezahlte Helfer (Soldo, Agree & Wolf, 1989).

Anspruch nehmen. Schneekloth und Potthoff (1993) verweisen generell auf den hohen Anteil von Pflegebedürftigen und Hilfebedürftigen – insbesondere in Ein-Personen-Haushalten – ohne eine dem Bedarf entsprechende Hilfe. So zeigte sich, dass von den Pflegebedürftigen rund 18 Prozent und von den Hilfebedürftigen 15 Prozent keine regelmäßige Hilfe erhielten. Stiefel (1983) beziffert den Anteil der befragten über 69-jährigen Personen, die „im Rahmen der alltäglichen Verrichtungen nur unzureichend mit Hilfe versorgt“ sind, auf 16 Prozent (S. 154). Kytir und Münz (1992) beziffern den Anteil derer, die „noch in ihrer eigenen Wohnung leben und deren Betreuungssituation offensichtlich wenig gesichert ist“ (S. 88), auf knapp 14 Prozent bei den Pflegebedürftigen und auf annähernd 19 Prozent bei den Hilfebedürftigen.

Bei der Frage nach den Betreuungspersonen ist allgemein festzuhalten, dass alle nationalen und internationalen empirischen Untersuchungen, die den Aspekt der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit behandeln<sup>23</sup>, zeigen, dass der weitaus überwiegende Teil der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfen bei in Privathaushalten lebenden älteren Menschen vom informellen Netzwerk geleistet wird. Innerhalb des informellen Netzwerks dominiert dabei die innerfamiliäre Hilfe durch Haushaltsmitglieder und hier mehrheitlich die Ehepartner. So ermittelte Infratest (Schneekloth & Potthoff, 1993), dass insgesamt über 90 Prozent der Pflegebedürftigen und über 80 Prozent der Hilfebedürftigen in privaten Haushalten Pflegeleistungen von Familienmitgliedern oder Nachbarn bzw. Freunden, also von informellen Helfern, bekamen. Eine Hauptpflegeperson aus diesem informellen sozialen Netzwerk hatten etwa 75 Prozent der 65-jährigen hilfe- oder pflegebedürftigen Personen. Die Rolle der Hauptpflegeperson wurde im Wesentlichen von den Ehe- bzw. Lebenspartnern oder den Töchtern übernommen. Zusammen stellten sie zu gleichen Teilen ungefähr 50 Prozent der Hauptpflegepersonen sowohl bei den Pflegebedürftigen als auch bei den Hilfebedürftigen. Allerdings muss hier mit berücksichtigt werden, dass sich diese Untersuchung nicht nur auf ältere Pflegebedürftige konzentrierte, vielmehr wurden Hilfe- und Pflegebedürftige aller Altersgruppen befragt. Stiefel (1983) ermittelte in ihrer Untersuchung, dass 33 Prozent der betreuungsbedürftigen älteren Menschen in Privathaushalten von informellen haushaltsinternen Helfern versorgt wurden und weitere 12 Prozent von haushaltsexternen informellen Helfern. Auch die Auswertungen des Sozio-ökonomischen Panels (Thiede, 1988; Pischner & Krause, 1990) ergaben eine ähnlich deutliche Dominanz der informellen Helfer bei der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten. Etwa 60 Prozent dieser Personengruppe erhielten Hilfen von Angehörigen im Pflegehaushalt und 24 Prozent von Angehörigen außerhalb des Haushaltes. Etwa 10 Prozent erhielten Hilfen von außerfamilialen informellen Helfern. Meinschmidt (1988) beziffert den Anteil der Pflegebedürftigen in Berlin, die von den „unmittelbaren Verwandten“ (S. 33) gepflegt werden, sogar auf nahezu 96 Prozent, ohne jedoch nach haushaltsinternen und haushaltsexternen Helfern zu unterscheiden.

Auch internationale Studien aus Ländern mit unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen belegen die deutliche Dominanz der informellen Helfer, und hier vor allem der nahen Verwandten bei den Hilfe- und Pflegeleistungen für ältere Menschen. So zeigte sich bei amerikanischen nationenweiten Erhebungen (National Health Interview Survey und National

---

<sup>23</sup> Stellvertretend seien hier genannt: Socialdata (1980), Wieltchnig (1982), Branch & Jette (1983), Cantor (1983), Stiefel (1983), Horowitz (1985), Lehr (1985a), Doty (1986), Meinschmidt (1988), Thiede (1988), Tennstedt & McKinlay (1989), Pischner & Krause (1990), Schneekloth & Potthoff (1993) und Tennstedt, Crawford & McKinlay (1993).

Long Term Care Survey; vgl. auch Abschnitt 3.1), dass Familien und Freunde für nahezu 75 Prozent der „impaired older persons living in the community“ (Tennstedt & McKinlay, 1989, S. 148) die einzige Hilfequelle darstellen (Doty, 1986; Tennstedt & McKinlay, 1989).

Die Untersuchungen zeigen ebenfalls, dass die Leistungen der Familie sich nicht nur auf die Unterstützung von Angehörigen mit einem geringen Grad an Pflegebedürftigkeit beschränken, sondern sie gelten auch jenen Familienmitgliedern, die körperlich und geistig schwer oder sehr schwer beeinträchtigt sind.

Gegenüber der allgemein verbreiteten Meinung, dass Hilfe- und Pflegeaufgaben überwiegend von Frauen erbracht werden, ermittelten Arber und Ginn (1990), dass es in Ehepaar-Beziehungen ebenso häufig männliche wie weibliche Pflegende und Helfende gibt. Offenbar ist es so, dass Ehemänner bereit sind, bei entsprechenden Bedarfssituationen sowohl persönliche Pflegeleistungen als auch hauswirtschaftliche Hilfeleistungen zu erbringen. Hilfe- und Pflegeleistungen außerhalb des Haushalts werden allerdings vorwiegend von Frauen geleistet (Arber & Ginn, 1990; Chang & White-Means, 1991). Es muss jedoch in Rechnung gestellt werden, dass Männer aufgrund der niedrigeren durchschnittlichen Lebenserwartung und der Neigung, jüngere Frauen zu heiraten, nur vergleichsweise selten mit der Situation der Versorgung einer hilfe- oder pflegebedürftigen Ehefrau konfrontiert werden. Die Tatsache, dass Hilfe- und Pflegeaufgaben überwiegend von Frauen übernommen werden, ist demnach möglicherweise nicht in der mangelnden Bereitschaft der Männer, solche Leistungen zu erbringen, begründet, sondern schlicht in den unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen.

Besondere Aufmerksamkeit wurde den Kindern als informelle Helfer für ihre alten Eltern zuteil. Als „Sandwich-Generation“ oder als „mittlere Generation“ bezeichnet (Fengler & Goodrich, 1979; Brody, 1981), wurde dabei auf die besonderen Belastungen und Probleme von Personen – insbesondere Frauen – verwiesen, die gleichzeitig die Hauptverantwortung für die Kindererziehung und die Pflege der alten (Schwieger-)Eltern zu tragen haben. Die neueren Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass Kinder mit Pflegeaufgaben für die Eltern zumeist erst dann konfrontiert werden, wenn die eigenen Kinder bereits einen eigenen Haushalt führen. Auch die Aufgabe einer Berufstätigkeit wegen der zu übernehmenden Pfl egetätigkeiten scheint nicht so weit verbreitet zu sein, wie dies angenommen wurde (Schneekloth & Potthoff, 1993).

Die Ergebnisse über die Rolle der außerfamilialen informellen Helfer bei der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen sind jedoch weniger einheitlich. Während auf der einen Seite betont wird, dass „the contribution made by friends and neighbours is often underestimated (...)“ (Gray, 1988, S. 212), steht auf der anderen Seite die Feststellung, dass „die Zahl der Haushalte, in denen Helfer aus so genannten informellen sozialen Netzen – Freunde, Bekannte, Nachbarn – hilfebedürftige alte Menschen betreuen, relativ unbedeutend ist“ (Thiede, 1988, S. 252). Dementsprechend weichen die ermittelten Anteile der informellen, von außerfamilialen Helfern geleisteten Dienste zum Teil deutlich voneinander ab. Stiefel (1983) berichtet, dass etwa 21 Prozent von allen haushalts-externen Helfern Freunde, Bekannte oder Nachbarn waren, im Vergleich dazu stellten die Kinder etwa 38 Prozent der haushaltsexternen Helfer. In der Untersuchung von Meinschmidt (1988) waren in etwa 22 Prozent der Fälle „Freunde, Nachbarn und ehrenamtliche Mitarbeiter“ (S. 33) an der Pflege beteiligt, und in der Untersuchung von Wieltchnig (1982) beteiligten sich Freunde und Bekannte in 21 Prozent an den Hilfen im Haushalt. Thiede (1988) und Pischner und Krause (1990) ermittelten, dass etwa 10 Prozent aller Haushalte mit einer hilfe- oder pflegebedürftigen Person Unterstützung von außerfamilialen informellen Helfern (Freunde, Bekannte und Nachbarn) erhielten. Schneekloth und Potthoff (1993) weisen einen

Anteil von 4 Prozent bei den Pflegebedürftigen und 7 Prozent bei den Hilfebedürftigen aus, bei denen Freunde und Nachbarn Hilfe- und Pflegeleistungen erbrachten.

Bei aller Unterschiedlichkeit der Ergebnisse hinsichtlich der Beteiligung außerfamiliärer informeller Helfer an der Betreuung und Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen zeigen die Ergebnisse übereinstimmend, dass diese Helfer nur sehr selten die dauerhaften, umfassenden Unterstützungsleistungen im pflegerischen und/oder hauswirtschaftlichen Bereich übernehmen. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den innerfamiliären und außerfamiliären informellen Netzwerken scheint darin zu bestehen, dass die außerfamiliären informellen Netzwerke – obwohl im Bereich der emotionalen Unterstützung von großer Bedeutung – nur sehr selten solche Unterstützungsaktivitäten leisten, die besondere Kontinuität, Intensität und Geduld erfordern, wie dies gerade bei Hilfe- und vor allem Pflegebedürftigkeit erforderlich ist (Stiefel, 1983; BMFuS, 1990; Diewald, 1990).

Die vorliegenden Ergebnisse empirischer Untersuchungen weisen auf eine, im Vergleich zu den informellen Hilfen, wesentlich geringere Bedeutung der formellen Helfer hin. In verschiedenen Untersuchungen, die das Ausmaß der Inanspruchnahme von ambulanten sozialen Diensten betrachtet haben<sup>24</sup>, wird übereinstimmend festgestellt, dass die Nutzung dieser Hilfsangebote zum Teil weit hinter dem tatsächlichen Bedarf zurückbleibt. Die Unterstützung durch organisierte Helfer nehmen im Durchschnitt zwischen 7 Prozent (als niedrigster Wert, siehe Stiefel, 1983; AG Gesundheitsanalysen, 1991) und 30 Prozent (als höchster Wert, siehe Pischner & Krause, 1990) der auf Hilfe oder Pflege angewiesenen, über 65-jährigen Personen (bzw. deren Familien) in Anspruch, wobei in der Mehrheit der Untersuchungen die Inanspruchnahmequote zwischen 10 und 20 Prozent liegt. Pflegebedürftige nehmen organisierte Dienste offenbar häufiger in Anspruch als Hilfebedürftige. So ergab die Infratest-Studie eine Inanspruchnahmequote von 33 Prozent bei den Pflegebedürftigen und 16 Prozent bei den Hilfebedürftigen (insgesamt nutzten nach dieser Erhebung 22 % organisierte soziale Dienste).

Die Ergebnisse des Zusammenhangs von informeller Hilfe und organisierter Hilfe sind uneinheitlich. Auf der einen Seite steht die Feststellung, dass insbesondere eine ausschließliche Betreuung durch ambulante formelle Helfer des organisierten Dienstesystems kaum zu finden ist. Vielmehr deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass ein funktionierendes informelles Netzwerk dem Bedürftigen erst die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen ermöglicht (Stiefel, 1983; Grunow, 1985). Auf der anderen Seite zeigen Ergebnisse, dass gerade Personen ohne informelle Helfer bzw. mit nur außerfamiliären informellen Helfern ambulante Dienste nutzen (AG Gesundheitsanalysen, 1991; Schneekloth & Potthoff, 1993). Die überwiegende Betreuungsform von pflegebedürftigen älteren Menschen im Falle des Fehlens informeller Helfer scheint jedoch nach wie vor die stationäre Versorgung zu sein (Thiede, 1988; Dieck, 1993).

Empirische Ergebnisse über die Nutzung privat organisierter, kommerzieller ambulanter Hilfen sind recht dünn gesät, da in den meisten Erhebungen diese Dienste schlicht nicht erfasst oder aber nicht gesondert ausgewiesen werden. Die wenigen vorliegenden Ergebnisse für die Bundesrepublik deuten jedoch darauf hin, dass derartige Dienste offenbar insbesondere im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung – möglicherweise als Folge der Vernachlässigung dieses Bereiches durch das organisierte Dienstesystem – von Belang sind. So gibt

---

<sup>24</sup> Zu nennen sind hier: Socialdata (1980), Amman (1983), Stiefel (1983), Rückert (1994), Meinschmidt (1988), Thiede (1988), Pischner und Krause (1990), AG Gesundheitsanalysen (1991), Kytir & Münz (1992), Schneekloth & Potthoff (1993).

Stiefel (1983) die Inanspruchnahme „kommerzieller“ Dienste durch von ihr als betreuungsbedürftig eingestufte Personen mit 47 Prozent an. Demgegenüber ermittelte Socialdata (1980), dass 6 Prozent der Hilfe- und Pflegebedürftigen die Dienste einer Haushalts- oder Putzhilfe in Anspruch nahmen. Für die Niederlande berichtet Knipscheer (1992) einen Anteil von 13 Prozent der über 64-Jährigen, die regelmäßige Hilfe von „privately hired persons“ (Knipscheer, 1992, S. 153) erhalten.

Ob tatsächlich „individuell beschaffte und entlohnte Haushaltshilfen die wichtigste Stütze der Altershaushalte (sind), die der Hilfe bedürfen, sofern Familienmitglieder und Haushaltsmitglieder nicht einspringen (können)“ (Dieck, 1991, S. 434), oder ob diese „parakommerziellen Hilfeformen in ihrer Bedeutung für die alten Menschen der mittleren und unteren Schichten relativ gering zu veranschlagen sind“ (Hörl, 1992, S. 103), lässt sich aufgrund des vorliegenden empirischen Materials derzeit allerdings nicht sagen. Ein entscheidender Nachteil dieser „dienstleistenden Schattenwirtschaft (schwarzarbeitende Bedienerinnen/Putzfrauen, Zusatzleistungen von Hausbesorgern, bezahlte Nachbarschaftshilfe und ähnliches)“ ist sicher darin zu sehen, dass es „an planender Vorsicht mangelt“ (S. 103), da zum Beispiel für den Fall einer Krankheit oder des Urlaubs keine Vertretung angeboten werden kann.

Bezogen auf die stationäre Versorgung wurde schon im Abschnitt 3.1 darauf hingewiesen, dass derzeit etwa 660.000 alte Menschen in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe leben und dass davon schätzungsweise 70 Prozent als pflegebedürftig eingestuft werden können. Auf Basis dieser Zahlen ergibt sich somit eine geschätzte Zahl von etwa 450.000 pflegebedürftiger Heimbewohner. Nimmt man weiterhin die von Infratest ermittelten Zahlen der über 64-jährigen hilfe- und pflegebedürftigen Personen (etwa 800.000 Pflegebedürftige und etwa 1,5 Mio. Hilfebedürftige; vgl. dazu Abschnitt 3.1) hinzu, ergibt sich ein Anteil von nahezu 17 Prozent aller hilfe- oder pflegebedürftigen bzw. 36 Prozent aller pflegebedürftigen älteren Menschen, die in stationären Einrichtungen versorgt werden. Diese Zahlen unterstreichen die Bedeutung des stationären Sektors für die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen, auf die auch in der gerontologischen Literatur immer wieder hingewiesen wird (Braun, 1987; Klie, 1987; Dahlem, 1991; Rückert, 1992).

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass zwar nur etwa 4 Prozent der über 64-jährigen Bevölkerung zu einem gegebenen Zeitpunkt in stationären Einrichtungen der Altenhilfe untergebracht sind. Diese Zahl sagt jedoch nichts über das so genannte Institutionalierungsrisiko alter Menschen aus, das heißt die Wahrscheinlichkeit für den Einzelnen, jemals im Leben in eine solche Einrichtung zu gelangen. Zeitpunktbezogene Angaben sind für Aussagen über das Institutionalierungsrisiko ungeeignet und vermitteln den Eindruck einer geringen Bedeutung der stationären Altenhilfeeinrichtungen, obwohl das Risiko, irgendwann einmal im Leben für kürzer oder länger in einer solchen Einrichtung zu leben, für den Einzelnen sehr viel höher ist. Deshalb spricht man in diesem Zusammenhang auch vom 4-Prozent-Trugschluss (Kastenbaum & Candy, 1973; Rückert, 1987). Derartige Heimeintrittswahrscheinlichkeiten lassen sich jedoch nur mithilfe von Längsschnittdaten erfassen. Der wesentliche Unterschied zwischen Querschnitts- und Längsschnittbefunden besteht dabei in der durchschnittlichen Verweildauer in Heimen. Wie bereits in Abschnitt 3.1 ausgeführt, muss davon ausgegangen werden, dass ein beträchtlicher Teil der Heimbewohner bereits im ersten Jahr nach dem Heimeintritt stirbt, sodass das Institutionalierungsrisiko in der Tat weit höher liegt, als der Versorgungsgrad mit Plätzen in stationären Einrichtungen nahelegt.

In der Bundesrepublik ist dieser Wahrscheinlichkeit allerdings bisher wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht worden. Es fehlen auch die für die Berechnung notwendigen Informa-

tionen und Längsschnittdaten. So waren es dann auch amerikanische Studien, die erstmals Aufschluss über das Ausmaß des 4-Prozent-Trugschlusses gaben. Kastenbaum und Candy (1973) benutzten für ihre Auswertungen Todesanzeigen und Totenscheine. Dabei ergab sich, dass knapp 24 Prozent der Verstorbenen in einer stationären Einrichtung der Altersversorgung verstorben waren. In einer neueren Auswertung von Längsschnittdaten ermittelten Shapiro und Tate (1988) Institutionalisierungsquoten von zum Teil weit über 50 Prozent. In der Bundesrepublik sind hier zwei Untersuchungen zu nennen. Zum einen die vielzitierte Längsschnittuntersuchung von Bickel und Jaeger (1986), die in der Stadt Mannheim durchgeführt wurde. Sie ermittelten für die über 64-Jährigen anhand von Sterbebüchern der Standesämter eine Institutionalisierungsquote von 18,4 Prozent (Männer: 10 %, Frauen: 25 %), die zum Zeitpunkt ihres Todes in einer stationären Einrichtung lebten. Allerdings betonen die Autoren, dass es sich um eine „konservative Schätzung“ handelt (Bickel & Jaeger, 1986, S. 32), da nur Heimaustritte durch den Tod der Bewohner erfasst wurden. Personen, die vor ihrem Tod in ein Krankenhaus verlegt wurden, konnten nicht berücksichtigt werden. In einer neueren Untersuchung wertete Klein (1994) die Daten der ersten acht Wellen des Sozio-ökonomischen Panels aus, um die Institutionalisierungswahrscheinlichkeit für die Bundesrepublik zu ermitteln. Allerdings wurden in die Stichprobe dieses Datensatzes keine Heimbewohner aufgenommen, sodass Klein sich auf die Heimübergänge, die während des Erhebungszeitraums (8 Jahre) stattfanden, beziehen muss. In der betrachteten Altersgruppe der über 64-Jährigen waren es 55 Personen, für die ein Heimübergang registriert wurde. Neben der eher geringen Fallzahl traten bei der Auswertung dieses Datensatzes Schwierigkeiten auf, die nur unzureichend gelöst werden konnten, wie das Problem der Linkszensuren und fehlender sozialgruppenspezifischer Überlebenswahrscheinlichkeiten. Trotz dieser methodischen Schwierigkeiten zeigt die Untersuchung, dass die Institutionalisierungswahrscheinlichkeit auch in der Bundesrepublik deutlich höher liegt, als die zeitpunktbezogenen Heimquoten vermuten lassen. So ergaben die Berechnungen von Klein eine Wahrscheinlichkeit von etwa 40 Prozent für Männer und etwa 70 Prozent für Frauen, jemals in ihrem Leben in einem Heim zu leben.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass nach allen vorliegenden Daten instrumentelle Hilfe- und Pflegeleistungen für alte Menschen zum weitaus überwiegenden Teil durch das informelle soziale Netzwerk – und hier insbesondere durch Familienangehörige – erbracht werden und dass von einer „zunehmenden Kommerzialisierung elementarer, bisher hauswirtschaftlich oder familiär erbrachter Dienste“ (Gross, 1983, S. 32) in diesem Bereich offenbar nur in Ansätzen gesprochen werden kann. Über die Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten – vor allem bezogen auf formelle Dienste und Einrichtungen – beeinflussen, liegen allerdings im deutschsprachigen Raum kaum empirisch gesicherte Ergebnisse vor, sodass die wesentlichen Voraussetzungen für Prognosen über zukünftige Veränderungen in der Betreuungsform alter Menschen fehlen.

### **3.3 Die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen**

Im folgenden Kapitel geht es darum, die theoretischen Konzepte zu den Bestimmungsgründen für die Nachfrage des einzelnen älteren Menschen nach Hilfe- und Pflegeleistungen unterschiedlicher Hilfeleistungsinstanzen zu erörtern. Fragen der Inanspruchnahme informeller und formeller Hilfen gewinnen aufgrund der einleitend aufgezeigten strukturellen Veränderungen gerade in der Gerontologie zunehmend an Bedeutung: Insbesondere, wer in der



Gesamtgruppe der älteren Menschen zu den Nutzern der unterschiedlichen Hilfe- und Pflegeformen gehört und ob sich Zusammenhänge zwischen der Nutzung unterschiedlicher Formen der Hilfe und Pflege und unterschiedlichen Lebenssituationen ergeben. Die Betrachtung hochaggregierter Daten, wie Abhängigkeits- oder Morbiditätsraten, wird also durch eine mikroanalytische Sichtweise ersetzt, die die interindividuelle Variabilität innerhalb der Altenbevölkerung berücksichtigt. So sind eine Abschätzung des Bedarfs wie auch die Ausgestaltung eines umfassenden und die Bedürfnisse der Betroffenen abdeckendes Systems an Hilfe- und Pflegeleistungen auf eine genauere Kenntnis beeinflussender Faktoren auf der Mikroebene individueller Handlungen und deren Bedingungen angewiesen.

Zunächst erfolgt eine Darstellung mikroanalytisch ausgerichteter Modelle und theoretischer Ansätze zur Erklärung des Inanspruchnahmeverhaltens. Die wesentliche Fragestellung ist dabei, welche Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von unterschiedlichen Hilfealternativen aus den theoretischen Ansätzen abgeleitet werden können. Daran anschließend erfolgt ein knapper Überblick über den Stand der Forschung zu den Determinanten der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen, wobei neben Ergebnissen aus der Forschung zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hier auch die Forschung zur sozialen Unterstützung berücksichtigt wird.

### 3.3.1 Mikroanalytische Modelle und Erklärungsansätze

Die Inanspruchnahme informeller Hilfe- und Pflegeleistungen von alten Menschen wird vor allem im Rahmen der Forschung zur sozialen Unterstützung thematisiert. Die Langzeitversorgung mit hauswirtschaftlicher und pflegerischer Hilfe wird dabei als Teil der instrumentellen Hilfeleistungen betrachtet. Demgegenüber wird die Inanspruchnahme formeller Hilfeangebote vornehmlich im Zusammenhang der Forschung zur Nutzung medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienste untersucht. Im Folgenden werden die für die vorliegende Arbeit relevanten theoretischen Erklärungsansätze und Modelle, die einerseits einer empirischen Bearbeitung zugänglich sind und andererseits zur Erklärung und Modellierung der Inanspruchnahme von informellen gegenüber formellen Hilfeangeboten (und umgekehrt) beitragen können, kurz vorgestellt.

Aus der Sicht sozialer Austauschtheorien ist von Bedeutung, dass Individuen ihren eigenen Nutzen im Austausch materieller und immaterieller Güter maximieren und dabei ihre Kosten minimieren wollen (Homans, 1961). Der Austausch von Gütern zwischen Individuen wird maßgeblich durch soziale Normen reguliert, wobei die wohl bedeutsamste Norm des sozialen Austauschs die Reziprozitätsnorm ist (Gouldner, 1960). Das Verletzen der Reziprozitätsnorm im sozialen Tausch führt zu Schuldgefühlen, Reputationsverlust und sozialer Isolation. Von Bedeutung ist hierbei, dass sich mit zunehmender funktionaler und kognitiver Beeinträchtigung der älteren Menschen die Beziehungen zwischen informellen Helfern und Hilfeempfängern von balancierten zu einseitigen Beziehungen wandeln, mit einer starken Abhängigkeit der Hilfeempfänger.

Weshalb dennoch informelle Hilfebeziehungen in einer solchen Situation bestehen, lässt sich mit dem von Antonucci (1985) eingeführten Modell der „support bank“ verstehen, das davon ausgeht, dass innerhalb sozialer Beziehungen ein reziproker Austausch stattfindet, der auch zeitlich verschoben sein kann. Früher erhaltene Unterstützung und Zuwendung wird also gewissermaßen „zurückgezahlt“. Dies bedeutet allerdings auch, dass nur die Personen bereit

sind, informelle unbezahlte Hilfeleistungen zu erbringen, die auch Grund zur Dankbarkeit haben. Dies bedeutet ebenfalls, dass der wechselseitige Austausch von Unterstützungsleistungen desto eher diesem Prinzip folgt, je längerfristiger eine Beziehung angelegt und je weniger sie auflösbar ist. Verwandtschaftsbeziehungen erfüllen diese Bedingungen in stärkerem Maße als Freundschaftsbeziehungen, weshalb insbesondere im Falle lang andauernder Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit außerfamiliäre informelle Helfer nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen dürften und fehlende familiäre Hilferessourcen im Bereich der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung durch das außerfamiliäre soziale Netzwerk kaum ersetzbar sein dürften. Zwar gibt es Hinweise darauf, dass eine gute, konfliktfreie Intergenerationenbeziehung erforderlich ist, damit Kinder die Helferrolle gegenüber ihren chronisch kranken alten Eltern ausüben (Gray, 1988; Hall, 1989; Rossi & Rossi, 1990), doch kann nicht gezeigt werden, dass die Beziehung zwischen Helfer und Hilfeempfänger stabil ist. Vielmehr lässt sich eine Abhängigkeit von der Schwere der Aufgabe feststellen. Partnerschaften, Ehen und Familien durchleben nicht selten eine schwere Krise, wenn die Belastungsgrenzen in der Betreuung pflegeabhängiger Familienangehöriger erreicht sind (Brody, 1977; Dieck, 1987; Hedtke-Becker, 1988). Darüber hinaus ist unklar, inwieweit die frühen Beziehungen für die späten bedeutsam sind. Dem „support bank“-Konzept zufolge ist ja die frühe Beziehung für die spätere Übernahme von Hilfeleistungen relevant. Eine empirische Untersuchung dieses Zusammenhangs erfordert jedoch Längsschnittdaten, die derzeit nicht verfügbar sind.

Es gibt also zwei Arten von Tauschstrategien (Wentowski, 1981). Zum einen die Strategie des unmittelbaren Tauschs, die geprägt ist von sozialer Distanz, unpersönlichen Tauschmedien (z.B. Geld), einer strikten Balance von Geben und Nehmen durch den Tausch von Äquivalenten innerhalb einer begrenzten Zeitperiode und von minimaler gegenseitiger Verpflichtung. Demgegenüber setzt die Strategie des verzögerten oder aufgeschobenen Tauschs die Bereitschaft zu gegenseitiger Verpflichtung voraus. Es dominieren persönliche Tauschmedien (z.B. Dienste), Reziprozität wird erst im Bedarfsfall hergestellt.

Anderen empirischen Ergebnissen zufolge spricht jedoch auch einiges dafür, dass zumindest für die Unterstützung und Versorgung von alten Eltern durch ihre erwachsenen Kinder andere Motive bedeutsam sein können, wie normative Hilfeverpflichtungen bei Bedürftigkeit oder auch das Bedürfnis nach Anerkennung durch die Eltern (Schütze & Wagner, 1991). Diesen Untersuchungen zufolge sind die Motive zur Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen für alte Familienangehörige den Helfern selbst keineswegs klar und nur teilweise als „Rückzahlung“ für einst empfangene Zuwendung und Unterstützung interpretierbar. Vielmehr sind Hilfe- und Pflegeleistung eben auch Ergebnis eines normativ begründeten Pflichtgefühls, dessen Nichterfüllung Schuldgefühle hervorruft (Klusmann u.a., 1981; Noelker & Bass, 1989). So argumentiert auch Schubert (1990), dass ein durch familiäre Bindung in Gang gehaltener „sozialökologischer Hilfskreislauf“ (Schubert, 1990, S. 17) zwischen jungen Alten und alten Alten existiere, der Ausdruck der Wirksamkeit des Solidaritätsprinzips sei, das die Reziprozitätsnorm außer Kraft setze.

Es herrscht also offenbar Uneinigkeit hinsichtlich des Verhältnisses von Reziprozität und Solidarität. Einigkeit herrscht indes hinsichtlich der Erwartung einer familialen Dominanz bei asymmetrischen, das heißt einseitigen Hilfebeziehungen, sei es nun aufgrund zuvor erbrachter Leistungen, die nun gewissermaßen eingefordert werden können und einen asymmetrischen Tausch erlauben, sei es, weil eine normative Hilfeverpflichtung Seitens der Angehörigen erwartet werden kann. In beiden Fällen ist zu erwarten, dass Versorgungsleistungen im Falle einer lang andauernden Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit vor allem von Ehepartnern und Kin-

dern in Anspruch genommen werden, da zum einen die normativen Hilfeverpflichtungen am stärksten ausgeprägt sind und zum anderen aufgeschobene Reziprozität innerhalb eines Systems gegebener, das heißt prinzipiell langandauernder und damit kontrollierbarer Beziehungen am ehesten verwirklicht werden kann. Diese Überlegungen tragen zur Erklärung informell geleisteter Hilfe und Pflege bei, aus ihnen lässt sich allerdings kein Hinweis auf das Verhältnis zwischen informellen und formellen Hilfealternativen ableiten, da es sich bei Letzteren um einen ökonomischen und nicht um einen sozialen Tausch handelt (Marbach, 1994).

Das hierarchisch-kompensatorische Modell (Cantor, 1980), das ebenfalls von einer normativen Präferenz der Hilfeerwartungen ausgeht, bezieht demgegenüber explizit die formellen Hilfealternativen in die Überlegungen ein. Aus dieser Sicht sind die sozialen Dienste und formellen Hilfen als ein Ersatz für fehlende informelle (familiäre) Unterstützung zu sehen. Das hierarchisch-kompensatorische Modell geht von einer Rangfolge von Hilfeleistungen aus, wobei zuerst die Kernfamilie verantwortlich ist und erst zuletzt, wenn alle informellen Hilfealternativen ausfallen, auf formelle Unterstützung zurückgegriffen wird. Die formellen Hilfealternativen werden demnach nur als Ersatz für fehlende informelle Helfer gesehen, das Fehlen von Helfern auf einer Ebene wird durch Helfer der nachfolgenden Ebene kompensiert. Die Inanspruchnahme formeller Hilfen in einem größeren Ausmaß ist demzufolge nur unter der Bedingung des Fehlens informeller Helfer zu erwarten.

Die These komplementärer Leistungen (Litwak, 1985) geht demgegenüber davon aus, dass staatliche und informell erbrachte Leistungen unterschiedliche Aufgabengebiete umfassen können, da formelle und informelle Hilfequellen unterschiedlich strukturiert sind. Nach Litwak können professionelle Dienste lang andauernde Aufgaben, die standardisierbar sind und professionelles Training erfordern, übernehmen, derweil informelle Helfer kurzfristige, unvorhersehbare instrumentelle Hilfeleistungen und emotionale Unterstützung zu leisten vermögen. Chappell und Blandford (1991) sehen die ergänzenden Leistungen der Familie und staatlicher Dienstleistungen nicht in einer aufgabenspezifischen Arbeitsteilung. Vielmehr gehen sie davon aus, dass prinzipiell alle Aufgaben von formellen und informellen Helfern erbracht werden können. Ebenso wie Litwak sehen aber auch sie die Möglichkeit, durch die Unterstützung formeller Dienste die Hilfeleistungen informeller Helfer überhaupt erst zu ermöglichen oder zu intensivieren. Die Hilfeform hängt demnach zwar auch vom Vorhandensein informeller Helfer ab, wird aber primär durch die Schwere des Bedarfs und der dadurch notwendigen Leistungen bestimmt, wobei insbesondere lang andauernde Pflege Tätigkeiten in den Aufgabenbereich formeller Helfer fallen.

Aus der ökonomischen Theorie lässt sich in Bezug auf informelle Hilfeleistungen sowie dem Verhältnis von informellen und formellen Hilfeleistungen ableiten, dass mit der Größe einer erwarteten Erbschaft und/oder aufgrund laufender Transferzahlungen an nahe Angehörige die Wahrscheinlichkeit wächst, häuslich von informellen Helfern versorgt zu werden (Cheal, 1988; Börsch-Supan, 1991; G. Wagner u.a., 1996). So werden als Erbmotive in der ökonomischen Theorie Altruismus, „letzter Konsum“ und Strategie genannt (G. Wagner u.a., 1996). Insbesondere Letzteres ist für die Arbeit von Bedeutung, da beim strategischen Vererbungsmotiv die älteren Menschen ihr Vermögen als Instrument benutzen, um das Verhalten der potentiellen Erben zu beeinflussen, beispielsweise auch im Hinblick auf Hilfe- und Pflegeleistungen. Auch der direkte Austausch materieller Güter gegen Dienstleistungen zu Lebzeiten kann mit einer strategischen Transferabsicht, das heißt dem Ziel, das Verhalten der Empfänger zu beeinflussen, verbunden sein und möglicherweise ein zielgenaueres Instrument einer strategischen Transferabsicht darstellen als der Transfer nach dem Tode (Vererbung).

Während die vorgestellten theoretischen Konzepte primär auf die Bestimmungsfaktoren für informelle Hilfe- und Pflegeleistungen anwendbar sind und auch Aussagen über das Verhältnis von informeller und formeller Hilfe erlauben, beschäftigen sich theoretische Modelle zur Analyse der Bestimmungsfaktoren von gesundheitlichen Leistungen vornehmlich mit der Inanspruchnahme formeller Hilfealternativen. Mitte der 1960er Jahre wurde ein Modell der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen entwickelt, das für die mikroanalytisch ausgerichtete Forschung der Inanspruchnahme formeller Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter von Relevanz ist. In neuerer Zeit wurden auch die informellen Hilfepotentiale zur Erklärung der Inanspruchnahme in einigen auf diesem Modell basierenden Analysen berücksichtigt. Innerhalb dieses theoretischen Rahmens werden vor allem auch die institutionellen Regulierungen und die Angebotsstruktur einbezogen.

Dieses „socio-behavioral model“ (SBM) (Andersen, 1968; Andersen & Newman, 1973), häufig als „Andersen-Newman model“ bezeichnet, geht von der Annahme einer Entscheidungssituation aus, das heißt, es werden die Faktoren untersucht, die die individuelle Entscheidung bei der Wahl einer Hilfealternative beeinflussen. Es handelt sich dabei um ein strukturell orientiertes Modell, bei dem die Inanspruchnahme als ein Verhalten konzeptualisiert wird, das sowohl von gesellschaftlichen als auch von individuellen Faktoren bestimmt wird. Das SBM wurde zunächst angewendet, um die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten sowie Krankenhausaufenthalten zu erklären und wurde dann auch zunehmend für die Analyse der Nutzung weiterer Gesundheits- und Sozialdienste verwendet. Mittlerweile kann das SBM als dominierendes Modell bei der Analyse der Inanspruchnahme formeller Gesundheits- und Sozialdienste durch ältere Menschen angesehen werden (Wan & Odell, 1981; Coulton & Frost, 1982; Branch & Jette, 1983; Wolinsky u.a., 1983; Strain, 1991; Wolinsky & Johnson, 1991; Bass, Loman & Ehrlich, 1992, und andere).

Die Konzeptualisierung von Andersen und Newman versucht ein umfassendes Beziehungsgefüge der Inanspruchnahme von Leistungen zu entwickeln. Danach wird die Inanspruchnahme von Leistungen einerseits durch gesellschaftliche Determinanten und andererseits durch die Ausgestaltung des Gesundheits- und Sozialsystems, vermittelt über individuelle Attribute und Einstellungsfaktoren, beeinflusst. Während die gesellschaftlichen Faktoren makrostrukturelle Gegebenheiten und Entwicklungen umfassen, wirkt die Ausgestaltung des Gesundheits- und Sozialsystems über zwei Komponenten: seine verfügbaren Ressourcen und seine Organisation. Die Ressourcen-Komponente umfasst das gesamte Volumen an Ressourcen und deren geographische Verteilung. Die Organisationsdimension lässt sich ausdifferenzieren in Zugang und Struktur. Von diesen gesellschaftlichen und Gesundheitssystem-Faktoren wird angenommen, dass sie auch Auswirkungen auf unterschiedliche Nutzungswünsche und -möglichkeiten von Individuen haben und teilweise auch auf der Ebene von individuellen Eigenschaften bzw. Merkmalen gemessen werden können. Diese Eigenschaften sind nach diesem Konzept in drei Kategorien geordnet: „predisposing, enabling und need factors“.

Die prädisponierenden (predisposing) Faktoren drücken die Disposition eines Individuums aus, Bedarf an bestimmten Leistungen zu entwickeln. Sie umfassen Geschlecht, Alter, Familienstand (demographische Faktoren) sowie Bildung, Berufstätigkeit, Rasse usw. (sozialstrukturelle Faktoren). Die Befähigungsfaktoren (enabling factors) beschreiben diejenigen Bedingungen eines Individuums, die es ermöglichen, die medizinischen Leistungen, derer es bedarf, auch zu erhalten. Im Wesentlichen werden mit den Befähigungsfaktoren also Variablen, die die Opportunitätsstruktur der Individuen beschreiben, berücksichtigt. Zu dieser

Faktorengruppe gehören Einkommen, Versicherungsschutz, Angebotsdichte usw. Bei den Befähigungs- und prädisponierenden Faktoren handelt es sich offensichtlich um soziale und sozioökonomische Variablen, während die dritte Faktorengruppe den Bedarf an Leistungen umfasst und durch den subjektiven und objektivierten Gesundheitszustand gemessen wird. In der Konzeptualisierung dieses Modells argumentieren Andersen und Newman, dass nur in einem ungleichen Sozial- und Gesundheitssystem signifikante Befähigungs- und prädisponierende Faktoren zu finden sein dürften. Das Modell zielt also auch auf die Identifizierung von sozialen Ungleichheiten in der Nutzung medizinischer und sozialer Dienste.

Ein wesentlicher Kritikpunkt an dem vorgestellten Modell bezieht sich auf die „conceptualization of utilization as simply the decision to use a modern scientific practitioner, service or facility“ (Pescosolido, 1992, S. 1111). Die Rolle und die Leistung des informellen sozialen Netzwerks fand zunächst keine Beachtung. Aufgrund des steigenden Interesses an den Wechselwirkungen von informeller und formeller Hilfe wurden in neueren Untersuchungen informelle Hilfe und soziale Unterstützung als zusätzliche Variablen in das Modell aufgenommen (Wan, 1989; Knipscheer & Antonucci, 1990; Kempen & Suurmeijer, 1991; Wolinsky & Johnson, 1991). Unberücksichtigt bleiben dabei jedoch die Lebensbedingungen der informellen Helfer. Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der „selection of one alternative from the universe of potential sources for care“ (Pescosolido, 1992, S. 1114), die üblicherweise in der Dichotomie: Nutzer versus Nichtnutzer die abhängige Variable definiert. Dabei werden alle, die eine Hilfealternative nicht in Anspruch nehmen, unter die Gruppe der Nichtnutzer subsumiert, unabhängig davon, ob eine und gegebenenfalls welche andere Hilfealternative in Anspruch genommen wird.

Das SBM wird nicht nur auf die Analyse der Inanspruchnahme, sondern auch auf die Analyse des Umfangs der genutzten Leistungen angewendet. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass eine grundlegende Annahme des Modells darin liegt, dass ein Individuum im Wesentlichen selbst darüber entscheidet, ob es Hilfe- oder Pflegeleistungen nachfragt. Diese Annahme ist bei der Analyse des Umfangs der genutzten Hilfealternative jedoch kaum aufrechtzuerhalten, da dies in gewissem Maße auch von der hilfeleistenden Person bzw. Institution abhängt (George, 1989).

Ein weiterer kritischer Punkt des SBM bezieht sich auf die Selektion der prädisponierenden sowie der Befähigungsvariablen und deren theoretischer Bewertung. Die theoretisch weit gefasste Abgrenzung der beiden Variablengruppen erlaubt einfache Modifikationen und eine Anwendung dieses Modells auf einen breit gefächerten Bereich von Diensten. Die Auswahl der Variablen wird dadurch jedoch recht willkürlich, und der theoretische Zusammenhang zwischen den unabhängigen Variablen und der abhängigen Variable bedarf einer klaren Konzeptualisierung. Beispielsweise berichtet Soldo (1984), dass ledige Ältere ein höheres Institutionalierungsrisiko aufweisen. Unklar bleibt dabei, ob dieser Effekt darauf beruht, dass diese Personengruppe seltener Kinder hat, die Hilfe- und Pflegeleistungen übernehmen können, oder ob dieser Effekt auf das Fehlen eines Partners zurückzuführen ist. Der kritische Punkt liegt in der uneinheitlichen und ungenauen Verwendung des Begriffs „predisposing factor“. Eine klare Abgrenzung zwischen prädisponierenden und Befähigungsvariablen fehlt. So nehmen beispielsweise einige Autoren die Anzahl der Kinder oder die Haushaltszusammensetzung als prädisponierende Variablen in das Modell auf (Shapiro & Roos, 1989; Wolinsky & Johnson, 1991). Angenommen wird dabei, dass Ehepartner und Kinder im Falle einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit mit großer Wahrscheinlichkeit notwendige Versorgungsleistungen übernehmen und von daher die Tendenz, formelle Hilfe zu nutzen, geringer ist als bei verheirateten älteren Menschen mit Kindern. Betrachtet man allerdings die nahen Angehörigen als eine Hilferessource, die alternativ oder ergänzend zu den formellen Hilfeangeboten genutzt werden kann, befähigt

das Vorhandensein von Kindern und Ehepartner die Älteren, diese Form der Hilfe in Anspruch zu nehmen. In den Begriffen des SBM handelt es sich gleichwohl um Befähigungsfaktoren.

Auch die Rolle des Alters ist in diesem Modell nicht klar definiert. Zum einen kann das Alter ein Indikator für ungemessene Aspekte des Gesundheitsstatus sein, also eine zusätzliche Bedarfsvariable, da das Alter vergleichsweise hoch mit dem Bedarf korreliert. Auf der anderen Seite lässt sich jedoch einwenden, dass der Umgang mit gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen und damit die Nutzungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten für verschiedene Altersgruppen durchaus unterschiedlich sein können (Scheuch, 1982). In diesem Zusammenhang ist auch auf den Etikettierungsansatz zu verweisen, der die Bedeutung sozialer Zuschreibungen betont (Gerhardt, 1981). Hier ist nicht allein das Vorkommen gesundheitlicher Beeinträchtigungen für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen von Bedeutung, sondern es wird vielmehr die aufgrund von gesellschaftlichen Norm- und Wertvorstellungen vorgenommene Stigmatisierung als krank und hilfebedürftig hervorgehoben. Im Sinne des Etikettierungsansatzes können also Altersunterschiede in der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen, die nicht auf unterschiedliche Bedarfslagen zurückzuführen sind, als Ausdruck der Übernahme sozialer Altersstereotype betrachtet werden. Die mit dem hohen Alter verbundene Zuweisung der Rolle des Hilfeempfängers und der Selbstdefinition als hilfebedürftig spricht aus dieser Sicht für eine mit dem Alter zunehmende Inanspruchnahme von Hilfeleistungen, die nicht über unterschiedliche Bedarfslagen vermittelt ist (Voges, 1989).

Daraus lässt sich ableiten, dass eine genaue Beschreibung des theoretischen Zusammenhangs zwischen den unabhängigen und den abhängigen Variablen im Rahmen des SBM notwendig ist. Das SBM bietet jedoch einen geeigneten konzeptionellen Ausgangspunkt für eine empirische Analyse, die ein umfassendes Beziehungsgefüge der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen untersuchen will, da die informellen Hilfeleistungen integriert werden können und eine Untersuchung der Handlungsbedingungen sowie ein Bezug zu den institutionellen Regelungen bei der Nutzung unterschiedlicher Hilfe- und Pflegequellen möglich sind.

### 3.3.2 Zum Stand der Forschung: Determinanten der Nutzung unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen

Die im Abschnitt 1.2 beschriebenen demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen haben zu einer Auseinandersetzung mit der Frage geführt, wer unter welchen Bedingungen welche Form der Hilfe- und Pflegeleistungen in Anspruch nimmt und unter welchen Bedingungen Familienangehörige notwendige Versorgungsleistungen übernehmen. Wer in der Gesamtgruppe der älteren Menschen ambulante sozialpflegerische Dienste und wer eine stationäre Versorgung in Anspruch nimmt und ob sich ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme dieser Dienste und unterschiedlichen Lebenssituationen ergibt, rückte dabei ebenso wie das Verhältnis zwischen informeller und formeller Hilfe zunehmend in den Blickpunkt des Interesses. Allerdings wurde in den empirischen Studien zumeist jeweils nur eine Form der Versorgung und Betreuung näher betrachtet. Die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Formen der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung wurden selten berücksichtigt.

Über familiäre Hilfe- und Pflegeleistungen im hohen Alter, die vor allem im Rahmen der Forschung zur sozialen Unterstützung betrachtet werden, liegen auch im deutschsprachigen Raum vergleichsweise viele Untersuchungen vor, die sich sowohl mit der Frage auseinander-

setzen, unter welchen Bedingungen Angehörige ihre älteren Familienmitglieder versorgen, als auch mit der Frage, unter welchen Bedingungen die alten Menschen Hilfeerwartungen an Familienmitglieder richten bzw. familiäre Hilfeleistungen in Anspruch nehmen (Thiede, 1988; Tennstedt & McKinlay, 1989; Rossi & Rossi, 1990; Kempen & Suurmeijer, 1991; Schneekloth & Pothoff, 1993; Diewald, 1994; vgl. auch Abschnitt 1.2). Mit der Nutzung sozialer Dienste und stationärer Einrichtungen im höheren Alter beschäftigen sich im deutschsprachigen Raum hingegen nur vergleichsweise wenige Untersuchungen (Hörl, 1988; Thiede, 1988). Im englischsprachigen Raum liegen dagegen Studien vor, die sich gezielter mit der Frage beschäftigen, welche Faktoren die Inanspruchnahme formeller Hilfeinstanzen beeinflussen und Ergebnisse multivariater Analysen vorstellen. Das SBM stellt dabei das dominierende theoretische Modell dar (einen Überblick geben: Ory & Bond, 1989; Petersen & White, 1989; Wan, 1989; Greene & Ondrich, 1990; Kempen & Suurmeijer, 1991).

Im Folgenden erfolgt ein kurzer Überblick über den Stand der Forschung zu den Determinanten der Nutzung unterschiedlicher Hilfe- und Pflegealternativen. Dabei wird sowohl auf Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum als auch auf US-amerikanische Studien zurückgegriffen. Zu bedenken ist dabei, dass die Ergebnisse der amerikanischen Studien nicht uneingeschränkt auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können. Darüber hinaus steht der Vergleich der verschiedenen empirischen Studien vor der Schwierigkeit, dass unterschiedliche Methoden verwendet und zum Teil auch unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt wurden. Außerdem unterscheiden sich die Studien hinsichtlich des Zeitpunktes der Datenerhebung, der Stichprobengröße und der verwendeten Variablen. Gemeinsam ist ihnen die Untersuchung einer Population älterer Menschen und der Bezug auf *einen* Dienst als abhängige Variable. Aufgrund der enormen Unterschiede erscheint es allerdings im Rahmen der vorliegenden Arbeit wenig sinnvoll, auf die Studien im Einzelnen einzugehen. Vielmehr soll dieser Überblick einen Eindruck vermitteln, welche Faktoren im Rahmen einer Mikroanalyse zu berücksichtigen sind.

In fast allen Untersuchungen wurden als Bedarfsvariablen die elementaren und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens erhoben. Auch subjektive Gesundheitsmaße und – allerdings deutlich seltener – Maße für die kognitive Leistungsfähigkeit wurden als Bedarfsvariablen verwendet. Die Rolle dieser Variablen für die Inanspruchnahme bzw. den Erhalt von Hilfe- und Pflegeleistungen bedarf jedoch noch weiterer Untersuchungen. So berichten Branch und Jette (1983) und Tennstedt (1984) eine direkte Beziehung zwischen dem Grad der Beeinträchtigung und dem Erhalt informeller Pflegeleistungen. Die Älteren mit den stärksten Beeinträchtigungen erhielten signifikant mehr informelle Hilfe- und Pflegeleistungen im Vergleich zu Älteren, die leicht oder mittelschwer beeinträchtigt waren. Auch Tennstedt und McKinlay (1989) fanden in ihrer Untersuchung einen starken Anstieg im Erhalt informeller Hilfe- und Pflegeleistungen mit dem Grad der Beeinträchtigung. Der Zusammenhang zwischen der Nutzung formeller Hilfe- und Pflegeleistungen und dem Grad der Beeinträchtigung erwies sich jedoch als deutlich schwächer, sodass sie folgern, dass „no simple linear relationship between the elderly person's degree of impairment and receipt of care“ (Tennstedt & McKinlay, 1989, S. 155) besteht. Auch Dieck (1993) berichtet, dass organisierte Dienste überwiegend nur bei mittleren und leichten Graden von Bedürftigkeit in Anspruch genommen werden, während die Ergebnisse der AG Gesundheitsanalysen (1991) darauf hindeuten, dass mit zunehmender Bedürftigkeit auch die Inanspruchnahme organisierter Dienste ansteigt. Insgesamt kann also nur festgestellt werden, dass Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens ein signifikanter Prädiktor für die Inanspruchnahme informeller, am-

bulanter formeller und stationärer Hilfe- und Pflegedienste sind. Über den Zusammenhang zwischen dem Grad der Beeinträchtigung und der Hilfe- bzw. Pflegeform lassen sich aber auf der Grundlage der vorliegenden Studien keine klaren Aussagen treffen (Shapiro & Roos, 1989; Kempen & Suurmeijer, 1991; Wolinsky & Johnson, 1991). Shapiro und Roos (1989) fanden über das Berichtete hinausgehend einen unabhängigen, positiven Effekt kognitiver Beeinträchtigungen auf die Wahrscheinlichkeit einer Institutionalisierung, und Shapiro (1986) berichtet, dass vor allem eine schlechte subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands einen starken Einfluss auf die Nutzung von Heimhilfe- und Heimpflegediensten hat.

Im Hinblick auf die Bedeutung des familialen und außerfamilialen sozialen Netzwerks kann als gesichertes Ergebnis gelten, dass das Vorhandensein von nahen Angehörigen und die Wohnentfernung zu diesen einen der stärksten Prädiktoren für informelle emotionale und instrumentelle Hilfeleistungen darstellen (Braun, 1987; Diewald, 1994). So zeigt sich auch, dass unverheiratete und allein lebende ältere Menschen deutlich seltener informelle Hilfe erhalten (Tennstedt & McKinlay, 1989), was ein Beleg für die große Bedeutung der Haushaltssituation und der haushaltsintern erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen ist. Verschiedene Studien weisen ebenfalls darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit, informelle Hilfe zu erhalten, bei Kontrolle der Bedarfslage und des Familienstandes bzw. der Haushaltssituation für ältere Frauen höher ist als für ältere Männer (Branch & Jette, 1983; Tennstedt, 1984; Tennstedt & McKinlay, 1989; Diewald, 1994). Erklären lässt sich dies damit, dass im Rahmen der traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung innerhalb der persönlichen Netzwerke – und ganz besonders innerhalb von Familie und Verwandtschaft – die Pflege der Beziehungen Frauensache ist (Waite & Harrison, 1992). Von daher dürften Frauen in früheren Lebensjahren auch mehr Investitionen in ihre lang andauernden Beziehungen getätigt haben als Männer und vielfältigere Hilfeoptionen zur Verfügung haben. Inwieweit der Erwerbsstatus der Kinder einen Einfluss auf hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfeleistungen hat, ist unklar. Rossi und Rossi (1990) berichten zwar, dass die Erwerbstätigkeit der Kinder die Zeit für Kontakte zu den Eltern vermindert, Brubaker (1985) konnte jedoch keinen Einfluss der Erwerbstätigkeit von Töchtern auf das Ausmaß der Hilfeleistungen für ihre alten Eltern feststellen. Außerfamiliäre informelle Hilfeleistungen scheinen vor allem dann bedeutsam zu werden, wenn familiäre Helfer fehlen oder weit entfernt wohnen (Stiefel, 1983). Die Bedeutung von außerfamiliären Beziehungen für den Bereich der praktischen Unterstützung ist allerdings eher gering, einer Substitutionsmöglichkeit verwandtschaftlicher durch Freundschaftsbeziehungen sind also offenbar für den Bereich der Hilfe- und Pflegeleistungen Grenzen gesetzt (Diewald, 1991).

Fehlende familiäre Hilferessourcen scheinen jedoch keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme organisierter Dienste zu haben. Vielmehr zeigen einige Studien, dass, wenn Kinder in der Nähe wohnen, der Anteil der Älteren, die in irgendeiner Form organisierte Hilfe erhalten, höher ist, als wenn keine Kinder verfügbar sind (Stiefel, 1983). Diese Forschungsbefunde deuten darauf hin, dass ein funktionierendes informelles Netz dem Bedürftigen die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen erst ermöglicht (Grunow, 1985). Speziell wenn die alte Person nicht (mehr) die Fähigkeit besitzt, sich den Zugang zu Ressourcen und Diensten zu verschaffen, müssen dies die informellen Helfer – in der Regel die Familienmitglieder – übernehmen (Springer & Brubaker, 1984). Umgekehrt wurde aber auch festgestellt, dass die Anzahl der Netzwerkmitglieder sowie täglicher Kontakt mit Verwandten die Wahrscheinlichkeit, ambulante formelle Dienste in Anspruch zu nehmen, senken, was darauf zurückgeführt wird, dass die Netzwerkmitglieder häufig informelle Hilfe- und Pflegeleistungen übernehmen. Besonders die allein auf sich gestellten alten Menschen müssen offenbar von bestimmten Versor-



gungsinstitutionen stärker als andere Gebrauch machen (AG Gesundheitsanalysen, 1991; Schneekloth & Potthoff, 1993). Dieser Widerspruch lässt sich möglicherweise durch die Berücksichtigung der Lebenssituation der Netzwerkmitglieder aufklären.

In den meisten Untersuchungen wird berichtet, dass Männer seltener ambulante formelle Hilfe nutzen (Soldo, 1984; Shapiro, 1986; Kempen & Suurmeijer, 1991; Wolinsky & Johnson, 1991), was angesichts der Tatsache, dass sie häufiger mit einem Partner zusammenleben, plausibel erscheint. Bei Kontrolle des Familienstandes oder der Haushaltssituation ergeben sich jedoch als stärkste Prädiktoren für die Inanspruchnahme formeller ambulanter Hilfe- und Pflegedienste in den diversen Studien Alleinleben, ein hohes Alter, Zugehörigkeit zu höhergebildeten Schichten und ein hohes Familieneinkommen (Stiefel, 1983; McAuley & Arling, 1984; Soldo, 1984; Shapiro, 1986; Shapiro & Roos, 1989; Wolinsky & Johnson, 1991). Diesen Ergebnissen zufolge scheint es also so zu sein, dass ambulante Dienste vor allem im Falle des Fehlens haushaltsinterner informeller Helfer von Bedeutung sind. Ein hohes Familieneinkommen ermöglicht darüber hinaus solche Dienste privat zu finanzieren. Hörl (1988) stellt fest, dass die erwachsenen Kinder der Bezieher von ambulanten Altenhilfediensten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überdurchschnittlich häufig eine höhere Schulbildung besitzen, was er auf die Präferenz höhergebildeter Schichten zurückführt, formelle Hilfeinstanzen zu nutzen. Bei vielen Familienmitgliedern – bevorzugt aus der Unterschicht stammend – scheint auch Angst vor dem Überschreiten der Schwelle zwischen dem privaten System familiärer Hilfen und dem professionalisierten System öffentlicher oder privatwirtschaftlicher Hilfen zu bestehen. Diese Angst wird auf das Gefühl vieler älterer Menschen zurückgeführt, nicht genügend kompetent zu sein, um sich mit Behörden auseinandersetzen zu können (Amann, 1982; Bröschen, 1983).

Mit Blick auf die Bedeutung des Alters ist unklar, inwieweit ungemessene Aspekte der Gesundheit in die Altersvariable eingehen, oder ob gesellschaftliche Normen wirksam werden, nach denen die Rolle des Hilfeempfängers im hohen Alter akzeptierter ist als im jüngeren Alter.

Studien, die sich mit der Untersuchung von Determinanten der Institutionalisierung auseinandergesetzt haben, berichten mehrheitlich, dass ein hohes Alter und Alleinleben bzw. ein fehlender Partner die stärksten Prädiktoren für eine Institutionalisierung sind (Thiede, 1988; Rückert, 1989; Shapiro & Roos, 1989; Kempen & Suurmeijer, 1991), und nach Thiede (1988) haben Kinderlose ein höheres Risiko einer Heimübersiedlung als Ältere mit Kindern. Wolinsky und Johnson (1991) stellen fest, dass der Erhalt außerfamilialer Hilfeleistungen die Wahrscheinlichkeit einer Institutionalisierung senkt, wohingegen sie keinen signifikanten Effekt familialer Unterstützungsleistungen auf das Institutionalisierungsrisiko finden konnten. Shapiro und Tate (1988) berichten, dass mit der Höhe des Einkommens die Wahrscheinlichkeit eines Heimübergangs zurückgeht. Zwar fanden auch Greene und Ondrich (1990) einen solchen Einfluss des Einkommens, der Effekt war jedoch – ebenso wie in anderen Untersuchungen – statistisch nicht signifikant. Narr (1976) nennt die Schichtzugehörigkeit als einen wichtigen Bestimmungsfaktor für die Heimübersiedlung. Untere soziale Schichten weisen keine so hohen Präferenzen für eine Heimübersiedlung auf wie Angehörige oberer sozialer Schichten. Wird die Schichtzugehörigkeit am Bildungsstand festgemacht, ist festzuhalten, dass in anderen Untersuchungen kein solcher Einfluss festgestellt werden konnte (Shapiro & Roos, 1989; Greene & Ondrich, 1990). Greene und Ondrich (1990) fanden jedoch einen signifikant negativen Einfluss der Variable „Hausbesitz“ auf das Institutionalisierungsrisiko, den sie mit dem höheren Anreiz potentieller Erben von Hausbesitzern begründen, das Immobilienvermögen nicht durch die Pflegekosten verbrauchen zu lassen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass hinsichtlich der Inanspruchnahme der verschiedenen Versorgungsinstanzen beträchtliche Unterschiede in der Altenbevölkerung bestehen, die nicht allein auf unterschiedliche Grade der Bedürftigkeit zurückgeführt werden können. Allerdings wurde in den bisherigen Studien der Fokus auf die Untersuchung einer Hilfeform gelegt, wobei die Erklärung der Nutzung dieser einen Hilfealternative in Abgrenzung zu deren Nichtnutzung im Mittelpunkt stand, unabhängig davon, welche anderen Versorgungsalternativen die Nichtnutzer in Anspruch nahmen. Einzig die Bedeutung informeller Hilfen für die Inanspruchnahme formeller ambulanter Dienste wurde in den neueren Studien genauer untersucht, wobei sich die Ergebnisse teilweise widersprechen. Wenig bekannt ist über die Unterschiede zwischen älteren Menschen in stationären Einrichtungen und Älteren, die in einem Privathaushalt unter Nutzung von ambulanten Hilfe- und Pflegediensten versorgt werden. Einer der Ursachen ist sicherlich im Mangel an geeigneten Daten zu sehen. So finden sich nur vereinzelt Studien, in denen sowohl Heimbewohner als auch Ältere in Privathaushalten befragt wurden.

### **3.4 Analyserahmen und Untersuchungshypothesen**

Im nachfolgenden empirischen Teil der Arbeit wird untersucht, welche Teilgruppen älterer Menschen aufgrund welcher Rahmenbedingungen welche Hilfe- und Pflegeformen in Anspruch nehmen und in welchem Umfang. Dabei konzentrieren sich die Analysen auf ältere Menschen, die funktional oder kognitiv beeinträchtigt sind und hauswirtschaftliche und/oder pflegerische Hilfeleistungen benötigen. Hierbei wird es als notwendig erachtet, über die Betrachtung von hochaggregierten Daten – wie die Anteile bestimmter Altersgruppen an der Bevölkerung und die daraus abgeleiteten Abhängigkeitsraten – hinaus den hohen Grad an sozialer Vielfalt der Lebensumstände innerhalb der Altenpopulation zu berücksichtigen. Eine mikroanalytische Betrachtungsweise, die die Variabilität innerhalb der Altenpopulation berücksichtigt, kann auch Hinweise liefern, welche Veränderungen innerhalb der Altenpopulation für die zukünftige Entwicklung der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen relevant sind und so Anhaltspunkte für sozialpolitische Regulierungsmöglichkeiten und einen Interventionsbedarf liefern.

Um zur Erklärung beizutragen, wie ältere Menschen mit eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeit versorgt werden, müssen Hypothesen zum Zustandekommen des Zusammenhangs zwischen der Inanspruchnahme von hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfeleistungen und möglichen Bestimmungsfaktoren begründet werden. In den vorigen Kapiteln wurden einige theoretische Annahmen und empirische Befunde vorgestellt, die für das Analyseziel der Arbeit von Bedeutung sind. Den Annahmen gemeinsam ist, dass sie für jeweils spezifische Ausschnitte des Zusammenhangs, der in dieser Arbeit untersucht wird, relevante Hinweise liefern. Im Folgenden werden deshalb die einzelnen empirischen Befunde und theoretischen Erklärungsansätze in einem Modell der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen im höheren Alter zusammengebracht. Ausgangspunkt ist dabei das vorgestellte SBM, das ein umfassendes Beziehungsgefüge zwischen der Inanspruchnahme von Diensten und den unterschiedlichen Faktorengruppen herzustellen versucht. Aus den Überlegungen verschiedener theoretischer Zugänge und den vorliegenden empirischen Befunden lassen sich Hypothesen über das relative Gewicht einzelner Hilfeformen und die Zusammenhänge und Wirkungsrichtungen einzelner Indikatoren ableiten.

In Anlehnung an das socio-behavioral model wird davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach Hilfe- und Pflegeleistungen von demographischen (z.B. Altersstruktur) und gesellschaftlichen Faktoren (z.B. Normen) sowie der Organisation und Struktur des Gesundheits- und Sozialsystems (Angebot, Zugang, Finanzierung von Diensten usw.), vermittelt über individuelle Attribute und Einstellungsfaktoren, beeinflusst wird. Diese gesellschaftlichen und Versorgungssystem-Faktoren wirken auf die Größe und Zusammensetzung sowohl der Gruppe der Hilfe- und Pflegebedürftigen als auch des informellen und formellen Hilfeangebots ein. Insofern bestimmen sie den Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen insgesamt und sind für die Möglichkeit der Individuen, sich diese zu beschaffen, maßgebend. Die strukturellen und institutionellen Bedingungen nehmen also Einfluss auf die individuellen Nutzungsmöglichkeiten oder Gelegenheitsstrukturen. Weiterhin wird angenommen, dass sie – vermittelt über Bedarfsdefinitionen und die Angebotsstruktur – auf die Nutzungswünsche der Individuen in Bezug auf das hilfeleistende System einwirken und die Bedeutung der individuellen sozialen und ökonomischen Ressourcen sowie der Lebensumstände bei der Wahl der Hilfe- und Pflegeform modifizieren.

Hinter diesem Modell steht die Vorstellung, dass Individuen versuchen, ihr persönliches Wohlbefinden zu sichern und zu steigern, indem sie zum einen eine ihren Bedürfnissen entsprechende Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen anstreben und dabei zum anderen eine selbstständige und unabhängige Lebensführung so weit und so lange wie möglich aufrechtzuerhalten versuchen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit, in der die Handlungsbedingungen unter Berücksichtigung der sozialen Heterogenität der älteren Bevölkerung erfasst werden, können die intra- und interindividuellen Entscheidungsprozesse und Motivationen nicht geklärt werden. Die aggregierten Ergebnisse der Mikroanalyse als Ausdruck der kollektiven Handlungsmuster und Regelmäßigkeiten lassen sich jedoch aufzeigen. Da die Entscheidungen nicht als ein autonomer Akt des sozial isolierten Individuums aufgefasst werden, sind die Handlungsbedingungen nicht nur für die hier interessierenden älteren Menschen von Bedeutung, sondern auch für deren Interaktionspartner.

Die Beantwortung der Frage, wie Bedarfs- in Inanspruchnahmesituationen überführt werden, muss sich also an dem ausgesprochen hohen Grad an sozialer Vielfalt der Lebensumstände innerhalb der älteren Bevölkerung ausrichten, um zu erklären, welche Teilgruppen aufgrund welcher Rahmenbedingungen wie im Falle einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit versorgt werden. Dabei zielt die Analyse auch auf soziale Benachteiligungen und Privilegierungen in den Lebensqualitäten, fragt also nach schichtspezifischen Barrieren im Zugang zu sozialpolitischen und infrastrukturellen Gütern, die zu Polarisierungen und prekären Pflegesituationen führen können.

Die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen wird also in den folgenden empirischen Analysen im Zusammenhang mit der Lebenssituation der älteren Menschen, ihrer Bedarfslage, ihren sozioökonomischen und sozialen Ressourcen betrachtet. Dabei liegt der Fokus der empirischen Analysen auf der Nachfrageseite. Informationen zur Angebotsseite von formellen Diensten (z.B. Anzahl der Dienste vor Ort, Umfang und Qualität der angebotenen Dienst- und Versorgungsleistungen, Finanzierung und personelle Ausstattung der Dienste und Einrichtungen) wurden im Kontext der vorliegenden Studie nicht erhoben. Da es sich bei den verwendeten Daten um eine lokal begrenzte Stichprobe (West-Berlin) handelt, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ein quantitativ weitgehend gleiches Angebot an formellen ambulanten und stationären Hilfen zur Verfügung stand. Der Zusammenhang zwischen der Angebotsstruktur und den sozial- und gesellschaftspolitischen Vorgaben einerseits und den individuellen Merkmalen andererseits wird anhand theoretisch begründeter Hypothesen hergestellt.

In einer Untersuchung der Versorgungssituation von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen sind eine Reihe von Fragestellungen und Indikatoren vorstellbar, die unterschiedliche Dimensionen, beispielsweise auch die qualitativen Aspekte der Inanspruchnahme von Leistungen, fokussieren. Die empirischen Analysen konzentrieren sich im Wesentlichen auf folgende empirische Fragestellungen:

- Wie hoch ist das Ausmaß des Hilfe- und Pflegedarfs unter besonderer Berücksichtigung sozialrechtlicher Definitionen?
- Wie hoch ist das Ausmaß der Inanspruchnahme informeller (familiar-verwandtschaftlicher und außerfamiliärer), ambulanter formeller und stationärer Hilfe- und Pflegealternativen, und gibt es eine gleichzeitige Nutzung informeller und formeller Hilfen?
- In welchem Umfang bzw. mit welcher Häufigkeit werden die unterschiedlichen Hilfealternativen genutzt, und wie groß ist das Ausmaß eines ungedeckten Hilfebedarfs?
- Welcher Stellenwert kommt einzelnen Merkmalen (Lebenssituation, Bedarfslage, soziale und sozioökonomische Ressourcen) für die Nutzung und die Frequenz der Nutzung unterschiedlicher Hilfeformen zu, und lassen sich unterschiedliche Lebenssituationen herausarbeiten, die sich in der Nutzung der Dienste unterscheiden?

Insgesamt widmet sich die empirische Analyse mehreren theoretischen Fragestellungen. Zunächst geht es darum festzustellen, wer alte Menschen, die mehr oder weniger stark auf fremde Hilfe oder gar auf Pflege angewiesen sind, versorgt. Hierbei ist von Bedeutung, dass es sich um eine großstädtische Untersuchungspopulation handelt, die gekennzeichnet ist durch einen sehr hohen Anteil allein lebender und kinderloser alter Menschen, eben jenen demographischen Merkmalen, die für das zukünftige Absinken der familialen Hilfe- und Pflegeleistungen verantwortlich gemacht werden (vgl. auch Abschnitt 4.1). Damit ist bereits angesprochen, dass auch die Frage, welche Rolle die Familie bei der Versorgung alter Menschen mit Hilfe- und Pflegeleistungen spielt, genauer untersucht wird. Hierbei ist zum einen von Interesse, ob und gegebenenfalls unter welchen Umständen formelle und informelle Helfer kooperieren und ob die Familien in der Tat die Verantwortung für die Pflege ihrer alten Familienmitglieder an formelle Hilfeinstanzen abgeben. Dies bedeutet, dass auch der Haushaltsituation besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden wird, da zumindest bei den hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen die Haushalte als Nachfrager zu betrachten sind. Zum anderen richtet sich das Interesse aber auch auf die älteren Menschen, die auf keine familiären Hilfepotentiale zurückgreifen können, um zu klären, ob die formellen Hilfeinstanzen – gegebenenfalls in welcher Form – fehlende familiäre Hilfepotentiale ersetzen können. Damit soll zur Erklärung beigetragen werden, ob die Nutzung der unterschiedlichen Versorgungsformen ein substituierendes bzw. kompensatorisches, ein komplementäres oder ein kumulatives Muster aufweist. Hierbei wird auch die Frage zu untersuchen sein, ob besonders die allein auf sich gestellten alten Menschen von bestimmten Versorgungsinstitutionen stärker als andere Gebrauch machen, oder ob ein funktionierendes informelles Netz den Hilfe- und Pflegebedürftigen erst die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen ermöglicht.

Die vorliegende Arbeit ist auch als ein Beitrag zu der Frage zu verstehen, welcher Stellenwert den sozialen und ökonomischen Bedingungen und den im individuellen Lebensverlauf erworbenen Ressourcen im Alter zukommt. Die Versorgung mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen wird als ein Aspekt der sozialen Lebenslage im hohen Alter aufgefasst und im Folgenden insofern auch untersucht, inwieweit Unterschiede in der sozialen Lebenslage bei alten Menschen bestehen und ob sich diese durch Merkmale sozioökonomischer Ungleichheit erklären lassen. Die Analyse zielt also ebenfalls darauf ab festzustellen, welchen Stel-

lenwert der soziale Status im Alter hat und ob er für die Bewältigung und den Umgang mit – zwar nicht altersspezifischen, aber doch alterstypischen – Problemen relevant ist.

### *Angebot, Nachfrage, Inanspruchnahme und Bedarf*

Für das Analyseziel der Arbeit ist die Unterscheidung zwischen Nachfrage, Inanspruchnahme und Bedarf grundlegend. Bedarf bezieht sich auf die Beurteilung anhand objektiver Kriterien (in der Regel durch Experten), wer Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten sollte. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass institutionelle Vorgaben auf die Konzeption von Bedarf einwirken. So zum Beispiel über gesetzliche Regelungen, die Sach- und Geldleistungen von feststellbaren physischen oder psychischen Einschränkungen abhängig machen. Die Prüfung, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, und die Eingruppierung in unterschiedliche Pflegestufen, die auch in der Pflegeversicherung angewendet wird, sowie die Beurteilung der Heimbedürftigkeit von Personen, die stationäre Versorgung nicht selbst zahlen können – und das ist die überwiegende Mehrheit (Sozialpolitische Umschau 420/91; Krug & Reh, 1992) –, sind Beispiele hierfür. Auch die Bedarfsdefinition unterliegt also kulturellen und sozialen Bewertungen und Veränderungen. Bei der Konzeption von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sollte dies berücksichtigt werden, indem eine Abgrenzung unterschiedlicher Bedarfsausprägungen vorgenommen wird, die nicht nur die sozialrechtliche Definition mit einbezieht, sondern auch darüber hinausgeht.

Anhand der vorgestellten Befunde empirischer Studien kann gefolgert werden, dass es ein Trugschluss wäre, würde man von ermittelten Bedarfswerten, bezogen auf fremde Hilfe, auf die Nachfrage oder gar die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen schließen. Inanspruchnahme bezeichnet vielmehr die Anzahl der Personen, die aktuell unter den gegebenen Bedingungen Dienstleistungen nutzen. Die Nachfrage nach Diensten ist demgegenüber die Anzahl der Personen, die Hilfe- und Pflegeleistungen für sich als notwendig erachten, das heißt die eine bestimmte Dienstleistung nutzen würden. Nachfrage und Inanspruchnahme stimmen überein, wenn das Angebot die Nachfrage befriedigen kann, das heißt im Falle eines Gleichgewichts des Marktes. Alle Personen, die Hilfe- und Pflegeleistungen als notwendig erachten, erhalten diese auch (Paringer, 1985). Unter den Bedingungen eines Angebotsmangels ist die Inanspruchnahme niedriger als die Nachfrage, die Konkurrenz unter den Nachfragern wird gefördert, wodurch die individuellen Ressourcen für die Zugangschancen zu Diensten an Bedeutung gewinnen können. Die vorübergehende oder dauerhafte Inanspruchnahme benachbarter Leistungen, um Wartezeiten zu überbrücken, kann ebenso als Folge eines Angebotsmangels entstehen, wie ein Absinken der Versorgungsqualität, wenn alle Nachfrager weniger Leistungen erhalten. Der Mangel an ambulanten Diensten für ältere Menschen und der Mangel an Heimplätzen in der Bundesrepublik beispielsweise haben zu einer Steigerung der Krankenhausaufenthalte und durchschnittlichen Verweildauer alter Menschen in Krankenhäusern geführt (Alber, 1991). Aufgrund des bundesrepublikanischen „Pflegenotstandes“, das heißt des Mangels an ausgebildeten Fachkräften, ist der Zeitaufwand pro zu versorgender Person relativ gering, sodass die Qualität der Versorgung leidet. Notwendige Leistungen müssen so von informellen Helfern, meist Angehörigen, erbracht werden (Alber, 1991; Baldock & Evers, 1991).

Diese Ausführungen lenken den Blick auf die Struktur formeller Hilfeangebote und die sozialpolitischen Vorgaben. Da in der vorliegenden Arbeit die Inanspruchnahme von Leistungen untersucht wird und weder Angaben über die Nachfrage nach Leistungen noch Informationen über die Angebotsseite vorliegen, ist es notwendig, die Beziehung zwischen dem Angebot an Leistungen und der Inanspruchnahme theoretisch zu bestimmen. Hierbei ist zu

berücksichtigen, dass sozialpolitische Regelungen über die Gestaltung der Angebotsstruktur und das Subsidiaritätsprinzip auf die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer einwirken. So schlägt sich der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht nur in der Konzeption von Bedarf nieder, sondern auch im Ausbau ambulanter sozialpflegerischer Dienste und vor allem gesetzlicher Regelungen und Vorgaben zur Finanzierung solcher Dienste (Alber, 1991). Allerdings konzentrieren sich die politischen Handlungsträger in der Bundesrepublik zunächst auf eine „Stärkung der intergenerationalen Solidarität“, das heißt, die Familie wird nach wie vor als primärer Leistungserbringer propagiert (BMJFFG, 1986). Dies schlägt sich in den Regelungen zur Anrechnung von Pflegejahren für die Rente nieder und in den Möglichkeiten, informell erbrachte Hilfe- und Pflegeleistungen über die Kranken- bzw. Pflegekassen abrechnen zu können. Es kann also im bundesdeutschen System von einer staatlich geförderten „Pflegehierarchie“ ausgegangen werden, bei der informelle Helfer und vor allem die Familie an die erste Stelle, die ambulanten Dienste an die zweite Stelle und die stationäre Versorgung als letzte Möglichkeit gesetzt werden.

### *Das soziale Netzwerk*

Nach Moroney (1976, 1986) kann die Familie sinnvollerweise als ein Sozialdienst aufgefasst werden. Als solche sollte sie, ebenso wie soziale Dienste des formellen Sektors, den älteren hilfe- und pflegebedürftigen Familienmitgliedern im Bedarfsfalle Hilfe- und Pflegeleistungen zukommen lassen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass die hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfeleistungen prinzipiell von staatlichen, gemeinnützigen und privatwirtschaftlichen stationären Einrichtungen und ambulanten, sozialpflegerischen Diensten sowie informellen Helfern des sozialen Netzwerks erbracht werden können. Zwar kann die primäre Aufgabe der Familie und erst recht die von Freundschafts- oder Nachbarschaftsbeziehungen nicht in der Übernahme belastender Pflegeaufgaben gesehen werden, dennoch kann in Übereinstimmung mit dem Konzept des verzögerten sozialen Austauschs das soziale Netzwerk und insbesondere die Familie als Unterstützungspotential aufgefasst werden, das in kritischen Lebenssituationen in Anspruch genommen werden kann. Zu bedenken ist jedoch, dass in der vorliegenden Arbeit lang andauernde Hilfe- und Pflegeleistungen betrachtet werden, die sich deutlich von Hilfestellungen im Falle kurzfristiger Erkrankungen unterscheiden und in Konkurrenz mit anderen Verpflichtungen und den eigenen Lebensentwürfen potentieller informeller Helfer geraten können. Eine Analyse der Bedeutung der Lebensbedingungen potentieller familialer Helfer für die Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen erfolgt im empirischen Teil der Arbeit.

Im Kontext der Arbeit wird das soziale Netzwerk zum einen als soziale Ressource konzipiert, um der Frage nachzugehen, ob überhaupt im Bedarfsfall auf familiale bzw. außerfamiliale Helfer zurückgegriffen werden kann. Zum anderen wird aber auch die informell tatsächlich geleistete Hilfe und Pflege erfasst und im Zusammenhang mit den vorhandenen informellen Unterstützungspotentialen und den Lebensbedingungen der potentiellen familialen Helfer untersucht, um zur Erklärung beizutragen, unter welchen Bedingungen familiale Hilfe-potentiale genutzt werden können. Dahinter steht die Vermutung, dass das bloße Vorhandensein von familialen Hilfe-potentialen wenig über die tatsächliche Verfügbarkeit im Falle einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit aussagt, was auch in den gegensätzlichen Vermutungen zur Tragfähigkeit familialer Solidarität jenseits unmittelbarer Austauschbeziehungen zum Ausdruck kommt (vgl. Abschnitt 1.2.3).

### *Die Hilfe- und Pflegeform als mikrosozialer Entscheidungsprozess*

Es wird nicht davon ausgegangen, dass die Frage, ob überhaupt und, wenn ja, von wem Pflege und Hilfe offeriert wird und ob und von wem sie angenommen wird, in das Belieben oder in die eigene freie Entscheidung des Einzelnen gestellt ist. Zum einen sind Hilfe- und Pflegeentscheidungen in hohem Maße sozial normiert und werden von den institutionellen Regelungen beeinflusst. Zum anderen ist die Entscheidungsfindung bei der Wahl der Hilfeform im Kontext interpersonaler Abhängigkeiten mit Angehörigen, Ärzten, Behörden usw. zu bewerten. Insofern muss von „komplexen Nutzeninterdependenzen im mikrosozialen Entscheidungsprozess“ (Schulz-Nieswandt, 1990, S. 74) ausgegangen werden (Braun, 1987; Dieck, 1993). So hält beispielsweise Fischer (1976) als Ergebnis seiner Studie fest, dass sich 45 Prozent der Altenheimbewohner bei der Entscheidung für das Heim von Dritten (Kinder, sonstige Verwandte, Sozialamt, Arzt) beeinflusst oder gedrängt sahen. Besonders deutlich wird der Einfluss von Dritten im Falle starker kognitiver Beeinträchtigungen des älteren Menschen, das heißt, wenn der ältere Mensch selbst nicht mehr in der Lage ist, eine solche Entscheidung zu treffen.

Es kann allerdings auch nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Nachfrage nach Hilfe- und Pflegeleistungen um eine weitgehend fremdbestimmte Nachfrage handelt. So ist die ausgeprägte Präferenz der meisten alten Menschen, im Falle von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit möglichst lange in der vertrauten Umgebung zu verbleiben, gut dokumentiert. Anders verhält es sich jedoch bei der Frage nach dem Umfang der Hilfe- und Pflegeleistungen. Hier ist in der Tat davon auszugehen, dass die Entscheidung darüber in erheblichem Maße nicht in den Händen der hilfe- und pflegebedürftigen Älteren liegt, weshalb es als notwendig erachtet wird, Inanspruchnahme- und Frequenzanalyse getrennt durchzuführen.

Die Wahl der Hilfe- oder Pflegeform unterliegt also komplizierten Bewertungs- und Entscheidungsprozessen, die der sozialwissenschaftlichen Analyse nur schwer zugänglich sind. Ohne große Aussagekraft ist hierbei das Durchspielen hypothetischer Situationen mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Vielversprechender erscheint eine Analyse der Rahmenbedingungen und der Lebensbedingungen der älteren Menschen, differenziert nach deren Bedarfs- und Versorgungssituation.

### *Hypothesen*

Für die Analyse der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen unterschiedlicher Hilfeformen werden als Variablengruppen in den empirischen Analysen die Bedarfslage der älteren Menschen, ihre sozioökonomischen Ressourcen, ihre sozialen Ressourcen (informelles Unterstützungspotential), das Alter sowie das Geschlecht verwendet.

Leichtere Formen funktionaler Einschränkungen begründeten im bundesrepublikanischen Versorgungssystem zum Zeitpunkt der Untersuchung – ebenso wie im derzeitigen Versorgungssystem – keine Ansprüche auf Sach- oder Geldleistungen für hauswirtschaftliche oder pflegerische Hilfen. Darüber hinaus sind im bundesrepublikanischen Altenhilfesystem hauswirtschaftliche Hilfeleistungen nur schwer zugänglich und die Übernahme der Kosten an das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit gebunden. Von daher dürften insbesondere bei leichteren Beeinträchtigungen informelle Helfer die Hauptlast der Versorgung tragen. Bei Personen, die auf keine informellen Helfer zurückgreifen können, kann vermutet werden, dass schon leichtere Beeinträchtigungen zu einer Heimübersiedlung führen, außer die älteren Menschen sind finanziell in der Lage, eigenfinanzierte Dienste in Anspruch zu nehmen. Aus dieser Sicht wären Ältere mit funktionellen und kognitiven Beeinträchtigungen, die den sozialrechtlichen Abgren-

zungskriterien der Pflegebedürftigkeit entsprechen, hinsichtlich der Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen besser gestellt als Hilfebedürftige. Bei Letzteren könnten insofern eher prekäre Versorgungssituationen auftreten, insbesondere wenn informelle Hilfpotentiale fehlen.

Ein grundlegender Bestimmungsfaktor sowohl für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen generell als auch für das Ausmaß der Leistungen dürfte die Bedarfslage sein. Außerdem sollten die Art und vor allem das Ausmaß der Beeinträchtigungen in der alltäglichen Lebensführung einen relevanten Faktor für die Versorgungsform darstellen. Starke Beeinträchtigungen, die Pflegeleistungen und professionelles Wissen erfordern, dürften eher zu einer Inanspruchnahme professioneller, formeller Formen der Pflege führen. Von besonderem Interesse ist hierbei, welche Auswirkungen eine Demenzerkrankung auf die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen hat und in welchem Ausmaß informelle Helfer die Versorgung dieser Menschen übernehmen. Wenn im Falle kognitiver Beeinträchtigungen informelle Hilfpotentiale fehlen, besteht möglicherweise Verwahrlosungsgefahr, da sich niemand um die Vermittlung von Hilfe kümmert.

Weiterhin ist zu erwarten, dass Hilfe- und Pflegeleistungen mit der Nähe zum Tode und im Falle einer Demenzerkrankung zunehmend an professionelle Helfer übergehen und eine Institutionalisierung wahrscheinlicher wird, da die Versorgung beider Gruppen mit enormen physischen und psychischen Belastungen verbunden ist.

Es ist davon auszugehen, dass vor allem die Bedarfsvariablen die Hilfefrequenz derart beeinflussen, dass mit dem Grad der Hilflosigkeit der Hilfeaufwand und mithin die Hilfefrequenz ansteigt. Unklar ist hierbei allerdings die Rolle des subjektiven Gesundheitszustands. Dies hängt davon ab, in welchem Maße der Umfang der Leistungen von den Hilfe- und Pflegebedürftigen selbst bestimmt werden kann und in welchem Maße die Helfer entscheidend sind. Liegt die Entscheidung über die Hilfefrequenz primär in den Händen der Hilfe- und Pflegebedürftigen, ist zu erwarten, dass eine subjektiv schlechte Bewertung des Gesundheitszustands zu einer häufigeren Inanspruchnahme von Leistungen führt. Bei den formellen Hilfeinstanzen hängt – sofern sie über die Krankenkassen bzw. die Sozialhilfeträger finanziert werden – die Hilfefrequenz von den rechtlichen Regelungen ab, die sich wiederum auf den Grad der Beeinträchtigung in der Ausführung der Alltagsaktivitäten beziehen. Gerade also bei den formellen Hilfen ist ein starker Zusammenhang der Hilfefrequenz mit dem Grad der Bedarfsausprägung zu erwarten.

Eine grundsätzliche Annahme in der Arbeit ist, dass die Hilfeform nicht allein von der Art und dem Ausmaß der funktionalen Einschränkungen einer Person bestimmt wird. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die strukturellen und organisatorischen Merkmale des Sozial- und Gesundheitssystems (Finanzierung, Zugang und quantitatives sowie qualitatives Angebot der formellen Dienste) dazu führen, dass die Betroffenen auf zusätzliche Ressourcen zurückgreifen müssen, um eine ausreichende Versorgung sicherstellen zu können. Diese Ressourcen können monetärer Art sein, beispielsweise über den Einsatz des eigenen Einkommens oder den Rückgriff auf angespartes Vermögen, aber auch das soziale Netzwerk kann in diesem Zusammenhang als eine soziale Ressource aufgefasst werden. So können hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen ihre Versorgung zum einen dadurch verbessern, dass sie notwendige Dienstleistungen auf dem Markt kaufen oder indem sie informelle Hilfe- und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Neben den materiellen Ressourcen, die den älteren Menschen zur Verfügung stehen und die eingesetzt werden können, um zum Beispiel durch eine gezielte Auswahl und Inanspruchnahme marktvermittelter, eigenfinanzierter Hilfe- und Pflegedienste die Versorgung zu sichern,



können auch die im Bildungs- und Berufsverlauf erworbenen Einstellungen, Zielsetzungen sowie Denk- und Verhaltensweisen das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen. Obwohl die lebensprägende Kraft des Berufsstatus mit zunehmendem Alter abnimmt (Kohli, 1992), finden sich im Lebens- und Berufsverlauf ausgeprägte Handlungs- und Kompetenzressourcen in der Alltagsbewältigung generell und auch im späteren Umgang mit Institutionen, sozialpolitischen Maßnahmen und deren Repräsentanten wieder (Clemens, 1993). Die Komplexität der Finanzierungslage wie auch der Mangel an organisierten sozialpflegerischen und insbesondere hauswirtschaftlichen Diensten lassen erwarten, dass im Lebens- und Berufsverlauf erworbene Kompetenzen im Umgang mit Bürokratien und deren Repräsentanten die Inanspruchnahme formeller, ambulanter Dienste erleichtern.

Während aus dieser Perspektive die materiellen Ressourcen eingesetzt werden können, um formelle Hilfeangebote eigenfinanziert auf dem Markt zu kaufen, kann aus der ökonomischen Theorie zum strategischen Vererbungs- bzw. Transferverhalten abgeleitet werden, dass mit der Höhe der materiellen Ressourcen und den damit verbundenen größeren Möglichkeiten von Transferzahlungen, zum Beispiel an die nachfolgende Generation, die Wahrscheinlichkeit informeller Hilfe- und Pflegeleistungen steigt. Aus dieser Sicht können die materiellen Ressourcen der älteren Menschen also im unmittelbaren Tausch gegen informelle Dienste eingesetzt werden.

In jedem Fall kann aber von einer größeren Wahlmöglichkeit der älteren Menschen mit höheren sozioökonomischen Ressourcen ausgegangen werden, was dazu führt, dass sie auch mehr Möglichkeiten haben, die Nutzung von Diensten ihren Präferenzen entsprechend umzusetzen. Die größere Wahlmöglichkeit von Älteren mit größeren materiellen Ressourcen ist auch sozialrechtlich verankert. So unterliegen Ältere, die eine Heimunterbringung selbst zahlen können, nicht dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, und es findet keine Heimbedürftigkeitsprüfung statt. Im Hinblick auf die Pflegeversicherung lassen sich aus den Ergebnissen auch Hinweise auf die Wirksamkeit monetärer Anreize zur Mobilisierung von informellen Helfern ableiten. Erhalten die hilfe- und pflegebedürftigen Älteren mit hohen sozioökonomischen Ressourcen eher informelle Hilfeleistungen, lässt sich schlussfolgern, dass monetäre Anreize in der Tat informelle Hilfe und Pflege zu mobilisieren vermögen.

Nicht nur bei der Inanspruchnahme formeller und informeller Hilfeinstanzen, sondern auch bei der individuellen Häufigkeit der Nutzung dieser Hilfen kann ein über die materiellen Ressourcen vermittelter Einfluss der sozioökonomischen Variablen vermutet werden. Im Bildungs- und Berufsverlauf erworbene Handlungskompetenzen und das Verfügen über entsprechende Informationen dürften jedoch primär auf die Inanspruchnahme, das heißt den Zugang zu dieser Versorgungsform einwirken und weniger relevant für den Umfang der erhaltenen Hilfeleistungen sein.

Die Bedeutung der informellen Unterstützungspotentiale für die Frage, wer Hilfe und Pflege leistet, wird vom hierarchisch-kompensatorischen Modell betont. Nach diesem Modell erfolgt eine nachrangige Substitution von Leistungen, wobei fehlende familiäre Hilfebeziehungen durch außerfamiliäre informelle Helfer kompensiert und formelle Hilfeoptionen erst im Falle des Fehlens informeller Hilfebeziehungen in Anspruch genommen werden. Demzufolge ist die Inanspruchnahme von Hilfe und Pflege durch formelle Helfer überhaupt nur im Falle des Fehlens von informellen Hilfepotentialen zu erwarten, unabhängig von der Schwere der Beeinträchtigung oder den sozioökonomischen Ressourcen.

Gegen eine solche Dominanz der informellen Unterstützungspotentiale und den Substitutionscharakter formeller Hilfeangebote sprechen Überlegungen, die eine aufgabenspezifische Kooperation von formellen und informellen Hilfeangeboten betonen. Hier wird die

hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung eher in den Aufgabenbereich der formellen Hilfeinstanzen verwiesen, während die emotionale Unterstützung eher in informellen Hilfebeziehungen geleistet werden kann. Demzufolge sollte die Verfügbarkeit von informellen Hilfepotentialen nur wenig zur Erklärung der faktischen Nutzung unterschiedlicher Hilfeformen beitragen. Vielmehr ist zu erwarten, dass die Form der Hilfe vornehmlich durch die Schwere des Bedarfs und der dadurch notwendigen Leistungen bestimmt wird.

Zwar kann die Haushaltsstruktur wenig über das Vorhandensein und die Qualität von Unterstützungsbeziehungen aussagen (Diewald, 1990; Rossi & Rossi, 1990), für den Bereich der Hilfe und Pflege kommt ihr jedoch eine besondere Bedeutung zu. So liegt das Selbsthilfepotential von Mehr-Personen-Haushalten entscheidend höher als bei Ein-Personen-Haushalten. Von daher kann ein Einfluss der Haushaltssituation auf die Inanspruchnahme von hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfeleistungen angenommen werden. Hilfe von haushaltsexternen Helfern dürfte insgesamt seltener genutzt werden. Unklar ist allerdings, ob es Unterschiede zwischen Haushaltsmitgliedern gibt, insbesondere welche Rolle die Kinder als haushaltsinterne Helfer spielen. Aufgrund der teilweise enormen Belastungen, die mit der Pflege verbunden sind, liegt die Vermutung nahe, dass das Alter der Haushaltsmitglieder – als Indikator für deren Belastbarkeit – einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von haushaltsexternen Hilfeleistungen ausübt. Dies ist vor allem im Hinblick auf Partnerschaften von Bedeutung. Hat der Ehepartner selbst schon ein hohes Alter erreicht, können die hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfeleistungen möglicherweise nicht mehr innerhalb des Haushalts geleistet werden, sodass häufiger Hilfeleistungen von haushaltsexternen Personen in Anspruch genommen werden. Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang, ob dabei informelle oder formelle Hilfealternativen bevorzugt genutzt werden.

Neben dem Ehepartner stellen vor allem die Kinder einen wesentlichen Teil des informellen Hilfepotentials dar. Im Hinblick auf die demographische Entwicklung ist hierbei eine interessante Frage, ob über das Vorhandensein von Kindern und deren räumlicher Nähe hinaus die Zahl der Kinder eine Rolle spielt. Die Verringerung der Kinderzahlen wird immer wieder mit einer dramatischen Verkleinerung der Hilfepotentiale älterer Menschen in Verbindung gebracht (Galler, 1990). Dies erscheint insofern plausibel, da das Vorhandensein mehrerer Kinder eine größere Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass zumindest eines davon in größerer räumlicher Nähe wohnt. Vor allem aber auch, dass gegebenenfalls anstehende Lasten und Verpflichtungen auf mehrere Schultern verteilt werden können und die Wahrscheinlichkeit, dass bei zumindest einem Kind die Übernahme der Versorgungsleistungen nicht mit den eigenen Verpflichtungen in Konflikt gerät, größer ist. Andererseits ist es durchaus möglich, dass das emotionale Binnenklima in Familien mit vielen Kindern weniger eng und das Pflichtgefühl gegenüber den alten Eltern des einzigen in Berlin lebenden Kindes so groß ist, dass die Frage der Kinderzahl für die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen keine Bedeutung hat. Neben diesen familialen Unterstützungspotentialen sind möglicherweise auch die außerfamilialen Hilfepotentiale bedeutsam. Obwohl zeitaufwendige, belastende und unbalancierte Pflegebeziehungen hauptsächlich innerhalb der Familie zu erwarten sind, kann dennoch vermutet werden, dass mit der Größe des außerfamilialen Netzwerks – insbesondere im Falle des Fehlens familialer Hilfepotentiale – die Wahrscheinlichkeit, Hilfe und möglicherweise auch Pflege von Freunden zu erhalten, ansteigt.

Nach dem Prinzip der aufgeschobenen Reziprozität ermöglicht die Erwartbarkeit der längeren Dauer der Beziehung und das dadurch ermöglichte Vertrauen in einen längerfristigen Ausgleich von Leistung und Gegenleistung innerhalb der Beziehung, dass relativ umfangreich

geholfen wird, auch ohne Erwartung einer unmittelbaren Gegenleistung, wodurch ein eher bedürfnisorientiertes Unterstützungsverhalten ermöglicht wird. Da die Älteren häufig Ressourcen nachfragen, die für eine Strategie des unmittelbaren sozialen Tauschs eher ungeeignet oder zu kostspielig sind (z.B. lang andauernde, intensive Pflegedienste), kommen für sie – abgesehen von den institutionellen Angeboten – hauptsächlich die eigenen Verwandten als Tauschpartner in Betracht. Hier sind die Chancen am größten, sich durch Vorleistungen über längere Zeit soziale Aktiva zu „erwirtschaften“, um bei Bedarf darauf zurückgreifen zu können. Von daher ist davon auszugehen, dass den familial-verwandtschaftlichen Helfern eine weitaus größere Bedeutung bei der Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen zukommt als den außerfamilialen Helfern. Fehlende familiäre Hilfpotentiale sollten demnach eher zu einer verstärkten Inanspruchnahme von formellen Hilfeinstanzen führen.

Es wird angenommen, dass nicht nur die Lebenssituation der älteren Menschen einen entscheidenden Faktor darstellt, sondern auch die Lebenssituation der potentiellen informellen Helfer. So können informelle Helfer wohl nicht unbegrenzt flexibel auf einen erhöhten Hilfebedarf der alten Menschen reagieren. Für die Beantwortung der Frage, inwieweit Hilfe- und Pflegeleistungen mit den eigenen Verpflichtungen der potentiellen Helfer in Konflikt geraten und ob dies einen Einfluss auf die Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen hat, sind neben dem Alter insbesondere das Geschlecht sowie die familiären und beruflichen Verpflichtungen der potentiellen Helfer zu berücksichtigen.

Die Haushaltssituation dürfte auch für die Hilfefrequenz relevant sein. Vermutlich werden allein lebende Ältere, die der Hilfe bedürfen, nicht nur eher, sondern auch in kürzeren zeitlichen Abständen Hilfeleistungen von außerhalb des Haushalts in Anspruch nehmen. Bei den von haushaltsexternen Helfern erbrachten Hilfeleistungen für ältere, beeinträchtigte Menschen, die in einem Mehr-Personen-Haushalt leben, könnte es sich eher um ergänzende Leistungen handeln, während der überwiegende Teil der Versorgung von den Haushaltsmitgliedern erbracht wird. Von daher sollte das Zusammenleben mit anderen Personen einen negativen Effekt auf die Hilfefrequenz haushaltsexterner Hilfe- und Pflegeleistungen ausüben. Da ältere Ehepartner wahrscheinlich weniger belastbar sind, werden ergänzende Hilfen haushaltsexterner Personen vermutlich in kürzeren zeitlichen Abständen erbracht als bei Hilfe- und Pflegebedürftigen, die mit einem jüngeren Ehepartner zusammenleben. Da mit der Anzahl potentieller informeller Helfer auch die Möglichkeit steigt, die Versorgungsaufgaben zu verteilen, wird eine positive Wirkung der Kinderzahl und der Anzahl nahestehender Personen auf die Hilfefrequenz erwartet.

Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Kontrolle über die Häufigkeit der Hilfeleistungen nicht primär in den Händen der Hilfe- und Pflegebedürftigen selbst liegt. Bei den haushaltsexternen informellen Helfern dürfte zum einen deren Beurteilung der Bedarfslage und zum anderen deren Lebenssituation und die Opportunitätskosten der Hilfe und Pflege ausschlaggebend sein.

Zwischen Männern und Frauen bestehen hinsichtlich der Versorgungsalternativen deutliche Unterschiede. Zwar sind für Männer und Frauen Veränderungen des sozialen Netzwerks im Altersablauf gleichermaßen charakteristisch. So nimmt mit zunehmendem Alter die Bedeutung des Ehepartners als Betreuungsperson ab, da Ältere häufiger mit bereits selbst funktional beeinträchtigten Partnern leben und zudem mit zunehmendem Alter das Verwitwungsrisiko ansteigt. Unterschiedliche Lebenserwartung und unterschiedliches Heiratsalter bewirken jedoch, dass sich dieser Prozess bei Männern und Frauen unterschiedlich schnell vollzieht. Männer können bis ins hohe Alter zu einem erheblichen Prozentsatz mit Hilfe- und Pflegeleistungen Seitens des

Ehepartners rechnen, während der Ehemann für Frauen jenseits des 80. Lebensjahres nur noch sehr selten als Bezugsperson vorhanden ist. Demgegenüber sind in der Regel die Selbstversorgungsfähigkeiten von Frauen aufgrund der traditionellen Aufgabenverteilung zwischen den Geschlechtern größer. Der Verlust des Partners mag so bei Männern schon im Falle einer leichteren, „nur“ hauswirtschaftlichen Hilfebedürftigkeit zur Inanspruchnahme von Fremdhilfe führen – aufgrund des Mangels an organisierten hauswirtschaftlichen Diensten möglicherweise sogar zu einer Institutionalisierung. Darüber hinaus ist im Rahmen der traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung innerhalb der persönlichen Netzwerke und ganz besonders innerhalb von Verwandtschaft und Familie die Pflege der Beziehungen überwiegend Frauensache (Waite & Harrison, 1992). Von daher dürften Frauen in früheren Lebensjahren auch mehr Investitionen in ihre lang andauernden Beziehungen getätigt haben als Männer, besser integriert sein und vielfältigere Hilfeoptionen zur Verfügung haben. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede müssten sich dann besonders beim Vergleich von Männern und Frauen bemerkbar machen, die ihren Partner durch Scheidung oder Verwitwung verloren haben.

Neben den Veränderungen des sozialen Netzwerks kann ein Einfluss des Alters der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auch über soziale Zuschreibungen auf die Versorgungssituation vermutet werden. Die aufgrund von gesellschaftlichen Norm- und Wertvorstellungen vorgenommene Stigmatisierung alter Menschen als krank und hilfebedürftig (Gerhardt, 1981) könnte dazu führen, dass mit zunehmendem Alter häufiger Hilfeleistungen gewährt werden, unabhängig vom tatsächlichen Grad der Beeinträchtigung der älteren Menschen. Dies dürfte insbesondere im informellen Bereich von Bedeutung sein, da die Gewährung formeller Hilfe- und Pflegeleistungen durch staatliche Institutionen an eine Überprüfung der Bedarfsausprägung gebunden ist. Des Weiteren werden im höheren Alter vorsorgliche Heimübergänge vermutlich häufiger vorkommen – insbesondere im Falle des Fehlens informeller Hilfepotentiale.

# Kapitel 4

## Datenbasis und Operationalisierung

Für den empirischen Teil der Arbeit werden Daten der Berliner Altersstudie (BASE)<sup>25</sup> verwendet. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels erfolgt eine Darstellung der allgemeinen Grundlagen und Vorgehensweisen dieser Studie. Hierbei werden zunächst die besonderen Merkmale, das Untersuchungsdesign und die Stichprobengenerierung beschrieben. Im Anschluss an diesen Überblick werden zwei weitere empirische Aspekte der Studie, die für die Interpretation der Befunde und deren Generalisierbarkeit von Bedeutung sind, ausführlicher diskutiert: zum einen Fragen der Besonderheiten West-Berlins und der in der Studie befragten Geburtskohorten und zum anderen Fragen der Stichprobenselektivität.

Im zweiten Teil des Kapitels (Abschnitt 4.2) wird die Umsetzung der theoretischen Konzeptualisierung in empirische Variablen, das heißt die Operationalisierung der Untersuchungsvariablen vorgestellt.

### 4.1 Datenbasis

Die hier vorgestellte Untersuchung basiert auf Daten, die im Rahmen der Berliner Altersstudie erhoben wurden (einen detaillierten Überblick geben Baltes u.a., 1996; sowie Nuthmann & Wahl, 1996). Im Folgenden werden zunächst die allgemeinen Grundlagen und Vorgehensweisen dieser Studie beschrieben. Dies umfasst die Stichprobengenerierung, die Untersuchungsdurchführung, die Besonderheiten der Berliner Altersstudie, eine kurze Vorstellung der Erhebungsprogramme der beteiligten Disziplinen und der zusätzlichen Informationen zum Sterbegeschehen. Hierbei werden auch Fragen der Interpretation von Querschnittstudien und die longitudinalen Eigenschaften der Studie sowie die Gewichtung der stratifizierten Stichprobe erörtert. Im Anschluss daran werden die für die vorliegende Untersuchung relevanten regional- und kohortenspezifischen Besonderheiten kurz erläutert, bevor abschließend auf Fragen der Stichprobenselektivität genauer eingegangen wird.

---

<sup>25</sup> Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen der Berliner Altersstudie (BASE) entstanden, die von der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Altern und gesellschaftliche Entwicklung“ (AGE) in Kooperation mit Instituten und Forschungsgruppen der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin und des Virchow-Klinikums der Humboldt-Universität zu Berlin sowie dem Max-Planck-Institut für Bildungsforschung durchgeführt wird. Zum Leitungsgremium der Studie gehören Prof. Dr. P. B. Baltes, Psychologie, Prof. Dr. H. Helmchen, Psychiatrie, Prof. Dr. K. U. Mayer, Soziologie, sowie Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen, Innere Medizin und Geriatrie. Die Arbeitsgruppe „Altern und gesellschaftliche Entwicklung“ konstituierte sich 1987 im Rahmen der früheren Akademie der Wissenschaften zu Berlin (West) und wird seit 1994 von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften fortgeführt. Nach einer Finanzierung durch das Bundesministerium für Forschung und Technologie (1989–1991, Förderkennzeichen: 13 TA 011 + 13 TA 011/A) liegt die Förderung der Berliner Altersstudie seit 1992 beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Förderkennzeichen: 314-1722-102/9 + 314-1722-102/9a). Darüber hinaus wird die Studie von den beteiligten Institutionen finanziell unterstützt.

#### 4.1.1 Die Berliner Altersstudie (BASE)

Bei der Berliner Altersstudie handelt es sich um eine interdisziplinäre Erhebung, die eine nach Alter und Geschlecht stratifizierte und auf Repräsentativität (West-Berlin) angelegte Stichprobe von älteren Menschen im Alter von 70 bis über 100 Jahren untersucht hat. Die Datenerhebung fand im Zeitraum von Mai 1990 bis Juni 1993 zunächst als Querschnittuntersuchung statt, wobei die Studie derzeit als Längsschnittuntersuchung weitergeführt wird. An insgesamt 14 Untersuchungsterminen wurden medizinisch-geriatrische, psychiatrische, psychologische, soziologische und ökonomische Informationen erhoben.

Die Studie ist durch vier besondere Merkmale charakterisiert:

- Lokale Repräsentativität und Heterogenität der Teilnehmer. Die Teilnehmer der Berliner Altersstudie wurden über eine nach Alter und Geschlecht geschichtete Zufallsziehung der in Privathaushalten und in Heimen lebenden 70-jährigen und älteren Wohnbevölkerung aus dem städtischen Einwohnermelderegister gezogen. Da die Arbeit an der Berliner Altersstudie vor der Vereinigung Deutschlands begann, beschränkte sich die zufällige Auswahl auf Ältere, die im West-Berliner Stadtgebiet gemeldet waren.
- Schwerpunkt auf dem hohen und sehr hohen Alter (70 Jahre und älter). Die Stichprobe wurde, wie weiter unten noch genauer ausgeführt wird, nach Alters- und Geschlechtsgruppen disproportional zur Grundgesamtheit geschichtet. Dadurch ist es möglich, auch für Teilgruppen, die bei einer ungeschichteten Wahrscheinlichkeitsauswahl aus der Grundgesamtheit nur in verhältnismäßig kleiner Zahl erfasst worden wären, hinreichend genaue Aussagen machen zu können. Dies gilt insbesondere für die Hochbetagten (85 Jahre und älter) und die Männer. Vor allem hochbetagte Männer stellen in ungeschichteten Zufallsstichproben aufgrund ihrer durchschnittlich kürzeren Lebenserwartung nur einen sehr geringen Anteil.
- Interdisziplinarität. Die Berliner Altersstudie vereint die Disziplinen Medizin, Psychiatrie, Psychologie und Soziologie, wobei jede Disziplin in gleichberechtigter Weise und mit vergleichbarer Zeitdauer für die Untersuchung der Studienteilnehmer an der Datenerhebung beteiligt war.
- Erhebung eines Referenzdatensatzes von der Altenpopulation einer deutschen Großstadt. Die BASE-Daten sollen auch dazu beitragen, relevante Informationen unter anderem für die Medizin und die Sozial- und Gesundheitspolitik zur Verfügung zu stellen. Allerdings ist die Berliner Altersstudie keine klassische epidemiologische Studie, da die Stichprobengröße aufgrund des vorrangigen Ziels interdisziplinärer Tiefe und der Intensität der Erhebungen begrenzt ist. Vor allem Phänomene, die sehr selten auftreten, können von daher in der Studie nicht angemessen repräsentiert sein.

##### *Die Stichprobe*

Die Brutto-Stichprobe der Berliner Altersstudie umfasste eine Zufallsstichprobe, die nach Alter und Geschlecht geschichtet aus dem amtlichen Melderegister der Stadt (West-Berlin) in vier Wellen (März 1990, März 1991, Juli 1991, Januar 1992) gezogen wurde. Basis der Ziehungen war jeweils die 70-jährige und ältere Wohnbevölkerung, in der auch die in stationären Einrichtungen lebenden Personen (so genannte Wohnbevölkerung in Gemeinschaftsunterkünften) eingeschlossen wurden. Die Ziehung der Stichproben aus dem Melderegister des Einwohnermeldeamts hatte den Vorteil, dass die jeweils zu Grunde liegende Population

vom Meldeamt mitgeteilt wurde und somit Schätzungen der Grundgesamtheit – beispielsweise durch Fortschreibungen der Volkszählung – nicht erforderlich waren. Ein weiterer Vorteil lag darin, dass grundlegende demographische Informationen (Geburtsdatum, Geschlecht, formaler Familienstand und das „statistische Gebiet“ der Adresse<sup>26</sup>) der ausgewählten Personen bereits vor jedem Kontakt zur Verfügung gestellt wurden. Von erheblicher Bedeutung ist ebenfalls, dass sich das Einwohnermeldeamt bereit erklärte, in regelmäßigen Abständen einen Abgleich der Adressen durchzuführen und dabei die Sterbedaten (Tag, Monat und Jahr) der Verstorbenen zur Verfügung zu stellen.

Die Erhebung begann im Mai 1990 und wurde im Juni 1993 abgeschlossen. Das vollständige Untersuchungsprogramm (das so genannte Intensivprotokoll) durchliefen 516 Personen, die gleichmäßig auf sechs Altersgruppen (70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90–94 und 95 Jahre und älter) mit jeweils der gleichen Anzahl Männer und Frauen verteilt sind. In den 12 Zellen des Stratifizierungsdesigns befinden sich demnach jeweils 43 Personen. Das Durchschnittsalter im Intensivprotokoll der Berliner Altersstudie beträgt 84,9 Jahre, mit einer Standardabweichung von 8,7 Jahren. Um die Endzahl von 516 Personen zu erreichen, war es notwendig, mit einer größeren Brutto-Stichprobe zu beginnen, da – wie in allen Erhebungen – nicht alle Personen, die angefragt wurden, auch bereit oder in der Lage waren, an der Untersuchung teilzunehmen bzw. das vollständige Erhebungsprotokoll – das im Falle der Berliner Altersstudie mindestens 14 Sitzungen erforderte – bis zum Ende durchlaufen haben. Die ursprüngliche Brutto-Stichprobe schloss 2.297 Personen ein, von denen jedoch 389 nicht verifizierbar waren (194 Personen waren bereits vor Beginn der Studie verstorben, bei 180 Personen waren die Adressen falsch, und 15 Personen waren aus dem Stadtgebiet weggezogen), sodass die Ausgangsstichprobe aus 1.908 Personen bestand. Von diesen ließen sich 64 Prozent (1.219 Personen) für eine Kurzbefragung erreichen. Von diesen 1.219 Personen wiederum waren 928 (49 % der Ausgangsstichprobe) bereit, an der multidisziplinären Ersterhebung (1. Sitzung, siehe unten) teilzunehmen. Das vollständige Untersuchungsprotokoll schließlich schlossen 27 Prozent der Ausgangsstichprobe (516 Personen) ab.

Die empirischen Analysen in dieser Arbeit werden hauptsächlich mit den Daten des Intensivprotokolls durchgeführt, für die Schätzung der Heimeintrittswahrscheinlichkeit wird allerdings zusätzlich auf die Daten der Kurzbefragung zurückgegriffen, da die notwendigen Informationen für die Schätzung in diesem Datensatz enthalten sind und die größere Fallzahl eine validere Schätzung erlaubt.

Die Schichtung der Stichprobe nach Altersgruppen und Geschlecht erschien sinnvoll, da es in der Berliner Altersstudie unter anderem darum geht, die alters- und/oder geschlechtsbedingte Unterschiedlichkeit in der über 69-jährigen Bevölkerung zu analysieren und bei vergleichenden Analysen so von einem gleichen Stichprobenumfang ausgegangen werden kann. Da die Sterblichkeit mit dem Alter ansteigt und zudem bei den Männern in allen Altersgruppen höher ist als bei den Frauen, bedeutet die Schichtung nach Alter und Geschlecht, dass sehr alte Menschen und Männer in der Stichprobe im Vergleich zur Population überrepräsentiert sind. So gibt es in der Gesamtpopulation beispielsweise etwa fünfmal mehr 70-Jährige als 90-Jährige und etwa fünfmal mehr 90-jährige Frauen als 90-jährige Männer. Aufgrund des Designs ergibt sich, dass der Anteil der BASE-Stichprobe an der Population in den sechs

---

<sup>26</sup> Hierbei handelt es sich um eine kleinräumige Unterteilung der Verwaltungsbezirke Berlins. Über diese Angabe ist eine Verknüpfung mit Daten der amtlichen Statistik, zum Beispiel dem Sozialindex des statistischen Gebiets, möglich.

Alters- und zwei Geschlechtskategorien durch die jeweiligen Stichproben unterschiedlich ist. Die gleiche Stichprobenzahl ( $N = 43$ ) bedeutet also eine unterschiedlich große Generalisierungszuverlässigkeit (Stichprobenfehler). Der geringste Anteil an der Grundgesamtheit findet sich bei den 70- bis 74-jährigen, den 75- bis 79-jährigen und den 80- bis 84-jährigen Frauen. Die 43 Frauen in jeder dieser Zellen entsprechen jeweils einem Anteil von 0,08 Prozent an der jeweiligen Grundgesamtheit. Der höchste Anteil findet sich mit 12,25 Prozent bei den 95-jährigen und älteren Männern. Insgesamt ist es also so, dass die statistische Zuverlässigkeit (power) der Generalisierung von den Stichproben des Intensivprotokolls der Berliner Altersstudie auf die Gesamtbevölkerung zwei allgemeine Trends aufweist. Zum einen ist die Zuverlässigkeit umso größer, je älter die Altersgruppe ist, und zum anderen ist die Zuverlässigkeit für Männer größer als für Frauen.

### *Gewichtung*

Die Stratifizierung nach Alter und Geschlecht bedeutet, dass bei der Schätzung von Populationsverteilungen bestimmter Indikatoren, wie beispielsweise dem Anteil der Pflegebedürftigen an der gesamten zum Zeitpunkt der Untersuchung lebenden über 69-jährigen Bevölkerung, eine Gewichtung der Daten notwendig ist<sup>27</sup>. Unter Gewichtung ist hier die Vergabe von positiven reellen Zahlen – den Gewichtungsfaktoren – an die Merkmalsträger, das heißt an die Merkmalsvektoren, welche die befragten Personen repräsentieren, bzw. an die entsprechenden Datensätze, zu verstehen. Es handelt sich also nicht um eine Merkmalsgewichtung im Sinne der klassischen statistischen Schätztheorie, sondern um eine Fallgewichtung, bei der die einzelnen Fälle bzw. Merkmalsträger Globalgewichte erhalten, die dann für alle erhobenen Merkmale gelten.

Das Studiendesign der Berliner Altersstudie sah eine Stichprobe vor, die disproportional zur Grundgesamtheit auf Schichten aufgeteilt war. Im klassischen stichprobentheoretischen Sinne wurde also in jeder Schicht eine unabhängige Zufallsauswahl von Merkmalsträgern aus der Grundgesamtheit vorgenommen. Dies bedeutet auch, dass die Auswahlwahrscheinlichkeiten der Individuen aufgrund des Stichprobendesigns von Schicht zu Schicht unterschiedlich waren und nicht mit der Auswahlwahrscheinlichkeit in der Gesamtpopulation korrespondieren<sup>28</sup>. Eine nachträgliche Gewichtung, die sich an den Merkmalen des Stichprobendesigns – im Falle von BASE das Alter und das Geschlecht – ausrichtet, wird Design-Gewichtung genannt. Beim Ausgleich disproportionaler Aufteilung mittels Gewichtung spricht man von Proportionalisierung. Design-Gewichte werden zumeist als Redressment-Gewichte implementiert, die die Stichprobe an externe Strukturen anpassen. Gewöhnlich liegen die externen Daten dabei als Tafeln absoluter bzw. relativer Häufigkeiten vor. Die einfachste und üblichste Form des Redressement ist die so genannte „SdI-Gewichtung“, wobei „SdI“ für „Soll-durch-Ist“ steht. Dies bedeutet, dass in jeder Schicht bzw. Design-Zelle die jeweilige relative Häufigkeit der externen Tafel (Soll) durch die jeweilige relative Häufigkeit in der Ist-Tafel (realisierte

---

<sup>27</sup> Einen Überblick über den Diskussionsstand bei der Gewichtungsproblematik geben Gabler, Hoffmeyer-Zlotnik & Krebs (1994).

<sup>28</sup> Selbstverständlich können die Auswahlwahrscheinlichkeiten der Individuen innerhalb der Schichten ebenfalls unterschiedlich sein. Dies ist jedoch keine Folge des Stichprobenplans und zumeist auch nicht bekannt, wird allerdings als Argument gegen eine Verwendung von Design-Gewichtung angeführt (vgl. Gabler, Hoffmeyer-Zlotnik & Krebs, 1994).



Stichprobe) dividiert wird. Allen Fällen der Ist-Datei, die zu der jeweiligen Zelle gehören, wird dann das auf diese Art und Weise entstandene Gewicht zugewiesen.

Für die Berechnung der Gewichte in der Berliner Altersstudie waren die vom Einwohnermeldeamt zur Verfügung gestellten Grundgesamtheiten der Ziehungen von großem Wert, da so die Alters- und Geschlechtsverteilung in der Population präzise ermittelt werden konnte. Die Berechnung der Gewichte für die zwölf Gewichtungszellen – zwei Geschlechts- und sechs Altersgruppen (70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90–94, 95 und älter) – erfolgte nach der Formel:

$$G_{ij} = \frac{P_{ij}}{p_{ij}}, \quad (1)$$

wobei  $i$  = 5-Jahres-Altersgruppe,  $j$  = Geschlechtsgruppe und  $P_{ij}$  = der Anteil der Teilpopulation an der Grundgesamtheit und  $p_{ij}$  = der Anteil der Teilstichprobe an der Gesamtstichprobe.  $p$  ist für das Intensivprotokoll der Berliner Altersstudie konstant mit  $p = 43/516 = 8,3333$ .

Die Gewichtung der BASE-Daten nach der Alters- und Geschlechtsverteilung entspricht also einer Design-Gewichtung mittels „SdI“, wobei nicht auf externe Daten, die selbst Schätzungen einer Population darstellen, zurückgegriffen werden musste, sondern die exakten Angaben über die Verteilungen der Design-Variablen in der Grundgesamtheit (als Soll-Tafel: Alter  $\times$  Geschlecht) verwendet werden konnten. Die Gewichtungsfaktoren, die in der Berliner Altersstudie zur Verfügung gestellt werden, beziehen sich also ausschließlich auf die Variablen des Stichprobendesigns. Bei Verwendung dieser Gewichte erfolgt eine Proportionalisierung, die die Altersgruppen- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Stichprobe der Verteilung in der Grundgesamtheit anpasst, wobei auch die Verteilungen der anderen Merkmale verändert werden. Während die Alters- und Geschlechtsverteilung in der Stichprobe relativ präzise an die der zu Grunde liegenden Population angepasst wird, lässt sich nicht beurteilen, ob durch diese Gewichtung auch die Verteilungen der anderen Variablen an die Populationsverteilungen angepasst werden, das heißt, ob die Gewichtung zu einer verbesserten Schätzung der Populationskennwerte aller anderen Variablen führt. Allerdings ist klar, dass eine Verwendung der Design-Gewichtung nur dann sinnvoll ist und zu einer verbesserten Schätzung der Verteilung einer Variablen in der Grundgesamtheit führt, wenn eine relativ große Korrelation zwischen dieser Variable und den Design-Variablen, das heißt im Falle der Berliner Altersstudie dem Alter und/oder Geschlecht besteht.

Bei der Verwendung von Gewichten ist zu berücksichtigen, dass eine Schätzung von Populationsparametern mithilfe einer Gewichtung umso fehlerbehafteter ist, je größer die Varianz der Gewichtungsfaktoren wird, da dann die effektive Fallzahl kleiner wird (Kish, 1987; Rösch, 1994). Bei der Verwendung einer ungewichteten Stichprobe ist der Gewichtungsfaktor, mit dem jeder Fall in die Berechnung der Kennwerte eingeht, eine Konstante (nämlich 1) und hat demzufolge keine Varianz. Wird aber jedem Fall ein Gewichtungsfaktor zugewiesen, wird in die Berechnung zusätzliche Varianz eingebracht, nämlich die Varianz des Gewichtungsfaktors. Fälle, die einen sehr geringen Gewichtungsfaktor erhalten, gehen in die Berechnung der Kennwerte kaum noch ein – sie werden faktisch eliminiert. So erhalten die 95-jährigen und älteren Männer im Intensivprotokoll der Berliner Altersstudie einen Gewichtungsfaktor von 0,015. Auf der anderen Seite werden Fälle mit einem hohen Gewichtungsfaktor vervielfacht, ohne wirklich neue Informationen zu liefern. 70- bis 74-jährige Frauen erhalten beispielsweise in der Berliner Altersstudie einen Gewichtungsfaktor von 2,38. Sie gehen also 2,38-fach in die Berechnung der Kennwerte ein, wobei die Varianz zwi-

schen diesen „2,38 Fällen“ selbstverständlich 0 ist. Damit wird also letztlich die effektive Fallzahl reduziert. Je höher nun die Varianz des Gewichtungsfaktors, desto größer ist auch der Effekt auf die Fallzahl. Auf diese Überlegungen aufbauend lässt sich folgendes Effektivitätsmaß berechnen:

$$E = \left(\frac{n'}{n}\right) \times 100, \text{ wobei } n' = \frac{\left(\sum_i g_i\right)^2}{\sum_i g_i^2} \quad (2)$$

Diesem Effektivitätsmaß liegt die Überlegung zu Grunde, dass sich die Veränderung der Varianz einer Stichprobe ausdrücken lässt als gegenläufige Veränderung des Stichprobenumfangs. Mit anderen Worten: Die Varianz eines Stichprobenergebnisses ist *ceteris paribus* umso größer, je kleiner der Stichprobenumfang ist. Von daher drückt das Effektivitätsmaß aus, um wie viel Prozent der Stichprobenumfang einer völlig ungewichteten Stichprobe, die die gleiche Varianz wie die gewichtete Stichprobe hätte, kleiner wäre. Für das Intensivprotokoll der Berliner Altersstudie ( $N = 516$ ) ergibt sich für  $E$  ein Wert von 58 Prozent<sup>29</sup>. Die Varianz des gewichteten Intensivprotokolls entspricht also der Varianz einer ungewichteten Stichprobe gleichen Designs mit einem Stichprobenumfang von 58 Prozent, was einer effektiven Fallzahl ( $n'$ ) von 301 Fällen entspricht.

Mit der Verwendung von Design-Gewichten soll erreicht werden, dass die Profile von Untersuchungsmerkmalen in der stratifizierten Stichprobe nach der Gewichtung dem tatsächlichen Profil in der 70-jährigen und älteren Bevölkerung näher sind als ohne Gewichtung. Eine Gewichtung ist demnach immer dann sinnvoll, wenn es um die Schätzung von Populationsverteilungen bestimmter Indikatoren geht, das heißt Verteilungen von Indikatoren, wie sie in der zum Zeitpunkt der Untersuchung lebenden Altenbevölkerung oder einer spezifizierten Teilgruppe (z.B. Frauen) existieren. Eine Gewichtung ist aber nur dann von Bedeutung, wenn es um die Darstellung von Verteilungsparametern eines Phänomens in der zu Grunde liegenden Gesamtbevölkerung oder einer spezifizierten Teilgruppe geht. Zielt dagegen die Fragestellung auf Unterschiede zwischen bestimmten Gruppen in Hinblick auf ein gewisses Phänomen oder auf Zusammenhänge zwischen verschiedenen Merkmalen, ist eine Gewichtung nicht sinnvoll. Lautet die Fragestellung beispielsweise, wie sich 70-Jährige, 80-Jährige und 90-Jährige im Familienstand oder der Wohnform unterscheiden, ist es angebracht, die in der Berliner Altersstudie untersuchten Altersgruppen direkt miteinander zu vergleichen. Für eine altersvergleichende Fragestellung ist nämlich die größere statistische Zuverlässigkeit (*power*) in den oberen Altersgruppen von Vorteil. Auch in multivariaten Analysen und bei inferenzstatistischen Tests ist eine Gewichtung der Stichprobe nicht zweckmäßig, da durch die Gewichtung – wie aus den Ausführungen zur Berechnung des Effektivitätsmaßes abgeleitet werden kann – die Unabhängigkeitsannahme verletzt und die Parameterschätzung nicht verbessert wird. Darüber hinaus verändern sich durch die Gewichtung die Parameterschätzungen in multivariaten Modellen nicht, wenn das Alter und das Geschlecht in die Modelle aufgenommen werden.

Demzufolge werden die meisten deskriptiven Analysen im empirischen Teil dieser Arbeit mit den gewichteten Daten durchgeführt, sodass Aussagen über die Verteilung in der Grundgesamtheit der 70-jährigen und älteren West-Berliner möglich sind. Zusätzlich wird aber auch die Ver-

<sup>29</sup> Übliche Ergebnisse in der Umfrageforschung liegen bei etwa 60 Prozent (Rösch, 1994).

teilung in der ungewichteten Stichprobe, in der ja die Hochbetagten und die Männer überrepräsentiert sind, wiedergegeben. Die Angaben der Fallzahlen beziehen sich immer auf die tatsächliche Anzahl der Beobachtungen, das heißt, sie beruhen stets auf der ungewichteten Stichprobe. Auf eine Gewichtung wird verzichtet, wenn es angemessen erscheint, die Verteilung nach Altersgruppen und Geschlecht getrennt zu betrachten und wenn keine Aussagen über die zu Grunde liegende Population gemacht werden sollen. Die multivariaten Analysen und die inferenzstatistischen Tests werden generell mit den Daten der ungewichteten Stichprobe durchgeführt.

### *Untersuchungsablauf und longitudinale Eigenschaften*

Bis auf die medizinische und psychiatrische Diagnostik wurden alle Interviews von qualifizierten, ganztätig arbeitenden forschungstechnischen Assistentinnen und Assistenten (FTA) durchgeführt. Sie stellten auch jeweils den ersten Kontakt zu den Studienteilnehmern her. Nach der ersten Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmern wurde zunächst ein 16 Items umfassendes multidisziplinäres Kurzinterview durchgeführt. Waren die Teilnehmer zu einer weiteren Mitarbeit bereit, wurde anschließend der 89 Items umfassende Ersterhebungsfragebogen (EE) erhoben (Sitzung 1). Im unmittelbaren Anschluss an diese Ersterhebung wurde die Einwilligung zur Teilnahme an der gesamten Erhebungssequenz, dem Intensivprotokoll (IP), eingeholt. Bestanden bei den FTA Zweifel über die Einwilligungsfähigkeit einer zur Teilnahme bereit Person, wurden Ärzte hinzugezogen, die in einem medizinisch-diagnostischen Verfahren die generelle Einwilligung- und Teilnahmefähigkeit der befragten Person prüften. Das Intensivprotokoll umfasste 13 Sitzungen, wobei jede der vier Forschungseinheiten für drei bis vier Sitzungen hauptverantwortlich war. Jede der insgesamt 14 Sitzungen (einschließlich Ersterhebung) dauerte im Durchschnitt etwa eineinhalb Stunden. Die meisten der Sitzungen fanden bei den Studienteilnehmern zu Hause, das heißt in ihren Wohnungen, in Seniorenheimen, in Pflegeheimen oder wo immer sie wohnten, statt. Ausnahmen waren die internistische, die geriatrische und die zahnmedizinische Untersuchung, bei denen die Studienteilnehmer zu den verschiedenen medizinischen Einrichtungen der Freien Universität Berlin kamen bzw. gebracht wurden. Vom Beginn der Ersterhebung bis zum Abschluss des Intensivprotokolls vergingen im Durchschnitt 4,5 Monate, mit einem Minimum von 1,2 Monaten und einem Maximum von 15,5 Monaten.

In den Intensiverhebungen fanden auch retrospektive Erhebungen lebensgeschichtlicher Daten statt. Insbesondere die Untersuchungsprogramme der soziologischen, aber auch die der medizinischen Forschungseinheit beinhalteten frühere Charakteristika und Lebensereignisse der untersuchten Personen. In den Sitzungen der Forschungseinheit „Innere Medizin und Geriatrie“ stand neben der Erfassung der Krankengeschichte (Eigen- und Familienanamnese) eine nahezu vollständige körperliche Untersuchung der Studienteilnehmer im Vordergrund, die auch zahnärztliche Untersuchungen sowie klinisch-chemische Laboranalysen einschloss. Darüber hinaus wurden die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit (z.B. Aktivitäten des täglichen Lebens, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens und Mobilität), die subjektive Gesundheit und gesundheitliche Risiken erhoben.

Die Untersuchungen der Forschungseinheit „Psychiatrie“ konzentrierten sich vor allem auf die im Alter am häufigsten vorkommenden psychiatrischen Krankheiten Demenz und Depression. Außerdem wurden weitere psychische Störungen wie Schlafstörungen, Angstzustände und hypochondrische Einstellungen sowie das Gesundheitsverhalten und der Medikamentenkonsum untersucht.

Auch die Erhebungen der Forschungseinheit „Psychologie“ zielten darauf ab, ein möglichst umfassendes Bild der Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit im Alter wiederzugeben. Die thematischen Schwerpunkte lagen dabei auf der Intelligenz und den kognitiven Fähigkeiten, Selbst und Persönlichkeit und den sozialen Beziehungen der älteren Menschen.

Die Sitzungen der Forschungseinheit „Soziologie und Sozialpolitik“ beschäftigten sich schwerpunktmäßig mit folgenden Themen und Konstrukten: retrospektive Erhebung des Lebensverlaufs und Generationsunterschiede, späte Phasen des Familienlebens, ökonomische Bedingungen und soziale Absicherung sowie soziale Ressourcen und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Bei der Durchführung der Erhebung konnte auf weit reichende Erfahrungen in der Erhebung von Lebensverläufen zurückgegriffen werden. Hier sind insbesondere frühere für die Bundesrepublik repräsentative Befragungen von Männern und Frauen aus unterschiedlichen Geburtskohorten zu nennen (Mayer & Brückner, 1989; Mayer, 1990). In den Erhebungen der Forschungseinheit „Soziologie und Sozialpolitik“ wurde unter anderem retrospektiv die Wohn- und Migrationsgeschichte, die Berufsgeschichte, die Partnerschaftsgeschichte und die Geschichte des Familienlebens erfragt. Da zum einen der Anteil der Befragten, die biographische Ereignisse aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht mehr exakt erinnern konnten, relativ hoch war und zum zweiten zahlreiche retrospektive Verlaufsinformationen erhoben wurden (einige von ihnen liegen über 100 Jahre zurück), sodass innerhalb der Lebensbereiche unplausible Angaben der Befragten auftraten, wurden die Daten der Forschungseinheit „Soziologie und Sozialpolitik“ nach bestimmten Regeln ediert (M. Wagner u.a., 1996). Das Ziel der Datenedition bestand allgemein darin, den komplexen Datensatz auf Vollständigkeit und Konsistenz zu überprüfen und gegebenenfalls Angaben und Ereignisverläufe nach bestimmten Regeln zu rekonstruieren und diese zu vercoden.

Obwohl die Berliner Altersstudie zunächst eine Querschnittstudie war, hat sie auch longitudinale Eigenschaften. Zum einen sind hier die retrospektiven Erhebungen lebensgeschichtlicher Daten zu nennen und zum anderen die längsschnittliche Weiterverfolgung der Stichprobe hinsichtlich ihrer langfristigen Überlebens- und Sterblichkeitsmerkmale. Letztere Information beruht auf der Zusammenarbeit mit dem Landeseinwohneramt von Berlin, das in regelmäßigen Abständen Informationen zum Sterbgeschehen der Stichprobe zur Verfügung stellte.

### *Alter und Kohorte: Möglichkeiten und Grenzen einer Querschnittuntersuchung*

Die Analysen im empirischen Teil dieser Arbeit beruhen überwiegend auf Querschnittdaten. Es ist allerdings nur durch längsschnittliche Informationen möglich, Altersverläufe auf individueller und gruppenspezifischer Ebene zu erhalten, die zeitliche Stabilität von individuellen Differenzen abzuschätzen und kausale Hypothesen über Determinanten des Alterns angemessen zu testen. Altersvergleiche auf der Basis von Querschnittdaten enthalten keine Informationen über individuelle Verlaufsmuster, sodass Schätzungen von Altersveränderungen nur über den Vergleich unterschiedlicher Altersgruppen möglich sind. Mithilfe von Querschnittdaten lassen sich also durchschnittliche Altersunterschiede schätzen. Ob diese Schätzungen von durchschnittlichen Alterseffekten tatsächlich gültig sind, hängt von zwei Grundbedingungen ab: dem Ausmaß selektiver Mortalität und den Kohorteneffekten.

Zum einen sollten also die Ergebnisse für die unterschiedlichen Altersgruppen nicht aufgrund selektiver Mortalität zu Stande gekommen sein, das heißt, die Unterschiede in der Zielvariablen sollten nicht einfach unterschiedliche Überlebenswahrscheinlichkeiten abbilden. Hierbei ist zu bedenken, dass in der Berliner Altersstudie als untere Altersgrenze 70 Jahre fest-

gelegt wurde. Daher betreffen die Ergebnisse streng genommen nur Personen, die mindestens 70 Jahre und älter werden und beziehen sich nicht auf das Altwerden aller Personen der Geburtskohorten. So erreichen in der Bundesrepublik unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsbedingungen ungefähr 81 Prozent der Frauen und 66 Prozent der Männer das Alter 70, jedoch nur etwa 18 Prozent der Frauen und 7 Prozent der Männer das Alter 90 (Statistisches Bundesamt, 1993). Insofern ist im höheren Alter mit einer Veränderung der Zusammensetzung der überlebenden Kohorten zu rechnen. Diese selektiven Mortalitätseffekte können sowohl positive als auch negative Verzerrungen zur Folge haben. Überleben beispielsweise eher Personen mit einem hohen Wert auf einer Variablen, findet sich in den oberen Altersgruppen ein im Durchschnitt höherer Wert auf dieser Variablen im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen. Ist das Mortalitätsrisiko bestimmter Gruppen einer Population höher, sind Personen dieser Gruppe in den oberen Altersgruppen seltener zu finden. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass selektive Langlebigkeitseffekte historischen Veränderungen unterliegen, das heißt, auf die selektive Mortalität können Kohorteneffekte einwirken. Die Zusammensetzung der heutigen Altenpopulation dürfte von daher von der Zusammensetzung zukünftiger Altenpopulationen verschieden sein. Bei der Interpretation der Daten und insbesondere bei der prognostischen Nutzung der Ergebnisse für das Altern der gesamten Bevölkerung bzw. der heute jungen Jahrgänge sollte daher die Möglichkeit einer Verzerrung aufgrund selektiver Mortalität berücksichtigt werden.

Zweitens ist bei der Interpretation von querschnittlich gefundenen Altersunterschieden zu berücksichtigen, dass es sich um Kohortenunterschiede handeln könnte. So unterscheiden sich die im Querschnitt beobachteten Altersgruppen nicht nur im chronologischen Alter (Lebensalter), sondern auch darin, dass sie in unterschiedlichen gesellschaftlich-historischen Perioden geboren wurden und gealtert sind. Die in der Berliner Altersstudie untersuchten 100-Jährigen wurden beispielsweise 1890 geboren, 1910 waren sie 20 Jahre alt, während die 80-jährigen Teilnehmer der Berliner Altersstudie 1910 geboren wurden und 1930 20 Jahre alt waren. Querschnittlich gefundene Altersdifferenzen sind immer dann schlechte Schätzungen von Altersveränderungen, wenn historisch verankerte Bedingungen die Gestaltung des Lebensverlaufs wesentlich beeinflussen.

Die Unterscheidung von Alterseffekten (Unterschiede zwischen Altersgruppen, die tatsächlich aufgrund des Alters zu Stande kommen) und Kohorteneffekten (Unterschiede zwischen Altersgruppen, die aufgrund des Durchlaufens unterschiedlicher gesellschaftlich-historischer Zeitperioden zu Stande kommen) ist allerdings nicht immer zweifelsfrei möglich. So lassen sich zwar Bildungsunterschiede zwischen 80-Jährigen und 90-Jährigen nur als Kohorteneffekte verstehen, Unterschiede im Gesundheitszustand lassen sich jedoch nicht so eindeutig zuordnen. Beispielsweise könnte eine im Querschnitt gefundene Zunahme des Pflegebedarfs mit dem Alter ebenso einen Kohorteneffekt widerspiegeln, wenn später Geborene im Verlauf ihres Lebens weniger Belastungen, die zu einer Pflegebedürftigkeit im Alter beitragen, ausgesetzt gewesen wären. Aufgrund des bisherigen – auch mit Längsschnittdaten belegten – Forschungsstands kann bei diesem Beispiel jedoch von einem Alterseffekt ausgegangen werden. Dies bedeutet also, dass die querschnittlichen Ergebnisse auch im Zusammenhang mit dem bisherigen Forschungsstand interpretiert werden sollten. Darüber hinaus ist es mit den Daten der Berliner Altersstudie teilweise möglich, anhand der retrospektiven Erhebung zwischen Alters- und Kohorteneffekten zu unterscheiden. Beispielsweise können Unterschiede zwischen den Altersgruppen in der Anzahl der lebenden Kinder sowohl auf einem Kohorten- als auch auf einem Alterseffekt beruhen. Zum einen gibt es historisch begründete Unterschiede in der Fertilität

zwischen den Geburtskohorten (Kohorteneffekt), zum anderen steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit an, dass Kinder sterben (Alterseffekt). Da in der Berliner Altersstudie die Familiengeschichte genau erfasst wurde, ist es möglich, die Anzahl der bereits verstorbenen Kinder festzustellen und so Alters- und Kohorteneffekte auseinanderzuhalten.

Bei den folgenden empirischen Analysen spielt die Unterscheidung von Alters- und Kohorteneffekten im Wesentlichen im Hinblick auf Altersdifferenzen bei den funktionalen und kognitiven Beeinträchtigungen sowie der Zahl der Kinder bzw. der Kinderlosigkeit eine Rolle. Bei der Interpretation der Altersunterschiede in den funktionalen und kognitiven Beeinträchtigungen wird davon ausgegangen, dass es sich vornehmlich um Alterseffekte handelt, da die Zunahme chronischer und dementieller Erkrankungen mit dem Alter gut dokumentiert ist (Helmchen u.a., 1996; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Die Unterscheidung von Alters- und Kohorteneffekten im Hinblick auf die Zahl der Kinder wird im folgenden Abschnitt ausführlicher erörtert.

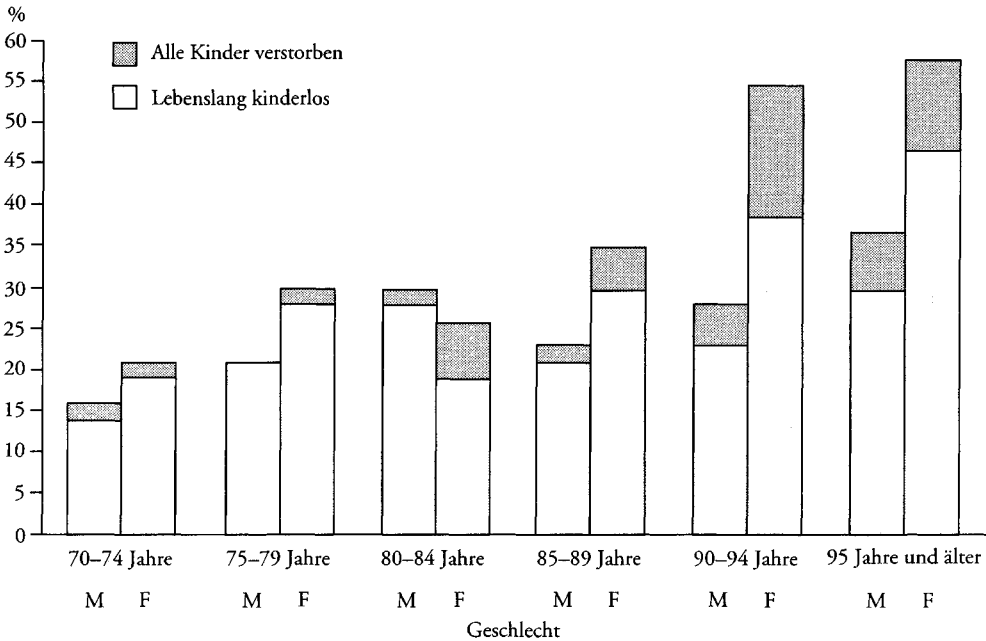
#### 4.1.2 Regional- und kohortenspezifische Besonderheiten

Die Tatsache, dass es sich bei der Berliner Altersstudie um eine lokal begrenzte (West-Berlin) Stichprobe mit Teilnehmern aus bestimmten Geburtskohorten (1886–1922) handelt, macht es notwendig, auf die regionalen und kohortenspezifischen Besonderheiten einzugehen, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist es allerdings nicht möglich, die kohortenspezifischen Charakteristika der alten Menschen in der Berliner Altersstudie in ihrer Gesamtheit darzustellen (vgl. dazu Maas, Borchelt & Mayer, 1996). Vielmehr wird auf ein für das Thema der Arbeit interessantes Merkmal der untersuchten Altenpopulation näher eingegangen, nämlich die Kinderlosigkeit. Darüber hinaus wird die Bedeutung der lokalen Begrenzung kurz diskutiert.

Für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung ist das hohe Ausmaß der Kinderlosigkeit unter den alten Menschen der untersuchten Geburtsjahrgänge in Berlin (vgl. auch M. Wagner u.a., 1996), da gerade dieses demographische Merkmal in Zusammenhang mit einem zukünftigen Absinken der familiären Hilfe- und Pflegepotentiale gebracht wird (Galler, 1990). Auch innerhalb der untersuchten Geburtskohorten gibt es Unterschiede im Ausmaß der Kinderlosigkeit. Um hier zwischen Alters- und Kohorteneffekten differenzieren zu können, erfolgt eine Trennung in lebenslange und aktuelle Kinderlosigkeit. Lebenslange Kinderlosigkeit bedeutet, dass die Befragten nie Kinder gehabt haben, während mit aktueller Kinderlosigkeit der Umstand umschrieben wird, dass die Befragten zum Zeitpunkt der Befragung keine lebenden Kinder mehr hatten. In Abbildung 4.1 sind beide Größen über die sechs Altersgruppen für Männer und Frauen getrennt dargestellt.

Insgesamt ergibt sich für die 70-jährigen und älteren Berliner Männer ein Anteil von über 20 Prozent lebenslanger Kinderlosigkeit und über 22 Prozent aktueller Kinderlosigkeit. Von den über 69-jährigen Frauen blieben mehr als 24 Prozent zeitlebens kinderlos, und etwa 29 Prozent haben keine lebenden Kinder mehr. Der Unterschied zwischen beiden Größen beruht darauf, dass Eltern alle ihre Kinder überlebt haben, was zu einem Teil als Alterseffekt interpretiert werden kann. Mit steigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass alle Kinder aufgrund altersbedingter Krankheiten verstorben sind. Teilweise ist dies aber auch ein Kohorteneffekt, da zum einen die Kindersterblichkeit vor allem zu Beginn dieses Jahrhunderts stark zurückging und die Kohorten unterschiedlich davon „profitierten“. Zum anderen starb ein Teil der Kinder

Abbildung 4.1: Aktuelle und lebenslange Kinderlosigkeit nach Altersgruppen für Männer (M; N = 255) und Frauen (F; N = 256)



während des Zweiten Weltkrieges, was bei den vor 1900 Geborenen häufiger der Fall war, da deren Kinder zum Teil schon Soldaten waren (Maas, Borchelt & Mayer, 1996).

Der hohe Anteil der lebenslang Kinderlosen muss demgegenüber als Kohorteneffekt (unterschiedliche Betroffenheit von Krieg und wirtschaftlicher Rezession und unterschiedliche zeitliche Verortung dieser historischen Ereignisse im Lebensverlauf der Geburtskohorten) interpretiert werden (Dinkel & Milenovic, 1992). Eine Analyse mit den Daten der Mikrozensus-Zusatzerhebung von 1971 für die Geburtsjahrgänge der Berliner Altersstudie, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, hat zum einen das mit den BASE-Daten gefundene hohe Ausmaß der Kinderlosigkeit bei den Geburtsjahrgängen 1886–1922 bestätigt. Zum anderen zeigte sich aber, dass das Niveau der Kinderlosigkeit bei den betrachteten Geburtskohorten in West-Berlin nicht nur höher ist als im Durchschnitt Westdeutschlands, sondern auch höher als in anderen deutschen Großstädten (Hamburg).

Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit kann also insgesamt festgehalten werden, dass sich die Population der Berliner Altersstudie durch ein hohes Kinderlosigkeitsniveau auszeichnet, das zwar auch eine Folge von Alterseffekten ist und regional variiert, hauptsächlich aber auf Kohorteneffekten beruht.

Das in West-Berlin besonders hohe Ausmaß der Kinderlosigkeit bei den untersuchten Geburtsjahrgängen deutet darauf hin, dass die lokale Begrenzung auf West-Berlin für die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse relevant ist. Der BASE-Stichprobe liegt eine großstädtische Population zu Grunde, so dass Verallgemeinerungen der Ergebnisse vor allem für ländliche Gebiete problematisch erscheinen. Die infrastrukturelle Ausstattung der groß-

städtischen und der ländlichen Umwelt unterscheiden sich ebenso wie die Verteilung individueller Merkmale. Beispielsweise bestehen Differenzen in der Verteilung der Haushaltskonstellationen, des Einkommens, des Anteils der Hausbesitzer usw. zwischen großstädtischen und ländlichen Populationen.

Eine Studie, die Differenzen und Gemeinsamkeiten von städtischer und ländlicher Bevölkerung speziell im hohen und sehr hohen Alter zum Thema hatte, erbrachte jedoch überraschend viele Gemeinsamkeiten hinsichtlich „der Gesundheit und Funktionsfähigkeiten im alltäglichen Lebensvollzug, ihr(es) Herangehen(s) an das Problem der schwindenden Selbstversorgungsfähigkeit und ihre(r) Wahrnehmung von Versorgungsfähigkeit“ (Garms-Homolová & Korte, 1993, S. 233; vgl. auch AG Gesundheitsanalysen, 1991). Die Ergebnisse zeigen, dass die Zugehörigkeit zur gleichen Altersgruppe eine größere Rolle spielt als die Stadt-Land-Unterschiede, die sich als Resultate „zurückliegender Ungleichheiten bei den sozialen Merkmalen Bildung, Beruf und Einkommen“ interpretieren lassen (Garms-Homolová & Korte, 1993, S. 233).

Für die vorliegende Arbeit kann daraus abgeleitet werden, dass vor allem für die deskriptiven Ergebnisse offen bleiben muss, inwieweit sie auf andere Regionen (ländliche Gebiete, aber auch Ost-Berlin) verallgemeinerbar sind. Dies mag auch für unterschiedliche Aspekte unterschiedlich zu beantworten sein. Für die multivariaten Analysen und die berichteten Zusammenhänge gilt diese Einschränkung der Generalisierbarkeit in sehr viel geringerem Maße, da Besonderheiten, die für West-Berlin typisch sind, wie ein überdurchschnittlicher Anteil Witwen, höhere Frauenerwerbstätigkeitsquoten in der Vergangenheit, weniger Hausbesitzer, ein höheres Durchschnittseinkommen, eine bessere Bildung usw., in den multivariaten Analysen als unabhängige Variablen aufgenommen werden können. Bei den regionalen Unterschieden handelt es sich vornehmlich um Niveaunterschiede. Hinweise auf eine regionale Unterschiedlichkeit bei Zusammenhängen beispielsweise zwischen der Haushaltssituation und der Inanspruchnahme formeller Hilfen gibt es nicht.

Für das Thema der Arbeit sind vor allem zwei Besonderheiten West-Berlins bedeutsam, die die Angebotsseite betreffen. Einerseits leben in den untersuchten Geburtskohorten in anderen Regionen, insbesondere auf dem Lande, häufiger nahe Angehörige in der Wohnnähe, und andererseits zeichnete sich West-Berlin zum Zeitpunkt der Untersuchung durch ein vergleichsweise gut ausgebautes Angebot an formellen Hilfeangeboten aus. Bereits Mitte der 1980er Jahre hatte Berlin „mit der Schaffung eines flächendeckenden Netzes von Sozialstationen, mit dem Ausbau der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgungsleistungen und mit gleichzeitiger Verringerung von stationären Einrichtungen“ (Meinlschmidt, 1988) begonnen<sup>30</sup>. Einer der Gründe für die relativ frühzeitigen Bemühungen der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und des damit einhergehenden Ausbaus ambulanter formeller Hilfeangebote (vor allem Sozialstationen) dürfte auch die Altersstruktur Berlins gewesen sein. So war die Altersstruktur in West-Berlin über Jahre gekennzeichnet durch einen überdurchschnittlich hohen Anteil alter und insbesondere sehr alter Menschen. Die Altersstruktur der Berliner Bevölkerung nähert sich jedoch zunehmend dem Bundesdurchschnitt an. Waren in

---

<sup>30</sup> Es muss jedoch hinzugefügt werden, dass der Ausbau der formellen Hilfeangebote in der Bundesrepublik im internationalen Vergleich auf einem eher niedrigen Niveau stattfindet. „Sowohl bezogen auf den stationären Bereich als auch bezogen auf den ambulanten steht die Bundesrepublik nicht gut da, wertet man eine relativ niedrige Versorgungsquote mit organisierten und professionellen Diensten als Problem.“ (Dieck, 1991, S. 221)



West-Berlin 1980 noch 22,7 Prozent der Bevölkerung 65 Jahre und älter und 4,5 Prozent 80 Jahre und älter, während im gesamten damaligen Bundesgebiet 15,6 Prozent der Bevölkerung über 64 Jahre und 2,5 Prozent über 79 Jahre alt waren, zeigte sich 1991 kein vergleichbar großer Unterschied mehr. Zu dieser Zeit waren in West-Berlin 13,7 Prozent der Bevölkerung 65 Jahre und älter und 4,6 Prozent 80 Jahre und älter, während im gesamten Bundesgebiet 15,2 Prozent über 64 Jahre und 3,8 Prozent über 79 Jahre alt waren (Hirnschützer & Momber, 1982; Meinschmidt, 1988; Statistisches Bundesamt, 1993; Statistisches Landesamt, 1993). West-Berlin hatte also, bezogen auf die Altersstruktur, gewissermaßen Modellcharakter, der sich unter anderem in einem frühzeitigeren Ausbau ambulanter Hilfeangebote niederschlug.

Ebenfalls charakteristisch für großstädtische Gebiete und – wie gezeigt werden konnte – besonders für Berlin und die untersuchten Geburtskohorten ist eine überdurchschnittlich große Zahl allein lebender und kinderloser alter Menschen – also jene demographischen Merkmale, die für das zukünftige Absinken familiärer Hilfe- und Pflegeleistungen verantwortlich gemacht werden. Aus dieser Perspektive kann der untersuchten Population demnach eine „Vorreiterrolle“ zugeschrieben werden.

Insgesamt ist die regionale Begrenzung der Berliner Altersstudie und die Konzentration auf die Geburtskohorten 1886–1922 für das Anliegen der vorliegenden Arbeit eher von Vorteil. Einerseits war das Angebot an formellen Hilfen in Berlin zum Zeitpunkt der Untersuchung vergleichsweise weit fortgeschritten, und andererseits blieb ein hoher Anteil der untersuchten Kohorten zeitlebens kinderlos. In beiden Punkten dürfte die Population der Berliner Altersstudie gewissermaßen Modellcharakter besitzen, da der Ausbau der ambulanten Hilfeangebote für alte Menschen im gesamten Bundesgebiet derzeit vorangetrieben wird. Zudem stützen sich die Befürchtungen hinsichtlich sinkender familialer Hilfe- und Pflegepotentiale auch immer auf die Zunahme der Kinderlosigkeit in den jüngeren Geburtskohorten, obwohl – wie erläutert – die Altenpopulationen der näheren Zukunft kein derart hohes Kinderlosigkeitsniveau wie das der untersuchten Population aufweisen werden. Mit den vorliegenden Daten ist aber auf jeden Fall eine genauere Betrachtung der Hilfe- und Pflegeleistungen möglich, die von alten und sehr alten Menschen in Anspruch genommen werden, wenn keine Kinder vorhanden bzw. erreichbar sind und ambulante formelle Hilfeangebote zur Verfügung stehen. Die regionale Begrenzung der Stichprobe birgt noch einen weiteren Vorteil in sich: Es kann davon ausgegangen werden, dass die Studienteilnehmer im Wesentlichen auf das gleiche Angebot an formellen ambulanten und stationären Hilfen zurückgreifen konnten.

#### 4.1.3 Selektivität und Verallgemeinerbarkeit

Da die endgültige Stichprobe – das Intensivprotokoll (IP) – nur 27 Prozent der verifizierten Ausgangsstichprobe ausmacht (siehe oben), stellt sich die Frage, inwieweit mit dem Stichprobenausfall eine Selektivität verbunden ist<sup>31</sup>. Der Ausfall kann zu einer Stichprobenselektivität

---

<sup>31</sup> Auch bei vollkommener Abwesenheit eines Stichprobenausfalls, das heißt bei einer Stichprobenausschöpfung von 100 Prozent, gäbe es keine Gewähr dafür, dass die zufällig ausgewählten Personen ein perfektes Abbild der Berliner Bevölkerung über 69 Jahre darstellten (vgl. Kruskal & Mosteller, 1979a, 1979b, 1979c, 1979d; Rendtel & Pötter, 1992).

führen, falls Teilnehmer sich von Abbrechern in untersuchungsrelevanten Merkmalen unterscheiden (Little & Rubin, 1987)<sup>32</sup>. Um dies abzuschätzen, wurden zwei Informationsquellen genutzt. Zum einen wurden die erhobenen Daten externen Datenquellen (Mikrozensus und Volkszählung) gegenübergestellt, und zum anderen wurde der Untersuchungsablauf der Berliner Altersstudie für umfassende Selektivitätsanalysen genutzt (Lindenberger u.a., 1996).

Wie oben bereits erläutert, lässt sich der Kontakt mit den Studienteilnehmern anhand der Daten verfolgen, wobei im Laufe der Studie immer mehr Informationen zur Verfügung stehen, die für Selektivitätsanalysen nutzbar gemacht werden können. Ausgehend von der Netto-Stichprobe (N = 1.908), für die Informationen des Einwohnermeldeamts (Alter, Geschlecht, Familienstand und Sterblichkeit) vorliegen, über die Kurzbefragung mit ihren 16 Items (N = 1.219) und der Ersterhebung mit 89 Variablen (N = 928), bis zum Intensivprotokoll (N = 516), können diejenigen, die nicht weiter an der Studie teilnahmen (Drop-outs), anhand der bis zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Informationen analysiert und beschrieben werden. Diese Selektivitätsanalysen wurden unter Verwendung unterschiedlicher Methoden durchgeführt: (1) logistische Regressionen als Verfahren zur Überprüfung der Unterschiedlichkeit von Häufigkeiten und Mittelwerten, (2) Strukturgleichungsmodelle als Verfahren zur Überprüfung der Unterschiedlichkeit von Varianzen und Kovarianzen und (3) die Anwendung von Pearson-Lawley'schen Selektivitätsformeln zur Projektion von Selektivitätseffekten auf die Konstrukte der Intensiverhebung. Die gleichzeitige Verwendung der drei Methoden ergab ein umfassendes Bild vom Ausmaß und der Qualität der Stichproben-selektivität (Lindenberger u.a., 1996).

Bevor allerdings die Ergebnisse dieser Analysen etwas genauer dargestellt werden, erfolgt zunächst ein Vergleich der Daten des Intensivprotokolls mit den Daten des Mikrozensus 1991 für die 70-jährige und ältere West-Berliner Bevölkerung (Tab. 4.1). Dieser Vergleich muss sich zwar auf die in beiden Befragungen erhobenen Merkmale beschränken, kann jedoch einen ersten Eindruck möglicher Selektivität und eingeschränkter Heterogenität vermitteln.

Deutlich wird dabei, dass die Teilnehmer am Intensivprotokoll der Berliner Altersstudie eine ähnlich große Heterogenität wie die 70-jährige und ältere West-Berliner Gesamtbevölkerung aufweisen. Es zeigt sich aber auch, dass die Teilnehmer der Berliner Altersstudie seltener einen Volksschulabschluss aufweisen, seltener ein niedriges und häufiger ein hohes Einkommen haben und dass die Männer der Berliner Altersstudie häufiger eine Berufsausbildung absolviert haben, als dies in den Daten des Mikrozensus für die Population berichtet wird. Ferner leben die Teilnehmer der Berliner Altersstudie etwas häufiger allein und sind demgemäß auch seltener verheiratet. In der Studie finden sich auch im Vergleich zum Mikrozensus mehr institutionalisierte Frauen. Insgesamt sind die Unterschiede jedoch eher gering, wobei auch zu bedenken ist, dass der Mikrozensus keine perfekte Repräsentation der über 69-jährigen Westberliner Bevölkerung darstellt. Dennoch zeigt sich als erster Eindruck, dass zwar die Heterogenität bei allen hier betrachteten Variablen erhalten bleibt, es aber einen geringen positiven Selektionseffekt für die BASE-Stichprobe gibt.

---

<sup>32</sup> Diese mit dem Stichprobenausfall verbundene Selektivität sollte nicht mit Selektivität verwechselt werden, die mit der Ziehung der Stichprobe verbunden sein kann. Hinsichtlich der Ziehung ist die in der Berliner Altersstudie verwendete Methode der Zufallsziehung aus einer Grundgesamtheit, bei der alle Beobachtungseinheiten die gleiche Wahrscheinlichkeit aufweisen, gezogen zu werden, nach einhelliger Auffassung am besten geeignet, systematische Verzerrungen zu minimieren (Kruskal & Mosteller, 1979a).

Tabelle 4.1: Charakteristische Merkmale der Berliner Altersstudie (Intensivprotokoll) im Vergleich mit dem Mikrozensus 1991, getrennt nach Geschlecht (in %)

Merkmale	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Mikro- zensus	Intensiv- protokoll <sup>1</sup> (N = 258)	Mikro- zensus	Intensiv- protokoll <sup>1</sup> (N = 258)	Mikro- zensus	Intensiv- protokoll <sup>1</sup> (N = 516)
<i>Schulabschluss</i>						
Volksschule	70,2	57,9	75,4	65,5	73,5	63,6
Mittlere Reife	18,8	28,4	19,9	30,4	19,5	29,6
Abitur oder Ähnliches	11,0	13,7	5,7	3,1	7,0	6,8
Berufsausbildung vorhanden	68,3	78,5	50,4	48,8	55,1	56,6
<i>Persönliches Einkommen (in DM)</i>						
Unter 1.000	5,2	3,2	20,3	16,1	16,3	12,6
1.000 bis 1.399	10,3	3,2	23,8	17,1	20,3	13,3
1.400 bis 1.799	21,9	11,5	22,3	17,6	22,2	16,0
1.800 bis 2.199	27,3	21,7	16,3	25,3	19,2	24,3
2.200 und mehr	35,3	60,4	17,3	23,8	22,0	33,9
Sozialhilfeeinheit	3,3	2,5	5,7	6,7	5,1	5,6
<i>Wohnsituation</i>						
Allein	26,4	33,5	68,0	73,0	57,2	62,7
Mit anderen	69,7	62,6	25,5	16,9	37,0	28,8
In einem Heim	3,9	3,8	6,5	10,1	5,8	8,4
<i>Familienstand</i>						
Verheiratet	68,1	62,8	14,8	9,7	28,7	23,5
Verwitwet	22,1	27,3	65,6	66,4	54,3	56,2
Geschieden	6,0	5,5	8,0	13,3	7,5	11,3
Ledig	3,8	4,5	11,6	10,7	9,5	9,0

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Fallzahlen beruhen auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Ein tiefer gehender Eindruck von der Stichprobenselektivität lässt sich durch die drei oben erwähnten Methoden gewinnen. Diese beruhen auf dem sukzessiven Vergleich der Drop-outs auf jeder Teilnahmeebene. Die Teilnahmeebenen sind dabei die verifizierte Ausgangsstichprobe (N = 1.908, 100 %), die Kurzbefragung (N = 1.219, 64 %), die Ersterhebungsstichprobe (N = 928, 49 %) und schließlich das Intensivprotokoll (N = 516, 27 %). So lassen sich beispielsweise die Drop-outs zwischen der verifizierten Ausgangsstichprobe und der Kurzbefragung (N = 689) mit denjenigen, die zumindest den Kurzfragebogen beantwortet haben, hinsichtlich der Variablen, die für alle Personen vorliegen (die Informationen des Einwohnermeldeamts), vergleichen. Für den Vergleich zwischen den Teilnehmern der Ersterhebung, die auch das Intensivprotokoll durchlaufen haben (N = 516), und denjenigen, die nach der Ersterhebung nicht weiter an der Studie teilnahmen (N = 412), stehen mehr Variablen zur Verfügung, nämlich prinzipiell die gesamte Ersterhebung. Bei allen drei Methoden, mit denen diese Vergleiche durchgeführt wurden, geht es um die Frage, ob personenbezogene Merkmale, die das Ausscheiden aus der Studie vorhersagen, überzufällig und systematisch mit den zu untersuchenden Merkmalen zusammenhängen (non-random nonresponse; Little & Rubin, 1987).

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Analysen kurz zusammengefasst (vgl. für eine detaillierte Darstellung Lindenberger u.a., 1996).

Zunächst ist festzuhalten, dass die Selektivitätsanalysen keine Anhaltspunkte für Unterschiede der Zusammenhangsmuster und Variabilität der Merkmale zwischen der Intensivstichprobe und den Stichproben niedrigerer Teilnahmeebenen liefern. Es gibt keinen Hinweis auf eine Reduktion der Varianzen. Die Vielfältigkeit der Altersformen und die Struktur der Merkmalszusammenhänge bleiben demnach in der Intensivstichprobe weitgehend erhalten, eine Verallgemeinerung von Ergebnissen, die den Zusammenhang von Variablen betreffen, sind also zulässig.

Im Gegensatz dazu gibt es jedoch Hinweise auf Selektivitätseffekte bei den Mittelwerten und Häufigkeitsverteilungen einiger Merkmale. Über alle Teilnahmeebenen betrachtet deutet sich eine positive Selektion nach sozialer Schicht, subjektiver Beurteilung der seelisch-geistigen Gesundheit, Lebenszufriedenheit sowie kognitiver Leistungsfähigkeit und Demenz an. Der stärkste Effekt ergibt sich bei der Mortalität (Ein-Jahres-Mortalität), die bei den Teilnehmern der Intensivstichprobe gegenüber der Ausgangsstichprobe deutlich verringert ist (innerhalb eines Jahres nach dem Anschreiben starben von den Teilnehmern der Intensivstichprobe 5,6 % gegenüber 13,5 % in der Ausgangsstichprobe). Dieser Effekt beruht zum Teil allerdings auch auf der zeitlichen Ausdehnung des Intensivprotokolls, da die Untersuchungszeit selbst ja im Durchschnitt 4,5 Monate betrug. Bei den Gesundheitsmaßen, insbesondere bei fünf basalen Aktivitäten des täglichen Lebens, finden sich keine Anhaltspunkte für systematische Ausfälle. Dagegen zeigt sich, dass Heimbewohner eine höhere Teilnahmewahrscheinlichkeit aufweisen als Ältere in Privathaushalten. Dieser Effekt ist wahrscheinlich auf die bessere Erreichbarkeit dieser Gruppe zurückzuführen und kann als Hinweis auf gegenläufige Selektivitätseffekte aufgefasst werden. Möglicherweise wird eine positive Selektion hinsichtlich Gesundheit und kognitiver Leistungsfähigkeit durch die höhere Teilnahmewahrscheinlichkeit der Heimbewohner teilweise ausgeglichen.

Ein wenig überraschend ist, dass zwischen dem Alter und der Teilnahmewahrscheinlichkeit auf keiner der Teilnahmeebenen ein starker Zusammenhang besteht. Es muss allerdings hinzugefügt werden, dass mit der verwendeten Methode der logistischen Regression nur lineare Alterseffekte erfasst wurden. Detailliertere Analysen ergaben jedoch Hinweise auf nicht-lineare Zusammenhänge (Gilberg & Pötter, 1994). Beispielsweise ist der Stichprobenausfall in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen stärker ausgeprägt als in den beiden benachbarten Altersgruppen. Im Gegensatz zum Alter finden sich beim Geschlecht deutliche Selektivitätseffekte. So haben Frauen eine niedrigere Teilnahmewahrscheinlichkeit als Männer. Aufgrund der durch das Design der Studie garantierten Gleichverteilung von Männern und Frauen und der Gleichverteilung über die Altersgruppen, haben die ermittelten Selektivitätseffekte bei diesen beiden Merkmalen jedoch keinen Einfluss auf das zahlenmäßige Verhältnis der Altersgruppen sowie von Männern und Frauen in der Intensivstichprobe.

Die kumulative Analyse von Selektivität und ihre Projektion auf Konstrukte der Intensiv-erhebung zeigen, dass die Intensivstichprobe in allen in Betracht kommenden Bereichen positiv selektiert ist. Das Ausmaß dieser Selektivitätseffekte überschreitet jedoch bei keinem der Konstrukte eine halbe Standardabweichung und variiert darüber hinaus nur unerheblich mit dem Alter. Eine bedeutsame Abweichung von diesem Bild einer eher gering ausgeprägten und verhältnismäßig alterskonstanten Selektivität bildet die Demenzprävalenz. Der Stichprobenausfall führt offenbar zu einer Unterschätzung der Demenzprävalenz in der Ausgangsstichprobe. Zusätzlich scheint diese Unterschätzung bei den 95-Jährigen und Älteren besonders stark ausgeprägt zu sein.

Festzuhalten ist also, dass die 516 Teilnehmer der BASE-Intensivstichprobe im Durchschnitt positiv selektiert sind. So zeichnet sich die Intensivstichprobe im Durchschnitt durch eine geringere Ein-Jahres-Mortalität, ein höheres Durchschnittseinkommen, eine im Mittel höhere Zufriedenheit mit dem Altern und einen geringeren Anteil Dementer aus. Darüber hinaus sind die Stichprobenausfälle bei den in Privathaushalten lebenden Älteren größer als bei den Heimbewohnern. Die Effekte sind jedoch relativ gering, und vor allem reduzieren sie die Heterogenität der Stichprobe nicht wesentlich. Auch die strukturellen (korrelativen) Zusammenhänge zwischen den Variablen verändern sich nur unerheblich. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass sich das Ausmaß der Selektivitätseffekte der Berliner Altersstudie im Rahmen des Üblichen bewegt, was angesichts der Größe des Stichprobenausfalls und des hohen Alters der Teilnehmer als durchaus zufriedenstellendes Ergebnis angesehen werden kann.

## 4.2 Operationalisierung der Untersuchungsvariablen

Im Folgenden wird die Umsetzung der theoretischen Konzeptualisierung in empirische Variablen, das heißt die Operationalisierung der Untersuchungsvariablen vorgestellt, wobei sich das vorliegende Kapitel im Wesentlichen auf die unabhängigen Variablen bezieht. Auf der Seite der abhängigen Variablen wird die Inanspruchnahme von Haushalts-, Einkaufs- und Pflegehilfen betrachtet, wobei es anhand der Daten nicht möglich ist, zwischen diesen drei Hilfeleistungen zu unterscheiden. Eine ausführliche Darstellung der Erhebung und Operationalisierung erfolgt im Abschnitt 5.2. Hinzuweisen ist auf zwei wesentliche Punkte: Erstens erlaubt die vorgestellte Datenbasis eine getrennte Untersuchung der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeoptionen und der Hilfefrequenz, das heißt der Häufigkeit, mit der Personen Haushalts-, Einkaufs- und Pflegehilfen in Anspruch nehmen. Zweitens wurden im Rahmen der Berliner Altersstudie nur die Hilfe- und Pflegeleistungen detailliert erfasst, die von Personen, die nicht im Haushalt der Befragten wohnten, geleistet wurden. In welchem Maße im Haushalt der älteren Menschen lebende Personen an der Versorgung beteiligt waren, lässt sich also nur indirekt über den Grad der funktionalen und kognitiven Beeinträchtigung und die Inanspruchnahme haushaltsexterner Hilfe- und Pflegeleistungen erfassen. Zumindest für die hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen gilt allerdings auch, dass alle Haushaltsmitglieder von diesen Leistungen profitieren, weshalb auch die Merkmale der Haushaltsmitglieder bei den unabhängigen Variablen zu berücksichtigen sind.

Für eine umfassende Mikroanalyse der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen sind unterschiedliche Variablengruppen zu berücksichtigen. Hierbei ist zunächst einmal der Gesundheitszustand oder vielmehr der Grad der Beeinträchtigungen in der alltäglichen Lebensführung zu nennen. Da insbesondere die Messung und Operationalisierung von Hilfebedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit für das Anliegen der Arbeit eine kritische Größe darstellt, wird dies im Abschnitt 5.1 detailliert dargestellt. Die Abgrenzung unterschiedlicher Bedarfsstufen erfolgt über den Umfang der benötigten Hilfe bei alltäglichen körperbezogenen Verrichtungen, der anhand der Einschränkungen bei der Verrichtung von elementaren und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens erhoben wurde. Gerade die Versorgung dementer älterer Menschen gilt als äußerst belastend, weshalb eine stärkere Inanspruchnahme von professionellen Helfern vermutet werden kann. Bei den Demenzerkrankungen wird auf die Demenzdiagnose der psychiatrischen Forschungseinheit zurückgegriffen (vgl. ausführlich Abschnitt 5.1). Mit Blick auf die Frage, ob die Heime zunehmend die Betreuung von Ster-

benden übernehmen und ob vor allem ältere Menschen in der Endphase ihres Lebens in ein Heim übersiedeln, um dort Betreuung und Pflege bis zu ihrem Tod zu erhalten, wird auch die Nähe zum Tod berücksichtigt. Dabei werden die Mortalitätsinformationen des Einwohnermeldeamts verwendet. Des Weiteren wird auch die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands berücksichtigt, da sie sich in einigen Untersuchungen der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen im Vergleich zu objektiven Maßen als stärkerer Prädiktor erwiesen hat. Die subjektive Gesundheit wurde anhand der Selbsteinstufung der Studienteilnehmer auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ erhoben.

Die sozioökonomischen Ressourcen der älteren Menschen werden über das Einkommen, das disponible Vermögen, das Vorhandensein von Wohneigentum, das Bildungs- bzw. Qualifikationsniveau, das Sozialprestige und die Art der Krankenversicherung erfasst<sup>33</sup>. Zum disponiblen Vermögen zählen das Sparbuch, das so genannte „Sparstrumpfsparen“, die nicht ausbezahlten Lebensversicherungen, nicht ausbezahlte Bausparverträge sowie sonstige Vermögenswerte (Wertgegenstände, -papiere, Sammlungen usw.). Da bei der Frage nach den Vermögensbeträgen eine hohe Quote von Verweigerungen auftrat, wird bei den empirischen Analysen das Vorhandensein von Vermögen verwendet. Hierzu wird eine Dummy-Variable gebildet, die anzeigt, ob Vermögen vorliegt oder nicht. Das Wohneigentum wird als gesonderte Variable betrachtet, da diesem eine besondere Bedeutung, insbesondere im Hinblick auf den Heimübergang, zukommt. Vermutet werden kann, dass potentielle Erben, das heißt die nahen Verwandten, wenn Vermögen vorhanden ist, einen höheren Anreiz haben, Hilfe- und Pflegeaufgaben zu übernehmen, da im Falle einer Institutionalisierung das Vermögen durch die Pflegekosten verbraucht werden könnte. Zudem kann vermutet werden, dass die Bindung an eine eigene Wohnung bzw. ein eigenes Haus größer und von daher die Neigung in ein Heim überzusiedeln bei den Älteren, die im Wohneigentum leben, geringer ist.

Das Einkommen wird hier auf den Haushalt bezogen und nach der Anzahl der Haushaltsmitglieder gewichtet (Äquivalenzeinkommen). Zur Messung wird die von Hauser und Stubig (1985) vorgeschlagene Äquivalenzskala verwendet (Motel & Wagner, 1993). Bei dieser Skala erhält der „Haushaltsvorstand“ ein Gewicht von 1 und alle weiteren erwachsenen Haushaltsmitglieder ein Gewicht von 0,8. Das Haushaltsnettoeinkommen wird also nicht einfach durch die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen geteilt, sondern durch die mit den erwähnten Gewichten multiplizierte Anzahl. Bei einer derartigen Berechnung werden Effekte der „Kostendegression“ berücksichtigt, die auftreten, weil größere Haushalte zum Beispiel Haushaltsgeräte nicht mehrfach benötigen. Ein besonderes Problem tritt bei den in stationären Einrichtungen lebenden Personen auf, da diese häufig öffentliche Transferleistungen beziehen, die nicht von ihnen selbst, sondern von den jeweiligen Einrichtungen verwaltet werden. Ein hoher Prozentsatz der Heimbewohner (62 %) konnte deshalb keine Angaben über die Höhe ihres Einkommens machen. Ein Vergleich des Einkommens von Älteren in Privathaushalten und Älteren in stationären Einrichtungen ist von daher nicht sinnvoll, sodass die Bedeutung des Einkommens für den Heimübergang mit den vorliegenden Daten nur sehr unzureichend analysiert werden kann.

---

<sup>33</sup> Die Wohnqualität kann in den Analysen nicht berücksichtigt werden, da Merkmale der Wohnausstattung zwar bei den Älteren, die zum Zeitpunkt der Befragung in einem Privathaushalt lebten, erhoben wurden, bei den Heimbewohnern wurde jedoch nicht nach der Wohnqualität vor der Heimübersiedlung gefragt.

Es wird angenommen, dass – über den Einfluss der materiellen Ressourcen hinaus – die im Bildungs- und Berufssystem erworbenen Kompetenzen in der Alltagsbewältigung und im Umgang mit Institutionen und sozialpolitischen Maßnahmen für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen im Bedarfsfall relevant sind. Insbesondere Hilfe- und Pflegeleistungen von staatlichen oder privatwirtschaftlichen Anbietern werden von höher gebildeten Älteren möglicherweise selbstverständlicher genutzt. Von daher werden das Bildungs- bzw. Qualifikationsniveau und das Sozialprestige in den Analysen berücksichtigt. Das Sozialprestige ist direkt auf die frühere berufliche Tätigkeit bezogen und spiegelt die „symbolische“ Wertschätzung eines bestimmten Berufs in der Gesellschaft wider. Es wird angenommen, dass das mit einer beruflichen Tätigkeit verbundene Prestige im Alter in der Regel konstant bleibt, da ältere Menschen nur über geringe Chancen verfügen, über das Rentenalter hinaus am gesellschaftlichen Produktionsprozess zu partizipieren. Das Sozialprestige basiert auf der Magnitude-Prestige-Scale (MPS) nach Wegener (Wegener, 1985). Hierbei wird der höchste erreichte Prestigescore in der Berufsgeschichte des Befragten bzw. des letzten Ehepartners, sofern dieser Wert höher ist, verwendet. Das Qualifikationsniveau setzt sich aus der allgemeinen Schulbildung und der Berufsausbildung zusammen. Unterschieden werden dabei drei Gruppen: Personen, die einen Volksschulabschluss, aber keine Berufsausbildung haben, Personen, die eine Volksschulbildung und eine Berufsausbildung oder eine mittlere Reife ohne Berufsausbildung haben, und schließlich Personen, die den Abschluss der mittleren Reife mit Berufsausbildung oder einen höherwertigen Abschluss haben.

Bei der Art der Krankenversicherung wird zwischen Älteren, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, und privatversicherten Älteren (einschließlich Älterer mit einer privaten Zusatzversicherung) unterschieden. Zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen dürften die Unterschiede bei den Versorgungsleistungen für Pflegebedürftige aufgrund der gesetzlichen Richtlinien gering sein. Wie sich dies aber bei den Privatversicherten darstellt, wurde bisher in der Bundesrepublik kaum untersucht. Vermutet werden kann, dass die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistung bei den Privatversicherten möglicherweise besser war als bei jenen Älteren, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Transferleistungen werden in den empirischen Analysen zwar nicht direkt erfasst, es ist aber möglich, die Wahrscheinlichkeit von Transferleistungen indirekt zu erfassen. So konnte in einer multivariaten Analyse der Wahrscheinlichkeit von Transferzahlungen mit den Daten der Berliner Altersstudie gezeigt werden, dass – obwohl das Äquivalenzeinkommen zwar am unmittelbarsten die zur Verfügung stehenden ökonomischen Möglichkeiten widerspiegelt – kein Einfluss des Einkommens auf die Wahrscheinlichkeit von Transferzahlungen nachzuweisen ist, wenn das Sozialprestige kontrolliert wird. Dies ist den Autoren zufolge darauf zurückzuführen, dass der Einfluss ökonomischer Ressourcen auf das Transferverhalten bereits über das Sozialprestige – das hoch mit dem Einkommen korreliert – erfasst wird (G. Wagner u.a., 1996).

Mit Blick auf die informellen Unterstützungspotentiale der älteren Menschen sind insbesondere die Haushaltssituation, der Familienstand, die Verfügbarkeit und die Anzahl der Kinder sowie die außerfamiliären Beziehungen als Einflussfaktoren relevant. Die Haushaltssituation bestimmt, ob haushaltsinterne Hilfefotentiale zur Verfügung stehen, was die Inanspruchnahme von haushaltsexternen Hilfe- und Pflegeleistungen senken dürfte. Dabei ist davon auszugehen, dass das Selbsthilfepotential von reinen Altenhaushalten geringer ist im Vergleich zu Haushalten, in denen auch jüngere Menschen – in der Regel wird es sich um eigene Kinder handeln – leben. Von daher wird bei der Haushaltssituation nach der Art der Haushaltsmitglieder unter-

schieden und auch das Alter der Haushaltsmitglieder berücksichtigt. Der Familienstand ist vor allem hinsichtlich des Vorhandenseins eines Ehepartners von Interesse, was im Wesentlichen durch die Haushaltssituation erfasst werden kann. So erbrachten die vorgestellten Untersuchungen, dass der Familienstand über den Einfluss der Haushaltssituation und der Kinderzahl hinaus keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfeleistungen hat. Da auch nichteheliche Lebensgemeinschaften in der Untersuchungspopulation vorkommen (14 % der unverheirateten Männer und 5 % der unverheirateten Frauen leben in unehelichen Lebensgemeinschaften), wird das Vorhandensein eines Partners – unabhängig vom formellen Familienstand – in den Analysen berücksichtigt. Über das Vorhandensein eines Partners hinaus wird auch das Alter des Partners als Indikator für dessen Belastbarkeit mit einbezogen. Im Hinblick auf die Kinder kann davon ausgegangen werden, dass die hier betrachteten hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfeleistungen räumliche Nähe voraussetzen. Kinder, die außerhalb Berlins leben, können von daher nicht als potentielle Helfer angesehen werden, auch wenn sie emotionale und/oder unregelmäßige praktische Hilfeleistungen gewähren. In den empirischen Analysen werden deshalb nur die in Berlin lebenden Kinder als Hilfpotentiale berücksichtigt. Neben den (Ehe-)Partnern und den in Berlin lebenden Kindern dürfte die Größe des sozialen Netzwerks für die Möglichkeit der Nutzung informeller Hilfen von Bedeutung sein, weshalb die Anzahl nahestehender Personen in die Analysen aufgenommen wird.

Hinzuweisen ist darauf, dass es aufgrund des retrospektiven Designs des soziologischen Teils der Berliner Altersstudie möglich ist, die Haushaltssituation, das Alter der (Ehe-)Partner, die Zahl der in Berlin lebenden Kinder und das Wohneigentum zum Zeitpunkt des Heimübergangs in die Analysen einzubeziehen. Für die Bedarfsvariablen ist dies jedoch nicht möglich, sodass hier Institutionalisierungseffekte nicht von Selektionseffekten unterschieden werden können. Allerdings lassen sich keine starken Zusammenhänge zwischen den Bedarfsvariablen und der Heimaufenthaltsdauer erkennen, was als Hinweis verstanden werden kann, dass es sich eher um Selektionseffekte handelt (eine detaillierte Darstellung findet sich in Abschnitt 5.2). Auch bei der Anzahl der nahestehenden Personen beziehen sich die Angaben auf den Zeitpunkt des Interviews und nicht den Zeitpunkt des Heimübergangs. Bei dieser Variablen lässt sich ebenfalls kein Zusammenhang mit der Heimaufenthaltsdauer feststellen (Korrelationskoeffizient:  $r = 0,09$ ). Bei einem Vergleich von Heimbewohnern, die erst seit relativ kurzer Zeit dort leben (maximal 18 Monate,  $N = 17$ ), und solchen, die bereits vor längerer Zeit in ein Heim übersiedelten, zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Diejenigen, die maximal 18 Monate im Heim leben, nennen im Durchschnitt 1,4 nahestehende Personen, während die bereits länger im Heim Lebenden im Durchschnitt 1,7 nahestehende Personen angeben.



# Kapitel 5

## Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zum Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs und der Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter vorgestellt. Der Schwerpunkt in diesem Kapitel liegt, neben der Vorstellung der Erhebung und der Operationalisierung, auf einer umfassenden deskriptiven Darstellung. Hinzuweisen ist hierbei noch einmal auf den einmaligen Vorteil, dass Ältere in privaten Haushalten *und* Heimbewohner in einer Erhebung mit den gleichen Instrumenten befragt und untersucht wurden und zusätzlich auch Mortalitätsdaten vorliegen.

Die konzeptionelle Abgrenzung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit stellt in dieser Arbeit eine kritische Größe dar. In Abschnitt 3.1 konnte gezeigt werden, dass die Messung und Operationalisierung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der Literatur durchaus nicht unumstritten ist und mithin als eine Ursache für die teilweise deutlichen Differenzen in den Ergebnissen empirischer Studien gesehen werden muss. In Abschnitt 5.1 erfolgt deshalb ein vergleichsweise ausführlicher Überblick über die Erhebung und Operationalisierung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie die im weiteren Verlauf der Arbeit verwendete Einteilung in Bedarfsgruppen. Für die konzeptionelle Verdichtung der individuell unterschiedlichen Einschränkungen in der selbstständigen Haushalts- und Lebensführung zu Bedarfsgruppen wird in dieser Arbeit eine zwölf Items umfassende Liste von elementaren und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL-/IADL-Liste) verwendet. In den meisten Studien, die sich mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter beschäftigen, wurden die Auswirkungen dementieller Erkrankungen nicht gesondert betrachtet, obwohl die Prävalenz mit dem Alter enorm ansteigt und gerade die Versorgung und Betreuung dementer älterer Menschen mit hohen Belastungen verbunden ist. In der vorliegenden Arbeit wird deshalb den Auswirkungen dementieller Erkrankungen für die selbstständige Haushalts- und Lebensführung und insbesondere für die Versorgungssituation besondere Aufmerksamkeit gewidmet, wobei in Abschnitt 5.1 der Zusammenhang mit dem Hilfe- und Pflegebedarf in der älteren Bevölkerung genauer betrachtet wird.

Die Betreuungs- und Pflegesituation ist für die Aufrechterhaltung einer weitgehend selbstständigen Lebensführung bis ins hohe Alter von zentraler Bedeutung. In der vorliegenden Arbeit wird ein wesentlicher Teilbereich der verschiedenen Aspekte des gesamten Unterstützungsgeschehens für ältere Menschen betrachtet, nämlich hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfen. In Abschnitt 5.2 wird die Erhebung der erhaltenen bzw. geleisteten hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfe vorgestellt und die Gruppierung und Zuordnung des hilfeleistenden Systems und der Haushaltszusammensetzung begründet und entsprechend operationalisiert. Die Kategorisierung der Helfer folgt dabei der in Abschnitt 3.2 vorgestellten Systematisierung des hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfe leistenden Systems.

In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass die Inanspruchnahme von unterschiedlichen Hilfe- und Pflegeleistungen nicht allein durch die Bedarfslage und die informellen Hilfepotentialie erklärt werden kann. In Abschnitt 5.3 erfolgt deshalb eine deskriptive

Analyse des Zusammenhangs zwischen der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen und den sozioökonomischen Ressourcen der älteren Menschen.

Abschnitt 5.4 widmet sich einem bedeutenden Teilsegment des informellen sozialen Netzwerks, nämlich den familialen Hilfepotentialen. Neben der Frage, welche informellen Helfer und gesellschaftlichen Hilfeinstanzen fehlende familiäre Hilfepotentialen kompensieren, ist hierbei die Lebenssituation der potentiellen familialen Helfer von Bedeutung. Die Frage, ob und wie die Lebensbedingungen der nahen Familienangehörigen auf die Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen einwirken, steht im Mittelpunkt des Interesses. Demnach erfolgt in Abschnitt 5.4 ein Perspektivenwechsel. Der Erhalt informeller Hilfe- und Pflegeleistungen wird nicht nur aus der Perspektive der älteren Menschen betrachtet, sondern es werden hier die Handlungsbedingungen und die Lebenssituation der Familienmitglieder genauer untersucht.

Aufgrund des retrospektiven Untersuchungsdesigns und der Einbeziehung von Heimbewohnern in die Untersuchungspopulation der Berliner Altersstudie ist es möglich, über die querschnittliche Charakterisierung der Heimbewohner hinaus, auch den Heimübergang genauer zu untersuchen. In Abschnitt 5.5 geht es darum – mit Blick auf den so genannten „4%-Trugschluß“ –, die Heimeintrittswahrscheinlichkeit zu schätzen und damit Aussagen über die Bedeutung der stationären Einrichtungen für die Versorgung der alten Menschen machen zu können. Dazu ist eine grundlegende methodische Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Problemen der Schätzung von Übergangsraten bei der Verwendung von retrospektiven Daten, insbesondere bei älteren Untersuchungspopulationen mit einem hohen Mortalitätsrisiko, notwendig.

## 5.1 Das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs im Alter

Anliegen des folgenden Kapitels ist es, einen Überblick über Beeinträchtigungen in der Haushalts- und Lebensführung und die unterschiedlichen Ausprägungen im Alter zu geben. Auf der Basis einer von der medizinischen Forschungseinheit der Berliner Altersstudie erhobenen zwölf Items umfassenden ADL-/IADL-Liste wird die Operationalisierung der im Weiteren verwendeten Hilfe- und Pflegebedürftigkeitseinstufung vorgestellt. Die konzeptionelle Abgrenzung der Pflegebedürftigkeit von der Hilfebedürftigkeit lehnt sich dabei an die Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes an. Anhand der so gebildeten Bedarfsgruppen erfolgt dann ein Überblick über das mit den Daten der Berliner Altersstudie gefundene Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs, wobei insbesondere auch der Altersverlauf und Geschlechtsunterschiede genauer betrachtet werden<sup>34</sup>. Da in die Stichprobe der Berliner Altersstudie in Heimen lebende Ältere eingeschlossen wurden, ist es ebenfalls möglich, das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in stationären Einrichtungen und in privaten Haushalten getrennt zu ermitteln. Darüber hinaus wird der Zusammenhang mit dementiellen Erkrankungen genauer betrach-

---

<sup>34</sup> Im Gegensatz zu einem früheren Artikel (Linden u.a., 1996), bei dem Daten der multidisziplinären Ersterhebung zu Grunde gelegt wurden, basiert die Operationalisierung und Abgrenzung der Bedarfslagen in der vorliegenden Arbeit auf den Daten des Intensivprotokolls. Von der medizinischen Forschungseinheit der Berliner Altersstudie wurde im Intensivprotokoll eine wesentlich umfangreichere ADL-/IADL-Liste erhoben als in der Ersterhebung, in der fünf basale Alltagsaktivitäten erhoben wurden. So ist hier eine genauere Abgrenzung vor allem der Personen mit leichterem Bedarf möglich, ohne weitere Informationen zur motorischen Leistungsfähigkeit (Mobilität) heranziehen zu müssen.

ter, da gerade die Betreuung dementer älterer Menschen mit besonderen Belastungen verbunden ist. Hierbei wird eine von den Psychiatern der Berliner Altersstudie erstellte Demenzdiagnose verwendet. Insbesondere mit Blick auf die Gesamtprävalenz und den Zusammenhang von Lebenserwartung und Morbidität bzw. Behinderung werden im letzten Abschnitt dieses Kapitels mit den vom Landeseinwohnermeldeamt zusätzlich zur Verfügung gestellten Sterbedaten die Mortalitätsraten hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen genauer untersucht.

### 5.1.1 Konzeptionelle Abgrenzung und Variationen nach Alter und Geschlecht

In dieser Arbeit geht es um alte Menschen, die in der selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt sind. Das Hauptinteresse ist dabei nicht, herauszufinden, wie gesund oder krank ältere Menschen sind, sondern in welchem Ausmaß sie aufgrund ihres Gesundheitszustands in ihrem Alltag behindert und auf Hilfe angewiesen sind. Von daher ist es für das Ziel der Arbeit naheliegend, auf der Basis der Ausführungen zu den Konzepten zur Messung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (vgl. Abschnitt 3.1), hierunter Einschränkungen in der Ausübung von Aktivitäten zu verstehen, die in einem bestimmten Kulturkreis generell als notwendige basale Komponenten des täglichen Lebens akzeptiert sind, sodass Beeinträchtigungen bei deren Verrichtung die Abhängigkeit von der Hilfe anderer Personen zur Folge hat. Es ist also erforderlich, aus dem Universum möglicher Aktivitäten solche auszuwählen, die zum einen für möglichst alle Personen unseres Kulturkreises ungeachtet ihrer biologischen oder sozialen Differenzierung zutreffen und zum anderen im sozialpolitischen und wissenschaftlichen Kontext der Arbeit relevant sind. Diese Kriterien erfüllen die aus der Literatur bekannten basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living, ADL). Dabei handelt es sich um einfache und bei jeder Person täglich oder fast täglich vorkommende Verhaltensweisen, die als Grundlage für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben anzusehen sind. Zusammenstellungen derartiger basaler und instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens finden sich sowohl in der gerontologischen Literatur – in der sie sich zunehmend als Standardinstrument bei der Erfassung von Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit etablieren – als auch in Klassifikationssystemen über Behinderungen, wie beispielsweise dem der Weltgesundheitsorganisation. Zudem sind derartige Aktivitäten auch Definitionselemente des Sozial- und Krankenversicherungsrechts bei der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit (vgl. dazu ausführlich Kap. 2).

Im Rahmen der Berliner Altersstudie wurde von der Forschungseinheit „Innere Medizin und Geriatrie“ eine auf Mahoney und Barthel (1965) beruhende ADL-/IADL-Liste zur Erfassung der funktionellen Kapazität erhoben. In dieser Liste sind insgesamt zwölf Einzelaktivitäten (zehn ADL-Items und zwei IADL-Items) enthalten<sup>35</sup>. Bei den Angaben zur funktionellen Kapazität handelt es sich um eine Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer. Die Liste umfasst die Verhaltensbereiche Körperpflege/Hygiene, Ernährung, Mobilität, außerhäusliche Mobilität und Haushaltsführung (Letzteres allerdings nur sehr unzureichend mit dem IADL-Item „Einkaufen gehen“). Dies sind auch die Verhaltensbereiche, die im Sozial-

---

<sup>35</sup> Die Originalversion dieser Liste mit dem Wortlaut der Fragen und den Antwortvorgaben findet sich am Ende dieses Kapitels.

und Krankenversicherungsrecht für die Bestimmung einer Pflegebedürftigkeit aufgeführt sind. Auch wenn nicht alle in den Gesetzestexten aufgeführten Einzelaktivitäten erhoben wurden, kann doch anhand dieser Liste eine sozialrechtlich relevante Abgrenzung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit vorgenommen werden.

Die Defizite der verwendeten ADL-/IADL-Liste liegen im Bereich des hauswirtschaftlichen Hilfebedarfs, der mit dem IADL-Item „Einkaufen gehen“ nur sehr unzureichend erfasst wird. Gerade bei der Erhebung des hauswirtschaftlichen Hilfebedarfs sieht sich allerdings jeder Versuch der empirischen Erfassung mit dem Problem konfrontiert, dass die Verrichtung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten nicht nur bestimmte psycho-motorische Fähigkeiten, sondern auch bestimmte Kenntnisse und Fähigkeiten sowie die Motivation zu deren Durchführung voraussetzt. Gesundheits- bzw. behinderungsbedingte Beeinträchtigungen bei der Ausübung hauswirtschaftlicher Verrichtungen lassen sich demzufolge kaum von „sozial erworbener“ Hilfebedürftigkeit – beispielsweise bei vielen verheirateten Männern, die bestimmte Tätigkeiten der Haushaltsführung nie erlernen bzw. ausüben mussten – trennen (vgl. Abschnitt 3.1.1). Daraus ergibt sich die Schwierigkeit, dass die Verrichtung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten – im Gegensatz zu den elementaren ADL-Items – nicht für alle Menschen erforderlich ist. Eine realistische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten bei der Ausübung solcher Aktivitäten kann also gegebenenfalls gar nicht möglich sein. Noch problematischer sind jedoch die unterschiedlichen Folgen im Falle von Beeinträchtigungen bei der Ausübung dieser Aktivitäten. Für einen bestimmten Personenkreis ergeben sich in diesem Falle keine nennenswerten Auswirkungen auf die Lebensführung. Bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen wird deshalb im Zusammenhang mit der Betreuungssituation zusätzlich auf die im soziologischen Teil der Studie erhobene subjektive Bewertung der Bedarfsdeckung zurückgegriffen<sup>36</sup>. Aussagen, die sich explizit auf die Verrichtung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beziehen, sind demzufolge – über das IADL-Item „Einkaufen gehen“ hinaus – nur für den ungedeckten Hilfebedarf in diesem Bereich möglich. Mit dem hier gewählten Vorgehen ist im Wesentlichen sichergestellt, dass der „sozial erworbene“ Hilfebedarf in der definitorischen Abgrenzung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit keine wesentliche Rolle spielt.

In diesem Zusammenhang ist noch auf weitere Punkte hinzuweisen. Zum einen wird mit dem IADL-Item „Einkaufen gehen“ eine Tätigkeit erhoben, die unter den Items zum regelmäßigen hauswirtschaftlichen Hilfebedarf in anderen Erhebungen am häufigsten nur mit Hilfe oder gar nicht ausgeübt werden konnte und die zudem keine sozialisationsbedingten Geschlechtsunterschiede aufweist (Stiefel, 1983; Kytir & Münz, 1992; Schneekloth & Potthoff, 1993). Zum anderen ist Hilfebedarf in diesem Bereich hoch mit Mobilitätseinschränkungen verbunden. Durch die Erfassung der Fähigkeiten im Bereich der außerhäuslichen Mobilität werden hier auch leichtere Einschränkungen, die für einen hauswirtschaftlichen Hilfebedarf ohne Einschränkungen bei den elementaren Aktivitäten<sup>37</sup> konstituierend sind, mit berücksichtigt. Weiterhin ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass Hilfebedürftigkeit in der hauswirtschaftlichen Versorgung allein keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes begründet.

---

<sup>36</sup> Im Anschluss an die Frage, ob die Studienteilnehmer und gegebenenfalls von wem und wie häufig Hilfe erhalten, wurde gefragt: „Kann die Hausarbeit für Sie so zufriedenstellend erledigt werden, oder bräuchten Sie in Ihrem Haushalt eigentlich (noch mehr) Hilfe?“

<sup>37</sup> Funktionale Einschränkungen, die zu einer Hilfebedürftigkeit bei den elementaren Aktivitäten führen, dürften in der Regel auch Hilfebedürftigkeit bei der hauswirtschaftlichen Versorgung nach sich ziehen.

Für die spätere Bildung von Bedarfsgruppen wurden die Antwortkategorien bei den ADL-/IADL-Items dichotomisiert in: „völlig selbstständig“ und „von persönlicher Hilfe abhängig“ bzw. „Ausführung unmöglich“. In der Tabelle 5.1 ist der Anteil der zumindest von persönlicher Hilfe Abhängigen für die einzelnen Tätigkeiten nach Altersgruppen, in der nach Alter und Geschlecht stratifizierten Stichprobe insgesamt und in der Grundgesamtheit, das heißt der über 69-jährigen Berliner Bevölkerung<sup>38</sup>, dargestellt.

Zunächst fällt auf, dass es deutliche Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von Beeinträchtigungen bei den verschiedenen Aktivitäten gibt. Die basale Aktivität, bei der in nahezu allen Altersgruppen am häufigsten Hilfe benötigt wird, ist das Baden oder Duschen. Auch beim Treppensteigen und Spaziergehen benötigen über alle Altersgruppen hinweg vergleichsweise viele der älteren Menschen Hilfe. Bei diesen Aktivitäten zeigt sich auch eine mit dem Alter stetige Zunahme funktional beeinträchtigter Personen<sup>39</sup>. Bei den meisten anderen Tätigkeiten liegen die Anteile hilfebedürftiger Personen deutlich niedriger. Vor allem Hilfebedürftigkeit beim Essen und permanente Inkontinenz treten in allen Altersgruppen erfreulich selten auf. Gerade in diesen Bereichen sind erforderliche Hilfeleistungen für die Pflegepersonen zeitaufwendig und belastend. Interessanterweise zeigt sich hier im Altersverlauf im Vergleich zu den anderen Aktivitäten auch ein schwächer ausgeprägter Anstieg. Permanente Inkontinenz und Beeinträchtigungen beim selbstständigen Essen nehmen in der oberen Altersgruppe sogar leicht ab. Insgesamt zeigt sich jedoch erwartungsgemäß eine Zunahme der Anteile beeinträchtigter Personen mit dem Alter. Dieser Altersverlauf ist in der Tendenz bei allen Aktivitäten zu beobachten. Es ist demnach nicht so, dass bestimmte Einschränkungen eher die jüngeren Alten und andere eher die Hochbetagten treffen. Die Zunahme des Anteils mit dem Alter ist jedoch bei einigen Verrichtungen wesentlich stärker ausgeprägt als bei anderen. Betrachtet man alle ADL-Items zusammen, steigt der Anteil der Personen, die bei mindestens einer Aktivität funktionale Einschränkungen aufweisen, von 7 Prozent bei den 70- bis 74-Jährigen über 46,5 Prozent bei den 85- bis 89-Jährigen auf 65 Prozent bei den 95-Jährigen und Älteren an. Von allen über 69-Jährigen benötigt rund ein Viertel bei mindestens einer Aktivität des täglichen Lebens fremde Hilfe.

Bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens sind – von der jüngsten Altersgruppe abgesehen – die Anteile hilfebedürftiger Personen erwartungsgemäß in allen Altersgruppen höher. Während jedoch Hilfe bei der Benutzung von Transportmitteln wahrscheinlich nicht regelmäßig und normalerweise auch nicht täglich, möglicherweise nicht einmal wöchentlich, erforderlich ist, erfordert Hilfebedürftigkeit beim Einkaufen demgegenüber regelmäßige, zumindest einmal wöchentliche Hilfe. Der Anteil derjenigen, die der Hilfe bedürfen, ist für beide IADL gleichermaßen hoch. Insgesamt zeigt sich bei den IADL-Items, dass von den 70- bis 74-Jährigen 1,6 Prozent bei mindestens einer der beiden Aktivitäten beeinträchtigt sind. Im Vergleich zu den elementaren Alltagsaktivitäten fällt jedoch die Zunahme über die Altersgruppen hinweg stärker aus, mit etwa 70 Prozent bei den 85- bis 89-Jäh-

---

<sup>38</sup> Dies entspricht der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der über 69-jährigen Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) zum Zeitpunkt der Ziehung gewichteten Stichprobe (vgl. zur Gewichtung Abschnitt 4.1).

<sup>39</sup> Hier und im Folgenden wird bei der Interpretation der Altersunterschiede davon ausgegangen, dass es sich dabei nicht um Kohortenunterschiede handelt, das heißt, die beobachteten Altersunterschiede werden nicht als Folge eines verbesserten Gesundheitszustands der jeweils nachfolgenden Geburtskohorten verstanden, was bei den immensen Unterschieden auch kaum plausibel wäre.

Tabelle 5.1: Beeinträchtigung bei basalen und instrumentellen alltäglichen Aktivitäten nach Altersgruppen und insgesamt (in %; Mehrfachnennungen)

Alltägliche Aktivitäten	Altersgruppen						Insgesamt	
	70–74 Jahre	75–79 Jahre	80–84 Jahre	85–89 Jahre	90–94 Jahre	95+ Jahre	Popu- lation <sup>1</sup>	Stich- probe
Baden, Duschen	2,3	9,3	15,1	31,4	48,2	56,1	16,0	26,8
Kämmen	0,0	1,2	0,0	2,3	7,0	4,7	1,3	2,5
Anziehen	3,5	3,5	5,8	8,1	18,6	26,7	5,9	11,0
Zur Toilette gehen und sie benutzen	1,2	2,3	1,2	4,7	12,8	15,1	3,2	6,2
Treppensteigen	2,3	8,1	7,0	20,2	34,1	39,3	11,0	18,4
Spaziergehen	0,0	8,1	9,3	20,9	38,4	45,3	10,6	20,3
Ins Bett gehen und aufstehen	0,0	3,5	1,2	3,5	11,6	15,1	2,7	5,8
Essen	0,0	1,2	0,0	2,4	1,2	1,2	0,9	1,0
Blasenkontrolle (permanent inkontinent)	2,3	3,5	1,2	4,7	9,3	8,2	3,5	4,9
Mastdarmkontrolle (permanent inkontinent)	1,2	1,2	4,7	3,5	2,3	0,0	3,2	2,1
Mindestens eine Beeinträchtigung bei den ADL	7,0	16,3	26,7	46,5	58,1	65,1	25,9	36,6
Einkaufen gehen	7,0	19,8	41,9	57,0	73,3	80,2	33,7	46,5
Transportmittelbenutzung (allein in Außenbezirk)	5,8	20,9	33,7	58,1	80,2	80,2	31,2	46,5
Mindestens eine Beeinträchtigung bei den IADL	11,6	24,4	44,2	69,8	88,4	84,9	39,8	53,9
Fallzahlen <sup>2</sup>	86	86	86	86	86	86	516	516

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe.

<sup>2</sup> Es gab insgesamt elf Personen mit fehlenden Angaben bei einer oder zwei basalen Aktivitäten, wobei der größte Anteil fehlender Werte bei der Aktivität „Baden, Duschen“ in der höchsten Altersgruppe auftrat. Hier machten vier Personen keine Angabe. Bei allen anderen Aktivitäten fehlen die Angaben von maximal zwei Personen pro Altersgruppe. Die Prozentwerte über alle Altersgruppen beziehen sich bei den Aktivitäten „Baden, Duschen“ und „Treppensteigen“ auf 511 gültige Antworten, bei den Items „Ins Bett gehen und aufstehen“, „Essen“, „Blasenkontrolle“ und „Mastdarmkontrolle“ auf 515, bei allen anderen Items auf 516 Personen mit gültigen Angaben.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

rigen bis hin zu einem Anteil von 85 Prozent in der obersten Altersgruppe. Dennoch bleibt festzuhalten, dass nahezu zwei von drei 70-jährigen und Älteren in der Lage sind, die komplexeren instrumentellen Aktivitäten selbstständig und ohne fremde Hilfe auszuführen.

Der Anteil der Älteren, die bei wenigstens einer der ADL- oder IADL-Items der Hilfe bedürfen, entspricht dem Anteil der in der Ausübung mindestens einer der beiden instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens Beeinträchtigten. Hilfebedürftigkeit bei einer basalen Alltagsverrichtung geht demnach bei allen befragten Personen auch mit Hilfebedürftigkeit bei mindestens einer instrumentellen Aktivität einher. Insgesamt zeigt sich also, dass Beeinträchtigungen bei elementaren und instrumentellen alltäglichen Lebensaktivitäten auch in der Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren keineswegs die Regel sind. Der größte Teil der älteren Menschen verfügt über genügend funktionelle Kapazitäten, um die Alltagsverrichtungen ohne fremde Hilfe ausführen zu können. Gleichwohl sind beträchtliche Teile der Altenpopulation mehr oder weniger häufig bzw. regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen, wobei die

Verrichtung von Alltagsaktivitäten erst ab der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen und darüber für zunehmend größere Personenkreise mit Problemen verbunden ist. Weiterhin ist festzustellen, dass funktionale Einschränkungen, die sowohl für die Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen als auch für die Pflegenden mit hohen physischen und vor allem psychischen Belastungen verbunden sind, vergleichsweise selten auftreten.

Beeinträchtigungen in der selbstständigen Lebensführung finden sich, wie gezeigt, in verschiedenen Bereichen alltäglicher Verrichtungen. Nicht alle Beeinträchtigungen erfordern jedoch den gleichen Aufwand an Hilfe, das heißt, die einzelnen Beeinträchtigten unterscheiden sich erheblich in ihren Bedarfslagen. Der Hilfebedarf hängt zum einen davon ab, wie viele Aktivitätseinschränkungen insgesamt vorliegen. So ist es ein großer Unterschied, ob die eine oder andere Aktivität vereinzelt nicht mehr ausgeführt werden kann oder ob die hilfebedürftige Person Mehrfacheinschränkungen aufweist, die eine weitgehende „Hilflosigkeit“ in zentralen Bereichen der selbstständigen Lebensführung zur Folge haben. Ein weiteres zentrales Kriterium für das Ausmaß der Beeinträchtigung ist, ob es sich um Einschränkungen bei körperbezogenen, basalen Aktivitäten oder eher um instrumentelle bzw. hauswirtschaftliche Verrichtungen handelt. Einschränkungen bei der selbstständigen Toilettennutzung oder benötigte pflegerische Hilfe bei permanenter Inkontinenz machen eine häufigere und intensivere Pflege erforderlich als beispielsweise Einschränkungen beim Einkaufen. Es bietet sich demnach an, relativ homogene Gruppen hinsichtlich der Bedarfslage anhand der Art und des Umfangs der Hilfebedürftigkeit voneinander abzugrenzen. Dabei sollte natürlich nicht übersehen werden, dass sich in der Praxis der Betreuung bei jedem einzelnen Fall ganz unterschiedliche Anforderungen stellen können.

Auch die Sozialpolitik kommt nicht umhin, die einzelnen Bedarfssituationen abzugrenzen, um zu bestimmen, ab wann und für welchen Personenkreis eine sozialpolitische Sicherung als notwendig erachtet wird. Pflegebedürftigkeit wird dabei generell über das Kriterium der „Körperbezogenheit des Bedarfs“ abgegrenzt. Das Pflegeversicherungsgesetz definiert den Kreis der Anspruchsberechtigten über eine Bedarfsgrenze von mindestens täglichem Bedarf bei zwei Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlichem hauswirtschaftlichen Hilfebedarf in vergleichsweise engen Grenzen (vgl. Abschnitt 2.2). Auch hier erfolgt demnach die Abgrenzung der Anspruchsberechtigten über Art und Umfang des Hilfebedarfs, der den Betreuungsaufwand (mindestens täglicher Bedarf) definiert.

Im Folgenden werden anhand dieser Kriterien vier Stufen der Betreuungsbedürftigkeit gebildet. Als „Pflegebedürftige“ werden dabei diejenigen bezeichnet, deren Bedarfslage im Wesentlichen – soweit dies mit den vorliegenden Daten ermittelt werden kann – die Kriterien für den Erhalt von Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz erfüllt<sup>40</sup>. Bei der Erhebung der ADL-/IADL-Items wurde zwar nicht nach dem benötigten Betreuungsaufwand gefragt,

---

<sup>40</sup> Die zur Abgrenzung der Pflegebedürftigen von den akut Kranken gesetzlich festgelegte dauerhafte Hilfebedürftigkeit, das heißt „voraussichtlich für mindestens 6 Monate“ (§ 14 SGB XI), lässt sich mit den Daten der Berliner Altersstudie nicht feststellen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Anteil, der aufgrund einer akuten Krankheit nur kurzfristige Beeinträchtigungen bei den Alltagsaktivitäten aufweist, in einer Querschnitterhebung eher gering ist. Um einen Eindruck von der Größenordnung zu bekommen, wurde für fünf basale ADL (Aufstehen, Ankleiden, zur Toilette gehen, Baden/Duschen und Essen) ein Vergleich der Daten der Ersterhebung mit denen des IP vorgenommen (vgl. auch Abschnitt 4.1). Der durchschnittliche zeitliche Abstand zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten betrug etwa drei Monate. 123 Studienteilnehmer gaben in der Ersterhebung an, Hilfe bei zumindest einem der fünf basalen ADL zu benötigen. Von diesen gaben nur drei Personen (2,4 %) zum späteren Zeitpunkt keine funktionalen Beeinträchtigungen an.

über Anzahl und Art der Aktivitäten, bei denen Hilfe benötigt wird, lässt sich dies jedoch weitgehend nachzeichnen und so eine Einteilung in folgende Gruppen vornehmen:

*Pflegebedürftige:* Diese Gruppe umfasst den Personenkreis, der die Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes erfüllt, das heißt täglichen Pflegebedarf aufweist. Diese Personen weisen Beeinträchtigungen im Bereich der elementaren ADL auf. Da von diesen nicht alle tägliche Hilfe erfordern (z.B. Baden, Treppensteigen), werden – in Anlehnung an das Pflegeversicherungsgesetz – Personen, die bei *mindestens zwei elementaren ADL und zusätzlich bei den instrumentellen ADL* der Hilfe bedürfen, in dieser Gruppe zusammengefasst<sup>41</sup>.

*Hilfebedürftige:* In dieser Gruppe werden Personen zusammengefasst, die bei *einer elementaren Aktivität des täglichen Lebens* beeinträchtigt sind. Idealtypischerweise sind dies Personen, die nicht notwendigerweise tägliche Hilfe benötigen, aber doch zumindest wöchentlich oder sogar mehrfach wöchentlich auf fremde Hilfe angewiesen sind.

*Geringfügig Hilfebedürftige:* Diese Gruppe umfasst den Personenkreis, der zwar bei *keiner der elementaren ADL, aber bei mindestens einer der instrumentellen ADL* der Hilfe bedarf. Das Ausmaß benötigter Hilfe ist bei diesen Personen im Vergleich zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen geringer, eine regelmäßige Hilfe ist allerdings – zumindest beim Einkaufen – auch hier erforderlich.

*Selbstständige:* Diese Gruppe umfasst diejenigen, die alle aufgeführten elementaren und instrumentellen Alltagsaktivitäten ohne fremde Hilfe ausüben können.

Die Pflege-, Hilfe- und geringfügig Hilfebedürftigen bilden zusammen die Gruppe derer, die – in unterschiedlichem Umfang – Hilfe benötigen. Als Bedarfsgruppen sind alle drei Personenkreise mit Beeinträchtigungen von Bedeutung, auch wenn der jeweils benötigte Hilfeaufwand und die Grenzen einer selbstständigen Lebensführung qualitativ unterschiedlich ausgeprägt sind. Die Berücksichtigung auch leichterer Ausprägungen von Hilfebedürftigkeit trägt dem Umstand Rechnung, dass die Übergänge zwischen Selbstständigkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit fließend sind.

Die Tabelle 5.2 gibt einen Überblick über das anhand der beschriebenen Abgrenzung ermittelte Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung insgesamt sowie im Altersverlauf. Obwohl die Betreuungssituation im nächsten Abschnitt (5.2) genauer betrachtet wird, ist in der Tabelle zusätzlich das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs getrennt für private Haushalte und stationäre Einrichtungen<sup>42</sup> ausgewiesen, da diesen Angaben eine grundlegende Bedeutung zukommt. Zudem soll ein Vergleich mit anderen Untersuchungen ermöglicht werden (vgl. Tab. 3.1). Bei der Unterscheidung zwischen den einzelnen Heimarten gilt es zu berücksichtigen, dass die Bedarfslage zum Zeitpunkt des Interviews erfasst wurde und nicht zum Zeitpunkt des Heimübergangs<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> Alle Personen, die bei mindestens zwei elementaren ADL auf fremde Hilfe angewiesen waren, benötigten auch bei den instrumentellen Aktivitäten Hilfe. Die Einschränkung, dass zusätzlicher Bedarf im Bereich der IADL vorliegen muss, ist von daher obsolet. Bei denen, die nur bei einer ADL beeinträchtigt waren, gaben demgegenüber immerhin noch 16 Personen (21 %) an, bei den IADL nicht auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Von diesen 16 benötigten acht Personen Hilfe beim Baden oder Duschen, zwei beim Treppensteigen, einer beim Anziehen, und fünf waren permanent stuhlinkontinent.

<sup>42</sup> Im Folgenden werden als stationäre Einrichtungen bzw. Heime die Alten-, Kranken- und Pflegeheime sowie Krankenhäuser/Stationen für chronisch Kranke zusammengefasst. Seniorenwohnhäuser werden demgegenüber den privaten Haushalten zugerechnet (vgl. Definitionen in Abschnitt 2.1).

<sup>43</sup> Die Frage der Bedeutung der Bedarfslage für den Heimübergang wird in Abschnitt 5.2 behandelt. Dort wird dann auch das beschriebene Problem der fehlenden Daten zur Bedarfslage zum Zeitpunkt des Heimübergangs erörtert.



Tabelle 5.2: Hilfe- und Pflegebedarf nach Altersgruppen und Wohnform (in %)

Altersgruppen	Selbstständig (N = 222)	Bedarfslage			Drei Bedarfsgruppen insgesamt (N = 294)	N
		Geringfügig hilfebedürftig (N = 105)	Hilfebedürftig (N = 75)	Pflegebedürftig (N = 114)		
70 bis 74 Jahre	83,7	9,3	5,8	1,2	16,3	86
75 bis 79 Jahre	73,3	10,5	8,1	8,1	26,7	86
80 bis 84 Jahre	51,2	22,1	17,4	9,3	48,8	86
85 bis 89 Jahre	27,9	25,6	20,9	25,6	72,1	86
90 bis 94 Jahre	9,3	32,6	16,3	41,9	90,8	86
95 Jahre und älter	12,8	22,1	18,6	46,5	87,2	86
<i>Insgesamt</i>						
Stichprobe	43,0	20,3	14,5	22,1	56,9	516
Population <sup>1</sup>	56,2	17,8	13,5	12,4	43,7	516
Privathaushalt <sup>1</sup>	61,4	16,8	12,7	9,1	38,6	442
Stationäre Einrichtung <sup>1</sup>	2,2	28,9	22,2	46,7	97,8	74
Seniorenheim	3,3	36,7	30,0	30,0	96,7	45
Kranken-, Pflegeheim	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	13
Krankenhaus für chronisch Kranke	0,0	25,0	0,0	75,0	100,0	16

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind statistisch signifikant mit  $p < 0,01$ .

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angaben der Fallzahlen beruhen auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Die Tabelle 5.2 verdeutlicht noch einmal nachdrücklich, dass der Pflegebedarf mit dem Alter kontinuierlich zunimmt. Die stärkste Zunahme ist in der Altersgruppe 85 bis 89 Jahre zu verzeichnen. Liegen die Anteile in den Altersgruppen bis 84 Jahre noch unter 10 Prozent, so sind in der Altersgruppe 85 bis 89 Jahre bereits etwa ein Viertel und bei den über 95-jährigen sogar nahezu die Hälfte pflegebedürftig. Demgegenüber ist bei der Hilfebedürftigkeit der Altersverlauf weniger dramatisch. Zwar nimmt auch hier der Anteil bis zu den 85- bis 89-jährigen kontinuierlich zu, bleibt dann jedoch bis in die höchste Altersgruppe relativ konstant oder geht sogar leicht zurück. Offenbar führen Verschlechterungen im Gesundheitszustand in den höchsten betrachteten Altersgruppen zu weitreichenderen Einschränkungen bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten, sodass häufiger und intensivere Hilfe benötigt wird. Betrachtet man sich den Anteil derjenigen, die zu einer selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung in der Lage sind, so reduziert sich dieser Anteil von über 80 Prozent bei den 70- bis 74-jährigen auf etwa 10 Prozent in den beiden höchsten Altersgruppen. Insgesamt sind unter den 70-jährigen und Älteren über 12 Prozent pflege- und fast 14 Prozent hilfebedürftig, das heißt, fast 26 Prozent benötigen regelmäßige Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens. Zusätzlich sind etwa 18 Prozent auf weniger intensive und häufige Hilfe angewiesen.

Bei den über 69-jährigen, die in Privathaushalten leben, zeigt sich, dass 9 Prozent pflege- und knapp 13 Prozent hilfebedürftig sind. Weitere 16 Prozent benötigen bei zumindest einer instrumentellen Aktivität Hilfe oder Unterstützung, womit die Ergebnisse im mittleren Bereich vergleichbarer Untersuchungen liegen (vgl. Abschnitt 3.1.2). Mit Blick auf die Heim-

bewohner kann es kaum verwundern, dass nahezu die Hälfte dieser Gruppe pflegebedürftig und etwa 70 Prozent hilfe- oder pflegebedürftig sind. Diese Ergebnisse stützen die in anderen Untersuchungen gefundenen Ergebnisse, dass der weitaus überwiegende Teil der Heimbewohner auf regelmäßige Hilfe angewiesen ist. Nur ein verschwindend geringer Teil der Heimbewohner benötigt keine Hilfe bei den basalen und instrumentellen Verrichtungen. Dies führt dazu, dass bei einem Ausschluss von Heimbewohnern das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs erheblich unterschätzt wird. Da der Anteil der Heimbewohner in den höheren Altersgruppen drastisch zunimmt, sind hier die Auswirkungen auf die Gesamtprävalenz noch wesentlich ausgeprägter.

Um einen genaueren Eindruck von den Personen in den einzelnen Bedarfsgruppen und den Einschränkungen, von denen sie betroffen sind, zu erhalten, erfolgt in Tabelle 5.3 ein Überblick über Einschränkungen bei einzelnen Verrichtungen getrennt nach den Bedarfsgruppen. Hierbei ist zu beachten, dass geringfügig Hilfebedürftige nur im Bereich der IADL Einschränkungen aufweisen können. Hilfebedürftige können darüber hinaus in der Ausübung einer elementaren Verrichtung auf Hilfe angewiesen sein. Insbesondere bei dieser Gruppe ist von Interesse, bei der Ausübung welcher einzelnen Aktivitäten Beeinträchtigungen auftreten. Bei den Pflegebedürftigen kann – gemäß den Abgrenzungskriterien – ein Hilfebedarf bei zwei bis zehn Verrichtungen vorliegen. Insgesamt zeigt sich, dass knapp 31 Prozent (N = 35) bei zwei, 21 Prozent (N = 24) bei drei, 14 Prozent (N = 16) bei vier, 15 Prozent (N = 17) bei fünf, 11 Prozent (N = 13) bei sechs, 7 Prozent (N = 8) bei sieben und eine Person<sup>44</sup> (1 %) bei acht elementaren Verrichtungen auf Hilfe angewiesen sind

Generell gilt, dass der Hilfebedarf bei beiden IADL weit verbreitet ist. Wie bereits erwähnt, bedeuten Einschränkungen bei zwei oder mehr elementaren Verrichtungen immer auch Hilfebedürftigkeit bei den instrumentellen Aktivitäten. Liegt nur eine Beeinträchtigung bei einer basalen Aktivität vor (Hilfebedürftige), handelt es sich in nahezu der Hälfte der Fälle um die Aktivität „Baden, Duschen“. Einschränkungen beim „Spaziergehen“, „Treppensteigen“ sowie „Harninkontinenz“ treten ebenfalls häufiger ohne weitere ADL-Einschränkungen auf. Hilfebedürftigkeit bei den Aktivitäten „Kämmen“, „Zur Toilette gehen“, „Ins Bett gehen und aufstehen“ sowie „Essen“ tritt offenbar nie ohne weitere Einschränkungen in basalen Verrichtungen auf. Bei den Pflegebedürftigen zeigt sich demgegenüber, dass in allen Bereichen Hilfebedürftigkeit auftreten kann. Allerdings gibt es auch hier Aktivitäten, die selten, und solche, die sehr häufig nur mit Hilfe oder gar nicht verrichtet werden können.

Das Ausmaß der Beeinträchtigungen in der selbstständigen Lebensführung variiert aber nicht nur mit dem Alter, sondern auch nach dem Geschlecht. Frauen und Männer weisen im Altersverlauf unterschiedliche Anteile von Hilfe- und Pflegebedürftigen auf. Wie in Tabelle 5.4 zu erkennen ist, sind die Anteile derer, die keine Schwierigkeiten in der Ausführung

---

<sup>44</sup> Es handelt sich hierbei um einen 94-jährigen Mann, der mit seiner 81-jährigen Frau zusammen zur Miete wohnt und zeitweilig kinderlos geblieben ist. Er ist in der Lage, selbstständig zu essen, und ist nicht stuhlinkontinent, bei allen anderen ADL-/IADL ist er auf Hilfe angewiesen. Mit 3200,- DM verfügen sie über ein durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen, das sich aus den gesetzlichen Renten der beiden und seiner Kriegsopferversorgung zusammensetzt. Hilfe erhält er – außer von seiner Frau – täglich von Nachbarn, Freunden bzw. Bekannten und seit kurzem ein- bis zweimal pro Woche von Mitarbeitern der Sozialstation. Die Kosten dafür in Höhe von 855,- DM pro Monat übernimmt die Krankenversicherung. Er übt keinerlei Aktivitäten außerhalb des Haushalts mehr aus, nutzt aber mehrmals jährlich den Telebus als Transportmittel. Trotz seines schlechten gesundheitlichen Zustands kann er sich einen Umzug in ein Heim nicht vorstellen.

Tabelle 5.3: Hilfe- und Pflegebedürftige nach Einschränkungen bei einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens (in %; Mehrfachnennungen)

Alltägliche Aktivitäten	Bedarfsausprägungen		
	Geringfügig hilfebedürftig	Hilfebedürftig	Pflegebedürftig
Baden, Duschen	×	48,6	89,1
Kämmen	×	0,0	11,8
Anziehen	×	6,9	45,5
Zur Toilette gehen und sie benutzen	×	0,0	28,2
Treppensteigen	×	11,1	77,3
Spaziergehen	×	18,1	78,2
Ins Bett gehen und aufstehen	×	0,0	25,5
Essen	×	0,0	4,5
Blasenkontrolle (permanent inkontinent)	×	11,1	14,5
Mastdarmkontrolle (permanent inkontinent)	×	4,2	7,3
Einkaufen gehen	71,8	73,6	100,0
Transportmittelbenutzung	73,8	70,9	100,0
Fallzahlen	105	75	114

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

basaler und instrumenteller Tätigkeiten zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung haben, bei den Männern in allen Altersgruppen deutlich höher als bei den Frauen. Bei Letzteren geht dieser Anteil in der Altersgruppe 85 bis 89 Jahre besonders drastisch – von 44 Prozent bei den 80- bis 84-Jährigen auf 14 Prozent – zurück, bei den Männern lässt sich ein vergleichsweise dramatischer Rückgang in der Selbstversorgungsfähigkeit bei den 90- bis 94-Jährigen auf ebenfalls 14 Prozent beobachten.

Tabelle 5.4: Hilfe- und Pflegebedarf nach Altersgruppen und Geschlecht (in %)

Altersgruppen	Bedarfsausprägung							
	Selbstständig		Geringfügig hilfebedürftig		Hilfebedürftig		Pflegebedürftig	
	Männer (N = 131)	Frauen (N = 91)	Männer (N = 52)	Frauen (N = 53)	Männer (N = 33)	Frauen (N = 42)	Männer (N = 42)	Frauen (N = 72)
70 bis 74 Jahre	90,7	76,7	2,3	16,3	7,0	4,7	0,0	2,3
75 bis 79 Jahre	79,1	67,4	11,6	9,3	2,3	14,0	7,0	9,3
80 bis 84 Jahre	58,1	44,2	16,3	27,9	16,3	18,6	9,3	9,3
85 bis 89 Jahre	41,9	14,0	23,3	27,9	14,0	27,9	20,9	30,2
90 bis 94 Jahre	14,0	4,7	39,5	25,6	20,9	11,6	25,6	58,1
95 Jahre und älter	20,9	4,7	27,9	16,3	16,3	20,9	34,9	58,1
<i>Insgesamt</i>								
Stichprobe	50,8	35,3	20,2	20,5	12,8	16,3	16,3	27,9
Population <sup>1</sup>	70,7	51,1	12,2	19,8	9,3	15,0	7,8	14,1

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Die Geschlechtsunterschiede sind allerdings nicht für alle Bedarfsgruppen gleichermaßen deutlich. Bei den nur im Bereich der instrumentellen Aktivitäten auf Hilfe Angewiesenen (geringfügig Hilfebedürftige) sind die Anteile bei den Männern in den beiden oberen Altersgruppen sogar höher als bei den Frauen. Auch bei den Hilfebedürftigen entsprechen die Geschlechtsunterschiede in den höchsten Altersgruppen nicht mehr der allgemeinen Tendenz: Bei den Männern ist hier in der Altersgruppe der 90- bis 94-Jährigen der Anteil höher als bei den Frauen, und in der höchsten Altersgruppe ist der Anteil bei den Frauen nur wenig größer als bei den Männern. Demgegenüber sind die Frauen erheblich häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen, was sich insbesondere in den obersten Altersgruppen zeigt. Gehen die höheren Anteile beeinträchtigter Frauen in den unteren Altersgruppen stärker auf die höheren Anteile bei den (geringfügig) Hilfebedürftigen zurück, so ist in den höchsten Altersgruppen der höhere Anteil an Pflegebedürftigen ausschlaggebend.

Betrachtet man sich die 70-Jährigen und Älteren insgesamt, erhalten die jüngeren Altersgruppen bei den Männern ein höheres Gewicht als bei den Frauen. Bei den Männern stellen die 95-Jährigen und Älteren einen Anteil von 3 Prozent an allen über 69-Jährigen, bei den Frauen sind es immerhin knapp 6 Prozent. Von daher sind die Anteile bei den Frauen in allen Bedarfsgruppen bei der an die Alters- und Geschlechtsverteilung der Population angepassten Verteilung deutlich höher. Der höhere Anteil älterer hilfe- und pflegebedürftiger Frauen im Vergleich zu dem Anteil älterer hilfe- und pflegebedürftiger Männer an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe ist demnach – unter der Bedingung des starken Anstiegs des Anteils der Hilfe- und Pflegebedürftigen mit dem Alter – eine Folge der höheren Lebenserwartung der Frauen.

Die Geschlechtsunterschiede innerhalb der Altersgruppen – vor allem der höchsten Altersgruppen – lassen sich jedoch nur dann als eine Folge der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen verstehen, wenn auch die Lebenserwartung chronisch kranker Frauen höher ist als die der chronisch kranken Männer. Setzt man also voraus, dass relativ gesehen hilfe- und pflegebedürftige Männer früher sterben, während hilfe- und pflegebedürftige Frauen auch in den hohen Altersgruppen tendenziell länger leben, erscheint es plausibel, dass Frauen im höheren Alter eher hilfe- und pflegebedürftig sind. Sollte aber die Lebenserwartung chronisch kranker Männer und Frauen gleich sein, spiegeln die höheren Anteile hilfe- und pflegebedürftiger alter Frauen eine in der Tat in allen Altersgruppen – insbesondere auch den höchsten – höhere Wahrscheinlichkeit der Frauen wider, hilfe- bzw. pflegebedürftig zu werden. Das bekannte Paradox, dass Frauen zwar eine höhere Lebenserwartung, gleichzeitig aber auch eine in allen Altersgruppen höhere Morbiditätsrate aufweisen als Männer, verleitet zur Annahme, dass sowohl die höhere Lebenserwartung der hilfe- und pflegebedürftigen Frauen als auch eine in allen Altersgruppen höhere Wahrscheinlichkeit einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit für die mit dem Alter zunehmend größeren Anteile hilfe- und pflegebedürftiger Frauen im Vergleich zu den Männern verantwortlich sind. Im Zusammenhang mit der Mortalitätsrate hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wird darauf noch einmal genauer eingegangen.

### 5.1.2 Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und dementielle Erkrankungen

Zu trennen von den Beeinträchtigungen bei den Alltagsaktivitäten sind die Ursachen, die zu diesen Beeinträchtigungen geführt haben. Obwohl sich die vorgestellte Liste – ebenso wie die sozialrechtliche Abgrenzung der Pflegebedürftigkeit – auf körperbezogene Verrichtungen bezieht, kann die gleiche Beeinträchtigung durch sehr unterschiedliche Ursachen – physische

wie psychische – bedingt sein. Es ist jedoch wenig bekannt darüber, in welchem Umfang Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung unmittelbar durch psychische bzw. hirnorganische Beeinträchtigungen und in welchem Umfang durch körperliche Einschränkungen verursacht werden (Bickel, 1994; Schäufele, 1994; Schneekloth & Potthoff, 1994). Berücksichtigt werden muss dabei, dass hilfe- und vor allem pflegebedürftige ältere Menschen oftmals unter mehrfachen – körperlichen und/oder psychischen – Krankheiten leiden, sodass eine eindeutige Zuordnung zu einer verursachenden Krankheit nicht möglich ist.

Von besonderem Interesse ist es indes abschätzen zu können, in welchem Umfang psychische Veränderungen beteiligt sind. Den hirnorganischen Psychosyndromen kommt dabei eine außerordentliche Bedeutung zu, denn diese „sind die häufigsten und folgenschwersten psychischen Erkrankungen des höheren Lebensalters“ (Bickel, 1994, S. 640). Demenzen sind also nicht nur die weitaus häufigsten Ursachen für eine psychische Auffälligkeit im Alter – abgesehen von der Depression treten andere psychische Erkrankungen (z.B. Angststörungen, Schizophrenien, Alkoholmissbrauch usw.) äußerst selten auf (Schäufele, 1994; Helmchen u.a., 1996) –, ihnen kommt auch eine Schlüsselrolle im Hinblick auf die Selbstständigkeit im Alter zu. So ist „in den fortgeschrittenen Erkrankungsstadien (...) eine selbstständige Lebensführung in der Regel nicht mehr möglich. Bei mittelschweren Demenzen wird, sofern Gedächtnisverlust, Desorientiertheit, Sprachstörungen und Antriebslosigkeit nicht schon zur völligen Abhängigkeit von Dritten geführt haben, zumindest Beaufsichtigung und Anleitung nötig. Im Zustand einer schweren Demenz können auch die einfachsten Alltagsverrichtungen nicht mehr bewältigt werden.“ (Bickel, 1994, S. 640) Zwar treten auch Depressionen im höheren Lebensalter in durchaus nennenswertem Ausmaß auf – die Prävalenz der spezifiziert diagnostizierten Depression liegt bei etwa 9 Prozent bei den über 69-Jährigen (Helmchen u.a., 1996) –, ein Zusammenhang mit dem Alltagsverhalten konnte indes nicht nachgewiesen werden. Zusätzlich ist unklar, ob eine Depression die Folge der Hilfebedürftigkeit oder ob umgekehrt die Hilfebedürftigkeit eine Folge der Depression ist.

Angesichts dessen, dass gerade die Betreuung und Pflege von Dementen außerordentlich zeit- und arbeitsaufwendig und darüber hinaus für die Pflegepersonen – auch für professionelle Pflegekräfte, die zumeist nur eine unzureichende psychogeriatrische Qualifikation besitzen – extrem belastend ist, werden im Folgenden die Einschränkungen bei den Alltagsaktivitäten im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen betrachtet. Das Ziel ist hierbei nicht, einen umfassenden Überblick über die Ursachen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu geben, sondern zu überprüfen, ob der sich aus den wenigen epidemiologischen Repräsentativstudien abzeichnende Eindruck, dass Demenzen für den Pflegebedarf im Alter hauptverantwortliche Erkrankungen sind, auch mit der vorliegenden Untersuchung gestützt werden kann. Zudem soll geprüft werden, inwieweit mit der Operationalisierung und Abgrenzung der Hilfe- und der Pflegebedürftigkeit anhand körperbezogener Verrichtungen auch schwere psychische Erkrankungen in ihren Folgen erfasst werden und wie groß neben dem Hilfebedarf bei den körperbezogenen Verrichtungen das Ausmaß der Demenzerkrankungen ist. Letzteres ist insbesondere mit Blick auf Häufigkeit und Art der Betreuung von erheblicher Bedeutung (Schäufele, 1994).

Auch in der „Begutachtungsanleitung Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“, in der die Kriterien für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen eines Hausbesuchs des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) festgelegt sind, soll das Vorliegen von hirnorganischen Erkrankungen ermittelt werden. Zur Objektivierung des Befunds ist der Begutachtungsanleitung der Mini-Mental-Status beigefügt. Allerdings dient die Beurteilung

mittels des Mini-Mental-Status nicht der Einstufung in die Pflegestufen, diese ist ausschließlich auf der Grundlage der Bewertung des Hilfebedarfs bei den gesetzlich vorgeschriebenen Verrichtungen vorzunehmen. Die Beurteilung mittels des Mini-Mental-Status soll aber eine Hilfe für den Gutachter bei der Gesamtbeurteilung der Prüfung und für die Empfehlungen an die Pflegekasse sein (MDK, Stand: Januar 1995). Bei dem Verfahren zur Prüfung des Vorliegens einer – sozialrechtlich relevanten – Pflegebedürftigkeit erfolgt also speziell für die dementiellen Erkrankungen ebenfalls eine über die Erhebung der Aktivitäten des täglichen Lebens hinausgehende Bewertung.

Zwei Sichtweisen sind bei der Betrachtung zu unterscheiden. Zum einen die Frage, wie häufig Demenzerkrankungen an einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit beteiligt sind. Hier gilt es festzustellen, bei wie vielen der hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen eine Demenz diagnostiziert wurde. Zum anderen kann untersucht werden, wie viele Personen, die an einer Demenzerkrankung leiden, hilfe- oder pflegebedürftig sind, das heißt wie gut Demenzen in ihren Auswirkungen mit der vorgestellten, auf körperbezogenen Verrichtungen basierenden Tätigkeitsliste erfasst werden. Im Folgenden werden beide Betrachtungsweisen dargestellt. Die zu Grunde gelegte Demenzdiagnose beruht auf Untersuchungen der Studienteilnehmer durch Psychiater (vgl. für eine genaue Beschreibung: Helmchen u.a., 1996). Verwendet wurden die Geriatric Mental State Examination (GMS-A: Copeland u.a., 1976; Gurland u.a., 1976; McWilliam u.a., 1988) und der History and Aetiology Schedule (HAS: Copeland u.a., 1976). Die klinische Diagnose erfolgte gemäß den DSM-III-R-Kriterien (American Psychiatric Association, 1987).

Die in Tabelle 5.5<sup>45</sup> aufgeführten Zeilenprozentage geben Auskunft darüber, wie häufig Demenzerkrankungen an einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit beteiligt sind. Die Frage, inwieweit die Einschränkungen der Selbstständigkeit unmittelbar durch die Demenzen verursacht sind, lässt sich mit den vorliegenden Daten zwar nicht beantworten, festzustellen ist allerdings, dass Demenzen häufig beteiligt sind. Schon geringfügig Hilfebedürftige, Hilfe- und in stärkerem Ausmaß Pflegebedürftige leiden signifikant häufiger an dementiellen Erkrankungen als in ihrer Selbstständigkeit nicht beeinträchtigte Personen. Von den Letztgenannten leiden nur insgesamt 5 Prozent an einer dementiellen Erkrankung, wobei es sich überwiegend um leichte Demenzen handelt. Demgegenüber wurde bei etwa 45 Prozent der Pflegebedürftigen eine Demenzerkrankung diagnostiziert. In der Hälfte dieser Fälle, das heißt, bei 23 Prozent aller Pflegebedürftigen, handelt es sich dabei um schwere Demenzen. Je größer also die funktionalen Behinderungen der alten Menschen sind, desto häufiger treten auch schwere Demenzen auf oder umgekehrt.

Die Spaltenprozentage der Tabelle 5.5 geben an, wie viele der als dement diagnostizierten alten Menschen bei den basalen und instrumentellen Aktivitäten auf Hilfe angewiesen sind. Festzustellen ist dabei, dass die Operationalisierung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit über vornehmlich körperbezogene Verrichtungen offenbar auch die Folgen von Demenzerkrankungen sehr gut erfasst. Schon leichte Demenzen haben spürbare negative Folgen im Hinblick auf die alltäglichen Verrichtungen und damit die Fähigkeit zur selbstständigen Lebens-

---

<sup>45</sup> Die Prozentwerte in der Tabelle beruhen auf den ungewichteten Daten. Auf eine Gewichtung wurde hier verzichtet, da es um den Zusammenhang von Demenz und Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit geht und angenommen werden kann, dass dieser Zusammenhang unabhängig vom Alter ist. Bei einer Gewichtung der Daten nach Alter und Geschlecht verändert sich die Verteilung im Übrigen nur unwesentlich.

Tabelle 5.5: Hilfe- und Pflegebedarf und Schweregrad der Demenz (in %)<sup>1</sup>

Bedarfsausprägung	Demenzdiagnose				Fallzahlen
	Nicht	Leicht	Mittel	Schwer	
Selbstständig	95,0 (51,8)	3,6 (21,6)	1,4 (6,1)	0,0 (0,0)	222
Geringfügig hilfebedürftig	69,5 (17,9)	10,5 (29,7)	13,3 (42,4)	6,7 (20,5)	105
Hilfebedürftig	80,0 (14,7)	6,7 (13,5)	6,7 (15,2)	6,7 (12,8)	75
Pflegebedürftig	55,3 (15,5)	11,4 (35,1)	10,5 (36,4)	22,8 (66,7)	114
Fallzahlen	407	37	33	39	516

Die Unterschiede sind statistisch signifikant mit  $p < 0,01$ .

<sup>1</sup> In jeder Zelle stehen jeweils die Zeilenprozentage, die angeben, wie groß der Anteil der nicht, leicht, mittel und schwer Demenzen an der jeweiligen Bedarfsgruppe ist. In der Klammer dahinter stehen jeweils die Spaltenprozentage, die angeben, wie groß der Anteil der Selbstständigen, geringfügig Hilfebedürftigen, Hilfebedürftigen und Pflegebedürftigen an der jeweiligen Demenzdiagnosegruppe ist.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

führung. Während von den nicht dementen Personen über die Hälfte keine fremde Hilfe benötigt, ist bei den leicht Demenzen nur jeder fünfte ohne Beeinträchtigungen bei den basalen bzw. instrumentellen Aktivitäten. Mit dem Schweregrad der Demenz nehmen auch die Auswirkungen auf den Hilfebedarf zu. Von den mittelschwer Demenzen sind nur noch sehr wenige (6 %) in der Lage, die alltäglichen Verrichtungen ohne fremde Hilfe auszuführen, unter den schwer Demenzen findet sich niemand mehr, der ohne Hilfe zurechtkommt. Dass mit dem Schweregrad der Demenzerkrankungen auch die Folgen für das tägliche Leben gravierender werden, lässt sich auch daran erkennen, dass von den schwer Demenzen 66 Prozent pflegebedürftig sind. Von den mittelschwer und leicht Demenzen ist etwa ein Drittel pflegebedürftig, während der Anteil der Pflegebedürftigen an den nicht dementen Personen in der stratifizierten Stichprobe mit 15 Prozent vergleichsweise niedrig ist. Demenzerkrankungen werden also bei der Operationalisierung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit über körperbezogene Verrichtungen nahezu vollständig mit erfasst. Allerdings gibt es doch einen kleineren Teil – insbesondere bei den leichten Demenzen –, die keine Hilfebedürftigkeit bei den körperbezogenen Verrichtungen aufweisen. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird deshalb die Demenzdiagnose zusätzlich berücksichtigt werden. Insbesondere im Zusammenhang mit der Betreuungssituation ist anzunehmen, dass es Unterschiede zwischen dementen und nicht dementen alten Menschen innerhalb der einzelnen Bedarfsgruppen gibt.

### 5.1.3 Mortalität und Bedarfslage

Nicht allein die Anzahl hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ist für das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs maßgebend, sondern auch die zeitliche Ausdehnung, das heißt die Dauer, die Individuen in diesem Zustand verbringen. Obwohl in der Berliner Altersstudie keine Informationen darüber vorliegen, wie lange die Funktionsbeeinträchtigungen schon andauern, ist es aufgrund von Zusatzinformationen möglich, eine grundlegende Verlaufsdimension zu betrachten. Die vom Einwohnermeldeamt für alle zufällig aus dem Melderegister gezogenen Personen in regelmäßigen Abständen zur Verfügung gestellten Informationen über das Sterbe-

geschehen und gegebenenfalls das Sterbedatum erlauben es, die Sterbewahrscheinlichkeiten getrennt für die Bedarfsgruppen zu analysieren. In der Tabelle 5.6 ist der Prozentanteil, der innerhalb eines Jahres, sowie der Anteil, der innerhalb von zwei Jahren nach dem ersten Interview gestorben ist, für die Bedarfsgruppen getrennt dargestellt. Da hierbei der Zusammenhang zwischen dem Hilfe- und Pflegebedarf und der Sterblichkeit interessiert, wird auf die Gewichtung der Daten verzichtet. Um allerdings einen Eindruck von der Gesamtmortalität bei den über 69-Jährigen zu bekommen, sind in der letzten Zeile der Tabelle die gewichteten Anteile wiedergegeben.

Die Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen den Bedarfsgruppen sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen offensichtlich. Während von den Selbstständigen im ersten Jahr nach dem Interview nur eine Person und im Zeitraum von zwei Jahren 4,5 Prozent gestorben sind, ergibt sich für die Pflegebedürftigen mit einem Anteil von 20 Prozent nach einem Jahr und 38 Prozent nach zwei Jahren eine beträchtlich höhere Sterblichkeit. Die Mortalität ist auch bei den geringfügig Hilfebedürftigen und den Hilfebedürftigen höher als bei den Selbstständigen. Mit 7 bzw. 5 Prozent, die ein Jahr, und 18 bzw. 22 Prozent, die zwei Jahre nach dem ersten Interview gestorben waren, liegen die Anteile zwischen denen der Selbstständigen und denen der Pflegebedürftigen. Die Unterschiede zwischen den geringfügig Hilfebedürftigen und den Hilfebedürftigen sind indes verhältnismäßig gering – ein Hinweis darauf, dass gerade hier die Grenzen fließend sind.

In der Umkehrung der Fragestellung nach dem Anteil der Hilfe- und Pflegebedürftigen an allen, die innerhalb eines Jahres nach dem Interview gestorben sind – was insbesondere mit Blick auf die notwendigen Versorgungsleistungen für die Älteren von weit reichender Bedeutung ist –, lässt sich aus Tabelle 5.6 berechnen, dass etwa zwei Drittel (65,7 %) pflegebedürftig, aber nur knapp 3 Prozent (eine Person) selbstständig waren. Dies bedeutet, dass fast jeder vor dem Tod einen mehr oder weniger langen Zeitraum auf die – zumeist intensive – Hilfe von anderen Personen angewiesen ist. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kein Einzelschicksal darstellt, sondern jeden mit hoher Wahrscheinlichkeit treffen kann.

Tabelle 5.6: Ein-Jahres- und Zwei-Jahres-Mortalität nach Bedarfslage (in %)

Bedarfsgruppen	Anteil verstorben innerhalb eines Jahres nach dem ersten Interview				Anteil verstorben innerhalb von zwei Jahren nach dem ersten Interview			
	Männer	Frauen	Insgesamt	N	Männer	Frauen	Insgesamt	N
Selbstständig	0,0	1,1	0,5	1	4,6	4,4	4,5	18
Geringfügig hilfebedürftig	11,5	1,9	6,7	7	25,0	11,5	18,3	19
Hilfebedürftig	9,1	2,4	5,4	4	24,2	19,5	21,6	16
Pflegebedürftig	31,7	13,9	20,4	23	53,7	29,2	38,1	43
<i>Insgesamt</i>								
Stichprobe	8,6	5,1	6,8	35	19,1	15,2	17,2	88
Population <sup>1</sup>	4,5	3,2	3,9	35	10,3	8,2	8,6	88

Die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen sind in allen Spalten der Tabelle statistisch signifikant mit  $p < 0,01$ .

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und (bei den Gesamtangaben) Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.



Besondere Aufmerksamkeit verdienen auch die Geschlechtsunterschiede in der Sterblichkeit. So zeigt sich in allen Bedarfsgruppen eine niedrigere Sterblichkeit der Frauen gegenüber den Männern. Interessanterweise sind diese Differenzen jedoch unterschiedlich groß. Während sich in den Anteilen Verstorbener bei den Selbstständigen keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede zeigen, ist bei den Hilfebedürftigen eine erkennbar höhere Sterblichkeit der Männer zu beobachten. Bei den Pflegebedürftigen ist dieser Geschlechtsunterschied offenbar noch größer. Über die Hälfte der pflegebedürftigen Männer ist innerhalb von zwei Jahren nach dem Interview gestorben, gegenüber einem knappen Drittel bei den pflegebedürftigen Frauen.

Wie bereits weiter oben dargestellt, sind die Altersunterschiede zwischen den Bedarfsgruppen verhältnismäßig groß, sodass die in Tabelle 5.6 dargestellte höhere Sterblichkeit der Hilfe- und Pflegebedürftigen auch eine Folge dieser Altersunterschiede sein kann. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Geschlechtsunterschiede und die Unterschiede dieser Geschlechtsdifferenzen zwischen den Bedarfsgruppen statistisch signifikant sind. Mithilfe einer logistischen Regression (Kühnel, Jagodzinski & Terwey, 1989; Urban, 1989) lassen sich die Sterbewahrscheinlichkeiten für die einzelnen Bedarfsgruppen alterskontrolliert ermitteln.

Die logische Regression hat die allgemeine Form:

$$\hat{y} = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)}$$

Die exponierten Regressionskoeffizienten lassen sich als so genannte „odds ratios“ interpretieren. Bei zweifach gestuften (dichotomen) unabhängigen Variablen kann ein odds ratio direkt als Wahrscheinlichkeitsverhältnis der Ausprägungen dieser Variablen interpretiert werden. So bedeutet ein odds ratio von 2,0 auf der Variablen Geschlecht mit den Ausprägungen 0 für Männer und 1 für Frauen, dass das Sterberisiko der Frauen doppelt so groß ist wie das der Männer. Bei stetigen unabhängigen Variablen ist zu beachten, dass die in odds ratios ausgedrückten Wahrscheinlichkeitsverhältnisse in den Einheiten der unabhängigen Variablen skaliert sind. Wird also beispielsweise das Alter in Jahren gemessen und der odds ratio betrüge 1,1, so wäre die Sterbewahrscheinlichkeit eines 71-Jährigen 1,1-mal größer als die eines 70-Jährigen. Zu beachten ist, dass die odds ratios multiplikativ und nicht additiv wirken. Dies bedeutet, dass mehrfache Änderungen auf einer kontinuierlichen unabhängigen Variablen nicht einfach addiert werden können, sondern multipliziert werden müssen. Steigt also die Altersvariable um eine weitere Einheit an, ändert sich das Verhältnis wiederum um den Faktor 1,1. Die Gesamtänderung, also die Änderung um zwei Einheiten auf der Altersvariablen (entsprechend zwei Jahre), beträgt dann  $1,1 \times 1,1 = 1,1^2 = 1,21$ . Die Sterbewahrscheinlichkeit eines 72-Jährigen im Vergleich zu einem 70-Jährigen wäre folglich um das 1,21-fache und entsprechend die eines 73-Jährigen im Vergleich zu einem 70-Jährigen um das  $1,1^3 = 1,33$ -fache größer. Ein odds ratio von 1,0 zeigt an, dass sich das Risiko – im Vergleich zur Referenzkategorie bei kategorialen Variablen bzw. bei einer Veränderung um eine Einheit auf der unabhängigen Variable bei kontinuierlichen Variablen – nicht verändert. Bei dem Vergleich verschiedener Einfluss-Stärken unabhängiger Variablen innerhalb einer Schätzgleichung ist zu beachten, dass die Größe der odds ratios durch die Skalierungsform der jeweiligen unabhängigen Variablen bestimmt wird.

Die erste Spalte der Tabelle 5.7 gibt das Ergebnis einer logistischen Regression wieder, bei der neben dem Alter auch das Geschlecht kontrolliert wurde. Als abhängige Variable wurde

Tabelle 5.7: Zwei-Jahres-Mortalität (logistische Regression; odds ratios)

	Modell 1	Modell 2	Modell 3: Männer	Modell 4: Frauen
Alter/10	2,13***	2,25***	1,89**	2,71***
Geschlecht (w = 1, m = 0)	0,49***	1,12	×	×
<i>Bedarfsausprägung</i> <sup>1</sup>				
Geringfügig hilfebedürftig	2,90**	3,72**	4,17**	1,30
Hilfebedürftig	3,84***	3,98**	4,37**	2,13
Pflegebedürftig	7,10***	12,29**	13,79***	2,36**
<i>Geschlecht × Bedarfsausprägung</i>				
Frauen × geringfügig hilfebedürftig	×	0,41	×	×
Frauen × hilfebedürftig	×	0,63	×	×
Frauen × pflegebedürftig	×	0,24**	×	×
McFadden Pseudo-R <sup>2</sup>	0,18	0,19	0,22	0,15
N	513	513	257	256

Signifikanzniveau: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

<sup>1</sup> Referenzkategorie: selbstständig.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

aufgrund der Fallzahlen die Zwei-Jahres-Mortalität gewählt. Die in der Tabelle 5.7 abgebildeten odds ratios für die Bedarfsgruppen geben von daher an, um wie viel höher das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach dem Interview zu sterben, in den einzelnen Bedarfsgruppen relativ zur Vergleichs- oder Referenzgruppe ist. Die Altersvariable wurde für die logistischen Regressionen durch zehn dividiert, sodass eine Änderung um eine Einheit bei der Altersvariablen einer Zunahme bzw. Abnahme von zehn Jahren entspricht.

Die gemeinsame Betrachtung von Männern und Frauen (Modell 1 in Tab. 5.7) zeigt, dass sich die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von zwei Jahren nach dem Interview zu sterben bei einer Änderung um eine Einheit auf der Altersvariablen – dies entspricht einem Altersunterschied von zehn Jahren – mehr als verdoppelt (odds ratio = 2,13). Unabhängig von der Bedarfsausprägung ist also das Sterberisiko eines 80-Jährigen im Vergleich zu einem 70-Jährigen um mehr als das Doppelte größer, und die Sterbewahrscheinlichkeit eines 90-Jährigen ist im Vergleich zu einem 70-Jährigen um das 4,54-fache und entsprechend die eines 100-Jährigen im Vergleich zu einem 70-Jährigen um das  $2,13^3 = 9,67$ -fache größer. Die Bedarfsgruppen haben auch bei Kontrolle des Alters und des Geschlechts einen signifikanten Effekt auf das Sterberisiko. So haben geringfügig Hilfebedürftige ein nahezu 3-fach größeres, Hilfebedürftige ein 3,8-fach größeres und Pflegebedürftige sogar ein 7-fach größeres Risiko als Selbstständige, innerhalb von zwei Jahren zu sterben. Allerdings zeigt sich auch, dass die Sterblichkeit im betrachteten Zeitraum bei den Frauen nur etwa halb so groß ist wie bei den Männern (odds ratio = 0,49).

Um zu überprüfen, ob die Sterbewahrscheinlichkeit von Frauen im Vergleich zu den Männern mit zunehmendem Bedarf immer geringer wird, wurde ein Interaktionsterm (Geschlecht × Bedarfsausprägung) in die logistische Regression aufgenommen (Modell 2 in Tab. 5.7). Anhand der Ergebnisse aus Tabelle 5.6 war zu vermuten, dass keine Geschlechtsunterschiede im Sterberisiko von selbstständigen Männern und Frauen, demgegenüber aber deutliche

Unterschiede zwischen pflegebedürftigen Männern und Frauen bestehen. Die zweite Spalte der Tabelle 5.7 zeigt zwar, dass die Interaktion zwischen Geschlecht und Bedarfsgruppe insgesamt nicht statistisch signifikant ist ( $p = 0,28$ ), für die Pflegebedürftigen ergibt sich jedoch ein signifikanter Unterschied ( $p < 0,05$ ), und auch bei den Hilfebedürftigen zeigt sich die in der Tendenz erwartete Differenz. Der Geschlechtseffekt ist nach der Einführung des Interaktionseffekts nicht mehr signifikant, sodass davon auszugehen ist, dass der Geschlechtsunterschied im Wesentlichen auf die Sterblichkeitsunterschiede zwischen den pflegebedürftigen Männern und Frauen und – statistisch nicht signifikant – den hilfebedürftigen Männern und Frauen zurückzuführen ist.

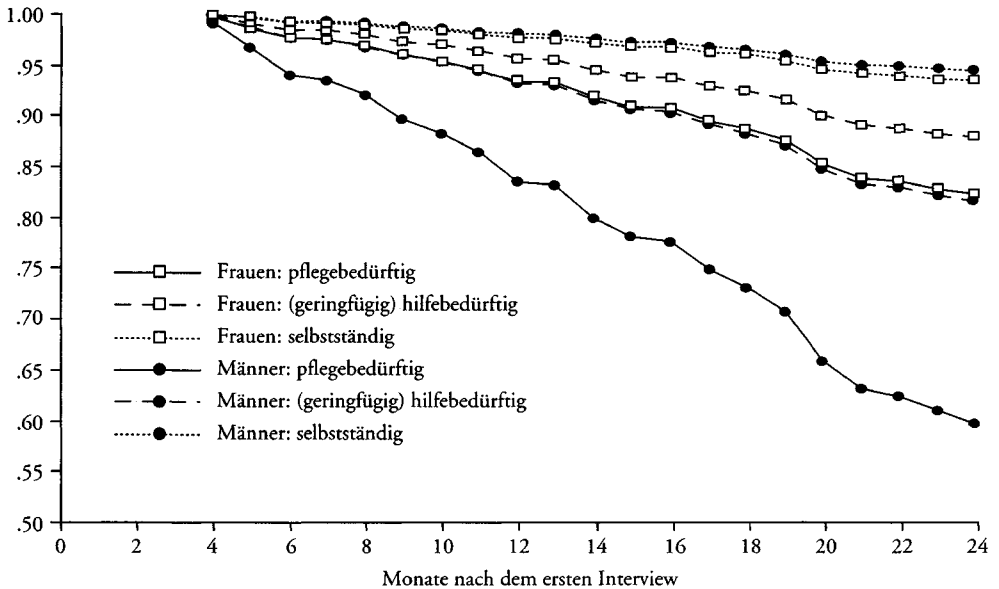
Von daher wurde die logistische Regression zusätzlich für Männer und Frauen getrennt berechnet (Spalten 3 und 4 in Tab. 5.7). Hier zeigt sich dann, dass die Unterschiede zwischen Männern und Frauen enorm sind. Während bei den Männern das Sterberisiko der geringfügig Hilfebedürftigen und der Hilfebedürftigen mehr als 4-mal und das der Pflegebedürftigen sogar fast 14-mal höher liegt als das der Selbstständigen, sind die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen bei den Frauen erheblich kleiner. Im Vergleich zu den selbstständigen Frauen ist die Sterbewahrscheinlichkeit von geringfügig hilfebedürftigen Frauen um den Faktor 1,30, die der hilfebedürftigen Frauen um den Faktor 2,13 und die der pflegebedürftigen Frauen um den Faktor 2,36 größer. Überdies erweist sich nur das Sterberisiko der pflegebedürftigen Frauen als statistisch signifikant höher als das der selbstständigen Frauen. Die in den Daten gefundene höhere Sterblichkeit der geringfügig hilfebedürftigen und der hilfebedürftigen Frauen kann somit auch eine Folge zufälliger Schwankungen sein. Auf jeden Fall kann festgehalten werden, dass die Bedarfslage im Hinblick auf das Mortalitätsgeschehen bei den Frauen bedeutend weniger einflussreich ist als bei den Männern.

Der Verlauf des Sterbegeschehens über den Zwei-Jahres-Zeitraum hinweg, lässt sich mithilfe des Proportional-Hazards-Regressionsmodells von Cox (1972) altersstandardisiert darstellen. Da die Unterschiede zwischen geringfügig Hilfebedürftigen und Hilfebedürftigen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nicht allzu groß sind, wurden die beiden Gruppen für die graphische Darstellung zusammengefasst. Im Gegensatz zu den logistischen Regressionen gibt die Überlebenskurve in Abbildung 5.1 Auskunft über den zeitlichen Verlauf des Sterbegeschehens innerhalb der zwei Jahre nach dem ersten Interview.

Klar erkennbar ist der größere Unterschied zwischen den einzelnen Bedarfsgruppen bei den Männern im Vergleich zu den Frauen. Das Muster ist allerdings bei beiden Geschlechtern identisch. Pflegebedürftige weisen jeweils die höchsten Sterberaten auf, während die Hilfebedürftigen und geringfügig Hilfebedürftigen zusammen eine mittlere Position einnehmen. Die Sterberate der pflegebedürftigen Männer und Frauen ist in beiden Fällen höher als die der jeweils anderen beiden Gruppen. Während die Überlebenskurve der selbstständigen Männer und Frauen sehr ähnlich ist – interessanterweise liegt die Kurve der Frauen hier sogar leicht unterhalb der Kurve der Männer –, zeigt sich bereits bei den (geringfügig) Hilfebedürftigen eine deutlich höhere Überlebensrate der Frauen im Vergleich zu den Männern. Für die Sterberate der pflegebedürftigen Frauen wiederum ergibt sich eine fast deckungsgleiche Kurve mit der Kurve der hilfebedürftigen Männer, während die Überlebenskurve der pflegebedürftigen Männer geradezu dramatisch abfällt. Bereits sechs Monate nach dem ersten Interview waren etwa 8 Prozent der pflegebedürftigen Männer gestorben, derweil in allen anderen Gruppen der Anteil der Verstorbenen unter 5 Prozent lag.

Die Betrachtung des Sterbegeschehens verdeutlicht eindringlich die Unverschiebbarkeit des Bedarfs. Wird, insbesondere bei jenen mit einem hohen Hilfebedarf, nicht relativ zügig

Abbildung 5.1: Zwei-Jahres-Mortalität: Überlebensfunktion nach Geschlecht und Bedarfslage (kontrolliert nach Alter; N = 513)



Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Hilfe geboten, ist die Wahrscheinlichkeit vergleichsweise hoch, dass sie bereits vor einer Hilfestellung gestorben sind. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass der Anteil der hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen trotz der relativ hohen Mortalitätsrate von Altersgruppe zu Altersgruppe ansteigt. In Bezug zu dem weiter oben angesprochenen Problem der in allen Altersgruppen höheren Wahrscheinlichkeit von Frauen, hilfe- oder pflegebedürftig zu sein, unterstützen die vorgestellten Ergebnisse zum Sterbegeschehen die These, dass dies letztlich durch die gegenüber den Männern höhere Lebenserwartung der hilfe- und pflegebedürftigen Frauen bedingt ist.

#### 5.1.4 Zusammenfassende Betrachtung

Der Anteil hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen nimmt mit dem Alter erheblich zu. Die Anteile liegen jedoch bei den Männern niedriger als bei den Frauen. Zudem ist die Zunahme mit dem Alter bei den Frauen größer als bei den Männern. Gleichzeitig ergibt sich eine überdurchschnittliche Sterblichkeit der beeinträchtigten Gruppen, die bei den Männern wiederum stärker ausgeprägt ist als bei den Frauen. Das bekannte Paradox, dass Frauen höhere Morbiditätsraten, gleichzeitig aber auch niedrigere Mortalitätsraten aufweisen als Männer, zeigt sich auch hier. Der stärkere Anstieg der hilfe- und pflegebedürftigen Frauen mit dem Alter ist allerdings auch eine Folge der höheren Lebenserwartung dieser Frauen gegenüber den gleichermaßen beeinträchtigten Männern. Trotz einer dramatisch hohen Sterblichkeit bei den

pflegebedürftigen Männern steigt allerdings auch der Anteil dieser Gruppe mit dem Alter an. Insgesamt bedeutet dies, dass die Wahrscheinlichkeit, hilfe- bzw. pflegebedürftig zu werden, mit dem Alter progressiv ansteigt.

Für die Gesamtzahl hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen bedeutet dies, dass bei weiterhin steigenden Anteilen einer Geburtskohorte, die ein sehr hohes Alter erreichen, die Anteile an dieser Geburtskohorte, die – kürzer oder länger – auf fremde Hilfe angewiesen sein werden, zunehmen werden, sofern nicht das Auftreten von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit für weite Teile der Altenbevölkerung zeitlich deutlich nach hinten verschoben werden kann. Ob dies auch zu einer Zunahme der absoluten Zahlen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen führen wird, hängt im Wesentlichen von der Stärke der Geburtskohorten ab, die in die oberen Altersklassen nachrücken. Hier ist kurzfristig mit einem Rückgang zu rechnen, da die geburtschwachen Jahrgänge der Nachkriegszeit die Altersgruppe der über 60-Jährigen erreichen. Daran anschließend werden jedoch die geburtenstarken Jahrgänge in diese Altersgruppe hineinwachsen (vgl. Abschnitt 1.2.1).

Die verhältnismäßig hohen Anteile hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen insgesamt ergeben sich letztlich aufgrund der hohen Anteile hilfe- und pflegebedürftiger Frauen, die – aufgrund der höheren durchschnittlichen Lebenserwartung – auch einen erheblich größeren Anteil an allen alten Menschen ausmachen als die Männer. Zusätzlich ist die durchschnittliche Lebenserwartung der hilfe- und pflegebedürftigen Frauen größer als die der Männer mit vergleichbaren funktionalen Beeinträchtigungen. Geht man davon aus, dass die Unterschiede in der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern abnehmen werden, sind die größten Effekte im höheren Alter, nach den vorliegenden Daten über die Angleichung der durchschnittlichen Lebenserwartung, von pflegebedürftigen Männern und Frauen zu erwarten. Dies bedeutet, dass die Sterblichkeitsrate der hilfe- und pflegebedürftigen Männer sinken müsste, was letztlich höhere Anteile von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen an allen alten Menschen nach sich ziehen würde<sup>46</sup>. Ein Absinken der Anteile hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen kann also im Wesentlichen nur durch ein insgesamt deutlich späteres Auftreten funktionaler Beeinträchtigungen, in deren Folge Einschränkungen bei der selbstständigen Haushalts- und Lebensführung auftreten, erreicht werden. Insofern kommt insbesondere präventiven Maßnahmen und aktivierenden Hilfe- und Pflegeleistungen, aber auch der Nutzung technischer Hilfsmittel eine besondere Bedeutung zu.

Die erheblich höhere Mortalitätsrate der hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen hat mit Blick auf die Hilfeleistungen auch eine praktische Konsequenz. Lange Antrags-, Wart- oder Bearbeitungszeiten bei formellen Hilfen – seien es nun intra- oder extramurale Leistungen – vergrößern die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen bereits vor der Hilfestellung verstorben sind. Die relativ hohen Sterblichkeitsraten verweisen daher auf die Notwendigkeit rascher und unbürokratischer Hilfestellung.

Eine Schlüsselrolle im Hinblick auf die selbstständige Haushalts- und Lebensführung im Alter nehmen offenbar die dementiellen Erkrankungen ein. Die Folgen schon leichter, vor

---

<sup>46</sup> Ein Absinken der Überlebenswahrscheinlichkeiten der hilfe- und pflegebedürftigen Frauen würde selbstverständlich ebenfalls zu einer Angleichung der durchschnittlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen beitragen. Allerdings gibt es für die Bundesrepublik derzeit keinerlei Anzeichen für ein Absinken der Lebenserwartung, weder bei den alten Männern noch bei den alten Frauen (Dinkel, 1992).

**Erhebung der funktionellen Kapazität durch die Forschungseinheit „Innere Medizin und Geriatrie“ (ADL-/IADL-Liste)**

*Funktionelle Kapazität (ADL & IADL)*

Jetzt möchte ich Ihnen noch einige Fragen über Tätigkeiten des täglichen Lebens stellen. Zunächst geht es um alltägliche Tätigkeiten, von denen Ihnen die eine oder andere vielleicht Mühe bereitet oder die Sie nicht mehr allein bewältigen können.

Ich werde Ihnen dazu jetzt einige Beispiele nennen, und Sie sagen mir bitte, ob Sie dabei Hilfe benötigen oder allein zurechtkommen.

- |     |   |                               |   |
|-----|---|-------------------------------|---|
| 001 | Ein Bad nehmen (oder Duschen):  |                               |   |
|     | 05 – völlig selbstständig   | 00 – benötigt Hilfe           |   |
| 002 | Das Haar kämmen und bürsten:  |                               |   |
|     | 05 – völlig selbstständig   | 00 – benötigt Hilfe           |   |
| 003 | Schuhe und Strümpfe anziehen, Knöpfe oder Reißverschlüsse auf- und zumachen:  |                               |   |
|     | 10 – völlig selbstständig   | 05 – benötigt Hilfe           | 00 – allein nicht möglich                               |
| 004 | Zur Toilette gehen und sie benutzen:  |                               |   |
|     | 10 – völlig selbstständig   | 05 – teilweise mit Hilfe      | 00 – allein nicht möglich                               |
| 005 | Treppensteigen:   |                               |   |
|     | 10 – völlig selbstständig   | 05 – mit Unterstützung        | 00 – nicht möglich                                      |
| 006 | Spaziergehen (zu ebener Erde):  |                               |   |
|     | 10 – völlig selbstständig   | 05 – mit Unterstützung        | 00 – nicht möglich                                      |
| 007 | Ins Bett gehen und Aufstehen:   |                               |   |
|     | 15 – völlig selbstständig   | 05 – teilweise mit Hilfe      | 00 – bettlägerig  |
| 008 | Essen:  |                               |   |
|     | 15 – völlig selbstständig   | 05 – teilweise mit Hilfe      | 00 – allein nicht möglich                               |
| 009 | Blasenkontrolle:  |                               |   |
|     | 10 – kontinent  | 05 – gelegentlich inkontinent | 00 – permanent inkontinent                              |
| 010 | Mastdarmkontrolle:  |                               |   |
|     | 10 – kontinent  | 05 – gelegentlich inkontinent | 00 – permanent inkontinent                              |
| 011 | Gehen Sie selbst regelmäßig zum Einkaufen, oder benötigen Sie jemanden, der das für Sie erledigt?   |                               |   |
|     | 10 – völlig selbstständig   | 05 – benötigt Unterstützung   | 00 – kann weder allein noch mit Unterstützung einkaufen |
| 012 | Stellen Sie sich vor, Sie müssten morgen in einen Außenbezirk der Stadt, zum Beispiel nach Lübars oder nach Kladow, würden Sie jemanden brauchen, der Ihnen hilft, dorthin zu kommen? |                               |   |
|     | 10 – Nein, völlig selbstständig   | 05 – Ja, benötigt Hilfe       | 00 – weder allein noch mit Hilfe möglich                |

allem aber mittelschwerer und schwerer Demenzen auf die funktionalen Fähigkeiten sind erheblich. Aus den vorgestellten Ergebnissen lässt sich indes nicht ohne weiteres ableiten, dass die Bekämpfung dementieller Erkrankungen die Anteile hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen senken würde, da die Ursachen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht untersucht wurden. Die große Zahl pflegebedürftiger Älterer, bei denen eine Demenz diagnostiziert wurde, belegen jedoch die nicht zu unterschätzende Bedeutung dieser Erkrankungen für den Hilfe- und Pflegebedarf im Alter.

Weiterhin ließ sich zeigen, dass der Anteil hilfe- und vor allem pflegebedürftiger Menschen in den stationären Einrichtungen außerordentlich hoch ist. Eine Schätzung der Gesamtprävalenz ohne Einbeziehung der Heimbewohner vernachlässigt demnach eine wichtige Gruppe unter den alten Menschen, zumal die Heimquote mit dem Alter rapide ansteigt. Aufgrund des enormen Hilfe- und Pflegebedarfs bei den Heimbewohnern und der hohen Mortalitätsrate von Hilfe- und Pflegebedürftigen kann ebenfalls von einer hohen Sterblichkeitsrate unter den Heimbewohnern ausgegangen werden. Darauf wird, ebenso wie auf die vermutlich ebenfalls hohen Anteile dementer alter Menschen in den Heimen, im weiteren Verlauf der Arbeit noch ausführlicher eingegangen.

Im Hinblick auf die Hilfeleistungen bei der häuslichen und pflegerischen Versorgung der beeinträchtigten alten Menschen sind die Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz von weitreichender Bedeutung. So gilt nicht nur, dass etwa zwei Drittel der über 69-Jährigen Frauen sind, sondern auch, dass die Anteile der auf fremde Hilfe angewiesenen Personen bei den Frauen höher sind als bei den Männern. Zusätzlich benötigen Frauen diese Hilfeleistungen im Durchschnitt länger als Männer. Nun sind es aber gerade die Frauen, die aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung zumeist ohne einen (Ehe-)Partner leben müssen und damit auch auf eine wichtige Ressource für Hilfe- und Unterstützungsleistungen verzichten müssen.

## **5.2 Die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter**

Hilfe- und Pflegeleistungen für ältere Menschen werden in unterschiedlichen institutionellen und sozialen Kontexten erbracht. Eine grundlegende These in dieser Arbeit ist, dass die Betreuungs- und Pflegesituation der hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen in erheblichem Maße auch von der schon vor Eintritt einer Behinderung vorhandenen Verfügbarkeit sozialer Netze sowie erreichbarer Dienste und Einrichtungen bestimmt wird. In diesem Abschnitt werden deshalb die haushaltsexternen Helfer und die Haushalts- bzw. Lebensform der Älteren untersucht.

Die im Folgenden zu Grunde gelegte Kategorisierung der Helfer folgt dabei der in Abschnitt 3.2 vorgestellten Systematisierung der hauswirtschaftliche und/oder pflegerische Hilfe leistenden Sozialsysteme. Wesentlich ist hierbei die Unterscheidung des informellen und formellen Hilfesystems, die auf der Ebene der Hilfebeziehung getroffen wird. Formelle Helfer sind dabei im Gegensatz zu den informellen Helfern durch eine professionelle Hilfebeziehung gekennzeichnet. Bei den formellen Hilfequellen ist zwischen intramuralen, das heißt stationären Einrichtungen und extramuralen bzw. ambulanten Hilfen zu unterscheiden. Ambulante Hilfeleistungen können überdies von organisierten Diensten (Sozialstationen, Gemeindegewerkschaft, fahrbarer Mittagstisch, Telebus usw.) und von privat bzw. selbst organisierten Helfern (hierunter fallen kommerzielle und parakommerzielle Helfer wie Haushaltshilfen, Zueh- oder Putzfrauen, freiberufliche Krankenschwestern bzw. -pfleger usw.) übernommen

werden. Bei den informellen Hilfen muss insbesondere zwischen haushaltsinternen und haushaltsexternen Helfern unterschieden werden. Unter haushaltsinternen Helfern werden Personen verstanden, die mit dem befragten älteren Menschen zusammenleben, während Personen, die in den Haushalt der Befragten kommen, um Hilfeleistungen zu erbringen, als haushaltsexterne Helfer bezeichnet werden. Von Bedeutung ist ebenfalls die Frage, in welchem Umfang das außerfamiliale Netzwerk in das hilfeleistende System einbezogen ist (vgl. Abschnitt 3.2, insbesondere auch Abb. 3.1).

### 5.2.1 Erhebung und Operationalisierung

In der Berliner Altersstudie wurden die von den Befragten in Anspruch genommenen Hilfeleistungen von der Forschungseinheit „Soziologie und Sozialpolitik“ erhoben. Die im Folgenden verwendete Einteilung von Hilfeleistungen basiert dabei auf mehreren Fragen, wobei der hauptsächliche Teil der Erhebung des hilfeleistenden Systems im Rahmen der Befragung zur Haushaltssituation stattfand. Hier wurde zunächst getrennt zwischen Personen, die in einem privaten Haushalt, und Personen, die in einer stationären Einrichtung (Seniorenheim, Kranken- bzw. Pflegeheim und Krankenhaus für chronisch Kranke) leben. Bei den in stationären Einrichtungen lebenden Personen wurde dann unter anderem erfragt, seit wann sie in diesem Heim leben, und weiterführende Informationen zu ihrer Wohnsituation im Heim (Einzelzimmer oder Mehrbettzimmer, Garten, Balkon oder Terasse vorhanden, eigene Möbel vorhanden usw.) erhoben. Bei den in privaten Haushalten lebenden Älteren wurde unter anderem ermittelt, ob in den vergangenen vier Wochen jemand in die Wohnung bzw. das Haus des Befragten gekommen ist, um Hausarbeiten oder andere Dinge zu erledigen<sup>47</sup>. Falls dies zutraf, wurde erfragt, um wen es sich dabei handelt (Kinder, Enkel, sonstige Verwandte, Nachbarn, Freunde, Bekannte, Helfer von der Sozialstation, privat organisierte Hilfen, kirchliche Betreuer oder andere, die dann offen vercodet wurden)<sup>48</sup>, wie oft sie diese Unterstützung während der vergangenen vier Wochen (täglich, 3- bis 6-mal pro Woche, 1- bis 2-mal pro Woche oder seltener)<sup>49</sup> und seit wann sie diese Unterstützung erhalten<sup>50</sup>. Auch im Fragebogenteil zur wirtschaftlichen Lage und sozialen Sicherung wurde für die in Privathaushalten lebenden Studienteilnehmer erfragt, ob sie Haushalts-, Einkaufs- oder Pflegehilfen erhalten, wer gegebenenfalls die Kosten für diese Hilfen trägt und in welcher Höhe<sup>51</sup>.

Die Fragen des Haushalts- und des Ökonomieteils wurden im Rahmen der Fragebogenedition abgeglichen, wobei die Interviewer im Falle von unklaren oder widersprüchlichen Angaben bei den Studienteilnehmern zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal nachfragen

---

<sup>47</sup> Frage 238: „Ist während der vergangenen vier Wochen jemand zu Ihnen in die Wohnung/ins Haus gekommen, um für Sie Hausarbeiten oder andere Dinge zu erledigen?“

<sup>48</sup> Frage 239: „Wer ist es, der zu Ihnen kommt?“ Die Antwortvorgaben finden sich im Text.

<sup>49</sup> Frage 240: „Wie oft haben Sie diese Unterstützung während der vergangenen vier Wochen erhalten?“

<sup>50</sup> Frage 241: „Seit wann erhalten Sie diese Unterstützung?“

<sup>51</sup> Es muss jedoch hinzugefügt werden, dass nahezu die Hälfte der Befragten keine Angaben über die Höhe der Beträge machen konnten oder wollten.

Frage 813: „Erhalten Sie Haushalts-, Einkaufs- oder Pflegehilfen?“

Frage 814: „Wer trägt die Kosten dieser Hilfe und in welcher Höhe?“ mit den Antwortvorgaben: *ST selbst, ein anderes Haushaltsmitglied, Verwandte, die Renten- oder Krankenversicherung, die Sozialhilfe, die Kirche oder Wohlfahrtsverbände, sonstige.*



konnten (vgl. auch M. Wagner u.a., 1996). Wesentlich ist, dass im Haushaltsteil alle haushaltsexternen Helfer, die Haushalts-, Einkaufs-, oder Pflegehilfen leisteten, erfasst wurden, während im Ökonomieteil des Fragebogens darüber hinaus auch erhoben wurde, ob die Krankenkasse, die Rentenkasse oder das Sozialamt Geldleistungen für haushaltsinterne Helfer gezahlt hat.

Zusätzlich wurde die Inanspruchnahme des fahrbaren Mittagstisches (nur für Personen in Privathaushalten)<sup>52</sup> und die Nutzung des Telebusses (für alle Befragten, d.h. auch für die Heimbewohner)<sup>53</sup> gesondert erfragt. Bereits im vorangegangenen Abschnitt 5.1 wurde darauf hingewiesen, dass für die Einschätzung des ungedeckten Hilfebedarfs im hauswirtschaftlichen Bereich auf die subjektive Bewertung der Bedarfsdeckung<sup>54</sup> zurückgegriffen werden kann.

Für Hilfe- und Pflegeleistungen, die von Personen außerhalb des Haushalts der Befragten geleistet wurden, liegen also detaillierte Informationen über Häufigkeit und Dauer vor. Leistungen von Personen innerhalb des Haushalts der Befragten lassen sich indes nur indirekt – aus der Haushaltssituation und der Bedarfslage der Befragten sowie den haushaltsextern geleisteten Hilfen – abschätzen<sup>55</sup>.

Aufgrund des retrospektiven Erhebungsdesigns des soziologischen Teils der Berliner Altersstudie ist es weiterhin möglich, nicht nur die Haushalts- und Lebensform der Älteren in Privathaushalten, sondern auch die der Heimbewohner vor dem Heimübergang zu untersuchen und so einen ersten Hinweis auf die Bedeutung von Partnern und Kindern für die Institutionalisierung zu erhalten.

Bei den Heimbewohnern muss berücksichtigt werden, dass der Gesundheitszustand und vor allem Beeinträchtigungen bei der Verrichtung der Alltagsaktivitäten nicht retrospektiv erhoben wurden. Die Bedarfslage kann demnach nicht für den Zeitpunkt des Heimübergangs, sondern nur zum Zeitpunkt des Interviews ermittelt werden. Es lässt sich jedoch kein starker Zusammenhang zwischen der Dauer des Heimaufenthalts, die zwischen einem Monat und 15 Jahren variiert, und der Bedarfslage feststellen (Korrelationskoeffizient  $\eta = .15$ ). Bei einem Vergleich von Heimbewohnern, die erst seit relativ kurzer Zeit dort leben (maximal 18 Monate,  $N = 17$ ), und solchen, die schon vor längerer Zeit ins Heim übersiedelten, zeigen sich zwar Unterschiede, diese sind jedoch eher gering und statistisch nicht signifikant. Von denen, die seit relativ kurzer Zeit im Heim leben, sind 12 Prozent selbstständig und 41 Prozent pflegebedürftig, während die Anteile bei denen, die schon länger im Heim leben, bei 6 Prozent (selbstständig) und 54 Prozent (pflegebedürftig) liegen. Zwischen Heimaufenthaltsdauer und Demenz lässt sich kein Zusammenhang feststellen ( $\eta = .07$ ). Zwischen den beiden Gruppen zeigen sich auch kaum Unterschiede im Anteil dementer Älterer (Dauer im Heim

---

<sup>52</sup> Frage 243: „Nehmen Sie den ‚fahrbaren Mittagstisch‘ oder den ‚stationären Mittagstisch‘ in Anspruch?“

<sup>53</sup> Frage 746: „Wenn Sie an einen Ort wollen, den Sie nicht zu Fuß erreichen können, welches Verkehrsmittel benutzen Sie meistens?“ mit den Antwortvorgaben: *eigenes Auto, öffentliches Verkehrsmittel, Telebus, Taxi, sonstiges.*

<sup>54</sup> Frage 242: „Kann die Hausarbeit für Sie so zufriedenstellend erledigt werden, oder bräuchten Sie in Ihrem Haushalt eigentlich (noch mehr) Hilfe?“

<sup>55</sup> Die empirische Erfassung von haushaltsinternen Hilfeleistungen ist allerdings auch äußerst schwierig und sieht sich mit dem Problem konfrontiert, Hilfeleistungen von den Aufgaben abzugrenzen, die im Rahmen der haushaltsinternen Arbeitsteilung schon immer verrichtet wurden. Dies trifft insbesondere auf Leistungen im Rahmen der Haushaltsführung zu. „Wird das Kochen, Wäsche Waschen und Putzen (zumeist) der Frau, die wöchentliche Einkaufsfahrt des Mannes im Alter plötzlich zur ‚Hilfeleistung‘ für den (Ehe-)Partner? Sollen diese Tätigkeiten nur dann als Hilfeleistung bewertet werden, wenn sich der Partner nicht (mehr) in der Lage sieht, sie selber auszuüben?“ (Kytir & Münz, 1992, S. 99)

< 18 Monate: 53 %, Dauer im Heim > 18 Monate: 46 %). Von daher kann die Bedarfslage zum Zeitpunkt des Interviews als Näherungswert für die Bedarfslage zum Zeitpunkt des Heimübergangs verwendet werden.

### 5.2.2 Die soziale Lebensform<sup>56</sup>

Was Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter im Einzelnen bedeutet, hängt nicht nur vom Grad der körperlichen Beeinträchtigung ab. Ebenso wichtig sind die materiellen Lebensumstände, der Wohnstandard, besonders aber die Haushaltssituation und ob Kinder in der näheren Umgebung wohnen. Insbesondere für alte Menschen mit funktionalen Beeinträchtigungen kann das Vorhandensein von Kindern oder Angehörigen im Haushalt für die Betreuungssituation von weit reichender Bedeutung sein. Gemäß dem hierarchisch-kompensatorischen Modell von Cantor (1980) richten sich die Hilfeerwartungen generell zunächst an den Partner und die Kinder und nachrangig an enge Verwandte, Freunde und organisierte Dienste. Darüber hinaus ist es unklar, ob formelle ambulante Dienste ohne zusätzliche informelle bzw. familiäre Hilfen einer Institutionalisierung älterer Menschen, zumindest beim Auftreten leichter Beeinträchtigungen, entgegenwirken können. Von daher sind nicht nur die Haushalts- und Lebensformen der bereits Hilfe- und Pflegebedürftigen von Interesse, sondern die der Älteren insgesamt.

Bereits in Abschnitt 4.1 wurde aufgezeigt, dass die hier betrachteten Geburtskohorten (1886–1922) zu einem außergewöhnlich hohen Anteil zeitlebens kinderlos geblieben sind. So ergibt sich bei der Betrachtung der 70-jährigen und älteren West-Berliner für die Männer ein Anteil von 22 Prozent, die zeitlebens kinderlos geblieben sind bzw. alle Kinder bereits überlebt haben. Bei den Frauen ist dieser Anteil noch höher und liegt bei 29 Prozent. Von den Frauen leben etwa 72 Prozent der 70-Jährigen und Älteren allein in einem privaten Haushalt und zusätzlich 10 Prozent in einer stationären Einrichtung. Bei den Männern leben demgegenüber nur ungefähr 31 Prozent allein und zusätzlich nur etwa 4 Prozent in einem Heim.

Bei einer Betrachtung der Haushaltsmitglieder zeigt sich, dass die älteren Menschen überwiegend nur mit ihrem (Ehe-)Partner zusammenleben. 12 Prozent der Frauen leben nur mit dem (Ehe-)Partner zusammen, 4 Prozent mit mindestens einem Kind und knapp 2 Prozent mit sonstigen Personen (zumeist andere Verwandte wie z.B. Geschwister). Bei den Männern leben 61 Prozent ausschließlich mit einem (Ehe-)Partner und 3,5 Prozent mit mindestens einem Kind in einem gemeinsamen Haushalt<sup>57</sup>.

Die Analyse der Haushaltsformen darf aber zu voreiligen Schlussfolgerungen über den Grad der Isolation alter Menschen in unserer Gesellschaft verleiten. Insbesondere auch mit Blick auf mögliche Hilfe- und Pflegeleistungen ist zwar die räumliche Nähe von Kindern und Eltern von Bedeutung, gleichwohl ist ein gemeinsamer Haushalt keine notwendige Vorausset-

---

<sup>56</sup> Der Begriff der sozialen Lebensform wird hier im Sinne des englischen Begriffs „living arrangements“ verwendet. Im Gegensatz zur Haushaltsform werden hierbei auch in der Nähe wohnende Kinder mit berücksichtigt. Als in der Nähe wohnende Kinder werden alle in der gleichen Stadt – also in Berlin – lebenden Kinder bezeichnet.

<sup>57</sup> Das Zusammenleben mit (Ehe-)Partner und Kind(ern) ist sehr selten, sodass eine Betrachtung als gesonderte Gruppe nicht sinnvoll erscheint. Insgesamt waren es fünf Personen, die sowohl mit einem Ehepartner als auch mit einem der Kinder in einem gemeinsamen Haushalt lebten. Die fünf Personen werden im Folgenden der Gruppe, die mit Kindern zusammenlebt, zugeordnet.

zung für die Erbringung bzw. die Inanspruchnahme solcher Leistungen. Bei einer Betrachtung der räumlichen Nähe von Eltern und Kindern ergibt sich, dass bei 55 Prozent der Frauen und 63 Prozent der Männer zumindest ein Kind in Berlin lebt. Insgesamt wohnen bei 22 Prozent aller über 69-jährigen West-Berliner Eltern sämtliche Kinder in großer räumlicher Distanz.

Die Häufigkeit einzelner Haushaltstypen bzw. Lebensformen variiert auch innerhalb der älteren Generation je nach Lebensalter. Einen Eindruck davon vermittelt die Abbildung 5.2, in der die soziale Lebensform von Älteren in Privathaushalten getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt ist.

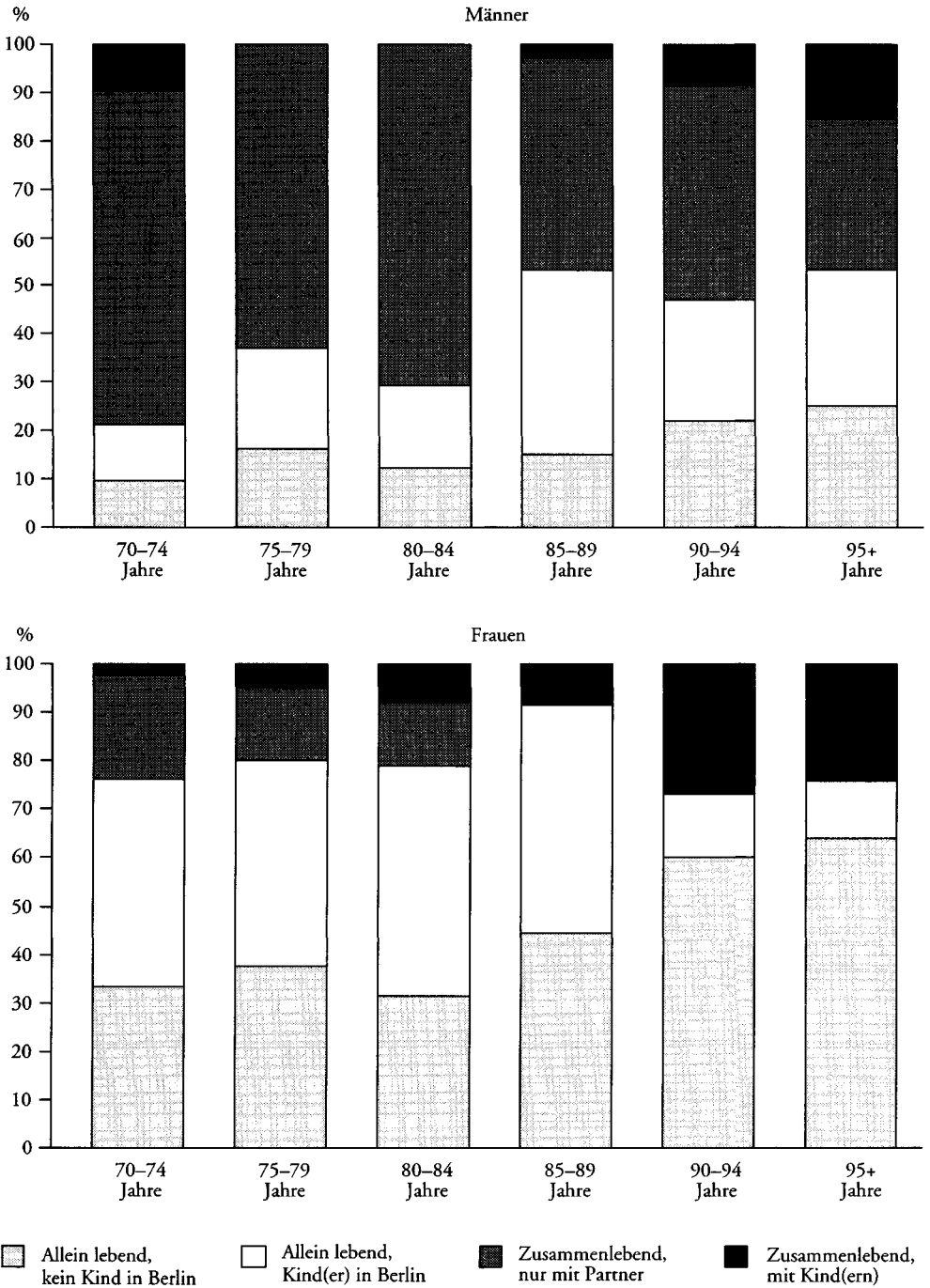
Die Wahrscheinlichkeit, mit einem (Ehe-)Partner in einem gemeinsamen Haushalt zu leben, nimmt für Männer und Frauen mit dem Alter deutlich ab. Die Bedeutung der reinen Altenhaushalte geht mit steigendem Alter drastisch zurück, wobei der Anteil der mit einer Partnerin zusammenlebenden Männer in allen Altersgruppen wesentlich höher ist als bei den Frauen. Selbst in der höchsten Altersgruppe leben noch über 30 Prozent der Männer mit einer Partnerin zusammen, während dieser Anteil bei den Frauen bereits ab dem 85. Lebensjahr verschwindend gering wird. Das mit dem Alter steigende Verwitwungsrisiko der Frauen und ihre geringeren Wiederverheiratungschancen sind hierfür maßgeblich verantwortlich. Dementsprechend ist der Anteil Alleinlebender bei den Frauen größer als bei den Männern.

Der Anteil der Älteren, die allein leben und keine Kinder in der Wohnnähe haben, nimmt mit dem Alter bei Männern und Frauen zu. Allerdings gilt auch hier, dass dieser Anteil bei den Männern in der obersten Altersgruppe mit etwa 20 Prozent im Vergleich zu den Frauen gering ist, bei denen der Anteil von 30 Prozent in der jüngsten Altersgruppe auf etwa 60 Prozent in der obersten Altersgruppe ansteigt. Diese Gruppe, die sich mit Blick auf die informellen Hilferessourcen in einer besonders problematischen Situation befindet, nimmt demnach mit dem Alter und mithin der Wahrscheinlichkeit einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit zu. Befindet sich dieser Teil bei den Männern auch in der obersten Altersgruppe in der Minderheit, so stellt diese Gruppe bei den Frauen ab dem Alter 90 die Mehrheit. Unter den Frauen bis zur Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen findet sich zwar ein beträchtlicher Anteil Alleinlebender, bei diesen wohnt aber zumindest ein Kind in Berlin. Erst in den beiden obersten Altersgruppen (vor 1905 Geborene) reduziert sich dieser Anteil drastisch. Bei den 70- bis 84-jährigen Männern finden sich demgegenüber verhältnismäßig wenige Alleinlebende mit Kind(ern) in Berlin, der Anteil steigt jedoch in den beiden höchsten hier betrachteten Altersgruppen an und ist in diesen dann auch größer als bei den Frauen.

Neben dem Alter (bzw. der Kohortenzugehörigkeit) und dem Geschlecht bestimmt auch der Gesundheitszustand alter Menschen deren Lebensform und Lebensgestaltung. Die Institutionalisierung ist hier zweifellos die augenfälligste Folge einer starken gesundheitlichen Einschränkung. Der Abbildung 5.2 lässt sich auch entnehmen, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen mit dem Alter das Zusammenwohnen mit einem der Kinder ansteigt, wobei dies bei den Frauen in fast allen Altersgruppen häufiger der Fall ist als bei den Männern. Ob die Kinder nach einem Auszug wieder mit ihren alten Eltern bzw. einem alten Elternteil zusammengezogen sind und ob dies mit einer eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeit der Eltern zusammenhängt, oder ob die Kinder womöglich nie ausgezogen sind, wird weiter unten genauer untersucht. Es kann jedoch vermutet werden, dass sich diese Lebensform in vielen Fällen an den Betreuungserfordernissen orientiert.

Aufgrund der hohen Korrelation von Alter, Geschlecht und Hilfebedürftigkeit auf der einen Seite sowie Alter, Geschlecht und Verwitwungsrisiko auf der anderen Seite ist zu vermu-

Abbildung 5.2: Soziale Lebensform Älterer in Privathaushalten nach dem Geschlecht



Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

ten, dass gerade die hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen über keine familialen Hilfe- und Pflegeressourcen mehr verfügen. Eine solche Situation könnte eine Institutionalisierung bereits im Falle geringfügiger Beeinträchtigungen unvermeidbar machen, wenn aufgrund des Angebots und der Dichte sozialer Dienste und Pflegehilfen oder einer mangelnden Bereitschaft zur Inanspruchnahme solcher Hilfen das fehlende familiäre Netz nur zu einem sehr geringen Teil ersetzt werden kann. Die in Tabelle 5.8 präsentierten Zahlen verdeutlichen den Zusammenhang zwischen sozialer Lebensform und der Bedarfslage<sup>58</sup>. In der Tabelle wird zwischen den in Privathaushalten lebenden und den in stationären Einrichtungen lebenden Personen unterschieden. Für Letztere wurde die soziale Lebensform unmittelbar vor dem Heimeintritt betrachtet, um einen Eindruck von der Bedeutung für den Übergang zu be-

Tabelle 5.8: Soziale Lebensform getrennt nach Bedarfslage und Geschlecht (in %)

Bedarfsausprägung	Männer					Frauen				
	Allein lebend		Zusammenlebend mit <sup>1</sup>		Insgesamt	Allein lebend		Zusammenlebend mit <sup>1</sup>		Insgesamt
	Kein Kind in Berlin	Kind(er) in Berlin	Nur Partner	Mind. ein Kind		Kein Kind in Berlin	Kind(er) in Berlin	Nur Partner	Mind. ein Kind	
<i>Privathaushalte</i>										
Selbstständig	12,5	21,9	62,5	3,1	100	41,1	38,9	15,6	4,4	100
Geringfügig hilfebedürftig	27,3	27,3	38,6	6,8	100	41,9	39,5	7,0	11,6	100
Hilfebedürftig	14,3	17,9	64,3	3,6	100	45,7	34,3	8,6	11,4	100
Pflegebedürftig	19,4	25,8	38,7	16,1	100	46,5	30,2	0,0	23,3	100
<i>Insgesamt</i>										
Stichprobe	16,5	22,9	55,0	5,6	100	43,1	36,5	9,5	10,9	100
Population <sup>2</sup>	13,5	19,0	64,3	3,2	100	37,0	43,1	13,4	6,4	100
Fallzahlen	38	53	127	13	231	91	77	20	23	211
<i>In stationären Einrichtungen<sup>3</sup></i>										
Fallzahlen	10	6	9	2	27	34	11	0	2	47

Die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen sind bei den Männern und Frauen in Privathaushalten statistisch signifikant mit  $p < 0,05$ .

<sup>1</sup> Die wenigen Fälle, die nicht mit anderen Personen (z.B. Geschwister, Enkel o.Ä.) zusammenleben, wurden ebenso wie die fünf Fälle, die mit Partner und Kind zusammenleben, in die Gruppe der mit Kind(ern) Zusammenlebenden eingeordnet.

<sup>2</sup> Die Prozentwerte beruhen auf der nach Altersverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe.

<sup>3</sup> Bei den Personen, die in Heimen leben, ist die soziale Lebensform unmittelbar vor dem Heimübergang dargestellt. Auf eine Unterteilung nach der Bedarfslage wurde für diese Gruppe verzichtet, da der weitaus überwiegende Anteil hilfe- oder pflegebedürftig ist.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

<sup>58</sup> Auf eine Gewichtung der Stichprobe wurde hierbei verzichtet, da eine Anpassung der Altersverteilung an die der Population für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lebensform und Bedarfslage wenig sinnvoll erscheint.

kommen. Auf eine Unterteilung in die unterschiedlichen Bedarfslagen kann bei den Heimbewohnern verzichtet werden, da der weitaus überwiegende Teil hilfe- oder pflegebedürftig ist (vgl. Abschnitt 5.1).

Deutlich wird, dass die soziale Lebensform offenbar in erheblichem Maße den Heimübergang beeinflusst. Im Vergleich zu den in Privathaushalten lebenden Männern wohnten doppelt so viele der männlichen Heimbewohner vor dem Heimübergang allein und hatten keine Kinder in Berlin. Bei den Frauen zeigt sich die Bedeutung der sozialen Lebensform für den Heimübergang noch deutlicher als bei den Männern. Drei von vier institutionalisierten Frauen wohnten vor dem Heimübergang allein und hatten keine Kinder in Berlin. Nur sehr wenig Frauen (N = 2) lebten vor dem Heimübergang überhaupt mit jemandem zusammen. Bei den Frauen ist zudem der Anteil derer, die allein gelebt haben, aber Kinder in der Wohnnähe hatten, niedriger als bei den in Privathaushalten lebenden.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind bei den in Privathaushalten Lebenden in allen Bedarfslagen deutlich erkennbar. Während die häufigste Lebensform bei den Männern das Zusammenleben mit einer Partnerin in einem gemeinsamen Haushalt ist, leben die Frauen zumeist allein. Die unterschiedliche Lebenserwartung der Männer und Frauen findet ihren deutlichen Ausdruck also erwartungsgemäß in der sozialen Lebensform.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben sich vornehmlich aufgrund des Vorhandenseins eines (Ehe-)Partners. Das Zusammenleben mit Kindern ist bei Männern und Frauen sehr selten, bei den Frauen jedoch noch etwas häufiger anzutreffen als bei Männern. Der höhere Anteil der Frauen, die mit ihren Kindern zusammenleben, kann jedoch die deutlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des Zusammenlebens mit einem (Ehe-)Partner nicht kompensieren. Aufgrund dessen ergibt sich für die – in Bezug auf notwendige Hilfeleistungen – wohl prekärste soziale Lebensform „allein lebend ohne Kinder in Berlin“ ein Anteil von knapp 14 Prozent bei den über 69-jährigen Männern und ein Anteil von 37 Prozent bei den über 69-jährigen Frauen. Für beide Geschlechter gilt aber auch, dass die Anteile in dieser Gruppe bei den Pflegebedürftigen im Vergleich zu den anderen Bedarfslagen höher sind. Dieser etwas höhere Anteil dürfte auf das im Durchschnitt höhere Lebensalter der Pflegebedürftigen zurückzuführen sein. Auch der bei beiden Geschlechtern im Vergleich zu den anderen Bedarfsgruppen niedrigere Anteil der Pflegebedürftigen, die mit einem (Ehe-)Partner zusammenleben, lässt sich wahrscheinlich mit dem höheren Durchschnittsalter dieser Gruppe erklären, was dazu führt, dass überhaupt keine der pflegebedürftigen Frauen mit einem (Ehe-) Partner zusammenlebt.

Der Anteil der pflegebedürftigen Männer und Frauen, die mit Kindern zusammen in einem Haushalt leben, ist mit 16 bzw. 23 Prozent unerwartet hoch. Bei den Frauen lässt sich auch bei den geringfügig Hilfebedürftigen und den Hilfebedürftigen ein, im Vergleich zu den Selbstständigen, deutlich höherer Anteil beobachten, der mit Kindern zusammenlebt. Die Ergebnisse der Querschnittbetrachtung legen die Vermutung nahe, dass die Bedarfslage eine entscheidende Größe für das Zusammenwohnen der Generationen darstellt. Wenn keine Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit vorliegt, ziehen die Kinder offenbar nur eher selten zu einem allein lebenden Elternteil oder nehmen dieses bei sich auf. Es scheint aber so zu sein, dass die Kinder im Falle einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit eines Elternteils vermehrt mit den Eltern zusammenziehen.

Eine genauere Betrachtung des Zusammenwohnens der Generationen unter Einbeziehung der Längsschnittinformationen zeigt indes, dass nur in etwa der Hälfte der Fälle (45 %) die Kinder auch tatsächlich wieder mit ihren alten Eltern zusammengezogen sind. 55 Prozent der

mit ihren Eltern zusammenwohnenden Kinder sind demgegenüber nie zu Hause ausgezogen. Zwar variiert dies mit dem Grad der Beeinträchtigung – bei den Selbstständigen sind nur 14 Prozent der Kinder wieder mit den Eltern zusammengezogen –, doch selbst unter den Pflegebedürftigen sind 43 Prozent der Kinder nie zu Hause ausgezogen, das heißt, auch in dieser Gruppe lässt sich nur bei 57 Prozent der Älteren, die mit ihren Kindern zusammenleben, diese Lebensform auf die Pflegebedürftigkeit und die daraus entstehenden notwendigen Betreuungserfordernisse zurückführen. Der wesentliche Unterschied dürfte darin liegen, dass sich in dem einen Fall die Kinder bewusst für die Versorgung ihrer alten Eltern entscheiden, während im anderen Falle Versorgungs- und Betreuungsaufgaben aufgrund der Lebensform für die Kinder entstehen. Eine interessante Frage, die im Rahmen dieser Arbeit leider nicht behandelt werden kann, ist, inwieweit dies Auswirkungen auf die Betreuungssituation hat und ob dies zu einer stärkeren psychischen Belastung der Kinder führt.

Trotz des erheblichen Anteils pflegebedürftiger Männer und Frauen, die mit ihren Kindern zusammenleben, sind die Anteile derer, die ohne Kinder in Berlin allein leben, gerade in dieser Bedarfsgruppe besonders hoch. Bei den Männern sind es immerhin fast 20 Prozent, bei den pflegebedürftigen Frauen lebt fast die Hälfte allein und hat keine Kinder in Berlin. Daraus ergibt sich, dass bei einem sehr großen Teil der Hilfe- und Pflegebedürftigen andere, haushaltsexterne Helfer die Versorgung übernehmen müssen.

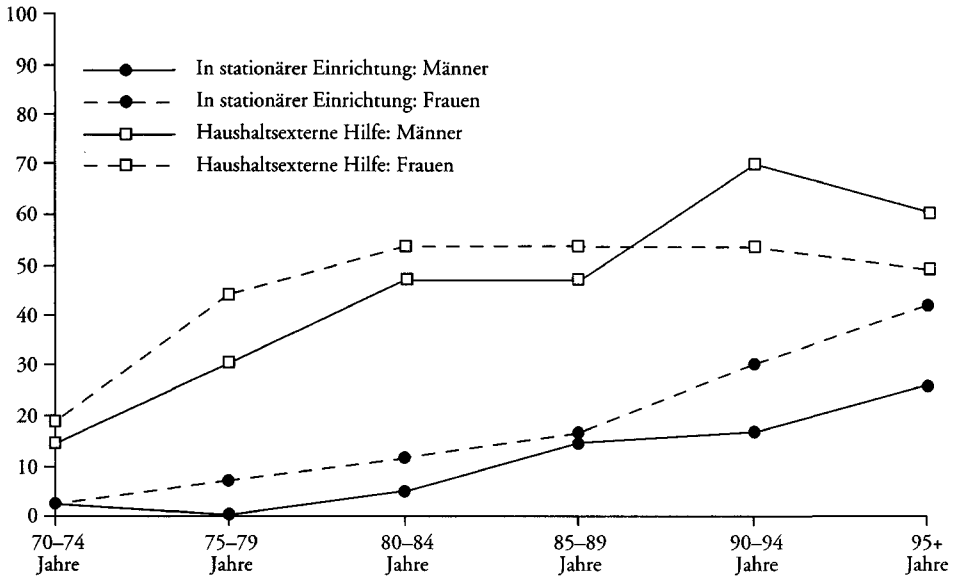
### 5.2.3 Haushaltsexterne Helfer

Bei einer Betrachtung aller instrumentellen hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen, unabhängig von der Haushaltssituation und der Bedarfslage, zeigt sich, dass bei insgesamt etwa 41 Prozent der in Privathaushalten lebenden über 69-jährigen Berliner irgendjemand ins Haus bzw. die Wohnung kommt, um häusliche und/oder pflegerische Hilfen zu leisten. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle kommt dabei nur eine Person in den Haushalt. Von den Personen, die haushaltsexterne Hilfe erhalten, sind dies 84,5 Prozent. Von zwei Personen erhalten 14,5 Prozent haushaltsexterne Hilfe und 1 Prozent von drei Personen.

Wie bereits gezeigt wurde, steigt mit dem Alter das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in der älteren Bevölkerung an, während die haushaltsinternen Hilfe- und Pflegeressourcen abnehmen. Die Abbildung 5.3 verdeutlicht, dass parallel dazu die Heimquote ebenso wie die Hilfe- und Pflegeleistungen vonhaushaltsexternen Personen mit dem Alter ansteigt.

Ein sehr großer Teil der älteren Männer und Frauen erhält entweder haushaltsexterne Hilfeleistungen oder lebt in einer stationären Einrichtung. In der obersten Altersgruppe leben nur 14 Prozent der Männer und knapp 10 Prozent der Frauen ohne haushaltsexterne Hilfe in einem Privathaushalt. Die Heimquote der Frauen ist in allen Altersgruppen höher als die der Männer. Von den 95-jährigen und älteren Frauen befinden sich 42 Prozent in einer stationären Einrichtung, während von den Männern gleichen Alters 26 Prozent in einem Heim leben. Auch der Erhalt haushaltsexterner Leistungen steigt bei beiden Geschlechtern an, wobei dieser Anteil bei den Männern in den beiden höchsten Altersgruppen den der Frauen übersteigt. Zählt man den Anteil der Älteren, die haushaltsexterne Hilfe- oder Pflegeleistungen erhalten, und den Anteil, der sich in einem Heim befindet, zusammen, bekommen die Männer in allen Altersgruppen weniger haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeleistungen. Insgesamt erhalten von allen über 69-jährigen Männern 35 Prozent haushaltsexterne Hilfe oder befinden sich in einem Heim, bei den Frauen sind es 52 Prozent. Der überwiegende Teil der anderen Männer

Abbildung 5.3: Erhalt haushaltsexterner Hilfe- und Pflegeleistungen und Heimquote im Altersverlauf nach dem Geschlecht



Obwohl in der Abbildung Querschnittdaten dargestellt sind und keine individuellen Verlaufsdaten, wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit ein Liniendiagramm gewählt.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

lebt – wie bereits gezeigt werden konnte – in einem Mehr-Personen-Haushalt, während die meisten der 70-jährigen und älteren im Privathaushalt lebenden Frauen, die keine haushaltsexterne Hilfe erhalten, allein leben.

Die eindrucksvolle Zahl der Älteren, die Hilfe- und Pflegeleistungen von Personen außerhalb des eigenen Haushalts erhalten, lässt die Frage aufkommen, wer denn diese haushaltsexternen Helfer sind. In der Tabelle 5.9 wird die Gesamtheit der von haushaltsexternen Helfern geleisteten häuslichen und pflegerischen Hilfen, unabhängig von der Bedarfslage der älteren Menschen, wiedergegeben. Dargestellt sind alle Helfer, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung in den Haushalt der älteren Menschen gekommen sind, sowie die Nutzung des fahrbaren Mittagstisches und des Telebusses. Die Tabelle gibt insofern an, in welchem Umfang solche Leistungen für alte Menschen überhaupt erbracht werden.

Da nur vier Personen Hilfeleistungen von kirchlichen Helfern erhielten, ist eine gesonderte Kategorie für diese Gruppe wenig sinnvoll. Die kirchlichen Helfer wurden deshalb der Kategorie „Sozialstation“ zugeordnet. Bei den sonstigen Helfern wurden Hilfeleistungen von Personen genannt, die nur sehr selten und unregelmäßig in Anspruch genommen werden. Es handelt sich hierbei ausnahmslos um Fensterputzer und Gardinenwäscher. Auf eine Zuordnung in die Gruppe der privat organisierten Helfer wurde zum einen aufgrund der Unregelmäßigkeit der Leistungen verzichtet. Zum anderen aber auch, da diese Hilfeleistungen oftmals zusätzlich zu den privat organisierten Helfern in Anspruch genommen werden. Darüber



Tabelle 5.9: Haushaltsexterne Helfer (Mehrfachnennungen möglich)

Haushaltsexterne Helfer	Stichprobe		Population <sup>1</sup>		
	N	Prozent	Prozent <sup>2</sup>	Prozent <sup>3</sup>	Prozent <sup>4</sup>
Keine haushaltsexterne Hilfe	210	40,7	51,6	×	×
<i>Informelle Helfer</i>					
Kind(er)	38	7,4	5,6	11,5	14,0
Sonstige Verwandte	29	5,6	4,6	9,4	11,3
Nachbarn, Freunde, Bekannte	48	9,3	6,9	14,3	17,4
<i>Formelle „ambulante“ Helfer</i>					
Sozialstation, kirchliche Helfer	34	6,6	4,3	8,9	10,8
Privat organisierte Hilfe	110	21,3	19,0	39,1	52,8
Sonstige Helfer	12	2,3	4,2	8,6	10,4
Fahrbarer Mittagstisch	39	7,6	3,4	6,9	8,4
Telebus	13	2,5	2,1	4,4	2,2
In stationären Einrichtungen	74	14,3	8,6	17,8	×

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe.

<sup>2</sup> Die Prozentwerte beziehen sich auf alle Personen.

<sup>3</sup> Die Prozentwerte in dieser Spalte beziehen sich nur auf Personen, die haushaltsexterne Hilfe erhalten.

<sup>4</sup> Die Prozentwerte in dieser Spalte beziehen sich nur auf Personen, die in Privathaushalten leben und haushaltsexterne Hilfe erhalten.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

hinaus wurden hilfeleistende Enkel (nur drei Studienteilnehmer nannten Enkelkinder als haushaltsexterne Helfer) den sonstigen Verwandten zugeordnet.

Die Auflistung der Hilfeformen und -quellen in Tabelle 5.9 zeigt, dass nahezu die Hälfte der 69-jährigen und älteren Berliner Haushalts-, Einkaufs- oder Pflegehilfe von haushaltsexternen Personen erhalten oder in einer stationären Einrichtung leben. Die häufigste haushaltsexterne Hilfequelle sind dabei die privat organisierten Hilfen. Da es sich zu einem wesentlichen Teil um hauswirtschaftliche Hilfeleistungen handelt, kommt hierin auch der Mangel an solchen Hilfen im organisierten Dienstesystem zum Ausdruck. Annähernd die Hälfte aller älteren Menschen in Privathaushalten, die haushaltsexterne Hilfeleistungen erhalten, nehmen privat organisierte Hilfen in Anspruch. Deutlich wird ebenfalls noch einmal, dass ein verhältnismäßig großer Teil der über 69-jährigen Berliner institutionalisiert ist.

Überraschend ist das Ergebnis, dass außerfamiliäre informelle Helfer (Nachbarn, Freunde, Bekannte) im Vergleich zu den Kindern der Befragten häufiger als haushaltsexterne Helfer aktiv werden. Hierbei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass Kinder im Gegensatz zu außerfamiliären Helfern auch als haushaltsinterne Helfer auftreten, das heißt mit ihren Eltern in einem gemeinsamen Haushalt leben. Die Inanspruchnahme von organisierten Diensten ist insgesamt eher gering – die Sozialstationen werden nur selten als Helfer genannt, und auch der Telebus wird von nur sehr wenigen der älteren Menschen genutzt. Einzig der fahrbare Mittagstisch wird etwas häufiger in Anspruch genommen. Zu bedenken ist dabei, dass die Aufgaben, die von den einzelnen Helfern übernommen werden, sehr verschieden sein können. Insbesondere Helfer von der Sozialstation übernehmen überwiegend pflegerische Aufgaben, während bei den privat organisierten Hilfen die hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen überwiegen.

Der Vergleich von Männern und Frauen erbringt – abgesehen von der höheren Heimquote der Frauen – nur wenige signifikante Unterschiede. Bei den in Privathaushalten lebenden Älteren nehmen mehr Frauen als Männer Hilfe- und Pflegeleistungen von den Sozialstationen in Anspruch (Männer: 3,1 %, Frauen: 5,4 %; gewichtet) und auch häufiger die Dienste von sonstigen Helfern (Männer: 0,8 %, Frauen: 5,8 %; gewichtet). Das Angebot des fahrbaren Mittagstisches nutzen dem gegenüber mehr Männer als Frauen (Männer: 6,2 %, Frauen: 2,9 %; gewichtet), was als Hinweis auf die fehlenden Fertigkeiten der Männer bei der Essenszubereitung interpretiert werden mag.

Hilfeleistungen erhalten aber nicht nur jene Personen, die von ihrem Fähigkeitspotential her darauf angewiesen sind. Insofern erlaubt eine Gegenüberstellung der Leistungen nach der Bedarfslage auch mögliche Überversorgungen zu identifizieren, wie sie insbesondere von den verschiedenen Vertretern des „Etikettierungsansatzes“ vermutet werden. Vorherrschende Altersstereotype, die Alter mit Hilfebedürftigkeit gleichsetzen, könnten dieser Annahme zufolge dazu beitragen, dass auch nicht unmittelbar notwendige Leistungen für alte Menschen erbracht werden. Da in diesem Abschnitt die haushaltsinternen Hilferessourcen unberücksichtigt bleiben, lassen sich mögliche Unterversorgungen hier nicht identifizieren. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass im Falle einer Pflegebedürftigkeit eine ausschließliche haushaltsinterne Versorgung und Betreuung für beide Seiten mit hohen Belastungen verbunden ist. Auf den Aspekt der Unterversorgung mit notwendigen Hilfe- und Pflegeleistungen wird in Abschnitt 5.2.6 genauer eingegangen. Zunächst sind in Tabelle 5.10 die haushaltsexternen Helfer nach der Bedarfslage aufgeschlüsselt wiedergegeben. Da neben dem Zusammenhang zwischen haushaltsexternen Helfern und der Bedarfslage auch das Ausmaß, in dem Dienste und Hilfen von den über 69-Jährigen in den jeweiligen Bedarfsgruppen in Anspruch genommen werden, von Interesse ist, sind in der Tabelle die hochgerechneten Prozentwerte wiedergegeben<sup>59</sup>.

Offenbar wird der Erhalt haushaltsexterner Hilfe zu einem großen Teil durch die Bedarfslage bestimmt. Während von den selbstständigen 70-Jährigen und Älteren 70 Prozent keinerlei haushaltsexterne Hilfeleistungen erhalten, wird bei nur etwa 6 Prozent der Pflegebedürftigen die Versorgung ausschließlich von Haushaltsmitgliedern übernommen. Informelle Helfer kommen nur sehr selten in den Haushalt von Personen, die im Wesentlichen zu einer selbstständigen Haushalts- und Lebensführung in der Lage sind. Bei hilfebedürftigen Älteren ist der Beitrag der haushaltsexternen informellen Helfer für die Versorgung am größten. Von den pflegebedürftigen Älteren werden die informellen Helfer jedoch wieder seltener als haushaltsexterne Helfer genannt.

Während der Beitrag von Angehörigen bei der Versorgung von Hilfebedürftigen am größten und – obwohl geringer – auch bei den Pflegebedürftigen noch verhältnismäßig groß ist, sind Hilfeleistungen von außerfamilialen Helfern häufiger bei den geringfügig Hilfebedürftigen und etwas seltener bei den Hilfebedürftigen zu finden. Die Bedeutung der außerfamilialen Helfer in der Versorgung der pflegebedürftigen Älteren ist jedoch vergleichsweise gering. Organisierte Dienste übernehmen sehr selten Versorgungsleistungen für die hilfebedürftigen

---

<sup>59</sup> Die Unterschiede in den Prozentwerten der Tabelle zwischen den gewichteten und ungewichteten Daten sind sehr gering. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass der Zusammenhang zwischen Bedarfslage und haushaltsexterner Hilfeform im Wesentlichen unabhängig vom Alter und Geschlecht der Befragten ist. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass mögliche Alters- oder Geschlechtsunterschiede in der haushaltsexternen Hilfeform zu einem großen Teil mit den unterschiedlichen Bedarfslagen erklärt werden können (vgl. hierzu ausführlich Kap. 6).

Tabelle 5.10: Haushaltsexterne Helfer und Dienste nach Bedarfslage (in %; Mehrfachnennungen möglich)<sup>1</sup>

Haushaltsexterne Helfer	Bedarfslage				Drei Bedarfs- gruppen insgesamt
	Selbst- ständig	Geringfügig hilfe- bedürftig	Hilfe- bedürftig	Pflege- bedürftig	
Keine haushaltsexterne Hilfe	69,1	42,4	31,4	6,3	28,9
<i>Informelle Helfer</i>					
Kind(er)	2,1	4,3	17,1	12,5	10,2
Sonstige Verwandte	2,8	4,3	8,6	7,8	6,7
Nachbarn, Freunde, Bekannte	3,8	14,1	11,4	4,7	10,9
<i>Formelle „ambulante“ Helfer</i>					
Sozialstation, kirchliche Helfer	2,1	4,3	5,7	12,3	7,4
Privat organisierte Hilfe	15,2	17,4	18,8	37,5	24,0
Sonstige Helfer	5,2	5,4	1,4	0,0	2,9
Fahrbarer Mittagstisch	1,4	4,3	4,3	10,8	6,1
Telebus	0,0	0,0	0,0	16,9	4,9
In stationären Einrichtungen	0,3	14,1	14,3	32,8	19,1
Fallzahlen (ungewichtet)	222	105	75	114	294

Die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen sind – abgesehen von den sonstigen Verwandten – statistisch signifikant mit  $p < 0,01$ .

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angaben der Fallzahlen beruhen auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Älteren. Einen wesentlichen Beitrag leisten sie vor allem bei den Pflegebedürftigen. Dies gilt sowohl für die Helfer von der Sozialstation als auch für den Transportdienst „Telebus“ und den fahrbaren Mittagstisch. Bei den Sozialstationen dürfte sich darin auch die größere Bedeutung von pflegerischen gegenüber hauswirtschaftlichen Leistungen in der Ausrichtung des Angebots ausdrücken. Die privat organisierten Helfer stellen in allen Bedarfsgruppen die häufigste Form haushaltsexterner Hilfeleistungen dar. Allerdings lässt sich auch hier ein starker Anstieg in der Gruppe der Pflegebedürftigen beobachten.

Etwa 30 Prozent der 69-Jährigen und Älteren, die keine Beeinträchtigungen in der alltäglichen Lebensführung aufweisen, erhalten haushaltsexterne Unterstützung. Hierbei kann aber aus mehreren Gründen kaum von einer Überversorgung gesprochen werden. Zum einen liegt bei 5 Prozent von ihnen eine leichte oder mittelschwere Demenzerkrankung vor. Zum anderen handelt es sich überwiegend um privat organisierte bzw. sonstige Helfer. Insbesondere organisierte Dienste und auch Angehörige spielen in dieser Bedarfsgruppe eine nur sehr untergeordnete Rolle. Von daher wird es sich vermutlich zu einem nicht unerheblichen Teil um Personen handeln, die in der Lage sind, eigenfinanzierte Dienste einer Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen, und auch in der Tradition eines derartigen Dienstleistungsempfangs stehen<sup>60</sup>.

<sup>60</sup> Eine genauere Untersuchung dieser Zusammenhänge erfolgt in Kapitel 6.

Wenig überraschend ist, dass die Heimquote mit dem Bedarfsgrad ansteigt<sup>61</sup>. Von den selbstständigen 70-Jährigen und Älteren befindet sich zu einem gegebenen Zeitpunkt nur ein verschwindend geringer Teil (0,3 %) in einer stationären Einrichtung, und auch von den (geringfügig) Hilfebedürftigen leben nur knapp 15 Prozent in einem Heim. Bei den über 69-jährigen Pflegebedürftigen ist indes jeder Dritte in einer stationären Einrichtung zu finden. Dies bedeutet freilich auch, dass immerhin zwei von drei Pflegebedürftigen in einem privaten Haushalt leben und dort versorgt werden. Die Institutionalisierung ist also weder bei den hilfebedürftigen noch bei den pflegebedürftigen Älteren die Regel. Ein vorsorglicher Heimübergang bzw. eine Heimübersiedlung aus Gründen, die nicht mit dem Gesundheitszustand zusammenhängen (hier ist vor allem an mangelnden Wohnraum, Wohnungskündigungen oder Ähnliches zu denken), findet anscheinend nur sehr selten statt. Gleichwohl können offenbar auch schon leichtere Beeinträchtigungen zu einer Institutionalisierung führen.

Funktional nicht beeinträchtigte Heimbewohner gibt es nur sehr wenige. In der Stichprobe handelt es sich um insgesamt vier Personen, drei Männer und eine Frau, wobei einer der Männer als mittelschwer dement diagnostiziert wurde. Die drei anderen wohnten zum Zeitpunkt der Befragung in Seniorenheimen und hatten jeweils ein eigenes Zimmer zur Verfügung. Die Frau war 97 Jahre alt, kinderlos und verwitwet und lebte vor dem Heimübergang allein. Sie wohnte seit sieben Monaten in diesem Seniorenheim. Die beiden weder psychisch noch physisch beeinträchtigten Männer waren 91 Jahre und 80 Jahre alt. Die selbst bereits 72 Jahre alte Tochter des Älteren lebte zum Befragungszeitpunkt in Berlin. Mit ihr hatte er auch vor dem Heimübergang zusammengelebt. Der 80-Jährige war zeitlebens kinderlos und nie verheiratet. Vor dem Heimübergang lebte er allein. Beide Männer wohnten noch nicht sehr lange in einem Seniorenheim: der Ältere seit einem knappen Jahr, der 80-Jährige seit fast zwei Jahren. Als Gründe für den Heimübergang führten sowohl die Frau als auch der 91-jährige Mann ihr hohes Alter und gesundheitliche Schwierigkeiten an. In beiden Fällen dürfte es sich also um vorsorgliche Heimübergänge gehandelt haben. Möglich – obwohl eher unwahrscheinlich – ist allerdings auch, dass sich der Gesundheitszustand im Heim verbessert hat. Der 80-Jährige, der im Alter von 78 Jahren in ein Seniorenheim umgezogen ist, führte demgegenüber den Wohnungszustand und die Wohnsituation vor dem Heimübergang als Gründe für seinen Umzug an. Betrachtet man sich die Ausstattung der Heime, muss demgegenüber festgestellt werden, dass die Frau in einem Seniorenheim mit Garten, Balkon und Terrasse lebte, während die Seniorenheime der beiden Männer über keines dieser Ausstattungsmerkmale verfügten. Der 80-Jährige konnte jedoch als einziger eigene Möbel mitbringen. Vorsorgliche Heimübergänge sowie wohnungs- bzw. wohnsituationsbedingte Übergänge finden sich demnach zwar immer noch, es handelt sich aber um relativ wenige Einzelfälle, die keine systematischen Zusammenhänge erkennen lassen.

Insgesamt ergibt sich das erwartete Bild. Die haushaltsexternen informellen Helfer sind vornehmlich in der Versorgung von hilfebedürftigen älteren Menschen tätig, während formelle Helfer und Dienste hauptsächlich von pflegebedürftigen Älteren in Anspruch genommen werden. Je intensiver also der Bedarf, desto häufiger werden formelle Hilfsangebote in Anspruch genommen. Bei den außerfamilialen informellen Helfern zeigt sich, dass sie in der

---

<sup>61</sup> Bei den Heimbewohnern ist zu bedenken, dass die Bedarfslage nur für den Zeitpunkt des Interviews aus den Daten ermittelt werden konnte und nicht für den Zeitpunkt des Heimübergangs (siehe oben).

Versorgung pflegebedürftiger Älterer keine wesentliche Bedeutung mehr haben und insofern die Angehörigen kaum ersetzen können. Allerdings scheinen sie in stärkerem Maße als vermutet ergänzende Hilfeleistungen zu erbringen. Die formellen Helfer und Dienste konzentrieren sich demgegenüber auf die Versorgung von Pflegebedürftigen. Dies gilt insbesondere für die organisierten Dienste und die stationären Einrichtungen. Einzig die privat organisierten Helfer werden in überraschend hohem Maße auch von nicht oder weniger stark beeinträchtigten Menschen in Anspruch genommen.

Von besonderem Interesse im Zusammenhang mit dem hilfeleistenden System ist die Frage der Kombination von Leistungen. Insbesondere die These komplementärer Hilfeleistungen unterstellt eine Kombination von informellen und formellen Hilfeleistungen, wobei einschränkend hinzugefügt werden muss, dass die Domäne der informellen Helfer in der Erbringung von emotionaler Unterstützung gesehen wird und weniger bei den instrumentellen hauswirtschaftlichen oder pflegerischen Hilfen. Aufgrund des Mangels an organisierten Diensten und ihrer Konzentration auf pflegerische Leistungen ist jedoch zu vermuten, dass gegebenenfalls die informellen Helfer die hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen übernehmen, um einen Heimübergang verhindern zu helfen. Auch die These, dass formelle Hilfeleistungen nur im Verbund mit informeller Hilfe ein Verbleiben im eigenen Haushalt ermöglichen kann, unterstellt ein arbeitsteiliges Hilfemodell.

Obwohl in der Tabelle 5.11 die potentiellen haushaltsinternen Helfer nicht berücksichtigt und die drei Bedarfsgruppen zusammengefasst sind, kann die dargestellte Kombination der einzelnen Hilfeformen in der Stichprobe einen ersten Hinweis auf den Zusammenhang von informeller und formeller Hilfe bieten. Dargestellt ist in der Tabelle (in der Vertikalen), wie viel Prozent jeweils von den geringfügig Hilfebedürftigen, Hilfebedürftigen bzw. Pflegebedürftigen, die Leistungen von einer Hilfequelle erhalten, Hilfeleistungen der anderen Hilfequellen zusätzlich in Anspruch nehmen. Beispielsweise erhalten von den 30 funktional beeinträchtigten Älteren, die Hilfeleistungen von ihren in Berlin lebenden Kindern erhalten (erste Spalte), sieben (23,3 %) zusätzlich Hilfe von sonstigen Verwandten, aber nur bei drei (10 %) sind Helfer von der Sozialstation an der Versorgung und Betreuung beteiligt.

Die Betrachtung der Kombination von unterschiedlichen Hilfequellen zeigt, dass eigene Kinder und sonstige Verwandte (Geschwister, Enkel- und Schwiegerkinder) vergleichsweise häufig gemeinsam als Helfer auftreten, während außerfamiliale informelle Helfer häufig die einzige Hilfequelle darstellen. Hilfeleistungen von haushaltsexternen familialen und außerfamilialen Helfern erhalten nur wenige der älteren Menschen, was ein deutlicher Hinweis darauf ist, dass außerfamiliale Helfer vornehmlich aktiv werden, wenn familiäre Hilferessourcen fehlen. Haushaltsexterne familiäre Helfer teilen also häufiger die zu erbringenden Leistungen untereinander auf, während außerfamiliale Helfer eher fehlende familiäre Hilfequellen ersetzen.

Aus der Tabelle lässt sich kein klarer Zusammenhang zwischen informeller und formeller Hilfe erkennen. Tendenziell ist die Inanspruchnahme von zusätzlichen formellen Hilfequellen bei den Älteren, die von informeller Seite Hilfeleistungen erhalten, geringer als bei denen, die eine der formellen Hilfequellen nutzen. Formelle Hilfequellen werden, so scheint es, häufiger gemeinsam genutzt als im Verbund mit informellen Hilfeleistungen. So nutzt immerhin jeder vierte Ältere, der Hilfe- und Pflegeleistungen von der Sozialstation erhält, auch privat organisierte Hilfen, und 35 Prozent nehmen den fahrbaren Mittagstisch in Anspruch. Bei den informellen Helfern findet sich einzigs bei den Älteren, die von anderen Verwandten als den eigenen Kindern versorgt werden, ein verhältnismäßig hoher Anteil, der zusätzlich noch privat organisierte Hilfen und den fahrbaren Mittagstisch in Anspruch nimmt.

Tabelle 5.11: Die Kombination von haushaltsexternen Helfern bei geringfügig Hilfebedürftigen, Hilfebedürftigen und Pflegebedürftigen (in %)

Haushaltsexterne Helfer	Haushaltsexterne Helfer							
	Informelle Helfer			Formelle Helfer				
	Kind(er)	Sonstige Verwandte	Nachbarn usw.	Sozialstation	Privat organisierte Helfer	Sonstige Helfer	Fahrbarer Mittagstisch	Telebus
<i>Informelle Helfer</i>								
Kind(er)	100,0	35,0	8,1	9,7	5,1	25,0	16,1	16,7
Sonstige Verwandte	23,3	100,0	2,7	6,5	6,3	0,0	12,9	16,7
Nachbarn usw.	10,0	5,0	100,0	9,7	8,9	25,0	9,7	16,7
<i>Formelle Helfer</i>								
Sozialstation	10,0	10,0	8,1	100,0	10,1	0,0	35,5	16,7
Privat organisierte Hilfe	13,3	25,0	18,9	25,8	100,0	50,0	48,4	83,3
Sonstige Helfer	3,3	0,0	2,7	0,0	2,5	100,0	0,0	0,0
Fahrbarer Mittagstisch	16,7	20,0	8,1	35,5	19,0	0,0	100,0	0,0
Telebus	3,3	5,0	2,7	3,2	1,2	0,0	0,0	100,0
Fallzahlen	30	20	37	31	79	4	31	6

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Auch wenn die Betrachtung der Kombination von haushaltsexternen Hilfequellen, aufgrund der Vernachlässigung der sozialen Lebensform, nur ein unzureichendes Bild geben kann, lässt sich doch festhalten, dass die These komplementärer Hilfe- und Pflegeleistungen durch informelle und formelle Hilfequellen keine Bestätigung findet. Diese Leistungen werden vielmehr häufiger gemeinsam von unterschiedlichen informellen Hilfequellen erbracht, oder unterschiedliche formelle Dienste werden gemeinsam genutzt. Offenbar lassen sich also „informelle Pflegearrangements“ und „formelle Pflegearrangements“ voneinander abgrenzen.

Die vorgestellten Ergebnisse zu den haushaltsexternen Helfern sind indes – wie bereits mehrfach betont – nur bedingt aussagekräftig, da die Haushaltssituation und damit auch die zumindest potentiell verfügbaren haushaltsinternen Helfer unberücksichtigt bleiben. Insofern wird der Beitrag der informellen Helfer und insbesondere die Leistungen der (Ehe-)Partner unterschätzt.

#### 5.2.4 Die Haushaltssituation und haushaltsexterne Helfer

Aus der Analyse der sozialen Lebensform in Abschnitt 5.2.2 lässt sich die Vermutung ableiten, dass Kinder nicht nur als haushaltsexterne Helfer bei der Versorgung und Betreuung ihrer alten Eltern tätig werden, sondern gegebenenfalls auch wieder mit diesen zusammenziehen – entweder indem sie in den elterlichen Haushalt zurückziehen oder indem sie einen oder beide Elternteile bei sich aufnehmen. Für die Frage, ob ältere Menschen allein leben oder nicht, ist allerdings das Vorhandensein eines (Ehe-)Partners von weit größerer Bedeutung.

Eine wesentliche Frage ist dabei, welchen Einfluss das Zusammenleben mit einem (Ehe-)Partner bzw. mit Kindern für den Erhalt haushaltsexterner Hilfeleistungen hat. Hierbei

ist zu erwarten, dass ältere Menschen, die mit jemandem zusammenleben, seltener haushalts-externe Hilfe von formellen Helfern erhalten als Ältere, die allein leben, da die Haushaltsmitglieder wichtige Hilfe- und auch Pflegeleistungen erbringen. Der Mangel an hauswirtschaftlichen und pflegerischen Diensten sowie die Logik der Subsidiarität von Hilfe- und Pflegeleistungen, lassen zudem erwarten, dass vornehmlich Ältere, die über keine haushaltsinternen Hilferessourcen verfügen, ambulante formelle Dienste in Anspruch nehmen (können).

Die These der Substitution informeller durch formelle Leistungen unterstellt eine Verdrängung vormals im Haushalt erbrachter Leistungen durch kommerzielle oder staatliche Leistungen. Die Bedeutung der Haushaltssituation sollte demnach verhältnismäßig gering sein. Demgegenüber unterstellt die These komplementärer Leistungen, dass informelle Helfer andere Aufgaben übernehmen als formelle Helfer und von daher – unter den Bedingungen eines knappen Angebots an formellen ambulanten Diensten – das Verbleiben in einem privaten Haushalt mithilfe formeller ambulanter Dienste überhaupt erst ermöglichen. Allerdings bleibt in diesem Erklärungsmodell die Frage, welche Bedeutung ein Zusammenleben mit informellen Helfern im Vergleich zu haushaltsexternen informellen Helfern hat, ungeklärt. Aufgrund der größeren Nähe und des damit verbundenen Wegfalls notwendiger Zeit für die An- und Abfahrt ist aber davon auszugehen, dass die Bedeutung potentieller haushaltsinterner Helfer größer ist.

Zunächst erfolgt eine Betrachtung der Bedeutung der Haushaltssituation für die Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen. Aus den Ergebnissen dieses Kapitels ergibt sich, dass mit steigendem Bedarf auch die Wahrscheinlichkeit, in einem Heim zu leben, deutlich ansteigt (bei den 70-jährigen und älteren West-Berlinern beträgt der Anteil der Heimbewohner bei den geringfügig Hilfebedürftigen etwa 14 %, bei den Hilfebedürftigen ebenfalls etwa 14 %, bei den Pflegebedürftigen über 32 % und bei den Dementen 35 %). Die Bedarfslage allein kann aber die stationäre Unterbringung nicht erklären. So finden sich offensichtlich auch Ältere mit geringfügigem Hilfebedarf in einem Heim, und der größte Teil der Pflegebedürftigen lebt in einem privaten Haushalt. Neben der Bedarfslage kommt – fasst man die bisherigen Ergebnisse dieses Kapitels zusammen – auch der Verfügbarkeit von informellen Helfern eine nicht unerhebliche Bedeutung zu, wobei die Haushaltssituation hierbei von besonderer Relevanz ist. Dies verdeutlicht die Tabelle 5.12, in der die Älteren in stationären Einrichtungen den in Privathaushalten lebenden Älteren hinsichtlich der Haushaltssituation gegenübergestellt werden.

In allen Bedarfsgruppen und bei den Dementen ist der Anteil der Heimbewohner, die vor dem Heimübergang allein gelebt haben, größer als der Anteil allein in privaten Haushalten lebender Älterer. Die Unterschiede sind jedoch nur bei den Pflegebedürftigen und den Dementen statistisch signifikant, was auch auf die niedrigen Fallzahlen in den beiden anderen Gruppen zurückzuführen ist. Zum anderen zeigt dies aber auch, dass die Haushaltssituation und die Verfügbarkeit von informellen Helfern für die stärker in der eigenständigen Lebensführung beeinträchtigten Menschen von größerer Bedeutung sind. Die Unterschiede zwischen den hochgerechneten Anteilen und der Stichprobe verweisen noch einmal darauf, dass die Anteile allein lebender Älterer in den Alters- und Geschlechtsgruppen unterschiedlich sind, was in einer multivariaten Analyse des Heimübergangs berücksichtigt werden muss (vgl. Kap. 6).

Auch für die in privaten Haushalten lebenden hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen kann festgestellt werden, dass die Hilfeform nicht allein von der Bedarfslage, sondern wesentlich auch von der Haushaltssituation beeinflusst wird, wie die Tabelle 5.13 belegt, in

Tabelle 5.12: Anteil Älterer, die vor dem Heimübergang allein gelebt haben, im Vergleich mit dem Anteil allein lebender Älterer in Privathaushalten in den einzelnen Bedarfsgruppen und bei Dementen (in %)

Bedarfslage	Stichprobe		Population <sup>1</sup>		Fallzahlen
	Anteil Heimbewohner, die vor dem Übergang allein leben	Anteil Alleinlebender in Privathaushalten	Anteil Heimbewohner, die vor dem Übergang allein leben	Anteil Alleinlebender in Privathaushalten	
Geringfügig					
hilfebedürftig	83,3	67,8	95,0	73,4	105
Hilfebedürftig	75,0	58,7	88,9	70,5	75
<i>Pflegebedürftig</i>	<i>87,5</i>	<i>63,5</i>	<i>90,5</i>	<i>76,7</i>	<i>114</i>
<i>Dement</i>	<i>82,6</i>	<i>66,7</i>	<i>96,0</i>	<i>78,7</i>	<i>109</i>
<i>Insgesamt</i>	<i>83,1</i>	<i>64,1</i>	<i>90,9</i>	<i>74,2</i>	<i>305</i>

In den *fett* und *kursiv* gedruckten Zeilen sind die Unterschiede zwischen Heimbewohnern und Älteren in Privathaushalten hinsichtlich des Anteils Alleinlebender signifikant mit  $p < 0,05$ .

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angabe der Fallzahlen beruht auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

der die Hilfeformen der Alleinlebenden und der Älteren in Mehr-Personen-Haushalten in den einzelnen Bedarfsgruppen und bei Dementen gegenübergestellt sind.

Die Tabelle lässt erkennen, dass deutlich weniger Ältere, die mit jemandem zusammenleben, Hilfeleistungen von außerhalb des Haushalts erhalten. Dies variiert zwar mit dem Grad der funktionalen Beeinträchtigung – je stärker beeinträchtigt die älteren Menschen sind, desto eher werden auch in Mehr-Personen-Haushalten zusätzliche haushaltsexterne Hilfeleistungen in Anspruch genommen –, dennoch ist festzuhalten, dass selbst bei den Pflegebedürftigen hochgerechnet über 40 Prozent der in Mehr-Personen-Haushalten Lebenden ausschließlich von den Haushaltsmitgliedern versorgt werden.

Alle allein lebenden Pflegebedürftigen erhalten haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeleistungen, während sich von den allein lebenden über 69-jährigen geringfügig Hilfebedürftigen nahezu die Hälfte und von den allein lebenden Hilfebedürftigen jeder Dritte in einer problematischen Lage befindet, das heißt, sie müssen trotz funktionaler Beeinträchtigungen ohne den Erhalt haushaltsexterner Hilfeleistungen allein zurechtkommen. Hierbei handelt es sich um 26 Fälle in der Stichprobe, wovon ein Drittel ( $N = 9$ ) hilfebedürftig und zwei Drittel ( $N = 17$ ) geringfügig hilfebedürftig sind. Hochgerechnet auf die Population der 70-Jährigen und Älteren (einschließlich der Heimbewohner) ergibt sich für rund 28 Prozent der gelegentlich Hilfebedürftigen und etwa 20 Prozent der Hilfebedürftigen eine solche prekäre Versorgungssituation.

Auch von den in Privathaushalten lebenden dementen älteren Menschen erhält ein erheblicher Anteil (43 %) keine haushaltsexternen Hilfe- und Pflegeleistungen, wobei es sich bei diesen neun Personen in der Stichprobe ausnahmslos um Ältere mit leichten Formen der Demenz handelt. Gerade bei den dementen älteren Menschen übernehmen Haushaltsmitglie-



Tabelle 5.13: Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten nach haushaltsexterner Hilfeform und Haushaltssituation (in %)<sup>1</sup>

Bedarfslage	Allein lebend					In Mehr-Personen-Haushalt				
	Haushaltsexterne Hilfeform				N	Haushaltsexterne Hilfeform				N
	Keine	Informell	Formell	Informell und formell		Keine	Informell	Formell	Informell und formell	
Stichprobe										
Geringfügig hilfebedürftig	28,8	27,1	28,8	15,3	59	53,6	14,3	28,6	3,6	28
Hilfebedürftig	24,3	35,1	32,4	8,1	37	42,9	9,5	42,9	4,8	26
Pflegebedürftig	0,0	17,0	63,8	19,1	47	37,0	18,5	33,3	11,1	27
Dement	21,4	21,4	38,1	19,0	42	57,1	4,8	28,6	9,5	21
Insgesamt	20,0	26,0	39,3	14,7	150	45,2	15,5	33,3	6,0	84
Population										
Geringfügig hilfebedürftig	45,2	22,3	28,6	4,2	(59)	61,8	25,8	10,1	2,3	(28)
Hilfebedürftig	33,0	35,8	28,6	2,6	(37)	44,0	15,4	38,5	2,1	(26)
Pflegebedürftig	0,0	21,0	65,5	13,5	(47)	41,5	20,0	35,3	3,2	(27)
Dement	43,3	24,0	27,9	4,9	(42)	70,0	1,0	23,3	5,8	(21)
Insgesamt	32,7	26,2	35,0	6,1	(150)	50,6	20,3	26,7	2,4	(84)

In allen Bedarfsgruppen und bei den Dementen sind die Unterschiede zwischen den Alleinlebenden und den Älteren in Mehr-Personen-Haushalten statistisch signifikanz mit  $p < 0,05$ .

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angabe der Fallzahlen beruht auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

der sehr häufig die Versorgung ohne zusätzliche Hilfeleistungen von außerhalb des Haushalts. Interessanterweise erhalten nur sehr wenige zusätzlich haushaltsexterne Hilfe von informellen Helfern.

Der weitaus größte Teil der Hilfe- und Pflegebedürftigen ist auf Hilfeleistungen von Personen außerhalb des eigenen Haushalts angewiesen. Bei den Alleinlebenden dominiert dabei die Inanspruchnahme formeller Dienste, während bei den in Mehr-Personen-Haushalten Lebenden die ausschließliche Versorgung durch das Haushaltsmitglied bzw. die Haushaltsmitglieder häufiger vorkommt als die Nutzung formeller Hilfequellen. Insbesondere bei der am stärksten beeinträchtigten Bedarfsgruppe, den Pflegebedürftigen, sind die formellen Hilfequellen eine dominierende Versorgungsform, während die Versorgung ausschließlich durch Haushaltsmitglieder seltener zu finden ist als in den anderen Bedarfsgruppen.

Haushaltsexterne informelle Helfer versorgen vornehmlich die allein lebenden Älteren, wobei deren Bedeutung im Vergleich zu den formellen Hilfen bei den geringfügig Hilfebedürftigen und Hilfebedürftigen ebenso wie bei den Demenzerkrankten wesentlich größer ist als bei den Pflegebedürftigen. Bei den in Mehr-Personen-Haushalten lebenden Hilfe- und Pflegebedürftigen spielen haushaltsexterne informelle Helfer eine eher untergeordnete Rolle. Die Versorgung durch haushaltsexterne informelle und formelle Helfer findet sich im Wesent-

lichen nur bei den Alleinlebenden und auch bei diesen nur in der Gruppe der Pflegebedürftigen in nennenswertem Umfang.

Auffällig ist, dass besonders prekäre Versorgungssituationen – Alleinlebende ohne haushaltsexterne Hilfeleistungen – bei den geringfügig Hilfebedürftigen, bei den Hilfebedürftigen und bei den Demenzen verhältnismäßig häufig zu finden sind. Ein Drittel der geringfügig hilfebedürftigen und etwa ein Viertel der hilfebedürftigen und der demenzen über 69-jährigen Berliner befinden sich in einer solchen Lage. In diesen Bedarfsgruppen ist auch die ausschließliche Versorgung durch Haushaltsmitglieder relativ häufig anzutreffen, während insgesamt nur knapp 10 Prozent der Pflegebedürftigen ausschließlich von Haushaltsmitgliedern versorgt werden. Die anderen 90 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten Hilfeleistungen von Personen außerhalb des eigenen Haushalts. Demenzerkrankte ältere Menschen unterscheiden sich hinsichtlich der Hilfeform nur unwesentlich von den (geringfügig) Hilfebedürftigen, es muss jedoch berücksichtigt werden, dass nur bei einem kleinen Teil eine schwere Demenz diagnostiziert wurde. Dennoch lässt sich festhalten, dass auch bei den Demenzen prekäre Versorgungssituationen relativ häufig anzutreffen sind, was angesichts möglicher Probleme bei der eigenständigen Organisation von Hilfe- und Pflegeleistungen im Falle einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation als problematisch gewertet werden muss.

Insgesamt kann von einer reinen Verdrängungslogik, nach der informelle, im Haushalt erbrachte Leistungen durch staatliche bzw. kommerzielle Hilfe ersetzt würden, nicht ausgegangen werden. Vielmehr werden Hilfe- und auch Pflegebedürftige zu einem erheblichen Anteil von den Haushaltsmitgliedern versorgt – sofern sie mit jemandem zusammenleben. Zwar werden haushaltsexterne Hilfeleistungen insgesamt von den allein lebenden Älteren häufiger in Anspruch genommen als von den Älteren in Mehr-Personen-Haushalten, bei den ambulanten formellen Hilfeleistungen sind die Unterschiede zwischen den Alleinlebenden und den Älteren in Mehr-Personen-Haushalten jedoch nur bei den Pflegebedürftigen deutlich ausgeprägt. Es sind also nicht nur die Alleinlebenden, die ambulante formelle Hilfen nutzen. Es kann aber auch nicht bestätigt werden, dass zusätzliche informelle Helfer die Inanspruchnahme von ambulanten formellen Hilfeleistungen überhaupt erst ermöglichen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass neben der Bedarfslage und der Haushaltssituation weitere Faktoren für die Inanspruchnahme dieser Hilfeleistungen relevant sind.

### 5.2.5 Die Hilfefrequenz

Die bisherige Darstellung bezog sich auf haushaltsexterne Helfer, die mindestens einmal in den letzten vier Wochen vor der Befragung in den Haushalt der älteren Menschen gekommen sind, um Hilfeleistungen zu erbringen. Zur Beurteilung der Bedeutung von Hilfeleistungen ist es allerdings von Belang, ob die Hilfen regelmäßig – womöglich täglich – oder aber nur eher sporadisch (z.B. einmal im Monat) geleistet werden. Im folgenden Abschnitt wird deshalb die Häufigkeit des Erhalts der einzelnen Hilfeformen näher betrachtet. Anhand der Quantität der Hilfe- und Pflegeleistungen (Hilfefrequenz) erfolgt eine Abgrenzung der regelmäßigen Hilfe- und Pflegeleistungen und der Haupthelfer. Unter *regelmäßigen Hilfeleistungen* wird im Folgenden Hilfe und Pflege, die *mindestens einmal pro Woche* geleistet wird, verstanden. In Abgrenzung davon werden hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfen, die *seltener als einmal pro Woche* geleistet werden, als *unregelmäßige Hilfeleistungen* bezeichnet. Als *Haupt-helfer* werden die Helfer verstanden, die am häufigsten in den Haushalt der älteren Menschen

kommen, um Hilfeleistungen zu erbringen. Bei Haushaltsmitgliedern wird davon ausgegangen, dass sie im Prinzip täglich als Helfer zur Verfügung stehen. Auch bei den Heimbewohnern wird davon ausgegangen, dass eine tägliche Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen gewährt werden kann<sup>62</sup>.

Mit den Daten der Berliner Altersstudie ist es ebenfalls möglich, zu untersuchen, seit wann die Älteren die jeweilige Hilfeform erhalten<sup>63</sup>. Auch wenn es sich hierbei ausnahmslos um rechtszensierte Daten handelt – das heißt, das Ende des Erhalts der jeweiligen Hilfeform war zum Interviewzeitpunkt nicht bekannt –, lässt sich mit diesen Daten ein Eindruck von der Dauer von Hilfe- und Pflegeleistungen in Privathaushalten und von stationären Versorgungen erhalten.

Die Betrachtung der Hilfefrequenz ist nicht nur für die Beschreibung des hilfeleistenden Systems unerlässlich, sondern es lässt sich so auch klären, ob informelle Helfer tatsächlich die Hauptlast der Pflege tragen und formelle Hilfen nur eine unterstützende Funktion übernehmen, oder ob die ausschließliche Nutzung von formellen Hilfen auch im Falle schwerer Beeinträchtigungen eine Alternative zum Heimübergang bieten kann. Die Hilfefrequenz der einzelnen haushaltsexternen Helfer ist in Tabelle 5.14 dargestellt.

Abgesehen von den sonstigen Helfersuchen alle haushaltsexternen Helfer überwiegend regelmäßig, das heißt mindestens einmal wöchentlich, die älteren Menschen auf, um Hilfeleistungen zu erbringen. Seltener Hilfeleistungen sind bei den Kindern und vor allem bei den Helfern der Sozialstation die Ausnahme. Allerdings sind tägliche Besuche der Kinder, im Gegensatz zu den Helfern der Sozialstationen, sehr selten. Nicht im Haushalt lebende Kinder kommen in der Mehrheit 1- bis 2-mal pro Woche in den Haushalt der Eltern, um Hilfeleistungen zu erbringen, während die Helfer der Sozialstationen ihre Klienten vornehmlich täglich oder mindestens jeden zweiten Tag aufsuchen. Überraschenderweise leisten sowohl die sonstigen Verwandten als auch die außerfamiliären informellen Helfer häufiger täglich Hilfe als die Kinder. Immerhin jeder Vierte außerfamiliäre informelle Helfer erbringt täglich

Tabelle 5.14: Hilfefrequenz nach haushaltsexternen Helfern (in %)

Haushaltsexterne Helfer	Hilfefrequenz				Fallzahlen
	Täglich	3- bis 6-mal pro Woche	1- bis 2-mal pro Woche	Seltener	
<i>Formelle Helfer</i>					
Kind(er)	10,8	16,2	59,5	13,5	37
Sonstige Verwandte	13,8	3,4	44,9	37,9	29
Nachbarn, Freunde, Bekannte	22,9	10,4	29,2	37,5	48
<i>Formelle „ambulante“ Helfer</i>					
Sozialstation, kirchliche Helfer	38,2	29,4	26,5	5,9	34
Privat organisierte Hilfe	3,7	15,6	50,5	30,3	109
Sonstige Helfer	0,0	0,0	0,0	100,0	12

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

<sup>62</sup> Damit soll keineswegs ausgesagt werden, dass die Betreuungs- und Versorgungssituation in den Heimen sichergestellt ist. Vielmehr führen Personalknappheit, unzureichende Qualifikation des Personals usw. auch in Heimen zu prekären Versorgungssituationen.

<sup>63</sup> Dies gilt allerdings nicht für den fahrbaren Mittagstisch und auch nicht für den Telebus.

Hilfeleistungen. Für die sonstigen Verwandten sowie die Nachbarn, Freunde oder Bekannten gilt aber auch, dass ein noch höherer Anteil seltener als einmal wöchentlich Hilfeleistungen erbringt. Die privat organisierten Helfer kommen nur sehr selten täglich in den Haushalt der Älteren, auch diese Helfer erbringen überwiegend 1- bis 2-mal pro Woche Hilfeleistungen für die älteren Menschen. Der Überblick über die Hilfefrequenz bestätigt also im Wesentlichen die Annahme, dass die organisierten sozialen Dienste in der Hauptsache an der Versorgung der stärker beeinträchtigten Menschen, die tägliche Hilfeleistungen benötigen, beteiligt sind, während die informellen Helfer und auch die privat organisierten Helfer – obwohl sie insgesamt überraschend häufig tägliche Hilfeleistungen erbringen – in der Mehrheit 1- bis 2-mal pro Woche in den Haushalt der älteren Menschen kommen.

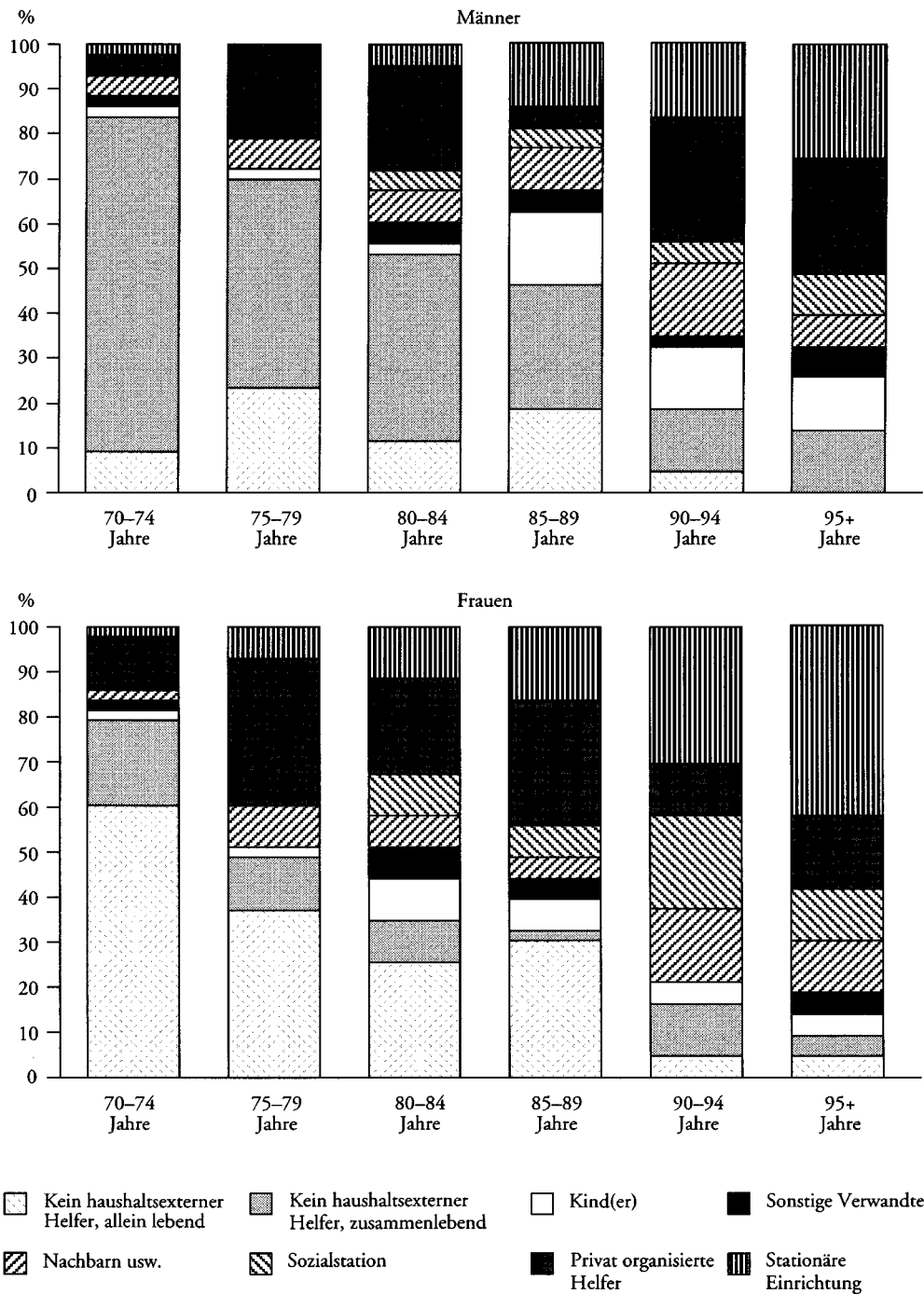
Anhand der vorgestellten Ergebnisse zur Hilfefrequenz lassen sich die haushaltsexternen Haupthelfer der älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen bestimmen. Als Haupthelfer werden die Helfer bezeichnet, die am häufigsten in den Haushalt der älteren Menschen kommen, um Hilfeleistungen zu erbringen. Dabei werden sowohl die Inanspruchnahme des fahrbaren Mittagstisches als auch des Transportdienstes „Telebus“ nicht berücksichtigt, da diese nur sehr spezielle Bereiche in der hauswirtschaftlichen Versorgung abdecken. Falls kein haushaltsexterner Helfer genannt wurde, bietet es sich an, diese Gruppe nach der Haushaltssituation getrennt zu betrachten, da bei Personen, die Hilfe- oder Pflegeleistungen benötigen, keine haushaltsexterne Hilfe erhalten und mit einem Partner und/oder Kind zusammenleben, davon ausgegangen werden kann, dass die Haushaltsmitglieder die notwendigen Leistungen erbringen. Inwieweit bei den Personen, die in einem Mehr-Personen-Haushalt leben und zusätzlich von haushaltsexternen Personen Hilfeleistungen erhalten, die Haushaltsmitglieder die Hauptlast der Versorgung tragen oder der haushaltsexterne Haupthelfer, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht entscheiden. Einen Hinweis darauf kann jedoch ein Vergleich der Alleinlebenden mit den Älteren in Mehr-Personen-Haushalten hinsichtlich der Frequenz der erhaltenen Hilfeleistungen geben.

Zunächst sind in der Abbildung 5.4 die haushaltsexternen Haupthelfer der Älteren und die Haushaltssituation derjenigen, die keine haushaltsexternen Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten, in den einzelnen Altersgruppen für Männer und Frauen getrennt dargestellt.

Die Abbildung zeigt, dass mit dem Alter deutliche Verschiebungen zwischen den Haupthelfern bei Männern und Frauen stattfinden. Insbesondere die Institutionalisierung und die Inanspruchnahme der Sozialstationen nehmen zu, während die Selbstversorgung und die Versorgung durch haushaltsinterne Helfer abnehmen. Mit steigendem Alter nimmt zwar auch die Wahrscheinlichkeit, hilfe- oder pflegebedürftig zu werden, zu, dennoch kann die Abbildung 5.4 keinen Aufschluss darüber geben, ob sich die Bedarfsgruppen hinsichtlich der Haupthelfer unterscheiden. Für die Beantwortung der Frage, ob die informellen Helfer auch bei pflegebedürftigen und dementen Älteren die Hauptlast der Versorgung tragen, oder ob die Zunahme der Heimquote mit dem Alter auf den mit dem Alter steigenden Anteil der pflegebedürftigen zurückgeführt werden kann, ist eine nach den Bedarfsgruppen getrennte Betrachtung der Haupthelfer notwendig. In Tabelle 5.15 sind deshalb die Haupthelfer der älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen für die drei Bedarfsgruppen getrennt dargestellt. Zusätzlich sind in dieser Tabelle auch die Haupthelfer der Dementen wiedergegeben.

Die Bedeutung der sonstigen Verwandten als Haupthelfer erweist sich als sehr gering, wobei deren Bedeutung in den stärker beeinträchtigten Gruppen noch geringer ist als bei den geringfügig Hilfebedürftigen und Hilfebedürftigen. Die sonstigen Verwandten sind demzufolge eher als zusätzliche Helfer und selten als Haupthelfer in das hilfeleistende System inte-

Abbildung 5.4: Hilfequelle (Haupt Helfer) nach Altersgruppen und Geschlecht



Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Tabelle 5.15: Haushaltsexterne Haupthelfer nach Bedarfslage (in %)

Haupt Helfer	Stichprobe				Population <sup>1</sup>			
	Geringf. hilfe- bedürftig	Hilfe- bedürftig	Pflege- bedürftig	Dement	Geringf. hilfe- bedürftig	Hilfe- bedürftig	Pflege- bedürftig	Dement
Kein haushaltsexterner Helfer, allein lebend	16,2	12,0	0,0	8,2	29,2	20,0	0,0	21,9
Kein haushaltsexterner Helfer, in Mehr-Personen-Haushalt	14,3	14,7	8,8	11,0	14,1	11,4	6,2	9,6
<i>Informelle Helfer</i>								
Kind(er)	7,6	12,0	7,9	7,3	4,3	12,9	11,1	12,3
Sonstige Verwandte	3,8	1,3	2,6	0,9	4,3	2,9	1,6	0,1
Nachbarn, Freunde, Bekannte	16,2	12,0	7,0	6,4	14,1	11,4	4,8	1,3
<i>Formelle „ambulante“ Helfer</i>								
Sozialstation, kirchl. Helfer	3,8	6,7	16,7	9,2	3,3	7,1	11,1	5,5
Privat organisierte Helfer	19,0	22,7	21,1	11,9	16,3	18,6	31,7	12,3
Nur fahrbarer Mittagstisch	1,9	2,7	0,9	2,8	0,1	1,4	0,1	2,7
Stationäre Einrichtung	17,1	16,0	35,1	42,2	14,1	14,3	33,3	34,2
Fallzahlen (ungewichtet)	105	75	114	109	105	75	114	109

Die Unterschiede zwischen den Bedarfgruppen sind statistisch signifikant mit  $p < 0,01$ .

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angabe der Fallzahlen beruht auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

griert. Die außerfamilialen Helfer sind demgegenüber häufig die hauptsächliche Hilfequelle, wobei auch für sie gilt, dass deren Bedeutung bei den Pflegebedürftigen und den Dementen wesentlich geringer ist als bei den weniger stark beeinträchtigten Gruppen. Pflegebedürftige und demente Ältere werden insgesamt nur sehr selten von einem informellen Haupthelfer versorgt. Einzig die Kinder spielen in diesen beiden Gruppen noch eine Rolle, wobei auch berücksichtigt werden muss, dass ja bei weitem nicht alle Älteren lebende Kinder in der Wohnnähe haben. Die formellen Hilfequellen werden häufiger von den Pflegebedürftigen, nicht jedoch von den Dementen in Anspruch genommen, was insbesondere für Hilfe- und Pflegeleistungen von den Sozialstationen, aber tendenziell auch für die privat organisierten Helfer gilt.

Die Betrachtung der Haupthelfer nach der Bedarfslage gibt keine Auskunft darüber, wie häufig Hilfe- und Pflegeleistungen erbracht werden. Anzunehmen ist, dass die Hilfefrequenz ebenso wie die Hilfeform von der Bedarfslage und der sozialen Lebensform beeinflusst wird. Allein lebende Pflegebedürftige und Demente sollten demnach häufiger von den haushaltsexternen Helfern aufgesucht werden als in einem Mehr-Personen-Haushalt lebende geringfügig Hilfebedürftige.

Wie der Tabelle 5.16 zu entnehmen ist, erhalten vor allem die Pflegebedürftigen täglich oder zumindest jeden zweiten Tag haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeleistungen. Bei den weniger stark beeinträchtigten Bedarfgruppen werden demgegenüber die Hilfe- und Pflegeleistungen vornehmlich 1- bis 2-mal pro Woche oder sogar noch seltener erbracht.

Tabelle 5.16: Hilfefrequenz der Haupthelfer von Älteren in Privathaushalten nach Bedarfslage (in %)

Hilfefrequenz	Stichprobe				Population <sup>1</sup>			
	Geringf. hilfe- bedürftig	Hilfe- bedürftig	Pflege- bedürftig	Dement	Geringf. hilfe- bedürftig	Hilfe- bedürftig	Pflege- bedürftig	Dement
Kein haushaltsexterner Helfer, allein lebend	21,8	16,1	0,0	19,0	33,8	25,4	0,0	39,1
Kein haushaltsexterner Helfer, in Mehr-Personen-Haushalt	17,2	19,4	14,9	19,0	16,3	13,6	9,5	15,2
Täglich	4,6	6,5	25,7	20,6	2,5	5,1	14,3	6,5
3- bis 6-mal pro Woche	8,0	9,7	23,0	12,7	3,8	1,7	33,3	4,3
1- bis 2-mal pro Woche	31,0	33,9	23,0	17,5	28,8	33,9	23,8	21,7
Seltener	17,2	14,5	13,5	11,1	15,0	20,3	19,0	13,0
Fallzahlen (ungewichtet)	87	62	74	63	87	62	74	63

Die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen sind statistisch signifikant mit  $p < 0,01$ .

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angabe der Fallzahlen beruht auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

In den Haushalt der Dementen kommt zwar häufiger jemand täglich oder 3- bis 6-mal pro Woche als bei den Hilfebedürftigen, insgesamt aber wiederum deutlich seltener als bei den Pflegebedürftigen. Überdies leben über 69-jährige Demente, geringfügig Hilfebedürftige und Hilfebedürftige sehr häufig allein und erhalten keine haushaltsexternen Hilfeleistungen. Eine ausschließliche Versorgung durch Haushaltsmitglieder findet sich hochgerechnet auf die Population bei etwa 15 Prozent dieser drei Bedarfsgruppen, während eine solche Versorgung bei den Pflegebedürftigen mit knapp 10 Prozent seltener auftritt. Geht man davon aus, dass Haushaltsmitglieder tägliche Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen, und addiert die in Mehr-Personen-Haushalten lebenden Älteren zu denen, die täglich haushaltsexterne Leistungen erhalten, ergibt sich hochgerechnet auf die in Privathaushalten lebende Population ein Anteil von 18,8 Prozent bei den geringfügig Hilfebedürftigen, 18,7 Prozent bei den Hilfebedürftigen, 23,8 Prozent bei den Pflegebedürftigen und 21,7 Prozent bei den Dementen, die tägliche Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten. Die Unterschiede zwischen den Pflegebedürftigen und den anderen Bedarfsgruppen hinsichtlich der täglichen Leistungen ergeben sich also vornehmlich aufgrund der Verteilung zwischen haushaltsinternen und haushaltsexternen Hilfen – Pflegebedürftige leben weitaus häufiger mit Angehörigen in einem gemeinsamen Haushalt. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Bedarfslage ein wesentlicher Faktor für das Zusammenleben der Generationen ist.

Bei einem Vergleich von regelmäßigen und unregelmäßigen Hilfeleistungen ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen. So erhalten von den 70-jährigen und älteren in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen über 70 Prozent regelmäßige haushaltsexterne Hilfeleistungen. Von den geringfügig Hilfebedürftigen erhalten nur 35 Prozent, von den Hilfebedürftigen etwa 40 Prozent und von den Dementen knapp 33 Prozent regelmäßige haushaltsexterne Hilfeleistungen. Diese Unterschiede sind jedoch weniger auf die

unregelmäßigen Hilfe- und Pflegeleistungen zurückzuführen als auf den Anteil, der weder haushaltsexterne Hilfeleistungen erhält, noch mit anderen Personen zusammenlebt. Bei den Dementen ist dieser Anteil mit nahezu 40 Prozent in der Population besonders hoch. Obwohl keiner der Pflegebedürftigen ohne jede haushaltsinterne oder haushaltsexterne Hilfe zurechtkommen muss und die überwiegende Mehrheit von ihnen regelmäßige Hilfe- und Pflegeleistungen erhält, gibt es einen Anteil von 19 Prozent, die nur unregelmäßig von haushaltsexternen Helfern aufgesucht werden. Von diesen leben ungefähr 75 Prozent allein, sodass insgesamt etwa 14 Prozent der in Privathaushalten lebenden über 69-jährigen Pflegebedürftigen nur mit unregelmäßigen Hilfe- und Pflegeleistungen auskommen müssen.

Abgesehen von der Bedarfslage, ist im Rahmen des vorliegenden Kapitels der Zusammenhang zwischen haushaltsexterner Hilfefrequenz und der Haushaltssituation von Bedeutung. Hierbei ist zu vermuten, dass allein lebende Ältere nicht nur häufiger haushaltsexterne Hilfe erhalten, sondern dass diese Helfer auch häufiger in den Haushalt der allein lebenden Hilfe- oder Pflegebedürftigen kommen, um Hilfeleistungen zu erbringen. In Tabelle 5.17 ist die Hilfefrequenz für Alleinlebende und Personen in Mehr-Personen-Haushalten getrennt dargestellt.

Zwar erhalten Alleinlebende, die haushaltsexterne Hilfeleistungen erhalten, häufiger täglich und 3- bis 6-mal pro Woche diese Hilfen, Unterschiede zwischen den Haushaltsformen in der haushaltsexternen Hilfefrequenz sind jedoch statistisch nicht signifikant. Die Häufigkeit, mit der haushaltsexterne Helfer in den Haushalt der älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen kommen, sind somit weitestgehend unabhängig von der Haushaltsform. Die Unterschiede zwischen den Haushaltsformen ergeben sich demnach einerseits durch den Anteil derjenigen, die überhaupt haushaltsexterne Hilfe erhalten, und andererseits die Wahrscheinlichkeit eines Heimübergangs. Leben die hilfe- und pflegebedürftigen Älteren jedoch in

Tabelle 5.17: Hilfefrequenz der haushaltsexternen Haupthelfer von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Älteren in Privathaushalten nach der Haushaltssituation (in %)

Hilfefrequenz	Stichprobe		Population <sup>1</sup>	
	Allein lebend	In Mehr-Personen-Haushalt lebend	Allein lebend	In Mehr-Personen-Haushalt lebend
Kein haushaltsexterner Helfer	21,1	45,7	32,1	52,1
Haushaltsexterner Haupthelfer	78,9	54,3	47,9	67,9
davon				
Täglich	19,6	11,4	11,0	4,3
3- bis 6-mal pro Woche	21,4	13,6	16,5	8,7
1- bis 2-mal	38,4	50,0	45,1	52,2
Seltener	20,5	25,0	27,5	34,8
Fallzahlen (ungewichtet)	142	81	142	81

Die Unterschiede zwischen den Haushaltsformen sind nur für den Erhalt haushaltsexterner Hilfe statistisch signifikant mit  $p < 0,01$ . Im Hinblick auf die Hilfefrequenz sind die Unterschiede zwischen den Haushaltsformen statistisch nicht signifikant.

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angabe der Fallzahlen beruht auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.



einem privaten Haushalt und erhalten haushaltsexterne Hilfen, ergeben sich keine Unterschiede mehr zwischen den Haushaltsformen im Hinblick auf die Hilfefrequenz. Dies unterstützt die These, dass die Häufigkeit, mit der haushaltsexterne Helfer Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen, von den Möglichkeiten der Helfer bzw. von den institutionellen Vorgaben bei den organisierten sozialen Diensten maßgeblich beeinflusst wird. In einer multivariaten Analyse, in der weitere wichtige Merkmale kontrolliert werden können, wird dieses Ergebnis genauer untersucht.

Zum Abschluss dieses Abschnitts erfolgt ein Überblick über die Dauer des bisherigen Erhalts von Hilfeleistungen der jeweiligen Hilfequelle bzw. seit wann die Heimbewohner in einer stationären Einrichtung leben. Obwohl keine Angaben über den zeitlichen Endpunkt der haushaltsexternen Hilfen vorliegen (es handelt sich also bei allen Angaben um rechtszentrierte Werte), können die Angaben über die bisherige Dauer einen Eindruck darüber vermitteln, ob es sich um dauerhafte Hilfe- und Pflegeleistungen handelt oder ob einige der Hilfequellen lediglich Übergangslösungen mit begrenzter Dauer darstellen. In der Tabelle 5.18 sind der Median, die minimale und die maximale Dauer des bisherigen (bis zum Zeitpunkt des Interviews) Erhalts der Hilfe- und Pflegeleistungen in Jahren für die geringfügig Hilfebedürftigen, Hilfebedürftigen und Pflegebedürftigen zusammen dargestellt.

Offenbar handelt es sich bei keiner der haushaltsexternen Hilfequellen um „Übergangslösungen“. Vielmehr versorgt die Hälfte aller Helfer die Älteren bereits seit mehreren Jahren. Mit Blick auf die maximale Anzahl an Jahren, die die jeweiligen Helfer bereits in den Haushalt der Älteren kommen, zeigt sich, dass solche Hilfeleistungen im Einzelfall sehr lange erbracht werden. Der extrem hohe Wert bei den privat organisierten Helfern bestätigt im Übrigen die Vermutung, dass es sich hierbei sowohl um Hilfeleistungen handelt, die im Alter aufgrund von funktionalen Beeinträchtigungen in Anspruch genommen werden, als auch um – in der Regel hauswirtschaftliche – Hilfeleistungen (Zugeh- oder Putzfrauen), die schon seit langer Zeit genutzt werden. Der vergleichsweise geringe Median zeigt allerdings, dass es sich bei Letzteren um eine kleinere Gruppe handelt. Etwa 30 Prozent der hilfe- und pflege-

Tabelle 5.18: Bisherige Dauer der haushaltsexternen Hilfe- und Pflegeleistungen in Jahren für die drei Bedarfsgruppen

Haushaltsexterne Helfer	Dauer der Hilfe- und Pflegeleistungen in Jahren			Fallzahlen <sup>1</sup>
	Median	Minimum	Maximum	
<i>Informelle Helfer</i>				
Kind(er)	4,8	0,1	19,2	28
Sonstige Verwandte	2,9	0,3	30,7	18
Nachbarn, Freunde, Bekannte	2,1	0,1	12,4	37
<i>Formelle „ambulante“ Helfer</i>				
Sozialstation	1,8	0,1	16,4	29
Privat organisierte Hilfe	3,1	0,1	42,7	77
Sonstige Helfer	2,3	1,5	5,7	4
Stationäre Einrichtung	2,8	0,1	15,3	50

<sup>1</sup> Bei den Heimbewohnern konnten 24 Befragte keine Angabe darüber machen, seit wann sie in einem Heim leben. Der errechnete Durchschnitt beruht auf den Angaben der 50 Heimbewohner, die Angaben darüber machen konnten.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

bedürftigen Nutzer privat organisierter Hilfen nehmen diese seit über zehn Jahren in Anspruch. Den geringsten Median weisen die Sozialstationen auf, was insofern plausibel ist, da diese Hilfequelle vornehmlich von den stärker beeinträchtigten Älteren in Anspruch genommen wird bzw. werden kann und eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen und Sozialämter (und seit kurzem durch die Pflegekassen) eine im Einzelfall starke Beeinträchtigung voraussetzt. Den höchsten Median weisen die Kinder auf, von denen die Hälfte bereits seit mehr als 4,8 Jahren in den Haushalt des hilfe- oder pflegebedürftigen Elternteils kommt, um Hilfe- oder Pflegeleistungen zu erbringen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen keine kurzfristige Verpflichtung darstellt, was auch bedeutet, dass die informellen Helfer vor der Aufgabe stehen, die Versorgungsleistungen für die Älteren in ihr Leben integrieren zu müssen.

### 5.2.6 Die Versorgungssituation: Zum Ausmaß des ungedeckten Bedarfs

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit der Frage der Bedarfsdeckung bei den in Privathaushalten lebenden Älteren. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass eine objektive Beurteilung des Grades der Bedarfsdeckung schwerlich möglich ist, da es kaum allgemeingültige Kriterien zur Definition einer „adäquaten“ Versorgung – vor allem im Bereich der hauswirtschaftlichen Verrichtungen – gibt. Um dennoch Aussagen über den ungedeckten Bedarf machen zu können, wird deshalb im Folgenden sowohl auf objektive Kriterien als auch auf die subjektive Beurteilung der Befragten zurückgegriffen.

Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung wird als Indikator für ungedeckten Hilfebedarf die Frage betrachtet, ob die Hausarbeit so zufriedenstellend erledigt werden kann<sup>64</sup>, getrennt nach dem Bedarf und den Hilfequellen. Berücksichtigt werden muss dabei die Subjektivität dieser Beurteilung. Die Bedarfsgerechtigkeit kann im Prinzip nur im Zusammenhang mit den individuellen Bedürfnissen und Ansprüchen und den Wertvorstellungen der Befragenden geklärt werden. Darüber hinaus kann der subjektive Wunsch nach (mehr) Hilfe im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung – insbesondere bei den Männern dieser Generation – auch in deren mangelnden Kenntnissen und Fertigkeiten begründet sein (vgl. Abschnitt 3.1). Dennoch kann eine solche subjektive Bewertung, im Zusammenhang mit der Bedarfslage und der Hilfequelle, Hinweise auf Personengruppen mit höherem Risiko eines ungedeckten hauswirtschaftlichen Hilfebedarfs liefern.

Weiterhin wird als Indikator für ungedeckten Hilfebedarf auf die bereits in den vorangegangenen Abschnitten ermittelten prekären Versorgungssituationen zurückgegriffen. Da die Richtwerte über den Bedarf an hauswirtschaftlicher und pflegerischer Hilfe keine objektiv messbare Größe sind und unter anderem vom Menschenbild, der sozialen Verantwortung, dem Stand der Geriatrie und Gerontologie, dem Ressourcenreichtum und der Prioritätensetzung der jeweiligen Gesellschaft abhängen, erfolgt eine normative Abgrenzung der prekären Versorgungssituationen. Zur Bestimmung der Abgrenzungskriterien werden dabei die Bedarfslage, die Haushaltssituation und die Häufigkeit der haushaltsexternen Hilfeleistungen

---

<sup>64</sup> Gefragt wurde: „Kann die Hausarbeit für Sie so zufriedenstellend erledigt werden, oder bräuchten Sie in Ihrem Haushalt eigentlich (noch mehr) Hilfe?“

verwendet. Dabei wird davon ausgegangen, dass bei geringfügig hilfebedürftigen, hilfebedürftigen, pflegebedürftigen oder dementen Personen, die auf keine haushaltsinternen Hilfsressourcen zurückgreifen können und keine haushaltsexternen Hilfeleistungen erhalten, eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gegeben ist und bei einer weiteren Zunahme der funktionellen oder kognitiven Einschränkungen das Risiko eines Heimübergangs erheblich größer wird. Bei Hilfebedürftigen und Pflegebedürftigen – die ja Beeinträchtigungen bei den elementaren alltäglichen Verrichtungen aufweisen – wird zusätzlich angenommen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung auch dann nicht gegeben ist, wenn sie allein leben und nur unregelmäßige haushaltsexterne Hilfeleistungen erhalten. Als normativ gesetztes Abgrenzungskriterium für den Kreis der Personen in prekären Versorgungssituationen wird demnach die Versorgungsgrenze auf den Erhalt regelmäßiger Hilfe- oder Pflegeleistungen festgelegt. Dementsprechend werden prekäre Versorgungssituationen definiert als: allein lebende (geringfügig) hilfe- oder pflegebedürftige sowie demente Ältere, die keine haushaltsexternen Hilfeleistungen und allein lebende Hilfe- und Pflegebedürftige, die nur unregelmäßige Hilfeleistungen erhalten.

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs der beiden Indikatoren ergibt sich, dass zwischen dem Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt und einer prekären Versorgungssituation ein eher schwacher Zusammenhang besteht ( $\phi = 0.15$ ;  $p = .02$ )<sup>65</sup>. Von den Älteren in einer prekären Versorgungssituation wünscht sich nahezu jeder Dritte (mehr) Hilfe im Haushalt, während umgekehrt von den Personen, die sich (mehr) Hilfe im Haushalt wünschen, die Versorgungssituation bei 28 Prozent als prekär bezeichnet werden muss. Der Zusammenhang ist jedoch bei den Frauen wesentlich stärker ausgeprägt als bei den Männern (Frauen:  $\phi = 0.24$ ,  $p = .01$ ; Männer:  $\phi = 0.03$ ,  $p = .77$ ). 32 Prozent der Frauen in einer prekären Versorgungssituation wünschen sich (mehr) Hilfe im Haushalt im Vergleich zu 12 Prozent der Frauen, die keine Hilfeleistungen benötigen oder regelmäßige Leistungen erhalten. Von den Männern in einer prekären Versorgungssituation wünschen sich zwar ebenfalls etwa 33 Prozent (mehr) Hilfe im Haushalt, aber auch bei den anderen Männern ist der Wunsch nach (mehr) hauswirtschaftlicher Hilfe mit 29 Prozent weit verbreitet. Die subjektive Beurteilung der hauswirtschaftlichen Versorgung wird also offenbar durch die individuellen Bedürfnisse und Ansprüche der Befragten beeinflusst. Insbesondere bei den Männern wird der Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt wohl auch durch die mangelnden Fertigkeiten bei der hauswirtschaftlichen Versorgung bestimmt und ist damit weniger stark von der Bedarfslage und dem Hilfeerhalt abhängig, während der Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt bei den Frauen zu einem großen Teil von den gesundheitsbedingten Fähigkeiten und der erhaltenen Hilfe bestimmt wird.

Inwieweit die beiden Indikatoren zur Versorgungssituation mit der Bedarfslage zusammenhängen, lässt sich der Tabelle 5.19 entnehmen, in der auch das Ausmaß des ungedeckten Hilfebedarfs anhand der beiden Indikatoren dargestellt ist.

<sup>65</sup>  $\phi$  ist ein Zusammenhangsmaß für dichotome Variablen. Der Wert liegt zwischen 0 und 1, wobei ein hoher Wert einen starken Zusammenhang repräsentiert. Der  $\phi$ -Koeffizient beruht auf dem  $\chi^2$ -Wert und wird folgendermaßen berechnet:

$$\sqrt{\frac{\chi^2}{N}}$$

Tabelle 5.19: Indikatoren für die Versorgungssituation von Älteren in Privathaushalten nach Bedarfslage und für Demente (in %)

Bedarfslage	Stichprobe		Population <sup>1</sup>		N
	(mehr) Hilfe im Haushalt gewünscht	Versorgungssituation prekär <sup>2</sup>	(mehr) Hilfe im Haushalt gewünscht	Versorgungssituation prekär	
Selbstständig	18,3	×	19,0	×	218
Geringfügig hilfebedürftig	21,8		25,0	33,8	87
Hilfebedürftig	19,0	25,4	16,7	41,7	63
Pflegebedürftig	22,2	9,5	25,6	15,9	72
Dement	27,9	20,6	34,0	42,6	61
Insgesamt	20,9	19,7	20,3	33,7	440

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angabe der Fallzahlen beruht auf der ungewichteten Stichprobe.

<sup>2</sup> Aufgrund der Definition ist die Versorgungssituation von „Selbstständigen“ immer bedarfsdeckend.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Die Tabelle weist auf hohe Anteile an Älteren in Privathaushalten hin, deren Versorgungssituation als problematisch bezeichnet werden muss. Vor allem bei den geringfügig Hilfebedürftigen, den Hilfebedürftigen und insbesondere auch bei den Dementen liegen die hochgerechneten Anteile außerordentlich hoch, während bei den Pflegebedürftigen eine regelmäßige Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen eher gegeben zu sein scheint. Ein höherer Grad der Bedarfsausprägung führt also offenbar eher zu regelmäßigen Hilfe- und Pflegeleistungen. Für alle Bedarfsgruppen zusammen (einschließlich der Dementen ohne Einschränkungen bei den alltäglichen Aktivitäten) liegt der Anteil der 69-jährigen und älteren Berliner in derartigen problematischen Versorgungssituationen, unter Einbeziehung der Heimbewohner, bei denen eine regelmäßige Versorgung als gegeben angenommen wird, bei 26 Prozent.

Der Anteil Personen, die (mehr) Hilfe im Haushalt wünschen, ist in allen Bedarfsgruppen relativ hoch. Vor allem unter den Dementen und bei den geringfügig Hilfebedürftigen, die oftmals keine Hilfen erhalten und bei denen die Hilfebedürftigkeit weniger deutlich ausgeprägt ist, finden sich viele, für die die Hausarbeit nicht zufriedenstellend erledigt werden kann. Auch bei den Pflegebedürftigen ist der Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt weit verbreitet, während dieser Anteil bei den Hilfebedürftigen und bei den Selbstständigen niedriger ist.

Insbesondere bei den Pflegebedürftigen fällt der große Unterschied zwischen den Anteilen, die sich (mehr) Hilfe im Haushalt wünschen, und denen, die in prekären Versorgungssituationen leben, auf. Im Vergleich zu dem verhältnismäßig hohen Anteil, der sich (mehr) Hilfe im Haushalt wünscht, leben eher wenige in einer prekären Versorgungssituation. Möglicherweise konzentrieren sich die Leistungen der Helfer, vor allem der haushaltsexternen Helfer, bei den Pflegebedürftigen auf die körperbezogenen Verrichtungen, das heißt die pflegerischen Leistungen, während die hauswirtschaftlichen Hilfen eher vernachlässigt werden. Bei den Dementen ist demgegenüber sowohl der Anteil der Älteren, die in prekären Versorgungssituationen leben, als auch der Anteil derer, die sich (mehr) Hilfe im Haushalt wünschen, relativ groß. Dies mag darin begründet sein, dass eine Demenzerkrankung ohne funktionale Beein-

trächtigkeit bei der Verrichtung der Alltagsaktivitäten keine sozialrechtlichen Ansprüche auf Hilfeleistungen begründet und oftmals auch von den Angehörigen nicht als Anlass für Hilfeleistungen genommen wird. Betrachtet man sich – trotz der geringen Fallzahl von elf Personen – nur diejenigen, die dement sind, aber keine funktionalen Beeinträchtigungen aufweisen (unter diesen findet sich allerdings kein schwer Dementer), zeigt sich, dass 36 Prozent von ihnen in prekären Versorgungssituationen leben, im Vergleich zu 17 Prozent bei den Demen-ten, die (geringfügig) hilfe- oder pflegebedürftig sind.

Mehr Aufschluss über den Zusammenhang der beiden Indikatoren und dem hilfeleistenden System gibt die Tabelle 5.20, in der ausschließlich (geringfügig) hilfe- oder pflegebedürftige sowie demente Ältere in Privathaushalten berücksichtigt sind.

Männer wünschen sich häufiger als Frauen (mehr) Hilfe bei der Erledigung der Hausarbeit, obwohl sie ja wesentlich häufiger mit einem (Ehe-)Partner zusammenleben. Allerdings dürften die allein lebenden Männer dieser Generation, aufgrund der traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und der daraus folgenden mangelnden Fertigkeiten bei

Tabelle 5.20: Indikatoren für die Versorgungssituation von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen oder dementen Älteren in Privathaushalten (in %)

	Indikatoren für die Versorgungssituation		N
	(mehr) Hilfe im Haushalt gewünscht	Versorgungssituation prekär <sup>1</sup>	
<i>Geschlecht</i>			
Männer	<b>29,6</b>	<b>11,1</b>	108
Frauen	<b>17,7</b>	<b>27,2</b>	124
<i>Soziale Lebensform</i>			
Allein lebend			
kein Kind in Berlin	23,1	25,6	78
Kind(er) in Berlin	25,0	36,1	72
Zusammenlebend mit			
nur Partner	28,6	×	56
Kind(er)	7,7	×	26
<i>Haushaltsexterner Haupthelfer</i>			
Keine, allein lebend	<b>32,4</b>	100,0	30
Keine, in Mehr-Personen-Haushalt	<b>10,8</b>	×	36
Kind(er)	<b>22,2</b>	7,4	27
Sonstige Verwandte	<b>0,0</b>	0,0	8
Nachbarn, Freunde, Bekannte	<b>14,3</b>	8,6	35
Sozialstation	<b>24,1</b>	0,0	29
Privat organisierte Helfer	<b>33,9</b>	11,3	62
<i>Hilfefrequenz</i>			
Täglich	25,0	×	28
3- bis 6-mal pro Woche	13,3	×	30
1- bis 2-mal pro Woche	24,6	×	65
Seltener	32,4	32,4	37

In den **fett** und *kursiv* gedruckten Zellen sind die Unterschiede statistisch signifikant mit  $p < 0,05$ .

<sup>1</sup> Die Angaben bei der sozialen Lebensform, bei den haushaltsexternen Haupthelfern und bei der Hilfefrequenz sind durch die Definition von „prekären Versorgungssituationen“ beeinflusst. Hier erfolgte deshalb auch kein Signifikanztest.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

den hauswirtschaftlichen Verrichtungen, sehr häufig diesen Wunsch äußern, wenn keine körperliche oder geistige Beeinträchtigung vorliegt. Demgegenüber leben Männer seltener in einer prekären Versorgungssituation, was auf das häufigere Zusammenleben mit einem (Ehe-)Partner zurückzuführen ist.

Personen in unterschiedlichen sozialen Lebensformen unterscheiden sich überraschenderweise nicht signifikant hinsichtlich des Wunsches nach (mehr) Hilfe im Haushalt. So scheint es bei den Alleinlebenden für diese Frage unerheblich zu sein, ob eigene Kinder in der Wohnnähe leben oder nicht. Allein lebende Ältere mit Kindern in Berlin leben sogar häufiger in einer prekären Versorgungssituation als Alleinlebende ohne Kinder in Berlin: Mehr als ein Drittel erhält – trotz einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit – keine regelmäßigen Hilfe- bzw. Pflegeleistungen. Leben allerdings eigene Kinder im Haushalt, wünschen sich nur sehr wenige Ältere (mehr) hauswirtschaftliche Hilfen. Das Zusammenleben mit eigenen Kindern im Haushalt erweist sich als die, mit Blick auf die Erledigung der Hausarbeit, zufriedenstellendste Lebensform. In den reinen Altenhaushalten ist der Anteil der mit der Erledigung der Hausarbeit Unzufriedenen überraschend hoch. Hierbei handelt es sich überwiegend um Männer. Möglicherweise erweist sich das zumeist ebenfalls hohe Alter der Partner als problematisch.

Welcher haushaltsexterne Helfer vorwiegend die Hilfe- und Pflegeaufgaben übernimmt, ist für den Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt bedeutsam. Alleinlebende, die keine regelmäßige haushaltsexterne Hilfe- oder Pflegeleistungen erhalten, wünschen sich erwartungsgemäß häufig (mehr) hauswirtschaftliche Unterstützung. Es zeigt sich aber auch, dass von den Älteren, die Hilfeleistungen von privat organisierten Helfern in Anspruch nehmen, ebenfalls etwa ein Drittel mehr Hilfe im Haushalt für wünschenswert hält. Auch die Helfer der Sozialstationen scheinen in vielen Fällen die Hausarbeit nicht zufriedenstellend erledigen zu können, was angesichts der Konzentration der Sozialstationen auf die pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen plausibel erscheint. Ältere, die hauptsächlich von informellen Helfern versorgt werden, äußern demgegenüber seltener den Wunsch nach (mehr) hauswirtschaftlicher Hilfe. Dies gilt sowohl bei den haushaltsinternen Helfern (Ältere in Mehr-Personen-Haushalten) als auch bei den haushaltsexternen Helfern. Etwas höhere Anteile Unzufriedener finden sich hier nur bei den Älteren, die hauptsächlich von einem nicht im Haushalt lebenden Kind versorgt werden. Ob dies tatsächlich mit einem geringeren Hilfeaufwand der Kinder bei der Erledigung der Hausarbeit zusammenhängt, oder ob die Ansprüche an die eigenen Kinder höher sind als an andere informelle Helfer, lässt sich an dieser Stelle nicht klären. Es sollte aber beachtet werden, dass nur 7,4 Prozent der Älteren, bei denen eines der Kinder überwiegend die Versorgungsaufgaben übernimmt, in einer prekären Versorgungssituation leben, das heißt das Kind nur unregelmäßig in den Haushalt der Eltern bzw. des Elternteils kommt.

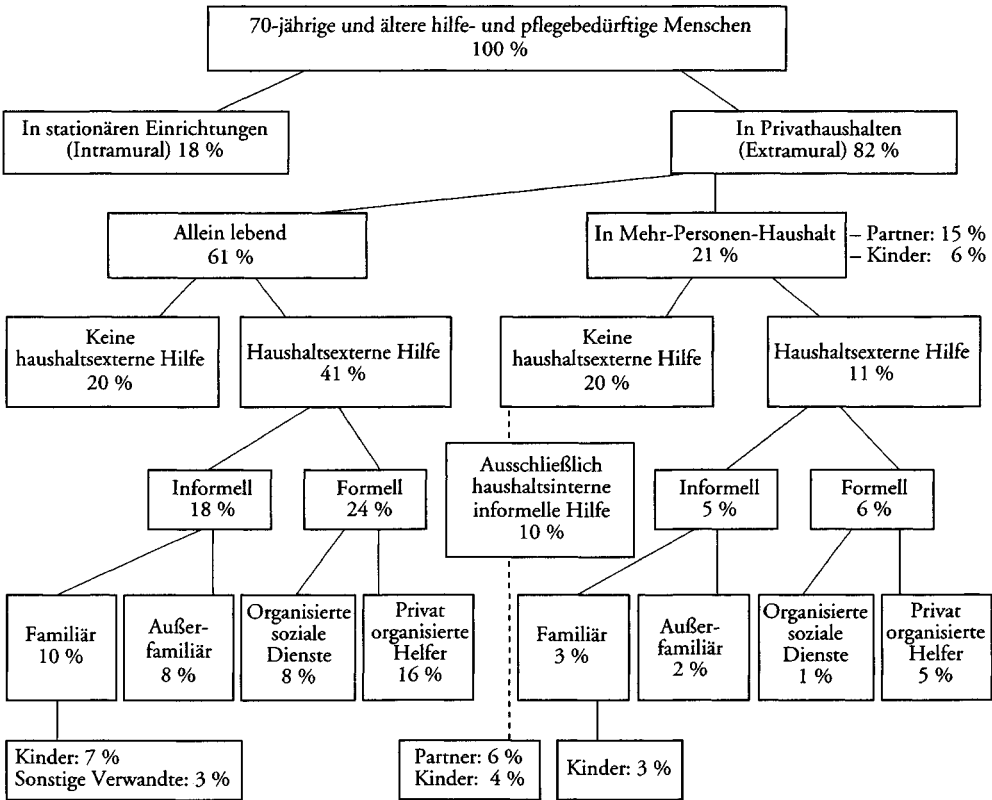
Die Hilfefrequenz hat überraschenderweise keinen signifikanten Einfluss auf den Wunsch nach (mehr) hauswirtschaftlicher Hilfe, obwohl in der Tendenz die Älteren, die unregelmäßige Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten, auch häufiger (mehr) Hilfe im Haushalt wünschen. Allerdings äußert auch ein hoher Anteil derjenigen, die tägliche Hilfen erhalten, den Wunsch nach mehr Hilfe im Haushalt. Möglicherweise beziehen sich die täglichen Leistungen vornehmlich auf pflegerische Hilfen und weniger auf die hauswirtschaftliche Versorgung. Da insbesondere die Helfer der Sozialstationen täglich in den Haushalt der Hilfe- und Pflegebedürftigen kommen und Ältere, die überwiegend von diesen Helfern versorgt werden, ebenfalls vergleichsweise häufig mehr Hilfe im Haushalt wünschen, liegt die Vermutung nahe, dass

tägliche Hilfeleistungen häufig den pflegerischen und seltener den hauswirtschaftlichen Bereich abdecken.

### 5.2.7 Zusammenfassung

In der Abbildung 5.5 ist das Netz der Helfer der 70-jährigen und älteren Menschen in Berlin zusammenfassend dargestellt. Hierbei wurden nur Ältere berücksichtigt, die der Hilfe bedürfen, das heißt, die Prozentangaben in der Abbildung beruhen auf den Älteren, die geringfügig hilfebedürftig, hilfebedürftig, pflegebedürftige oder dement sind. Dargestellt

Abbildung 5.5: Das hilfeleistende System von älteren (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen und/oder dementen Menschen: Wer übernimmt überwiegend die Hilfe- und Pflegeleistungen? (N = 305)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Die Prozentwerte beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

sind die Haupthelfer, das heißt die Personen, die am häufigsten in den Haushalt der Älteren kommen, wobei sowohl regelmäßige als auch unregelmäßige Leistungen eingeschlossen sind.

Mit Blick auf die Versorgungslage hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen in Privathaushalten kann festgehalten werden, dass der überwiegende Teil allein lebt. Bei denjenigen wiederum, die nicht allein leben, dominiert das Zusammenwohnen mit einem (Ehe-)Partner, wobei dies die typische Lebensform alter hilfe- und pflegebedürftiger Männer darstellt. Da es sich bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen zum größten Teil um Frauen handelt, können die meisten von ihnen nicht mit der Hilfe eines Partners rechnen. Ein Zusammenleben mit den eigenen Kindern ist insgesamt eher selten, obwohl diese Lebensform bei den Pflegebedürftigen weitaus häufiger als in den anderen Gruppen auftritt, was darauf schließen lässt, dass ein Zusammenziehen der Generationen auch aufgrund der eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeit der Älteren zu Stande kommt.

Neben der Betrachtung der Frage, wer Hilfe- und Pflegeleistungen für Ältere erbringt, wurde in diesem Abschnitt auch die Frage des Umfangs dieser Leistungen, anhand der Häufigkeit mit der die jeweiligen Helfer in den Haushalt der Älteren kommen, untersucht. Zusammenfassend lässt sich hierzu festhalten, dass allein lebende Ältere in kürzeren zeitlichen Abständen von den Haupthelfern aufgesucht werden und dass vor allem die Helfer der Sozialstationen tägliche Hilfe und/oder Pflege leisten. Allerdings leisten auch die außerfamilialen informellen Helfer überraschend häufig tägliche Hilfe (etwa 50 %). Der Anteil derer, die unregelmäßige Hilfe erhalten, unterscheidet sich zwischen Alleinlebenden und Älteren in Mehr-Personen-Haushalten kaum und liegt für beide Gruppen bei etwa 30 Prozent. Hier unterscheiden sich jedoch die informellen von den formellen Helfern. Von den informellen Helfern kommen etwa 35 Prozent seltener als einmal pro Woche in den Haushalt der Alleinlebenden, während es bei den formellen Helfern nur 21 Prozent sind. Bei den haushaltsexternen Haupthelfern, die in einen Mehr-Personen-Haushalt kommen, um Hilfe- und Pflegeleistungen zu erbringen, sind es die formellen Helfer, die zu einem sehr großen Anteil, nämlich 45 Prozent, seltener als einmal pro Woche erscheinen. Die informellen Helfer dieser Gruppe suchen die Hilfe- und Pflegebedürftigen demgegenüber ohne Ausnahme mindestens einmal wöchentlich auf.

Insgesamt lassen sich aus der deskriptiven Darstellung der Versorgungssituation hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen mehrere Schlussfolgerungen ableiten. Die Aufrechterhaltung eines Lebens in den eigenen vier Wänden ist auch bei Alleinlebenden, stark beeinträchtigten älteren Menschen durch haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeleistungen möglich, sofern professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Das höhere Institutionalierungsrisiko dieser Gruppe kann freilich auch als Argument für einen weiteren Ausbau professioneller ambulanter Dienste interpretiert werden. Die Ausrichtung der Sozialstationen auf die pflegerische Versorgung zeigt sich in der Dominanz der Nutzung dieser Hilfequelle durch die stark beeinträchtigten Älteren. Bei den weniger stark beeinträchtigten Älteren offenbaren sich demgegenüber Versorgungslücken, was die Interpretation nahelegt, dass pflegerische Leistungen möglicherweise leichter zugänglich sind als hauswirtschaftliche Leistungen. Deutlich wird aber auch, dass nur ein sehr geringer Teil der anspruchsberechtigten älteren Menschen die organisierten sozialen Dienste auch tatsächlich in Anspruch nehmen. Für die Versorgung der hilfe- und vor allem auch der pflegebedürftigen Älteren von immenser Bedeutung sind die privat organisierten Helfer, ohne die sich ein noch erheblich höherer Anteil der Älteren in einer prekären Versorgungssituation befinden würde. Eine wesentliche Frage in diesem



Zusammenhang – die in Kapitel 6 im Mittelpunkt des Interesses steht – ist, welche Faktoren die Nutzung dieser, zumeist eigenfinanzierten<sup>66</sup>, Hilfe beeinflussen.

Aus den vorgestellten Ergebnissen kann keineswegs geschlossen werden, dass die Familie keine hauswirtschaftlichen oder pflegerischen Leistungen erbringt. Vielmehr sind familiäre Hilfeleistungen auch im Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Angehöriger von weit reichender Bedeutung. Immerhin etwa jeder Dritte Hilfe- oder Pflegebedürftige erhält Hilfeleistungen von informellen Helfern (vornehmlich Angehörigen), wobei zu berücksichtigen ist, dass in der zu Grunde liegenden Population ein hoher Prozentsatz aufgrund von Kinderlosigkeit oder Verwitwung über keine familialen Hilferessourcen verfügt. Die professionellen Helfer sollten zudem bei den stärker Beeinträchtigten sehr viel eher in der Lage sein, eine adäquate, bedarfsdeckende Versorgung zu erbringen als informelle – in der Regel unqualifizierte – Helfer.

Die Ergebnisse sprechen in der Tendenz dafür, dass innerhalb der informellen Hilfeleistungen die außerfamilialen Helfer fehlende familiäre Helfer nur teilweise ersetzen können. Insbesondere bei weniger stark Beeinträchtigten leisten sie jedoch überraschend häufig Hilfe, während sie bei den stärker Beeinträchtigten eher selten die Versorgung (mit-)übernehmen. Die vorgestellten deskriptiven Ergebnisse unterstützen ebenfalls die Annahme, dass das Verhältnis von informeller und formeller Hilfe durch eine Substitutionslogik gekennzeichnet ist. So werden formelle Hilfequellen besonders häufig im Falle des Fehlens familialer Hilferessourcen genutzt, und der gleichzeitige Erhalt sowohl informeller als auch formeller instrumenteller hauswirtschaftlicher und pflegerischer Hilfen ist insgesamt sehr gering.

Im Hinblick auf die Versorgung in stationären Einrichtungen kann festgehalten werden, dass die Bedarfslage von weit reichender Bedeutung ist. Obwohl die vorliegenden Daten keinen Aufschluss über die Bedarfslage zum Zeitpunkt des Heimübergangs geben, fällt auf, dass nur sehr wenige Heimbewohner frei von funktionalen Einschränkungen sind. Selbst unter der Annahme, dass sich der Gesundheitszustand im Heim verschlechtert und dass insbesondere die geringfügig Hilfebedürftigen sich ohne unmittelbare Notlage entschieden haben, in ein Heim einzuziehen, scheint ein vorsorglicher Heimübergang bzw. ein Heimübergang aus wohnungsbedingten Gründen die Ausnahme darzustellen. Der Bedarf allein kann jedoch den Heimaufenthalt nicht erklären. So lebt selbst von den Pflegebedürftigen die Mehrheit in einem privaten Haushalt. Neben der Bedarfslage spielt auch die Verfügbarkeit von informellen Helfern eine wesentliche Rolle, wobei insbesondere die Haushaltssituation einen entscheidenden Faktor für den Heimübergang darstellt. Insofern kann es auch kaum verwundern, dass die Heimquote der Frauen die der Männer deutlich übersteigt.

Die Betrachtung des ungedeckten Hilfebedarfs zeigt, dass ein vergleichsweise großer Anteil der Älteren, die funktionale oder kognitive Beeinträchtigungen aufweisen, nur sehr unzureichend versorgt wird, und dass der Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt bei den Älteren weit verbreitet ist. Überraschenderweise spielt die soziale Lebensform hierbei keine bedeutende Rolle. Einzig das Zusammenleben mit eigenen Kindern im Haushalt erweist sich als die – mit Blick auf die Erledigung der Hausarbeit – zufriedenstellendste Lebensform, wohingegen der Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt von Älteren in reinen Altenhaushalten eher häufig geäußert wird. Die Bedarfslage erweist sich als ein bedeutsames Kriterium für die Bedarfs-

---

<sup>66</sup> Die Einschätzung beruht auf der Auswertung der Frage, wer die Kosten der Hilfe- und Pflegeleistungen übernimmt. Hier liegen allerdings nur für die Hälfte der Befragten gültige Angaben vor.

deckung, wobei die am stärksten in der Verrichtung der alltäglichen Aktivitäten beeinträchtigten Älteren eher mit regelmäßigen Hilfe- und Pflegeleistungen rechnen können als weniger stark beeinträchtigte Personen.

### **5.3 Sozioökonomische Ressourcen und das hilfeleistende System**

In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass es für die Beantwortung der Frage, wie Bedarfs- in Inanspruchnahmesituationen überführt werden, nicht ausreicht, einen einfachen Zusammenhang zwischen Bedarf und Inanspruchnahme herzustellen. Vielmehr müssen die unterschiedlichen Lebenssituationen berücksichtigt werden. Hierbei gilt es neben den sozialen Netzwerken der älteren Menschen auch deren sozioökonomische Ressourcen zu beachten.

So lässt sich vermuten, dass der Mangel an sozialpflegerischen Diensten, das Subsidiaritätsprinzip und regulative Eingriffe (Bedürftigkeitsprüfungen, eingeschränkte Wahlfreiheit) die Bedeutung sozioökonomischer Ressourcen für die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen verstärken. Zum einen dadurch, dass Ältere mit ausreichenden materiellen Ressourcen durch eine gezielte Auswahl und eigenfinanzierte Inanspruchnahme von Pflegeangeboten nicht mehr auf die Nutzung entsprechender öffentlich subventionierter sozialpflegerischer Dienste angewiesen sind. Zum anderen, da Informationen über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme ebenso wie Handlungskompetenzen im Umgang mit sozialpolitischen Maßnahmen und Bürokratien an Bedeutung gewinnen. Mit steigenden materiellen Ressourcen, Informationen und Handlungskompetenzen steigt demzufolge die Möglichkeit, formelle Hilfeinstanzen zu nutzen.

Aus der ökonomischen Theorie lässt sich ableiten, dass mit der Größe einer erwarteten Erbschaft und/oder laufender Transfers die Wahrscheinlichkeit ansteigt, dass eine hilfe- oder pflegebedürftige Person von Mitgliedern des sozialen Netzwerks versorgt wird. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass auch im Gesundheitsreformgesetz von 1988 und im Pflegeversicherungsgesetz Anreize für informelle Helfer zur Übernahme von Hilfe- und Pflegeaufgaben über monetäre Leistungen geschaffen werden sollen. Gegen einen Einfluss sozioökonomischer Ressourcen auf informelle Hilfe- und Pflegeleistungen spricht demgegenüber das supportbank-Modell, bei dem ein balancierter Austausch immaterieller Güter über die Zeit angenommen wird. Auch die Betonung von Solidaritätsnormen als ausschlaggebender Faktor für informelle Hilfeleistungen spricht gegen eine Bedeutung sozioökonomischer Ressourcen für die Übernahme und Nutzung informeller Hilfe- und Pflegeleistungen.

Im Folgenden wird ein deskriptiver Überblick über den Zusammenhang zwischen den sozioökonomischen Ressourcen und den Haupthelfern der älteren Menschen mit eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeit gegeben. Dabei werden das Einkommen, das Sozialprestige, das Qualifikationsniveau, das Wohneigentum, vorhandenes Vermögen und die Art der Krankenversicherung betrachtet (vgl. Abschnitt 4.2). Intergenerationale monetäre Transfers werden zwar nicht direkt erfasst, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese mit steigendem Sozialprestige wahrscheinlicher werden (G. Wagner u.a., 1996). Bei der Art der Krankenversicherung wird hier zwischen Privatversicherten und in einer gesetzlichen Krankenkasse Versicherten unterschieden, wobei auf eine weitergehende Interpretation verzichtet wird, da insgesamt nur 16 kognitiv oder funktional beeinträchtigte Personen privat krankenversichert waren. Eine tiefergehende Analyse der Bedeutung der sozioökonomischen Ressourcen

für die einzelnen Komponenten der Versorgungssituation (Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen, Hilfefrequenz und Bedarfsdeckung) im Zusammenhang mit den familialen Hilfsressourcen, der Haushaltssituation und der Bedarfslage erfolgt im Kapitel 6.

Da in dieser Arbeit die Versorgungssituation von älteren Menschen, die in ihrer Selbstversorgungsfähigkeit aufgrund funktionaler oder kognitiver Beeinträchtigungen eingeschränkt sind, im Mittelpunkt steht, werden im Folgenden nur (geringfügig) hilfe- bzw. pflegebedürftige oder demente Ältere betrachtet. Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den sozioökonomischen Ressourcen und der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegequellen erfolgt anhand der Haupthelfer, wobei sowohl regelmäßige als auch unregelmäßige Hilfeleistungen berücksichtigt werden. Da sonstige Verwandte nur bei acht der funktional und kognitiv beeinträchtigten Älteren die Rolle des Haupthelfers übernehmen, werden diese mit den haushaltsextern Hilfe leistenden Kindern in einer Gruppe zusammengefasst. Der Zusammenhang zwischen den Haupthelfern und den sozioökonomischen Ressourcen der älteren Menschen ist in der Tabelle 5.21 dargestellt.

Offenbar gibt es eine Gruppe unter den Älteren, bei denen trotz eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeit, Hindernisse und Barrieren in der Inanspruchnahme von Hilfen bestehen. Sie leben allein und nutzen keinehaushaltsexternen Hilfen. Diese Gruppe hat im Durch-

Tabelle 5.21: Sozioökonomische Ressourcen und die Haupthelfer von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen oder dementen Älteren

Sozioökonomische Ressourcen	Haushaltsexterne Hilfe- und Pflegequelle						
	Keine, allein lebend	Keine, in Mehr-Personen-Haushalt	Kind(er) und sonstige Verwandte	Nachbarn, Freunde, Bekannte	Sozialstation	Privat organisierte Helfer	Stationäre Einrichtung <sup>1</sup>
Äquivalenzeinkommen in DM ( $\bar{x}$ , s)	1.858 (737)	2.030 (926)	1.880 (619)	1.902 (721)	2.102 (991)	2.433 (939)	×
Vermögen (%)							
Ja	64,6	66,7	77,1	80,0	68,6	85,5	43,7
Wohneigentum (%)							
Ja	3,0	23,1	17,1	5,7	17,2	16,1	7,0
Bildung (%) <sup>2</sup>							
Niedrig	44,8	41,7	41,2	32,4	28,0	15,5	35,2
Mittel	41,4	33,3	52,9	47,1	47,8	56,9	46,3
Hoch	13,8	25,0	5,9	20,6	24,1	27,6	18,5
Sozialprestige ( $\bar{x}$ , s)	71,0 (25,2)	77,4 (29,5)	66,1 (23,5)	69,1 (24,5)	88,2 (31,5)	92,2 (37,3)	65,5 (23,8)
Krankenversicherung (%)							
Privat	0,0	2,7	2,9	8,6	3,4	11,3	3,4
Fallzahl	34	39	27	35	29	62	71

<sup>1</sup> Bei den Heimbewohnern wird das Wohneigentum vor dem Übergang betrachtet. Bei den Heimbewohnern fehlen über 60 Prozent der Einkommensangaben, weshalb auf die Berechnung des Mittelwerts verzichtet wird.

<sup>2</sup> Niedrig = Volksschulabschluss ohne Berufsausbildung, mittel = Volksschulabschluss mit Berufsausbildung oder mittlere Reife ohne Berufsausbildung, hoch = mittlere Reife mit Berufsausbildung oder höherwertiger Abschluss.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

schnitt ein eher niedriges Einkommen, Vermögen ist bei ihnen seltener vorhanden, sie leben sehr selten im Wohneigentum und sie verfügen seltener über eine hohe Bildung. Es scheint so zu sein, dass kumulative soziale Benachteiligungen – allein leben und geringe sozioökonomische Ressourcen – die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen erschweren. Hierbei ist zu bedenken, dass es sich bei den funktional und kognitiv beeinträchtigten Älteren, die weder haushaltsinterne noch haushaltsexterne Hilfeleistungen erhalten, zum größten Teil (etwa 75 %) um Frauen handelt, während die ausschließlich haushaltsintern versorgten Personen überwiegend Männer sind (etwa 70 %).

Demgegenüber fällt auf, dass insbesondere die Nutzer privat organisierter Helfer über mehr sozioökonomische Ressourcen verfügen. Hier finden sich auch die meisten privat Krankenversicherten. Auch die Nutzer von Sozialstationen verfügen im Durchschnitt über mehr sozioökonomische Ressourcen, wobei dieser Unterschied bei den materiellen Ressourcen weniger ausgeprägt ist. Dies könnte daran liegen, dass Hilfeleistungen der Sozialstation eher von den Krankenkassen bzw. Sozialämtern übernommen wurden. Eine Aufschlüsselung der Kostenträgerschaft bestätigt tendenziell diese Vermutung. So wurden die Kosten der Hilfen von den Sozialstationen bei 37 Prozent der Nutzer von den Krankenkassen und bei 25 Prozent von Sozialämtern, zumindest teilweise, übernommen. Von den Älteren, die Hilfe- und Pflegeleistungen von den Sozialstationen erhielten, zahlten jedoch 50 Prozent diese Leistungen ganz oder teilweise selbst. Bei den Älteren, die Hilfen von privat organisierten Helfern erhielten, übernahmen die Sozialämter nur in 5 Prozent und die Krankenkassen in 10 Prozent der Fälle zumindest teilweise die Kosten, während 85 Prozent der Nutzer die Kosten ganz oder teilweise selbst zahlten.

Die Älteren, die von haushaltsexternen Angehörigen versorgt werden, haben zwar ein eher niedriges Bildungsniveau und Sozialprestige sowie ein im Durchschnitt eher geringes Einkommen, verfügen andererseits überdurchschnittlich häufig über Vermögen und wohnen auch überdurchschnittlich häufig im Wohneigentum. Zwar spricht dieser Zusammenhang tendenziell für eine Bedeutung von erwarteten Erbschaften auf die Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen Seitens der Angehörigen, es finden sich indes keinerlei Hinweise für die Bedeutung von Transferzahlungen – das Sozialprestige und auch das Einkommen sind bei den informell versorgten Älteren im Durchschnitt eher niedrig. Möglicherweise nehmen familiäre Hilfeleistungen tatsächlich zu, wenn Vermögenswerte aufgrund der Folgekosten eines Heimübergangs verbraucht werden könnten, was allerdings weniger auf ein strategisches Vererbungsmotiv als vielmehr auf die sozialpolitischen Regelungen zurückzuführen ist.

Die Heimbewohner zeichnen sich eher durch niedriges bis mittleres Bildungsniveau und niedriges Sozialprestige aus. Sie verfügen auch seltener über Vermögen und haben vor dem Heimübergang seltener im Wohneigentum gelebt. Auf die Darstellung des Einkommens wurde bei den Heimbewohnern verzichtet, da 62 Prozent der dort Befragten keine Angabe über ihr Einkommen machen konnten. Bei den Heimbewohnern, für die Einkommensangaben vorliegen, ist zu vermuten, dass es sich um Ältere mit einem überdurchschnittlichen Einkommen handelt, die die Kosten für die Heimunterbringung selbst zahlen können. Im Gegensatz zum Wohneigentum, das für den Zeitpunkt vor dem Heimübergang erfragt wurde, beziehen sich die Angaben zum Vermögen bei den Heimbewohnern auf den Zeitpunkt der Befragung. Der vergleichsweise geringe Anteil der Heimbewohner, der über Vermögen verfügt, kann insofern auch darauf zurückzuführen sein, dass das Vermögen bereits für die Pflege- und Unterbringungskosten verbraucht wurde. Für das Wohneigentum gilt jedoch, dass Ältere, die im Wohneigentum leben, seltener in ein Heim überwechseln.

Aufgrund der geschilderten Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegequellen und den sozioökonomischen Ressourcen der älteren Menschen kann ein Zusammenhang mit der Bedarfsdeckung vermutet werden. Um dies zu überprüfen, werden die beiden in Abschnitt 5.2.5 vorgestellten Indikatoren zur objektiven Versorgungssituation und subjektiven hauswirtschaftlichen Bedarfsdeckung im Zusammenhang mit den sozioökonomischen Ressourcen betrachtet (Tab. 5.22).

Überraschend ist hierbei zunächst die Ähnlichkeit zwischen den beiden Indikatoren, obwohl ja festgestellt werden konnte, dass zwischen der subjektiven Bewertung der hauswirtschaftlichen Bedarfsdeckung und dem objektiven Indikator des ungedeckten Bedarfs nur ein relativ schwacher Zusammenhang besteht (vgl. Abschnitt 5.2.6). Weiterhin zeigt sich, dass die älteren Menschen, die sich (mehr) Hilfe im Haushalt wünschen, ebenso wie die Älteren, deren Versorgungssituation als prekär zu bezeichnen ist, in fast allen Dimensionen – mit Ausnahme des Vermögens – einen im Durchschnitt niedrigeren sozioökonomischen Status aufweisen. Die Unterschiede sind allerdings geringer, als aufgrund der deutlichen Differenzen bei der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegequellen hätte erwartet werden können, da gerade die Alleinlebenden, die keine haushaltsexternen Hilfeleistungen erhalten, einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Inanspruchnahme haushaltsexterner Hilfe- und Pflegeleistungen, insbesondere auch von formellen Hilfeinstanzen, nicht notwendigerweise zu einer subjektiv und objektiv bedarfsgerechteren Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen führt. Eine abschließende Beurtei-

Tabelle 5.22: Sozioökonomische Ressourcen und die Versorgungssituation von funktional oder kognitiv beeinträchtigten Älteren in Privathaushalten

Sozioökonomische Ressourcen	Indikatoren der Bedarfsdeckung			
	(mehr) Hilfe im Haushalt gewünscht		Versorgungssituation prekär	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Einkommen ( $\bar{x}$ , s)	2.031 (792)	2.069 (887)	1.949 (725)	2.092 (895)
Vermögen (%)				
Ja	77,8	73,0	73,9	74,5
Wohneigentum (%)				
Ja	5,6	16,9	8,7	15,4
Bildung (%) <sup>1</sup>				
Niedrig	30,0	33,1	35,0	31,7
Mittel	52,0	46,2	50,0	46,7
Hoch	18,0	20,7	15,0	21,7
Sozialprestige ( $\bar{x}$ , s)	75,9 (29,1)	78,9 (32,3)	73,8 (27,7)	79,3 (32,2)
Krankenversicherung (%)				
Privat	1,9	6,3	0,0	6,5
Fallzahl	54	178	46	188

<sup>1</sup> Niedrig = Volksschulabschluss ohne Berufsausbildung, mittel = Volksschulabschluss mit Berufsausbildung oder mittlere Reife ohne Berufsausbildung, hoch = mittlere Reife mit Berufsausbildung oder höherwertiger Abschluss.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

lung ist aber letztlich nur dann möglich, wenn die sozialen, gesundheitlichen und sozioökonomischen Ressourcengemeinsam betrachtet werden.

#### 5.4 Die Familie als informelle Helfer

Im Folgenden geht es darum, die Bedeutung der Familie bei der Versorgung der alten Eltern mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen näher zu betrachten. Aufgrund der Datelage ist es nur möglich, die (Ehe-)Partner und die Kinder, die allerdings auch den weitaus größten Teil der familialen Helfer ausmachen, genauer zu betrachten, da über die sonstigen familialen Helfer keine näheren Informationen vorliegen. Im Mittelpunkt des Interesses steht dabei zum einen die Frage, in welchem Ausmaß die Familie an der Versorgung beteiligt ist, und zum anderen, ob und in welchem Ausmaß sozialstrukturelle Bedingungen der Kinder die Übernahme hauswirtschaftlicher und pflegerischer Hilfe beeinflussen. Die wesentliche Frage ist also, wer Hilfe- und Pflegeleistungen und in welchem Kontext erbringt. Der erste Teil dieses Abschnitts beschäftigt sich mit den (Ehe-)Partnern, der zweite Teil mit den Kindern.

Zahlreiche empirische Ergebnisse belegen, dass die Bereitschaft der Familien zum solidarischen Handeln, bis hin zur Übernahme von belastenden Pflegeaufgaben, sehr groß ist (Thiede, 1988; Schneekloth & Potthoff, 1993; vgl. auch Abschnitt 3.2.2). Jedoch sind die Einstellungen und die tatsächliche Umsetzung zwei unterschiedliche Dinge (Schütze & Wagner, 1995). Neben der Bereitschaft, den (Ehe-)Partner oder die alten Eltern in der Haushalts- und Lebensführung zu unterstützen und auch „harte“ Pflegeaufgaben zu übernehmen, dürfte es entscheidend auf die Rahmenbedingungen ankommen. In der Literatur wird hierbei auf die Vereinbarkeit von Familien- und Berufstätigkeit hingewiesen, wobei das Vereinbarkeitsproblem nicht nur als ein Problem der „jüngeren“ Familien (Kindererziehung und Beruf), sondern auch der „älteren“ Familien (Pflege und Beruf) gesehen wird. Zu einem wohletablierten Meinungsbild ist dabei geworden, dass Familienpflege aufgrund der traditionellen Aufgabenverteilung zwischen den Geschlechtern noch fast ausschließlich Frauenpflege ist (Hörl, 1992; Rosenmayr, 1992; Enquete Kommission „Demographischer Wandel“, 1994). Neuere Forschungsergebnisse zeigen indes, dass die Aufgabe bzw. die Einschränkung der Erwerbstätigkeit aufgrund des hohen Alters der Pflegepersonen seltener auftritt als bisher angenommen (Schneekloth & Potthoff, 1993). In diesem Zusammenhang sind auch die Probleme der so genannten „mittleren Generation“ oder „sandwich-Generation“ (Fengler & Goodrich, 1979; Brody, 1981) zu nennen, das heißt die Doppelbelastung durch die Verantwortung gegenüber den eigenen Kindern und gegenüber den unter Umständen hilfe- oder pflegebedürftigen Eltern.

Im Folgenden wird untersucht, inwieweit sich diese Sichtweise empirisch bestätigen lässt, wobei ich davon ausgehe, dass die Vereinbarkeitsprobleme weithin eher überschätzt werden, da der Hilfe- und Pflegebedarf in einem größeren Ausmaß erst in einem Alter eintritt, in dem die Enkel der Hilfe- und Pflegebedürftigen bereits das Elternhaus verlassen haben, die Verpflichtungen der Kinder gegenüber der eigenen Kernfamilie also zurückgegangen sind und die Erwerbstätigkeit bereits mehrheitlich aufgegeben wurde. Trifft jedoch einer der beiden Fälle – Erwerbstätigkeit oder (noch nicht volljährige) Kinder im Haushalt – zu, dürfte die Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen für die alten Eltern eher unwahrscheinlich sein.

Im Folgenden wird ebenfalls die These untersucht, dass der Ausbau der organisierten ambulanten Dienste zu einer Verdrängung informeller Hilfeleistungen führt (Offe, 1984; vgl.

auch Abschnitt 1.2.4). Obwohl zum Untersuchungszeitpunkt der Berliner Altersstudie der Ausbau dieser Dienste noch nicht den heutigen Stand erreicht hatte, war er doch weit genug fortgeschritten, um Verdrängungseffekte bewirken zu können. Dabei wird insbesondere überprüft, ob die Bereitschaft der Inanspruchnahme ambulanter Altenhilfedienste bei den Älteren mit höher gebildeten erwachsenen Kindern größer ist, diese Kinder also öffentliche Angebote eher zur Vereinbarung von divergierenden Ansprüchen nutzen (Hörl, 1988).

Eine der wesentlichen Fragen im Zusammenhang mit familialen Hilfe- und Pflegeleistungen ist, ob und vor allem wie fehlende familiäre Hilfpotentiale ersetzbar sind. Bei einem großen Teil der in der Berliner Altersstudie untersuchten Jahrgänge fehlen die familialen Hilfpotentiale, wobei der sehr hohe Anteil der zeitlebens kinderlos Gebliebenen von besonderer Bedeutung ist (vgl. Abschnitt 4.1). Die Auswirkungen der Kinderlosigkeit lassen sich also mit dem vorliegenden Datenmaterial sehr gut untersuchen (M. Wagner u.a., 1996) und werden im Folgenden im Hinblick auf die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen genauer betrachtet.

### *(Ehe-)Partner*

Über 23 Prozent der 70-Jährigen und Älteren haben einen (Ehe-)Partner. Von den (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen haben allerdings nur 14 Prozent einen (Ehe-)Partner, wobei zwischen den Bedarfsgruppen deutliche Unterschiede bestehen. Gerade die Älteren mit den stärksten Beeinträchtigungen in der selbstständigen Haushalts- und Lebensführung sind es, die keinen (Ehe-)Partner (mehr) haben. So leben mehr als 17 Prozent der geringfügig Hilfebedürftigen mit einem Partner zusammen, 15 Prozent der Hilfebedürftigen, aber nur 7 Prozent der Pflegebedürftigen.

Auf die enorme Bedeutung der (Ehe-)Partner für die Versorgung von Älteren, die in der selbstständigen Haushalts- und Lebensführung beeinträchtigt sind, wurde bereits im vorigen Kapitel hingewiesen. So werden über 48 Prozent aller über 69-jährigen (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen, die einen (Ehe-)Partner haben, ausschließlich von diesem versorgt, während nur 1,5 Prozent dieser Gruppe Hilfe- bzw. Pflegeleistungen von den Sozialstationen erhält (gegenüber 10 % bei denen, die keinen Partner [mehr] haben). Besonders deutlich zeigt sich jedoch die Bedeutung des Partners, wenn man sich die Anteile der Heimbewohner anschaut. Nur 1 Prozent der 70-jährigen und älteren (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen mit einem (Ehe-)Partner wird in einer stationären Einrichtung versorgt, gegenüber 22 Prozent der (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen ohne Partner.

Von weit reichender Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Aufgrund der unterschiedlichen Lebenserwartung sind es nämlich fast ausschließlich Männer, die mit einer Partnerin zusammenleben. So finden sich auch in der vorliegenden Untersuchung nur eine hilfebedürftige, drei geringfügig hilfebedürftige und keine pflegebedürftigen Frauen, die mit einem (Ehe-)Partner zusammenleben. Aufgrund dessen ist eine nach dem Geschlecht getrennte Betrachtung wenig sinnvoll<sup>67</sup>. Es handelt sich also bei den hilfe- und pflegeleistenden (Ehe-)Partnern aufgrund der niedrigeren Lebenserwartung von Männern – und nicht aufgrund tradierter geschlechtsspezifischer Tätigkeitszuweisungen –

---

<sup>67</sup> Erwähnt werden sollte allerdings, dass keine dieser vier Frauen in einem Heim lebt und zwei von ihnen ausschließlich von ihrem Ehepartner versorgt werden.

zum weitaus überwiegenden Teil um Frauen. Frauen, die im höheren Alter der Hilfe und Pflege bedürfen, sind zumeist bereits verwitwet. Da nun aber der überwiegende Teil der hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen Frauen sind (vgl. Abschnitt 5.1), muss der größte Teil von ihnen auf eine wichtige Hilfe- und Pflegeressource – den (Ehe-)Partner – verzichten.

Von den Männern kann demgegenüber ein erheblicher Anteil damit rechnen, dass im Falle einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit eine Partnerin vorhanden ist, die dann auch häufig die notwendigen Versorgungsaufgaben übernimmt, wie die Tabelle 5.23 belegt.

Über die Hälfte der (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen über 69-jährigen Männer hat eine (Ehe-)Partnerin (57 %). Von den geringfügig hilfebedürftigen Männern leben rund 56 Prozent, von den hilfebedürftigen Männern sogar rund 67 Prozent mit einer (Ehe-)Partnerin zusammen, während es bei den pflegebedürftigen Männern zwar weniger, aber immerhin noch knapp 46 Prozent sind, die eine (Ehe-)Partnerin haben. So werden auch gut 27 Prozent von allen geringfügig hilfebedürftigen, hilfebedürftigen und pflegebedürftigen über 69-jährigen Männern ausschließlich von ihrer (Ehe-)Partnerin versorgt, wobei jedoch zwischen den einzelnen Bedarfsausprägungen unterschieden werden muss. Sind es bei den geringfügig hilfebedürftigen und den hilfebedürftigen 70-jährigen und älteren Männern etwa 35 Prozent, die ausschließlich von ihrer Partnerin versorgt werden, so sind es von den pflegebedürftigen Männern in diesem Alter nur etwas über 7 Prozent. Dieser überraschend große Unterschied lässt sich nicht damit erklären, dass pflegebedürftige Männer aufgrund ihres hohen Alters seltener eine (Ehe-)Partnerin haben. Betrachtet man sich nämlich nur die Gruppe der über 69-jährigen Männer, die mit einer Partnerin zusammenleben, zeigt sich, dass 60 Prozent der geringfügig hilfebedürftigen und 52 Prozent der hilfebedürftigen, aber nur 17 Prozent der pflegebedürftigen Männer ausschließlich von ihrer Partnerin versorgt werden. Hier scheint das hohe Alter der (Ehe-)Partnerin und der hohe Versorgungsaufwand bei den Pflegebedürftigen ausschlaggebend zu sein. So beträgt das Durchschnittsalter der (Ehe-)Partnerinnen von geringfügig hilfebedürftigen und hilfebedürftigen Männern 77,6 Jahre (Standardabweichung: 9,7 Jahre). Das Durchschnittsalter der (Ehe-)Partnerinnen von pflegebedürftigen Männern liegt mit 82,5 Jahren (Standardabweichung: 9,7 Jahre) um einiges höher.

Tabelle 5.23: Die Bedeutung der (Ehe-)Partnerin von älteren Männern für die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen nach Bedarfslage (in %)¹

	Geringfügig hilfebedürftig	Hilfebedürftig	Pflegebedürftig	Insgesamt
<i>Alle Männer</i> (Ehe-)Partnerin vorhanden	56,3	66,7	45,5	56,7
<i>Alle Männer</i> Versorgung ausschließlich durch (Ehe-)Partnerin	35,3	36,4	7,3	27,0
<i>Nur Männer mit (Ehe-)Partnerin</i> Versorgung ausschließlich durch (Ehe-)Partnerin	59,8	52,2	17,1	47,8

¹ Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.



Dies verweist darauf, dass ein erheblicher Teil der informellen Hilfe- und Pflegeleistungen für alte Menschen von bereits selbst älteren Menschen übernommen wird. Die Tabelle 5.24 gibt einen Überblick über die Altersstruktur der (Ehe-)Partner von 70-Jährigen und Älteren getrennt nach der Bedarfslage.

Nur knapp 5 Prozent der (Ehe-)Partner von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen 70-jährigen und älteren Berlinern sind jünger als 60 Jahre, von den (Ehe-)Partnern der Pflegebedürftigen ist keiner jünger als 60 Jahre. Die Mehrheit der (Ehe-)Partner ist älter als 70 Jahre. Über alle Bedarfsgruppen hinweg sind über 75 Prozent der (Ehe-)Partner 70 Jahre und älter, bei den Pflegebedürftigen sind es sogar über 80 Prozent. Die unterschiedliche Altersstruktur innerhalb der Bedarfsgruppen spiegelt sich also auch in der Altersstruktur der (Ehe-)Partner wider. So sind die (Ehe-)Partner der geringfügig Hilfebedürftigen mehrheitlich zwischen 70 und 79 Jahre alt (61 %), die der Pflegebedürftigen überwiegend zwischen 80 und 89 Jahre (50 %). Es sind also gerade die stärker auf Hilfe angewiesenen Älteren, deren (Ehe-)Partner – sofern vorhanden – bereits in einem Alter sind, in dem die Wahrscheinlichkeit, selbst auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, deutlich ansteigt. Dieses hohe Alter dürfte in der Tat erklären, warum nur ein verhältnismäßig geringer Anteil der Pflegebedürftigen, die einen (Ehe-)Partner haben, ausschließlich von diesem versorgt wird. Es sollte indes nicht übersehen werden, dass ein überraschend großer Anteil der (Ehe-)Partner die alleinige Versorgung der weniger stark beeinträchtigten Älteren übernimmt, obwohl auch sie bereits ein hohes Alter erreicht haben. Ein nicht unerheblicher Anteil der älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen wird also von bereits selbst älteren Menschen versorgt.

### *Kinder*

Nur etwa 57 Prozent aller über 69-jährigen Berliner hat zumindest ein in der Stadt lebendes Kind, und auch bei den (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen über 69-jährigen Berlinern sind es nur 56 Prozent mit zumindest einem in Berlin lebenden Kind. Für die Frage, wer notwendige Hilfe- und Pflegeleistungen erbringt, ist es – wie die Tabelle 5.25 zeigt – bedeutsam,

Tabelle 5.24: Altersstruktur der (Ehe-)Partner von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen nach Bedarfslage (in %)<sup>1</sup>

Altersgruppen (Ehe-)Partner	Bedarfslage			Insgesamt
	Geringfügig hilfebedürftig	Hilfedürftig	Pflegedürftig	
50 bis 59 Jahre	4,8	7,2	0,0	4,9
60 bis 69 Jahre	12,7	26,3	27,6	19,5
70 bis 79 Jahre	60,9	26,1	19,7	43,0
80 bis 89 Jahre	20,9	38,5	50,2	31,2
90 Jahre und älter	0,7	1,9	2,5	1,4
Fallzahlen (ungewichtet)	22	20	15	57

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angabe der Fallzahlen beruht auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Tabelle 5.25: Die Haupthelfer von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Älteren nach dem Vorhandensein von Kindern in der Wohnnähe (in %)

Hauptshelfer	Stichprobe		Population <sup>1</sup>	
	Keine Kinder in Berlin	Mindestens ein Kind in Berlin	Keine Kinder in Berlin	Mindestens ein Kind in Berlin
Kein haushaltsexterner Helfer, allein lebend	8,7	11,7	14,0	16,2
Kein haushaltsexterner Helfer, in Mehr-Personen-Haushalt	4,0	21,4	5,0	15,9
<i>Informelle Helfer</i>				
Kind(er)	×	17,9	×	19,1
Sonstige Verwandte	3,4	2,1	5,0	1,6
Nachbarn, Freunde, Bekannte	17,4	5,5	14,0	6,3
<i>Formelle „ambulante“ Helfer</i>				
Sozialstation, kirchliche Helfer	10,1	9,0	6,0	9,9
Privat organisierte Helfer	24,2	17,2	25,0	19,0
Stationäre Einrichtung	32,2	15,2	29,0	11,9
Fallzahlen (ungewichtet)	149	145	145	145

Die Unterschiede sind statistisch signifikant mit  $p < 0,01$ .

<sup>1</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angabe der Fallzahlen beruht auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

ob Kinder in der Wohnnähe leben oder nicht. Etwa 19 Prozent der über 69-jährigen (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen, mit zumindest einem in der Stadt lebenden Kind, erhalten haushaltsexterne Hilfe von einem der Kinder, und auch der Anteil, der keine haushaltsexternen Hilfeleistungen erhält und in einem Mehr-Personen-Haushalt lebt, ist in der Gruppe der (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen mit Kindern in Berlin erheblich höher. Im Vergleich zu dieser Gruppe übernehmen bei den (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen, die keine Kinder in der Wohnnähe haben, zwar andere Familienangehörige etwas häufiger die Rolle der Haupthelfer, deren Bedeutung bleibt aber insgesamt sehr gering. Vielmehr wird der von den Kindern übernommene Teil der haushaltsexternen Hilfeleistungen bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen, die nicht über diese Hilferessource verfügen, überwiegend von außerfamilialen informellen Helfern und – in stärkerem Maße – von den stationären Einrichtungen kompensiert. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass in der Gruppe der Älteren ohne Kinder in Berlin der Anteil der Personen, die keinen (Ehe-)Partner haben, größer ist als bei den Älteren mit Kindern in Berlin. Inwieweit die deutlichen Unterschiede in der Institutionalisierungsquote auch auf das Fehlen eines (Ehe-)Partners, das heißt also fehlende haushaltsinterne Hilfpotentiale, zurückzuführen sind, wird weiter unten genauer untersucht.

Entgegen der Annahme, dass die organisierten sozialpflegerischen Dienste primär als Ersatz für fehlende informelle Hilfpotentiale zu sehen sind, zeigt sich in der Tabelle 5.25 kein nennenswerter Unterschied zwischen Älteren mit Kindern in Berlin und denen ohne in Berlin lebende Kinder. Die Sozialstationen ersetzen also nicht hauptsächlich die fehlenden familialen Hilferessourcen.

Beachtet werden muss, dass in der Tabelle 5.25 nur die Kinder berücksichtigt sind, die *überwiegend* die Versorgung ihrer funktional beeinträchtigten Eltern übernehmen. Betrachtet man sich demgegenüber, wie häufig die Kinder *überhaupt* an der Versorgung beteiligt sind, zeigt sich, dass von den über 69-jährigen (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Älteren mit Kindern in Berlin etwa 10 Prozent (einschließlich der Heimbewohner) bzw. 11 Prozent (nur Ältere in Privathaushalten) mit diesen in einem gemeinsamen Haushalt leben und weitere 27 Prozent (einschließlich Heimbewohner) bzw. 31 Prozent (nur Ältere in Privathaushalten) Hilfe- bzw. Pflegeleistungen von ihren in der Wohnnähe lebenden Kindern erhalten. Insgesamt ist also bei etwa 40 Prozent aller (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen über 69-jährigen Berlinern, bei denen zumindest ein Kind in der Stadt wohnt, eines der Kinder auch an der Versorgung der beeinträchtigten Eltern beteiligt.

Eine genauere Betrachtung offenbart jedoch, dass die wesentlichste Bedeutung bei der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen dem (Ehe-)Partner zukommt. So lässt sich der deutliche Unterschied in der Heimquote zwischen den Älteren mit Kindern in Berlin, gegenüber denen ohne Kinder in der Stadt, nicht bei den verheirateten Hilfe- und Pflegebedürftigen beobachten. Von diesen (es handelt sich größtenteils um Männer) befindet sich fast niemand in einem Heim, und zwar unabhängig davon, ob Kinder in Berlin leben oder nicht. Das Fehlen von Kindern in der Wohnnähe spielt also nur bei den verwitweten, den geschiedenen und den ledigen Hilfe- und Pflegebedürftigen eine Rolle für den Heimübergang. So leben bei den Verwitweten, die keine Kinder in Berlin haben, 26 Prozent in einem Heim, gegenüber 14 Prozent bei den Verwitweten, die Kinder in Berlin haben. Dieser Unterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant. Bei den Geschiedenen und Ledigen ohne Kinder in der Stadt leben sogar 42 Prozent in einem Heim, während nur 11 Prozent der Älteren mit Kindern in der Stadt in einer stationären Einrichtung versorgt werden. Dieser Unterschied erweist sich zwar als statistisch signifikant, es muss jedoch hinzugefügt werden, dass es sich um eine recht kleine Gruppe handelt. Ledig oder geschieden sind nur etwa 20 Prozent der 70-jährigen und älteren Berliner (Männer: 10 %, Frauen: 25 %). Es kann demnach festgehalten werden, dass auch für die realen Hilfeleistungen zuzutreffen scheint, was Cantor (1980) für die Hilfeerwartungen postuliert hat: Die Kinder sind den (Ehe-)Partnern nachgeordnet. Erst wenn der (Ehe-)Partner als Helfer ausfällt, gewinnen die Hilfeleistungen der Kinder quantitativ an Bedeutung.

Das hauptsächliche Anliegen dieses Abschnitts der Arbeit ist die Frage, welche Kinder und unter welchen Bedingungen Hilfe- und Pflegeleistungen für ihre alten Eltern erbringen. Die grundlegende Voraussetzung für derartige Leistungen ist die räumliche Nähe zwischen den Generationen, weshalb im Folgenden nur die Kinder als potentielle Helfer betrachtet werden, die in Berlin wohnen. Zum Zeitpunkt des Interviews hatten 276 Befragte insgesamt 430 Kinder, die in Berlin lebten. Bei den (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen waren es 145 Befragte mit 208 in Berlin lebenden Kindern. Von diesen Kindern leisteten 30 (14,4 %) haushaltsexterne Hilfe, 25 (12 %) lebten mit den Eltern in einem gemeinsamen Haushalt, 124 (59,6 %) leisteten keine hauswirtschaftliche oder pflegerische Hilfe<sup>68</sup>, und bei 29 Kin-

---

<sup>68</sup> Dies bedeutet nicht, dass die Kinder ihre alten Eltern im Stich lassen. Vielmehr zeigt eine Betrachtung der emotionalen Unterstützungsleistungen der Kinder, dass sie in diesem Bereich eine wichtige Rolle übernehmen. Immerhin 30 Prozent der über 69-jährigen Berliner mit lebenden Kindern erhalten von diesen emotionale Unterstützung (vgl. für die Daten der Berliner Altersstudie: Lang, 1994). In der vorliegenden Arbeit werden jedoch ausschließlich hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfeleistungen untersucht.

dern (13,9 %) lebte das (geringfügig) hilfe- oder pflegebedürftige Elternteil in einer stationären Einrichtung. Ein Vergleich wesentlicher sozialstruktureller Merkmale der nach dem Helferstatus gruppierten Kinder ist in Tabelle 5.26 dargestellt.

Mit Blick auf das Alter der Kinder zeigt sich das erwartete Bild: Kinder, die keine hauswirtschaftliche und/oder pflegerische Hilfe leisten, sind im Durchschnitt jünger, die Kinder von Älteren, die in einem Heim leben, sind im Durchschnitt älter als Kinder, die mit ihren alten Eltern zusammenleben oder haushaltsexterne Hilfe leisten. Das niedrigere Alter der Kinder, die keine Hilfeleistungen erbringen, mag zum einen darauf zurückzuführen sein, dass deren Eltern möglicherweise nur leichtere Beeinträchtigungen aufweisen, die auch ohne die Hilfe der Kinder zu bewältigen sind. Zum anderen dürfte darin aber auch zum Ausdruck kommen, dass für jüngere Kinder Hilfeleistungen aufgrund beruflicher und familiärer Verpflichtungen mit größerem Aufwand verbunden sind. Das höhere Durchschnittsalter der Kinder von Älteren in stationären Einrichtungen dürfte auf das höhere Alter der Eltern zurückzuführen sein. Zu beachten ist hierbei, dass über 40 Prozent der Kinder bereits selbst älter als 65 Jahre sind und Ältere in stationären Einrichtungen zumeist stark in der Verrichtung der Alltagsaktivitäten beeinträchtigt sind. Kinder, die mit ihren (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen

Tabelle 5.26: Merkmale der Kinder von (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen nach dem Helferstatus der Kinder

Sozialstrukturelle Merkmale der Kinder	Helferstatus der Kinder			
	Keine Hilfeleistungen	Eltern im Heim	Gemeinsamer Haushalt mit den Eltern	Haushaltsexterne Hilfeleistungen
<i>Altersgruppe (in %)</i>				
Unter 40 Jahre	9,8	0,0	12,5	0,0
40 bis 54 Jahre	51,6	25,9	8,3	30,0
55 bis 64 Jahre	31,1	33,3	45,8	56,7
65 bis 74 Jahre	6,6	29,6	29,2	13,3
75 Jahre und älter	8,0	11,1	4,2	0,0
Alter in Jahren (Mittelwert)	52,6	62,2	58,6	58,2
<i>Geschlecht (in %)</i>				
Männlich	53,6	31,0	20,8	33,3
Weiblich	46,4	69,0	79,2	66,7
<i>Familienstand (in %)</i>				
Verheiratet	74,4	74,1	25,0	66,7
Verwitwet	5,6	18,5	16,7	13,3
Geschieden	13,6	3,7	8,3	10,0
Ledig	6,4	3,7	50,0	10,0
Eigene Kinder im Haushalt (in %)	40,0	24,1	4,0	13,3
Kind(er) unter 18 Jahren (in %)	26,2	21,4	0,0	0,0
<i>Schulabschluss (in %)</i>				
Volksschule	51,2	50,0	41,7	60,0
Mittlere Reife	26,0	34,6	37,5	26,7
Abitur/Fachabitur	22,8	15,4	20,8	13,3
Fallzahlen	124	29	25	30

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Eltern zusammenwohnen, sind nur zu einem geringen Anteil jünger als 40 Jahre. Der weitaus überwiegende Teil ist, ähnlich den Kindern, die haushaltsexterne Hilfe leisten, zwischen 55 und 75 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt liegt bei etwa 58 Jahren. Aufgrund des vergleichsweise hohen Alters ist es eher unwahrscheinlich, dass für die Pflege der alten Eltern häufig der Beruf aufgegeben wurde. Auf jeden Fall dürften Hilfen zur Wiedereingliederung in den Beruf bei den relevanten Altersgruppen vermutlich wenig bewirken.

Hilfe- und Pflegeleistungen werden zum Großteil von Töchtern erbracht. Nahezu 80 Prozent der Kinder, die mit ihren Eltern in einem gemeinsamen Haushalt leben, und etwa 67 Prozent der Kinder, die in den Haushalt der alten Eltern kommen, um Hilfe- oder Pflegeleistungen zu erbringen, sind Töchter. Hierin drückt sich die traditionelle Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern aus, nach der hauswirtschaftliche und pflegerische Tätigkeiten in den Aufgabenbereich der Frauen verwiesen werden. Nicht übersehen werden sollte indes, dass immerhin 33 Prozent der haushaltsextern hilfe- und pflegeleistenden Kinder Söhne sind. Die hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung der alten Eltern wird also überwiegend, aber nicht ausschließlich, von Töchtern geleistet.

So leisten insgesamt etwa 11 Prozent aller in Berlin lebenden Söhne und gut 17 Prozent aller in Berlin lebenden Töchter von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Älteren haushaltsexterne Hilfe, während nur knapp 6 Prozent der Söhne und etwa 16 Prozent der Töchter in einem gemeinsamen Haushalt mit ihren beeinträchtigten Eltern leben. Von den in Berlin lebenden Kindern der (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Älteren sind also über 33 Prozent der Töchter und immerhin nahezu 17 Prozent der Söhne, entweder über den gemeinsamen Haushalt oder über haushaltsextern erbrachte Hilfeleistungen, an der Versorgung der alten Eltern beteiligt<sup>69</sup>. Ein beachtlicher Teil der „mittleren Generation“, insbesondere die Frauen, erbringt also Versorgungsleistungen für ihre auf fremde Hilfe angewiesenen alten Eltern<sup>70</sup>. Hinzugefügt werden muss, dass das Alter der hilfeleistenden Kinder höher ist als bisher allgemein angenommen.

Wenig überraschend ist, dass die Kinder, die mit ihren alten Eltern in einem gemeinsamen Haushalt leben, nur selten verheiratet sind. Auch Kinder, die haushaltsexterne Hilfe leisten, sind etwas seltener verheiratet als die Kinder, die keine Hilfeleistungen erbringen. Von größerer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Frage, in welchem Ausmaß sich die Kinder mit Ansprüchen sowohl der eigenen Kinder als auch der Eltern konfrontiert sehen. Trotz des erheblichen Anteils der Kinder und vor allem der Töchter, die Versorgungsleistungen für die alten Eltern erbringen, sind offenbar relativ wenige den doppelten Anforderungen ausgesetzt, sowohl für unselbstständige Kinder als auch für hilfebedürftige Alte sorgen zu müssen. Nur 13 Prozent der Kinder, die haushaltsexterne Hilfe leisten, leben mit einem eigenen Kind in einem gemeinsamen Haushalt, wobei diese Kinder dann immer älter als 18 Jahre sind, während 40 Prozent der Kinder, die keine Versorgungsleistungen für ihre (geringfügig) hilfe- oder

---

<sup>69</sup> Bezogen auf alle noch lebenden Kinder von funktional beeinträchtigten Älteren, einschließlich der außerhalb Berlins lebenden Kinder, sind 22 Prozent aller Töchter und 10 Prozent aller Söhne an der Versorgung der Eltern beteiligt. Bezogen auf alle lebenden Kinder von allen befragten Berlinern, einschließlich der zur selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung fähigen, leisten 15 Prozent aller Töchter und über 5 Prozent aller Söhne hauswirtschaftliche und/oder pflegerische Hilfe für ihre Eltern.

<sup>70</sup> Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu bedenken, dass es sich bei den vorliegenden Daten um Querschnittdaten handelt. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder irgendwann einmal in ihrem Leben mit einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit der alten Eltern konfrontiert werden, ist selbstverständlich noch wesentlich höher, als die durch zeitpunktbezogene Informationen ermittelten Anteile erkennen lassen.

pflegebedürftigen Eltern erbringen, mit eigenen Kindern zusammenleben, wobei es sich bei 26 Prozent um Kinder unter 18 Jahren handelt. Offenbar verhindert das Vorhandensein von eigenen Kindern im Haushalt, zumal wenn diese noch verhältnismäßig jung sind, die Erbringung von hauswirtschaftlichen und/oder pflegerischen Hilfen für die alten Eltern.

Erwachsene Kinder, die Hilfe und Pflege leisten, haben zwar häufiger eine höhere Bildung als jene Kinder, die keine hauswirtschaftliche oder pflegerische Hilfe verrichten, diese Unterschiede sind jedoch gering. Zudem dürften sie auch darin begründet sein, dass es sich bei den hilfeleistenden Kindern mehrheitlich um Frauen handelt. Eine bessere Bildung der erwachsenen Kinder bedeutet zwar nicht, dass Hilfe- und Pflegeaufgaben seltener von ihnen übernommen werden, ein Vergleich der Kinder von älteren (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen, die Hilfeleistungen von formellen, ambulanten Hilfeinstanzen erhalten, und Kindern, die keine Hilfe leisten oder ausschließlich selbst die Versorgungsaufgaben übernehmen, zeigt jedoch, dass die Kinder der Bezieher von formellen Hilfen sehr viel häufiger über eine bessere Bildung verfügen. 38 Prozent dieser Kinder haben ein Abitur und nur 35 Prozent einen Volksschulabschluss. Besser gebildete Kinder übernehmen also nicht seltener Hilfe- und Pflegeaufgaben für ihre alten Eltern, sie teilen sich aber offenbar sehr viel häufiger die Versorgungsaufgaben mit formellen Hilfeinstanzen.

Um den Einfluss der dargestellten sozialstrukturellen Merkmale der in Berlin lebenden Kinder auf die Übernahme von Hilfeleistungen für die alten Eltern zu untersuchen und dabei die Bedarfslage, das Alter und auch das Geschlecht der Eltern kontrollieren zu können, wird im Folgenden ein multinomiales Logit-Modell (Urban, 1990) gerechnet, bei dem die Kinder, nach dem Helferstatus gruppiert, in sechs Kontrasten gegenübergestellt werden. Da es sich um eine multinomiale abhängige Variable mit vier Kategorien handelt (die Kinder leisten keine Hilfe, die Eltern der Kinder sind im Heim, die Kinder leben mit ihren Eltern zusammen und die Kinder leisten haushaltsexterne Hilfe), werden die Logits nicht, wie im binomialen Modell, als Relation zwischen einer Ausprägung der abhängigen Variable und der entsprechenden Komplementär-Wahrscheinlichkeit, das heißt unabhängig von einer jeweiligen Entscheidungsalternative, gebildet. Vielmehr werden die Logits im multinomialen Modell aus den Wahrscheinlichkeitsrelationen von jeweils zwei der vier unterschiedlichen Ausprägungen der abhängigen Variable berechnet. Dadurch erhält man insgesamt sechs nicht-redundante Logit-Werte oder Kontraste. Aufgrund der Konstruktionsweise werden die Logits des multinomialen Modells auch konditionale Logit-Werte genannt. Gefragt wird also nunmehr nach der Bedeutung einzelner unabhängiger Variablen unter der Bedingung (oder Kondition), dass die Entscheidung ansonsten zu Gunsten der jeweiligen Referenzgruppe ausgefallen wäre. Die Interpretation der exponierten konditionalen Logit-Werte (odds ratios) erfolgt analog der binomialen logistischen Regression (vgl. Abschnitt 5.1).

Zusätzlich werden im Anschluss daran auch die Merkmale der Kinder von Älteren, die formelle Hilfeleistungen erhalten, mit den Kindern kontrastiert, deren Eltern im Heim sind, sowie mit den Kindern, die mit ihren Eltern zusammenwohnen oder haushaltsexterne Hilfe leisten, ohne dabei zusätzlich die Dienste formeller Hilfeinstanzen zu nutzen. Die Modelle werden nur für in Berlin lebende Kinder gerechnet, deren Eltern auch – in mehr oder weniger großem Umfang – auf fremde Hilfe angewiesen sind, das heißt für die Kinder von (geringfügig) hilfebedürftigen und pflegebedürftigen älteren Menschen.

Um herauszufinden, ob die sozialstrukturellen Merkmale der Kinder überhaupt zur Erklärung beitragen, ob sie Hilfe- oder Pflegeaufgaben für ihre (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Eltern leisten, wenn die Bedarfslage (einschließlich der Demenz), das Alter und

das Geschlecht der Eltern statistisch kontrolliert werden, wurde ein hierarchisches Modell gerechnet. Zuerst wurde die Bedarfslage, das Alter und das Geschlecht der Eltern als Prädiktoren in das Modell aufgenommen, im zweiten Schritt dann die Merkmale der Kinder. Im Folgenden wird nur der letzte Schritt der Regression mit allen Prädiktoren dargestellt, die Pseudo- $R^2$ -Werte sind jedoch für beide Modelle wiedergegeben. Zusätzlich wurden Likelihood-Ratio-Tests durchgeführt, um zu überprüfen, ob der Zuwachs des Pseudo- $R^2$ , bei der Berücksichtigung der zusätzlichen Prädiktoren, signifikant von Null verschieden ist – die zusätzlichen Prädiktoren also einen signifikanten Einfluss haben. Im ersten Modell wird demzufolge getestet, ob sich der Zuwachs im Pseudo- $R^2$  im Vergleich zu einem Modell, in dem nur die Konstante enthalten ist, signifikant von Null unterscheidet. Im jeweils zweiten Modell wird getestet, ob die Hinzunahme der Merkmale der Kinder die Erklärungskraft des Modells im Vergleich zum ersten Modell signifikant verbessert.

In der Tabelle 5.27 sind die Ergebnisse für die Gegenüberstellung der nach dem Helferstatus gruppierten Kinder wiedergegeben. Bei den Koeffizienten handelt es sich wieder um odds ratios (vgl. zur Interpretation der odds ratios Abschnitt 5.1)<sup>71</sup>.

Für die Frage, ob die Kinder von (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen mit ihren Eltern zusammenleben oder haushaltsexterne Hilfe und Pflege leisten, spielen die Merkmale der Eltern eine eher unbedeutende Rolle (Pseudo- $R^2 = 0.08$ ). So zeigt sich überraschenderweise kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Bedarfsgruppen und auch nicht zwischen Dementen und Nicht-Dementen. Der Grad der Bedarfsausprägung spielt, ebenso wie die Demenz, für die Frage, ob die Kinder haushaltsexterne Hilfe leisten, oder ob sie mit ihren Eltern zusammenleben, keine entscheidende Rolle. Demgegenüber haben das Alter der hilfe- und pflegebedürftigen Eltern und – weniger stark – das Geschlecht einen Einfluss darauf, ob die Kinder Hilfe leisten oder nicht. Je älter die Eltern sind, desto häufiger leben sie – unabhängig von der Bedarfslage – in einem Heim oder mit ihren Kindern in einem gemeinsamen Haushalt. Zudem zeigt sich, dass die Kinder hauptsächlich mit ihren Müttern in einem gemeinsamen Haushalt leben. Für die Übernahme haushaltsexterner Hilfeleistungen durch die Kinder sind indes das Alter, das Geschlecht und auch die Bedarfslage der Eltern im Wesentlichen unbedeutend.

Von größerer Bedeutung für die Frage, ob die Kinder Hilfe- und Pflegeleistungen für ihre (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Eltern leisten, sind die Merkmale der Kinder. Hierbei spielen insbesondere die Möglichkeitsstrukturen der Kinder – ihre Verpflichtungen gegenüber der eigenen Kernfamilie – eine wesentliche Rolle. So weisen unverheiratete Kinder eine zehnfach höhere Wahrscheinlichkeit auf, mit ihren Eltern zusammenzuleben, als verheiratete Kinder. Auch die Kinder, die keine eigenen Kinder unter 18 Jahren haben bzw. nicht mit einem der Kinder in einem gemeinsamen Haushalt leben, haben eine zehnfach größere Wahrscheinlichkeit, mit ihren alten Eltern zusammenzuleben. Darüber hinaus sind es eher Töchter und jüngere Kinder, die mit ihren Eltern zusammenleben. Es sind ebenfalls eher die Töchter, die haushaltsexterne Hilfeleistungen für ihre alten Eltern erbringen. Im Gegensatz zu den Kindern, die mit ihren Eltern zusammenleben, spielt hier das Alter der Kinder keine Rolle. Haushaltsexterne Hilfeleistungen der Kinder werden auch nicht von deren Familienstand beeinflusst, wohl aber sehr deutlich von der eigenen Haushalts- und Familiensituation. Sind eigene Kinder im Haushalt vorhanden oder haben sie selbst Kinder unter 18 Jahren, ist die

---

<sup>71</sup> Die multinomialen Logit-Modelle wurden mit dem Computerprogramm BMDP berechnet.

Tabelle 5.27: Einflussfaktoren für den Helferstatus der in Berlin lebenden Kinder von (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen (multinomiales Logit-Modell; odds ratios)

Codierung	Kontraste					
	Keine Hilfe versus Eltern im Heim	Keine Hilfe versus gemeinsamer Haushalt	Keine Hilfe versus haushalts-externe Hilfe/Pflege	Eltern im Heim versus gemeinsamer Haushalt	Eltern im Heim versus haushalts-externe Hilfe/Pflege	Gemeinsamer Haushalt versus haushalts-externe Hilfe/Pflege
<i>Merkmale der Eltern</i>						
Bedarfsausprägung <sup>1</sup>						
– hilfebedürftig	0,6	1,0	2,1	1,7	3,5*	2,1
– pflegebedürftig	1,4	1,5	1,9	1,1	1,4	1,3
Dement (ja = 1, nein = 0)	1,4	0,8	0,9	0,6	0,6	1,1
Alter	1,1**	1,3***	1,0	1,2	0,9	0,8*
Geschlecht (w = 1, m = 0)	1,6	3,6**	1,0	2,3**	0,6	0,3**
<i>Merkmale der Kinder</i>						
Geschlecht (w = 1, m = 0)	1,7*	2,4*	2,0*	1,4	1,2	0,8
Alter	1,1*	0,9**	1,0	0,8**	0,9	1,1**
Bildung <sup>2</sup>						
– mittlere Reife	1,5	1,9	0,9	1,3	0,7	0,5
– Abitur	0,7	0,7	0,5	1,0	0,8	0,8
Verheiratet <sup>3</sup>	0,9	0,1***	0,9	0,1**	1,0	9,0**
Kinder unter 18 Jahren oder eigene Kinder im Haushalt <sup>4</sup>	1,2	0,1**	0,3**	0,1***	0,2**	3,7**
Fallzahlen	145	145	151	50	54	54
Pseudo-R <sup>2</sup> : Modell 1 <sup>5</sup>				0.08**		
Pseudo-R <sup>2</sup> : Modell 2				0.19***		

Signifikanzniveau: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

<sup>1</sup> Referenzkategorie: geringfügig hilfebedürftig.

<sup>2</sup> Referenzkategorie: Volks-, Hauptschule.

<sup>3</sup> Referenzkategorie: verwitwet, geschieden oder ledig.

<sup>4</sup> Referenzkategorie: Kinder leben nicht mehr bei den Eltern und sind alle älter als 18 Jahre.

<sup>5</sup> Modell 1: nur Merkmale der Eltern; Modell 2: Modell mit allen Prädiktoren.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Wahrscheinlichkeit, dass sie in den Haushalt der Eltern kommen, um Hilfe- und Pflegeleistungen zu erbringen, um das Dreifache niedriger.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder ihren hilfe- und pflegebedürftigen Eltern – haushaltsextern oder haushaltsintern – hauswirtschaftliche und/oder pflegerische Hilfe zukommen lassen, zum einen vom Geschlecht der Kinder (Töchter häufiger als Söhne) und zum anderen wesentlich von der Haushalts- und Familiensituation der Kinder bestimmt wird. Die Versorgung der alten, hilfe- und pflegebedürftigen Eltern tritt also hinter der Verantwortung für die eigenen Kinder zurück.



Auch im multivariaten Modell ist die Bildung der Kinder für die Frage der Übernahme der Pflegeaufgaben unbedeutend. Ob der im univariaten Vergleich gefundene Effekt der Bildung für die Frage, ob zusätzlich formelle Hilfe in Anspruch genommen wird, auch im multivariaten Modell bestätigt werden kann, lässt sich der Tabelle 5.28 entnehmen. Hierbei wurde auch die Bildung der Eltern mit in das Modell aufgenommen, da sie mit der Bildung der Kinder korreliert und Letztere für die Inanspruchnahme von formellen Hilfeinstanzen von Bedeutung ist.

Tabelle 5.28: Einflussfaktoren für die Nutzung formeller Hilfe von (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen mit in Berlin lebenden Kindern (multinomiales Logit-Modell; odds ratios)

Codierung 0 versus 1	Kontraste	
	Eltern im Heim versus Eltern erhalten formelle Hilfe	Gemeinsamer Haushalt mit Eltern oder haushaltsexterne Hilfe/Pflege versus Eltern erhalten formelle Hilfe
<i>Merkmale der Eltern</i>		
Bedarfsausprägung <sup>1</sup>		
– hilfebedürftig	4,1**	1,0
– pflegebedürftig	1,8	1,9
Dement (ja = 1, nein = 0)	0,8	1,3
Alter	0,9*	0,9*
Geschlecht (w = 1, m = 0)	0,6	0,7
Bildung <sup>2</sup>		
– mittlere Reife	2,0	1,5
– Abitur	2,5	5,8*
<i>Merkmale der Kinder</i>		
Geschlecht (w = 1, m = 0)	1,2	0,7
Alter	0,9	1,0
Bildung <sup>2</sup>		
– mittlere Reife	1,8	1,6
– Abitur	4,2*	7,8***
Verheiratet <sup>3</sup>	1,1	1,7
Kinder unter 18 Jahren oder eigene Kinder im Haushalt <sup>4</sup>	0,3*	1,8
Fallzahlen	75	90
Pseudo-R <sup>2</sup> : Modell 1 <sup>5</sup>		0,12
Pseudo-R <sup>2</sup> : Modell 2		0,21

Signifikanzniveau: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

<sup>1</sup> Referenzkategorie: geringfügig hilfebedürftig.

<sup>2</sup> Referenzkategorie: Volks-, Hauptschule.

<sup>3</sup> Referenzkategorie: verwitwet, geschieden oder ledig.

<sup>4</sup> Referenzkategorie: Kinder leben nicht mehr bei den Eltern und sind alle älter als 18 Jahre.

<sup>5</sup> Modell 1: nur Merkmale der Eltern; Modell 2: Modell mit allen Prädiktoren.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit, formelle Hilfe zu erhalten, bei Älteren, deren Kinder über eine hohe schulische Bildung verfügen, signifikant höher ist. Demgegenüber werden die (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Eltern von Kindern, die einen Volks- oder Hauptschulabschluss haben, häufiger in einer stationären Einrichtung (odds ratio = 4,2) oder ausschließlich, das heißt ohne zusätzliche Hilfeleistungen von formellen Helfern, von ihren Kindern versorgt (odds ratio = 7,8). Der Unterschied zeigt sich jedoch im Wesentlichen zwischen Kindern mit einer hohen schulischen Ausbildung (Abitur oder Fachabitur) und jenen, die eine niedrige und mittlere schulische Bildung haben. Zwar erhalten auch die Eltern von Kindern mit mittlerer Reife häufiger formelle Hilfe, diese Unterschiede sind jedoch relativ gering und statistisch nicht signifikant. Gerade bei den höher gebildeten Schichten scheinen also öffentliche Dienstleistungen als teilweiser Ersatz für die Erbringung eigener Versorgungsleistungen anerkannt zu sein. Darin dürfte auch der Versuch zum Ausdruck kommen, divergierende Ansprüche zu vereinbaren, ohne dabei die alten Eltern zu vernachlässigen. Neben diesem deutlichen Einfluss der schulischen Bildung spielt auch das Alter der Kinder eine Rolle. Je jünger sie sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Eltern formelle Hilfe erhalten. Offenbar werden (zusätzliche) Hilfeleistungen für die Eltern durch ambulante Dienste oder auch privat organisierte Helfer von älteren Kindern seltener in Erwägung gezogen. Entweder die Eltern befinden sich in einer stationären Einrichtung oder sie versorgen die alten Eltern allein, ohne zusätzliche formelle Hilfe. Haben die Kinder selbst Kinder unter 18 Jahren oder leben sie mit einem ihrer Kinder in einem gemeinsamen Haushalt, werden formelle Helfer eher seltener in Anspruch genommen. Die Eltern dieser Kinder befinden sich vornehmlich in einem Heim.

### *Zusammenfassung*

Vom Aspekt der Auftretenshäufigkeit aus betrachtet, stellen (Ehe-)Partner und Kinder den bedeutendsten Teil des familialen hilfeleistenden Systems dar. Hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen, die einen (Ehe-)Partner haben, werden zu einem hohen Anteil auch von diesem versorgt. Auch die Kinder – sofern vorhanden – spielen bei der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen eine Rolle. Eine der gravierendsten Folgen der durchschnittlich höheren Lebenserwartung der Frauen ist allerdings, dass (Ehe-)Partner als Hilfsressource im Alter kaum mehr zur Verfügung stehen. Von daher sind es die alten Frauen, die Versorgungsaufgaben für ihre hilfe- oder pflegebedürftigen Männer übernehmen. Die Pflege stärker funktional beeinträchtigter Männer wird allerdings deutlich seltener ausschließlich von der Partnerin übernommen. Dabei muss bedacht werden, dass die (Ehe-)Partner in der Regel selbst schon ein hohes Alter erreicht haben und dass die Versorgung von Pflegebedürftigen eine hohe Belastung darstellt. Das Prinzip „Alte pflegen Alte“ trifft also durchaus zu, es erreicht jedoch bei den Hochaltrigen seine natürliche Grenze, da ein großer Teil bereits verwitwet ist und viele Partner zudem den hohen Belastungen einer „Rund-um-die-Uhr-Pflege“ offenbar nicht mehr gewachsen sind.

Auch die Kinder, die Hilfe und Pflegeaufgaben übernehmen, sind älter als allgemein vermutet (Enquete Kommission „Demographischer Wandel“, 1994). Es ist eher so, dass die selbst schon über 55-jährigen Kinder ihre Eltern versorgen und pflegen, die sich zumeist jenseits des 80. Lebensjahres befinden. Die Doppelbelastung der Versorgung eigener unselbstständiger Kinder und hilfebedürftiger Eltern ist schon von daher ein selten anzutreffendes Muster. Auch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit spielt aufgrund des Alters der hilfe- und

pflegeleistenden Kinder wohl insgesamt keine große Rolle. Hilfen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach einer Phase der Pflege der alten Eltern dürften demnach bei den relevanten Altersgruppen ins Leere laufen.

Insgesamt erweist sich bei einer Betrachtung der Altersstruktur der hilfe- und pflegeleistenden Kinder und (Ehe-)Partner, dass hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfe für alte Menschen innerhalb der Familie häufig von alten Menschen selbst geleistet wird. Im Sinne der von Neugarten (1979) vorgenommenen Trennung in „young-old“ und „old-old“ lässt sich für das informelle, familiäre Hilfesystem festhalten, dass die „jungen Alten“ sehr häufig die Versorgung der „alten Alten“ übernehmen. Dies verdeutlicht die Tabelle 5.29, in der die Altersstruktur der familialen Helfer (Kinder und Partner zusammen) dargestellt ist.

Die Tatsache, dass Hilfe- und Pflegeleistungen für den (Ehe-)Partner im Alter hauptsächlich von Frauen geleistet werden, ist dem Umstand der höheren Lebenserwartung der Frauen geschuldet, die zu einer höheren Wahrscheinlichkeit führt, die Versorgung und Pflege für den (Ehe-)Partner übernehmen zu müssen. Hilfe- und Pflegeleistungen der Kinder werden überwiegend von den Töchtern erbracht. Etwa zwei Drittel der Kinder, die haushaltsexterne Hilfe und Pflege leisten, und 80 Prozent der mit ihren alten (geringfügig) hilfe- und pflegebedürftigen Eltern zusammenwohnenden Kinder sind Töchter. Diese Geschlechtsunterschiede bei den helfenden Kindern dürften eine Folge tradierter geschlechtsspezifischer Tätigkeitszuweisungen sein. Die Pflege alter Angehöriger ist also in der Tat überwiegend weiblich, sie ist allerdings nicht ausschließlich weiblich.

Das Vorhandensein von Kindern in der Wohnnähe bedeutet nicht automatisch, dass diese auch die Pflege der alten Eltern übernehmen. Mit Blick auf die stationäre Versorgung lässt sich sogar feststellen, dass das Vorhandensein von Kindern in der Wohnnähe nur von zweitrangiger Bedeutung ist. Der grundlegende Unterschied bei den informellen Hilfpotentialen

Tabelle 5.29: Altersstruktur der familialen Helfer<sup>1</sup> von (geringfügig) Hilfe- und Pflegebedürftigen nach Bedarfslage (in %)<sup>2</sup>

Altersgruppen (hilfe-/pflegeleistender Kinder und Partner)	Bedarfslage			Drei Bedarfsgruppen insgesamt
	Geringfügig hilfebedürftig	Hilfedürftig	Pflegebedürftig	
Unter 50 Jahre	11,0	10,9	15,3	5,0
50 bis 59 Jahre	27,9	11,1	41,1	30,4
60 bis 69 Jahre	19,8	11,3	12,0	42,2
70 bis 79 Jahre	23,8	49,2	12,5	7,3
80 Jahre und älter	17,5	17,5	19,2	15,0
Mittelwert	65,4	68,3	63,5	64,4
Standardabweichung	14,3	15,8	15,3	13,4
Fallzahlen (ungewichtet)	98	33	31	162

<sup>1</sup> Nur Kinder und (Ehe-)Partner. Kinder, die in den Haushalt kommen, um Hilfe- und Pflegeleistungen zu erbringen (haushaltsexterne Helfer) sowie Kinder und Partner, die mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt leben (haushaltsinterne Helfer).

<sup>2</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe, die Angabe der Fallzahlen beruht auf der ungewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

zwischen Hilfe- und Pflegebedürftigen in Heimen und solchen in Privathaushalten findet sich vielmehr im Familienstand bzw. dem Vorhandensein eines (Ehe-)Partners. Nur bei der relativ kleinen Gruppe der Ledigen und Geschiedenen zeigen sich Unterschiede in der Heimquote zwischen Älteren mit Kindern und Älteren ohne Kinder in Berlin.

Obwohl etwa 40 Prozent der Älteren, die Kinder in erreichbarer Wohnnähe haben, von zumindest einem dieser Kinder auch hauswirtschaftliche und/oder pflegerische Hilfe erhalten, lässt sich doch feststellen, dass die Frage, ob die Kinder solche Leistungen erbringen, in starkem Maße von der Lebenssituation der Kinder abhängt. Die Wahrscheinlichkeit der Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen ist deutlich geringer, wenn die Kinder der hilfe- und pflegebedürftigen Älteren mit eigenen Kindern in einem Haushalt leben oder noch nicht volljährige Kinder vorhanden sind. Sehen sich die Kinder also vor dem Problem divergierender Ansprüche gestellt, hat die eigene Kernfamilie Vorrang vor der Versorgung der alten Eltern. Die so genannte „mittlere Generation“ ist demnach weniger einer doppelten Belastung ausgesetzt, als vielmehr einer sequentiellen Belastung. Sind die eigenen Kinder ausgezogen, wächst die Wahrscheinlichkeit, Versorgungsleistungen für die alten Eltern erbringen zu müssen.

Die Bildung der Kinder hat offenbar keinen Einfluss auf die Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen für die Eltern. Allerdings zeigt sich ein Bildungseffekt für die Nutzung von Sozialstationen. Höher gebildete Kinder teilen sich demnach häufiger die notwendigen Versorgungsleistungen für die alten Eltern mit gesellschaftlichen Institutionen. Kinder mit einer vergleichsweise niedrigen schulischen Bildung übernehmen demgegenüber zum einen häufiger die Pflege ihrer alten Eltern ohne zusätzliche Hilfe durch die Sozialstationen. Zum anderen befinden sich deren hilfe- und pflegebedürftige Eltern aber auch häufiger in einem Heim. Die organisierten ambulanten Dienste ersetzen also nicht, zumindest nicht vollständig, die Hilfe- und Pflegeleistungen der Kinder, sondern teilen sich vielmehr die Versorgungsleistungen mit den Kindern, wobei sich offenkundig vor allem die höher gebildeten Schichten dieser Dienstleistungen bedienen. Eine Verdrängung familial erbrachter Leistungen im Bereich der Pflege und hauswirtschaftlichen Hilfe durch staatliche oder marktvermittelte Dienste lässt sich nicht feststellen.

Hilfe- und pflegebedürftige Ältere, die keine Kinder in erreichbarer Wohnnähe haben, müssen nicht häufiger ohne Hilfeleistungen zurechtkommen. Allerdings übernehmen andere Angehörige nur zu einem geringen Teil die Versorgungsleistungen, wenn Kinder und (Ehe-)Partner fehlen. Wesentlich häufiger übernehmen in diesem Falle außerfamiliale Helfer die Versorgung. Zum überwiegenden Teil ersetzen jedoch die stationären Einrichtungen die fehlenden familialen Helfer, während privat organisierte Helfer und die Sozialstationen offenbar nicht in der Lage sind, die fehlenden familialen Hilfpotentiale zu kompensieren.

Aus gesellschaftspolitischer Sicht lassen sich mehrere Schlussfolgerungen ziehen. So dürfte eine mögliche Altersverschiebung nach oben bei den funktionalen Beeinträchtigungen in zweifacher Hinsicht auf die familialen Hilfpotentiale wirken. Einerseits stehen im höheren Alter weniger familiale Hilfpotentiale zur Verfügung, andererseits steigt die Wahrscheinlichkeit, von engen Verwandten – sofern vorhanden – Hilfe- und Pflegeleistungen zu erhalten, mit zunehmendem Alter an, was zumindest teilweise kompensatorisch wirken dürfte. Darüber hinaus dürfte für die familialen Altenhilfpotentiale von Bedeutung sein, inwieweit auch die Söhne verstärkt bereit sein werden, Hilfe- und Pflegeleistungen für ihre alten Eltern zu übernehmen.

Von einem Verlassen der alten Angehörigen durch ihre Familien kann insgesamt wohl keine Rede sein. Ein großer Teil der Älteren, die enge Verwandte haben, wird auch von diesen

versorgt. Freilich bedeutet das Vorhandensein von nahen Angehörigen nicht selbstverständlich, dass diese auch die hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung übernehmen. Die Bereitschaft zur Übernahme von Hilfeleistungen und die tatsächliche Umsetzung ist zweierlei. Neben dem Willen und Wunsch der Betroffenen kommt es auch entscheidend auf die Rahmenbedingungen an. Will man die Hilfeleistungen der Angehörigen noch weiter verstärken, müssen die Voraussetzungen, insbesondere für die Kinder, verbessert werden. Hierbei dürften Maßnahmen, die auf eine Vereinbarkeit von Beruf und der Versorgung der alten Eltern abzielen, wenig hilfreich sein. Vielmehr kann über einen verstärkten Ausbau (sowohl personell als auch im Dienstangebot) organisierter ambulanter Dienste, die es den Kindern ermöglichen, Verpflichtungen gegenüber der eigenen Kernfamilie und gegenüber den alten Eltern zu vereinbaren, vermutlich eine größere Wirkung erzielt werden. Die Bereitschaft, solche Dienste in Anspruch zu nehmen, dürfte in Zukunft ansteigen, da die Kinder der Bezieher von offenen Hilfen häufiger über eine höhere Schulbildung verfügen und die zukünftigen „mittleren Generationen“ besser gebildet sein werden. Auch mit Blick auf die nicht in Familien eingebundenen Teile – und das ist innerhalb der älteren Bevölkerung die Mehrheit – führt kein Weg an einem Ausbau der ambulanten Dienstleistungen vorbei. Diese müssen in die Lage versetzt werden, die Versorgung der älteren Menschen auch ohne zusätzliche informelle Helfer zu übernehmen, will man die Versorgung dieses Teils der Älteren nicht weitgehend den stationären Einrichtungen überlassen.

## 5.5 Die stationäre Unterbringung: Der 5-Prozent-Trugschluss<sup>72</sup>

Eine der meist zitierten Zahlen im Zusammenhang mit Alter und Pflege ist die Heimquote, die bei den 70-Jährigen und Älteren in Berlin im Jahre 1990 etwa 5 Prozent betrug (Krug & Reh, 1992). Aufgrund der Überrepräsentanz der Heimpopulation in der Berliner Altersstudie beträgt der Anteil in der Intensivstichprobe – angepasst an die Alters- und Geschlechtsstruktur der Grundgesamtheit – etwa 8 Prozent (vgl. Kap. 4). Im Folgenden werden jedoch alle Teilnehmer der Berliner Altersstudie betrachtet, die die ersten 16 Fragen des Ersterhebungsprotokolls beantwortet haben, da alle notwendigen Informationen für die folgenden Berechnungen in diesem Datensatz enthalten sind und eine größere Fallzahl – sowohl insgesamt als auch für das zu betrachtende Ereignis des Heimübergangs – zuverlässigere Schätzungen erlaubt. Insbesondere wurden die Heimbewohner bereits zu diesem Zeitpunkt befragt, seit wann sie in einem Heim leben. Bei allen Studienteilnehmern, die die ersten 16 Fragen beantwortet haben (insgesamt 1.252 Personen mit gültigen Angaben), waren zum Zeitpunkt des Interviews hochgerechnet etwa 6 Prozent in einer stationären Einrichtung, was einer ungewichteten Zahl von 192 Personen<sup>73</sup> entspricht (siehe auch Kap. 4).

Wesentlich in diesem Zusammenhang ist, dass der geringe Anteil der über 69-Jährigen, der sich zu einem bestimmten Stichtag in einem Heim befindet, nicht bedeutet, dass auch nur ein geringer Anteil der Population lebenslang von einem Heimübergang betroffen ist. Vielmehr wird diese Auffassung in der Gerontologie mittlerweile als 4- bzw. 5-Prozent-Trugschluss

---

<sup>72</sup> Ich möchte mich an dieser Stelle ausdrücklich bei Ulrich Pötter und Götz Rohwer für ihre Hilfe bei der mathematischen und softwaremäßigen Umsetzung der Fragestellung dieses Kapitels bedanken.

<sup>73</sup> Von diesen 192 Personen in einer stationären Einrichtung lebten 94 in einem Seniorenheim, 51 in einem Krankenhaus für chronisch Kranke und 47 in einem Kranken- oder Pflegeheim.

bezeichnet, um darauf hinzuweisen, dass dieser Prozentanteil auf aggregierten Querschnittsdaten beruht, die zu einem bestimmten Stichtag erhoben wurden. Auf der Basis dieser Querschnittsbefunde ist es jedoch nicht möglich, Aussagen über das Ausmaß des Institutionalierungsrisikos, das heißt die Wahrscheinlichkeit, dass Personen jemals in ein Heim wechseln, abzuleiten (vgl. Abschnitt 3.2). So verdeutlicht die Aufgliederung nach Altersgruppen, dass – wie bereits in Abschnitt 5.2 dargestellt – die Wahrscheinlichkeit in einem Heim zu leben, mit zunehmendem Lebensalter deutlich ansteigt und zudem für Frauen größer ist als für Männer.

Die Frage des Institutionalierungsrisikos hat im Hinblick auf Bedarfsrechnungen auch eine praktische Komponente. Die Bedarfsermittlung in der stationären Altenhilfe erfolgt bisher sehr einfach über die Zahl der Älteren, das heißt, der Bedarf an Heimplätzen wird in Prozent der Altersbevölkerung beziffert, wobei als Bezugsgröße in der Regel die Zahl der 65-Jährigen und Älteren dient. Würden sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – zum Beispiel im Gesundheitswesen, in der Sozialstruktur und auch in der Altersstruktur – nicht verändern, könnten solche Berechnungsformen zu durchaus realistischen Ergebnissen gelangen. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die Rahmenbedingungen ändern, sodass in einer differenzierten Betrachtung der Inanspruchnahme von Heimen sozialstrukturelle Charakteristika einzubeziehen wären. In Modellrechnungen ließen sich dann die Entwicklungen der relevanten Faktoren und die Auswirkungen auf den Bedarf an Heimplätzen wesentlich präziser ermitteln.

Um aber die Wahrscheinlichkeit anzugeben, nach der eine ältere Person eine bestimmte Zeit – und sei sie noch so kurz – in einem Heim verbringt, sind Längsschnittstudien notwendig. Derartige Studien existieren für die Bundesrepublik bisher jedoch nicht. Schätzungen für die USA und auch für die Bundesrepublik, die sich auf die Auswertung von Sterbeurkunden bzw. auf allgemeine, das heißt alle Altersgruppen einer Gesellschaft umfassende Longitudinalstudien beziehen, ergaben Werte zwischen 10 und 40 Prozent für die Männer bzw. 25 und 70 Prozent für die Frauen. Die enormen Schwankungsbreiten ergeben sich aufgrund methodischer Schwierigkeiten (vgl. dazu ausführlicher Abschnitt 3.2.2).

Tabelle 5.30: Anteil älterer Menschen in stationären Einrichtungen<sup>1</sup> nach Altersgruppen und Geschlecht (in %)

Altersgruppen	Geschlecht		Insgesamt	N
	Männer (N = 592)	Frauen (N = 660)		
70 bis 74 Jahre	2,6	5,2	3,9	154
75 bis 79 Jahre	2,4	5,4	3,9	178
80 bis 84 Jahre	6,3	10,7	8,6	198
85 bis 89 Jahre	15,0	16,3	15,6	237
90 bis 94 Jahre	13,0	23,2	18,3	208
95 Jahre und älter	19,9	40,4	31,4	277
Insgesamt Stichprobe	10,8	19,4	15,3	1.252
Insgesamt Population <sup>2</sup>	4,2	6,6	5,9	1.252

<sup>1</sup> Unter stationären Einrichtungen werden Senioren-, Kranken- und Pflegeheime zusammengefasst.

<sup>2</sup> Die Prozentangaben beruhen auf der nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der 70-jährigen und älteren Berliner Bevölkerung (im ehemaligen Westteil der Stadt) in 1991 gewichteten Stichprobe.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Trotz aller Unsicherheit verdeutlichen die Ergebnisse dieser Untersuchungen, dass dem Leben im Heim für ältere Menschen wesentlich mehr Bedeutung zukommt, als der Hinweis auf den geringen Anteil Älterer, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in einem Heim leben, vermuten lässt. Ungeachtet aller berechtigten Kritik an einer stationären Versorgung allgemein und vor allem an der gegenwärtigen Situation der Heime (Stellenschlüssel, Gebäudezustände, Zimmer-, Bettenzahlen, Mitarbeiterqualifikation usw.) muss die Bedeutung des stationären Sektors für die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen hervorgehoben werden (Dahlem, 1991; Rückert, 1992). Insbesondere in der Versorgung dementer und/oder pflegebedürftiger Menschen kommt dem stationären Sektor eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Abschnitt 5.2).

Es ist also im Wesentlichen ungeklärt, wie groß die Wahrscheinlichkeit für den Einzelnen ist, jemals im Leben in eine solche Einrichtung zu gelangen, in welchem Ausmaß sich diese Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter erhöht und welche Verweildauer ihn im Heim erwartet. Der Unterschied zwischen Querschnitts- und Längsschnittbefunden hängt nun aber im Wesentlichen von der durchschnittlichen Verweildauer in den Heimen ab, die wiederum maßgeblich von der Überlebenswahrscheinlichkeit beeinflusst wird<sup>74</sup>. Die tatsächliche Institutionalisierungswahrscheinlichkeit im Lebensverlauf ist daher letztlich auch eine Funktion des Mortalitätsgeschehens. Das Hauptproblem bei der Verwendung von retrospektiven Querschnittsdaten ergibt sich demnach – und dies gilt nicht nur für die vorliegende Untersuchung, bei jüngeren Altersgruppen kann dies jedoch zumeist vernachlässigt werden – durch differentielle Mortalitätsraten.

Geht man davon aus, dass es keine Selektionseffekte im Hinblick auf die Wohnsituation (Heimbewohner vs. Privathaushalte) aufgrund unterschiedlicher Mortalitätsraten gibt, lassen sich Heimeintrittsraten unter Verwendung retrospektiver Angaben mithilfe des statistischen Instrumentariums der Ereignisanalyse (Blossfeld, Hamerle & Mayer, 1986; Blossfeld & Rohwer, 1995) schätzen. Ereignisanalytische Verfahren erlauben einen sinnvollen Umgang mit rechtszensierten Angaben. Rechtszensierung bedeutet, dass das zu beobachtende Ereignis – im vorliegenden Falle der Heimübergang – bis zum Befragungszeitpunkt (noch) nicht eingetreten ist. Dabei wird die Dauer einer Episode, beginnend mit dem Zeitpunkt  $t_0$  bis zum Übergang vom Anfangszustand in den Endzustand (im vorliegenden Fall die Dauer bis zum Umzug von einem Privathaushalt in eine stationäre Einrichtung), im statistischen Modell durch eine nicht-negative Zufallsvariable  $T$  repräsentiert, sodass sich folgende Wahrscheinlichkeit definieren lässt:

$$\Pr(t \leq T < t + \Delta t | T \geq t) \quad (1)$$

Dies ist im konkreten Fall die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts im Zeitintervall  $t$  bis  $t + \Delta t$  unter der Voraussetzung, dass bis zum Beginn des Intervalls kein Heimübergang stattgefunden hat. Die Heimeintrittsrates lässt sich dann in Abhängigkeit vom Lebensalter  $t$  folgendermaßen darstellen:

$$h_A(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} 1/\Delta t \Pr(t \leq T < t + \Delta t | T \geq t) \quad (2)$$

<sup>74</sup> Dies gilt selbstverständlich nur, wenn der Umzug aus einem Heim zurück in einen privaten Haushalt die Ausnahme darstellt und die Heimübersiedlung – wie in der Bundesrepublik – in der Regel eine endgültige Entscheidung ist (vgl. Abschnitt 2.1).

Die Rate  $h_i(t)$  kann interpretiert werden als das Risiko, im Zeitintervall  $t$  in ein Heim überzusiedeln. Sie ist definiert in Relation zu einer Risikomenge zum Zeitpunkt  $t$ , das heißt zu der Menge an Personen, bei denen das Ereignis eintreten kann, weil es bis zum Zeitpunkt  $t$  noch nicht eingetreten ist.

Welche Bedeutung haben nun unterschiedliche Heimeintrittsraten für die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts im Lebensverlauf? Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Individuum bis zum Zeitpunkt bzw. Alter  $t$  noch nicht in ein Heim umgezogen ist, wird mit der Survivorfunktion beschrieben:

$$S(t) = \Pr(T \geq t) \quad (3)$$

Die Survivorfunktion steht mit der (kumulierten) Eintrittsrate wie folgt in Beziehung:

$$S(t) = \exp\left(-\int_0^t h_i(u) du\right) \quad (4)$$

Da es sich um kontinuierlich gemessene Zeitdauern handelt, gilt für die altersabhängige Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts, das heißt für die Verteilungsfunktion  $F(t)$ :

$$F(t) = 1 - S(t) \quad (5)$$

und für die Altersverteilung der Heimeintritte  $f(t)$  ergibt sich die Dichteverteilung:

$$f(t) = dF(t)/dt \quad (6)$$

Zwischen Hazardrate und der Dichtefunktion besteht folgender Zusammenhang:

$$h_i(t) = f(t)/S(t) \quad (7)$$

Die Übergangsrate ist also eine bedingte Dichtefunktion, das heißt die Dichtefunktion geteilt durch die Survivorfunktion.

Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Mortalitätsraten bei den Heimbewohnern höher sind als bei den in privaten Haushalten lebenden Personen. Demnach werden die Ergebnisse einer solchen Schätzung bei der Verwendung von retrospektiven Daten durch Selektionseffekte aufgrund der unterschiedlichen Sterblichkeit beeinflusst<sup>75</sup>. Heimbewohner haben in diesem Fall im Vergleich zu gleichaltrigen Personen in Privathaushalten eine geringere Wahrscheinlichkeit, in die Stichprobe zu gelangen, was aufgrund der hohen Mortalitätsraten der betrachteten Altersgruppen zu erheblichen Verzerrungen führen kann.

Die Schätzung von Heimübergangswahrscheinlichkeiten mit retrospektiv erhobenen Daten steht also vor dem Problem, dass zwischen dem zu schätzenden Zeitpunkt und dem Beobachtungszeitpunkt bzw. -alter einige Personen verstorben sind, wobei das Mortalitätsgeschehen abhängig ist von dem interessierenden Ereignis. Bei der Schätzung der Heimübergangsraten muss demnach dieses differentielle Mortalitätsgeschehen berücksichtigt werden, da offenkundig nur diejenigen befragt werden konnten, die bis zum Zeitpunkt des Interviews überlebt haben. Anders formuliert bedeutet dies, dass die sterblichkeitsbedingten unterschiedlichen Teilnahmewahrscheinlichkeiten von Heimbewohnern und Älteren in Privathaushalten berücksichtigt werden müssen.

---

<sup>75</sup> Da ein sehr großer Teil der Heimbewohner pflegebedürftig ist, lässt sich schon aufgrund der höheren Mortalitätsrate der Pflegebedürftigen gegenüber den Selbstständigen eine höhere Sterblichkeit der Heimbewohner vermuten (vgl. Abschnitt 5.1.3, vor allem Abb. 5.1).

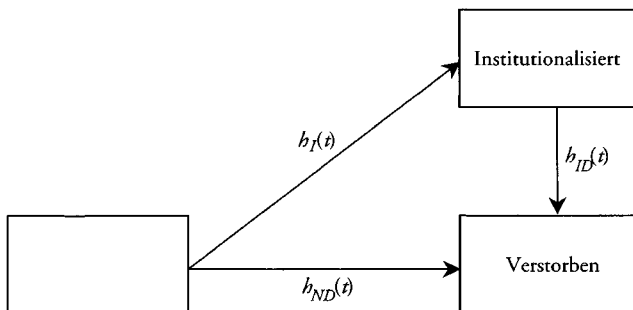


Für die folgende vereinfachende Diskussion des Problems veranschaulicht die Abbildung 5.6 die Zusammenhänge. Die Beschreibung des Problems mit einem dreistufigen stochastischen Prozess wie in der Abbildung 5.6 erfolgt üblicherweise bei der Verwendung von retrospektiven Daten in epidemiologischen Studien<sup>76</sup>.

Angenommen, wir folgen einer Kohorte vom Zeitpunkt, an dem alle Kohortenmitglieder 65 Jahre alt sind, durch die Zeit. Wir beobachten dann Heimübergänge mit der Rate  $h_I(t)$ , Sterbefälle in den Heimen mit der Rate  $h_{ID}(t)$  und Sterbefälle von Personen, die nie in einem Heim waren, mit der Rate  $h_{ND}(t)$ . Zur Vereinfachung nehmen wir an, dass keine Übergänge vom Heim zurück in einen privaten Haushalt stattfinden. In einem solchen prospektiven Beobachtungsdesign sind alle drei Raten identifiziert. Nehmen wir nun an, das Hauptinteresse gilt der Heimübergangsrates, und eine Population im Alter von 80 Jahren wurde befragt, ob und zu welchem Zeitpunkt sie in ein Heim überwechselten. In diesem Falle können die beiden Mortalitätsraten  $h_{ID}(t)$  und  $h_{ND}(t)$  nicht aus den Daten gewonnen werden. Falls die Mortalitätsraten zwischen institutionalisierten und nicht institutionalisierten Personen deutlich unterschiedlich sind, gelangt man – wie bereits erläutert – zu verzerrten Ergebnissen, da die Wahrscheinlichkeit, in die Stichprobe zu gelangen, für die beiden Gruppen unterschiedlich ist.

Um die Rate  $h_I(t)$  zu bestimmen, können nun entweder Annahmen getroffen werden – beispielsweise die Annahme gleicher Mortalitätsraten von Heimbewohnern und Personen in Privathaushalten –, die aber mit den Daten nicht überprüft werden können, oder es können zusätzliche Informationen über das Sterbegeschehen herangezogen werden. Für die Schätzung der Heimeintrittswahrscheinlichkeit mit den Daten der Berliner Altersstudie werden beide Möglichkeiten verwendet. Zusätzliche Informationen zum Mortalitätsgeschehen liegen für die von der Berliner Altersstudie angeschriebenen Personen vor, da das Einwohnermeldeamt sich bereit erklärte, in regelmäßigen Abständen diese Informationen über das Sterbegeschehen zur Verfügung zu stellen. Dabei handelt es sich um prospektive Daten zum Sterbegeschehen vom

Abbildung 5.6: Schema zur Modellierung der Heimübergangsrates in Abhängigkeit von der Mortalitätsrate



<sup>76</sup> Das Problem der Schätzung solcher Modelle wird diskutiert in Brillinger (1986) und Keiding (1991). Eine Beschreibung von Modellen und möglichen Konsequenzen für die Schätzung, speziell im Hinblick auf Lebensverlaufsdaten, gibt Hoem (1985). Ein enger Zusammenhang besteht zu so genannten „competing risks“-Modellen (Yashin, Manton & Vaupel, 1985) und zu Modellen von Altern und Mortalität (Mulder, 1993).

Zeitpunkt des Interviews an (vgl. Abschnitt 4.1). Von daher ist es möglich, die Mortalitätsraten getrennt nach der Wohnform zu untersuchen, was allerdings nur für den Altersbereich gilt, der von den Daten abgedeckt wird. Informationen über das Mortalitätsgeschehen vor dem Alter 70 liegen nicht vor, weshalb zusätzlich die Annahme getroffen wird, dass das Verhältnis der Mortalitätsraten  $h_{ND}(t)$  und  $h_{ID}(t)$  auch im nicht beobachteten Altersbereich dem Verhältnis im beobachteten Altersbereich entspricht.

Wie also lässt sich die Heimeintrittswahrscheinlichkeit mithilfe der vorliegenden retrospektiven Daten modellieren? Nehmen wir wieder an, dass wir in einem prospektiven Studiendesign einer Kohorte vom Zeitpunkt, an dem alle Kohortenmitglieder 65 Jahre alt sind, durch die Zeit folgen. Variierende Kohortengrößen müssen dann nicht berücksichtigt werden, und die Zeitvariable  $t$  kann gleichzeitig auf das Alter und die Kalenderzeit verweisen. Darüber hinaus nehmen wir an, dass die Mortalitätsrate der institutionalisierten Personen nicht von der Heimaufenthaltsdauer abhängig ist. In diesem Falle ist die Dichteverteilung des Ereignisses Tod zum Zeitpunkt  $t$  für die nicht institutionalisierten Personen gegeben durch:

$$f_{ND}(t) = h_{ND}(t) \exp\left(-\int_0^t h_{ND}(u) du\right) \quad (8)$$

Die gemeinsame Verteilung der Ereignisse „Heimübergang zum Zeitpunkt  $s$ “ und „Tod zum Zeitpunkt  $t$ “ ist dann gegeben durch:

$$f_{ID}(s, t) = h_I(s) \exp\left(-\int_0^s h_{ND}(u) + h_I(u) du\right) h_{ID}(t-s) \exp\left(-\int_s^t h_{ID}(u) du\right) \quad (9)$$

Daraus folgend ist die Wahrscheinlichkeit zu einem Zeitpunkt  $t_0$  zu leben und institutionalisiert zu sein, das heißt, der erwartete Anteil institutionalisierter Personen zum Zeitpunkt  $t_0$  (Gesamtprävalenz zum Zeitpunkt  $t_0$ ), gegeben durch:

$$\int_0^{t_0} \exp\left(-\int_0^s h_{ND}(u) + h_I(u) du\right) h_I(s) \exp\left(-\int_s^{t_0} h_{ID}(u) du\right) ds \quad (10)$$

Mit prospektiven Daten lässt sich dies problemlos schätzen. Der erwartete Anteil bzw. die Gesamtprävalenz zum Zeitpunkt  $t_0$  in einem retrospektiven Untersuchungsdesign ergibt sich aus obiger Formel geteilt durch die Wahrscheinlichkeit, das Alter  $t_0$  zu überleben. Diese Größe ist gegeben durch:

$$\Pr(\text{Tod nach } t_0) = \exp\left(-\int_0^{t_0} h_{ND}(u) + h_I(u) du\right) + \int_0^{t_0} h_I(s) \exp\left(-\int_0^s h_{ND}(u) + h_I(u) du\right) \exp\left(-\int_s^{t_0} h_{ID}(u) du\right) ds \quad (11)$$

Handelt es sich um retrospektiv erhobene Informationen zum Zeitpunkt  $t_1 \geq t_0$  und die Gesamtprävalenz zum Zeitpunkt  $t_0$  soll ermittelt werden, hat der erwartete Anteil der Gesamtpopulation (beobachtet im Alter von 65 Jahren) ebenfalls die Form (10). Allerdings muss das obere Limit des letzten Integrals geändert werden zu  $t_1$ . Zudem ist im Falle des retrospektiven

Beobachtungsplans die Anzahl Personen im Alter  $t_0$  und von daher der Nenner für die Gesamtprävalenz (11), die ja die Sterbewahrscheinlichkeit nach  $t_0$  enthält, unbekannt.

Gilt das Interesse der Schätzung der Heimübergangsrate  $h_I(t)$  mithilfe von retrospektiven Daten, die zum Zeitpunkt  $t_1$  erhoben wurden, ergibt sich die korrespondierende Rate aus:

$$h_I'(t) = h_I(t) \frac{\text{Pr}(\text{Überleben im Heim von } t \text{ bis } t_1)}{\text{Pr}(\text{Überleben im privaten Haushalt von } t \text{ bis } t_1)} \quad (12)$$

Die Heimübergangsrate wird also für die unterschiedlichen Überlebenswahrscheinlichkeiten und damit auch Teilnahmewahrscheinlichkeiten korrigiert. Der Korrekturfaktor ergibt sich aus dem Verhältnis der Überlebenswahrscheinlichkeit in Institutionen und der Überlebenswahrscheinlichkeit in privaten Haushalten. Dieser ist 1 (keine Verzerrung aufgrund von selektiver Sterblichkeit) im Falle gleicher Mortalitätsraten, das heißt  $h_{ID}(t) = h_{ND}(t)$ .

Das Verhältnis der beiden Mortalitätsraten  $h_{ID}(t)$  und  $h_{ND}(t)$  beeinflusst also die Wahrscheinlichkeit, in die Stichprobe zu gelangen, maßgeblich, weshalb es zunächst notwendig ist, die Unterschiede in der Mortalitätsrate von Älteren in Privathaushalten und Älteren in stationären Einrichtungen abschätzen und quantifizieren zu können. Dazu wird in einem ersten Schritt ein Modell für die Zeitabhängigkeit des Sterbegeschehens im höheren Alter ermittelt, das heißt, es muss eine Funktion bestimmt werden, die die Sterberate von der Lebensdauer abhängig macht (Baselineratenmodell). In dieses Übergangsratenmodell wird dann die Wohnform als Kovariable eingeführt, die Mortalitätsrate wird also über die noch zu bestimmende Funktion von der Lebensdauer und der Wohnform abhängig gemacht. Daran anschließend kann eine für die unterschiedlichen Mortalitätsraten korrigierte Schätzung der Heimübergangsrate vorgenommen werden, die wiederum von gewissen Merkmalen der Personen abhängt. Die Korrektur der ermittelten Sterberaten erfolgt dabei über eine Gewichtung mit der Inversen der Teilnahmewahrscheinlichkeiten, das heißt den Sterbewahrscheinlichkeiten in einem privaten Haushalt bzw. den Sterbewahrscheinlichkeiten in stationären Einrichtungen.

Eine sinnvolle Schätzung der Sterberaten ist – wie bereits oben erläutert – selbstverständlich nur für den Altersbereich, der von den verwendeten Daten abgedeckt wird, möglich, wobei das Sterbealter der am jüngsten gestorbenen Person und das Sterbealter der am ältesten gestorbenen Person in den Daten den Altersbereich für die Schätzung determinieren. Aussagen über das Mortalitätsgeschehen und das Verhältnis der beiden Sterberaten sind nur in diesem Altersbereich aus den Daten zu ermitteln. In den verfügbaren Daten ist die untere Grenze 71 Jahre und die obere Grenze 108 Jahre. Heimübergänge finden aber – obgleich sehr selten – bereits vor dem 72. Lebensjahr statt, weshalb die Heimübergangsrate ab dem Alter 65 Jahre betrachtet werden soll. Zwar lässt sich aus den retrospektiven Daten ersehen, seit wann die Heimbewohner in einem Heim leben, über das Sterbegeschehen und das Verhältnis der Mortalitätsraten sind jedoch für den Altersbereich vor dem Alter von 71 Jahren keine Aussagen möglich. Es handelt sich also um linkszensierte<sup>77</sup> Daten. Um dennoch Aussagen über die Heimübergangsrate vor dem 72. Lebensjahr machen zu können, wird im Folgenden davon

<sup>77</sup> Es handelt sich genau genommen um links abgeschnittene (left truncated) Daten. Einen Überblick über unterschiedliche Zensierungsarten geben Blossfeld & Rohwer (1995).

ausgegangen, dass das Verhältnis der Mortalitätsraten im nicht beobachteten Altersbereich dem empirisch ermittelten Verhältnis im beobachteten Altersbereich entspricht.

Da es deutliche Unterschiede sowohl beim Heimeintrittsgeschehen als auch beim Sterbegeschehen zwischen Männern und Frauen gibt, ist es zweckmäßig, getrennte Berechnungen für Männer und Frauen durchzuführen. Zunächst wird also das Verhältnis der Sterberaten von Heimbewohnern und Älteren in Privathaushalten, nach dem Geschlecht getrennt, berechnet.

### *Mortalität bei Älteren in Heimen und in privaten Haushalten*

Welche Informationen über das Sterbegeschehen lassen sich aus den Daten gewinnen? Das Einwohnermeldeamt hat in regelmäßigen Abständen Informationen darüber zur Verfügung gestellt, ob eine der angeschriebenen Personen und gegebenenfalls wann verstorben ist. Für die Personen, die zumindest die ersten 16 Fragen der Ersterhebung beantwortet haben, ergibt sich die in Tabelle 5.31 dargestellte Verteilung.

Es lassen sich insgesamt 594 Sterbefälle ermitteln, 298 bei den Männern und 296 bei den Frauen. Für acht Personen liegen keine Mortalitätsinformationen vom Einwohnermeldeamt vor, sodass sich die Schätzung der Sterberaten auf insgesamt 1.244 Personen bezieht.

Für die Ermittlung der Sterberaten wird ebenfalls auf das statistische Instrumentarium der Ereignisanalyse zurückgegriffen. Die Berechnung der Survivorfunktion erfolgt dabei nach (3), wobei die Zufallsvariable  $T$  die Lebensdauer repräsentiert und  $S(t)$  die Wahrscheinlichkeit abbildet, dass ein Individuum bis zum Alter  $t$  überlebt. Da es sich hierbei um linkszensierte Daten handelt, können indes nur die bedingten Wahrscheinlichkeiten dafür geschätzt werden, dass ein Individuum bis zum Alter  $t$  überlebt, vorausgesetzt, dass das Individuum nicht schon vor dem Alter von 70 Jahren gestorben ist. Abbildung 5.7 zeigt die mit dem Kaplan-Meier-Verfahren geschätzten Survivorfunktionen für  $t \geq 71$ , das heißt die Sterbewahrscheinlichkeiten für Personen, die älter als 70 Jahre sind<sup>78</sup>. Der erste beobachtete Sterbefall tritt im Alter von 71 Jahren (Männer: 71 Jahre, Frauen: 73 Jahre), der letzte beobachtete Sterbefall im Alter von 107 Jahren (Männer: 104 Jahre, Frauen: 107 Jahre) auf. Eine Schätzung der Survivorfunktion ist infolgedessen bei den Frauen für den Altersbereich 73 bis 107 Jahre und bei den Männern für den Altersbereich 71 bis 104 Jahre möglich. Der Verlauf des mit den vorhande-

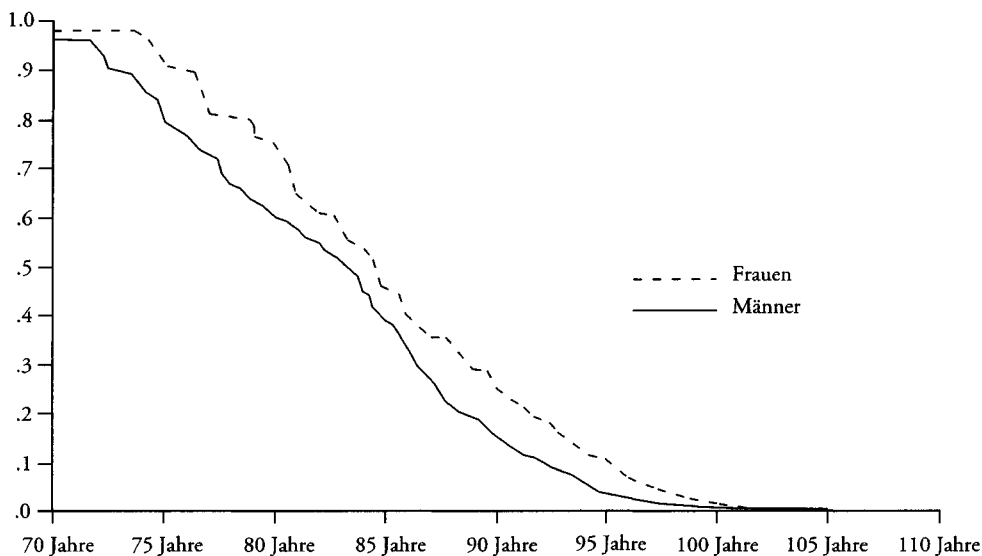
Tabelle 5.31: Anzahl und Anteil Verstorbener von den Teilnehmern der ersten Befragung nach Geschlecht und Wohnform

	Insgesamt		Privathaushalt		Heim	
	N	%	N	%	N	%
Insgesamt	594	47,7	466	43,3	128	76,2
Männer	298	50,7	248	46,7	50	87,7
Frauen	296	45,1	218	40,0	78	70,3

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

<sup>78</sup> Kaplan-Meier-Schätzungen von Survivorfunktionen mit links abgeschnittenen und rechtszensierten Daten können direkt mit dem Computerprogramm TDA durchgeführt werden (vgl. Blossfeld & Rohwer, 1995).

Abbildung 5.7: Kaplan-Meier-Schätzung der Survivorfunktion für die Lebensdauer, getrennt nach Männern und Frauen (N = 1.244)



Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

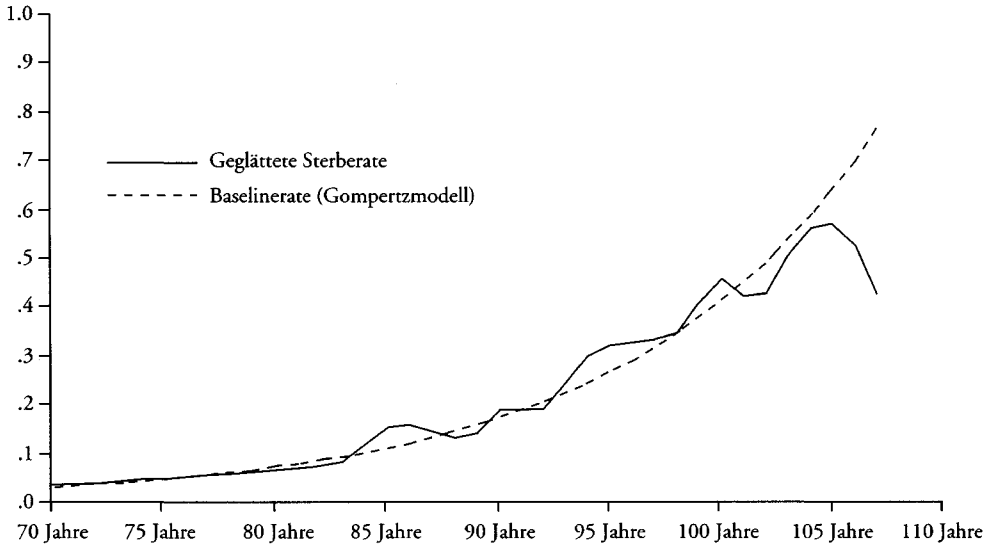
nen Daten schätzbaren Abschnitts der Survivorfunktion ist jedoch proportional zur tatsächlichen Gesamtsurvivorfunktion. Insofern erhalten wir für den Abschnitt, der von den Daten abgedeckt wird, eine brauchbare Schätzung.

Wie erwartet, unterscheiden sich die Sterblichkeitsunterschiede zwischen Männern und Frauen im beobachteten Altersbereich signifikant von Null (Log-rank-Test:  $T = 8,816$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.003$ ; Wilcoxon-Test [Breslow]:  $T = 6,513$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.011$ ). Die Sterblichkeit der Männer ist also auch in diesem hohen Alter höher als die der Frauen, was sich auch an der bedingten mittleren Lebenserwartung ablesen lässt. So beträgt der Median bei den Frauen 84,47 Jahre, vorausgesetzt sie haben das 71. Lebensjahr erreicht, während die mittlere Lebensdauer für die Männer, die das 71. Lebensjahr erreicht haben, bei 83,17 Jahren liegt.

Für das Alter ab 71 Jahren kann nun auch die Sterberate (2) geschätzt werden. Das Kaplan-Meier-Verfahren liefert allerdings nicht unmittelbar die Rate selbst, sondern nur die kumulierte Rate. Deshalb muss die Sterberate aus einer numerischen Differentiation der kumulierten Rate gewonnen werden. Die derart berechnete Rate fluktuiert stark infolge von Unstetigkeiten der kumulierten Rate, weshalb diese vorher unter Verwendung von Splinefunktionen geglättet wird. Abbildung 5.8 zeigt die so gewonnene Schätzung der Sterberate für das Alter ab 71 Jahren.

Mit den verfügbaren Daten lassen sich die Sterberaten also für einen gewissen Altersbereich sinnvoll schätzen. Von daher ist es möglich, Modelle zu konzipieren, um zu untersuchen, wie diese Sterberaten von individuellen Merkmalen abhängen. Wesentlich für das Anliegen dieser Arbeit ist die Abhängigkeit der Sterberate von der Wohnform. Dafür werden

Abbildung 5.8: Geglättete Sterberate und Baseline rate, geschätzt mit einem Gompertzmodell ( $N = 1.244$ )



Quelle: Berliner Altersstudie (BASE).

Übergangsratenmodelle verwendet, bei denen die Sterberate über eine genauer zu bestimmende Funktion von der Lebensdauer  $t$  und weiteren Kovariablen abhängig gemacht wird, wobei im vorliegenden Fall nur der Heimeintritt bzw. die Wohnform als weitere Kovariable berücksichtigt werden soll. Im Folgenden wird der Verlauf der Sterberate im Rahmen des Gompertzmodells nachgebildet, wobei die Wohnform als zeitkonstante Kovariable einbezogen wird<sup>79</sup>. Die Gompertzverteilung geht aus von der Hazardrate:

$$h(t) = b \exp(ct), \quad b = \exp(B\beta), \quad c = \gamma_0 \quad (13)$$

Die korrespondierenden Dichte- und Survivorfunktionen sind gegeben durch:

$$f(t) = \exp \{- b/c (\exp(ct) - 1)\} (b \exp(ct)) \quad (14)$$

$$S(t) = \exp \{- b/c (\exp(ct) - 1)\} \quad (15)$$

Die mit diesem Modell, ohne die Einbeziehung von Kovariablen, geschätzte Rate (Baseline rate) ist in Abbildung 5.8 zusammen mit der geglätteten Sterberate der Kaplan-Meier-Schätzung abgebildet. Deutlich erkennbar ist, dass mit der Gompertzverteilung die Sterberate bis in den höchsten Altersbereich recht gut abgebildet wird. Ab einem Alter von etwa 100 Jahren wird die Sterberate allerdings überschätzt.

Aufgrund der Unterschiede im Mortalitäts- und im Heimeintrittsgeschehen erfolgt die Modellschätzung mit der Wohnform als Kovariable für Männer und Frauen getrennt. Die Wohn-

<sup>79</sup> Die Schätzung wurde auch mit anderen Modellen für die Zeitabhängigkeit der Sterberate durchgeführt, wobei sich zeigte, dass die Unterschiede in den geschätzten Verhältnissen der Sterberaten bemerkenswert gering sind.

Tabelle 5.32: Sterberate von Männern und Frauen mit der Wohnform als Kovariable (Gompertzmodell für die Altersabhängigkeit)

Variable	Koeffizient	
	Männer	Frauen
Konstante ( $\beta_0$ )	-9,776***	-3,442***
Konstante ( $\gamma$ )	0,089***	0,083***
Wohnform ( $\beta_1$ ) (Heim = 1)	0,712***	0,341**
Log likelihood (Startwerte) <sup>1</sup>	-791,62	-796,86
Log likelihood (Modellschätzung)	-707,89	-722,84

Signifikanzniveau: \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$ .

<sup>1</sup> Dies entspricht der Log likelihood eines Exponentialmodells ohne Kovariablen.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

form ist dabei als Dummy-Variable mit den Ausprägungen 0 für Privathaushalte und 1 für Heime codiert. Die Ergebnisse dieser Modellschätzungen sind in Tabelle 5.32 wiedergegeben.

Der Exponent des Koeffizienten für die Wohnform gibt an, um wie viel höher das Sterberisiko von Heimbewohnern gegenüber Älteren in Privathaushalten ist. Für Männer ergibt sich ein Wert von  $\exp(0,712) = 2,04$ , für die Frauen ein Wert von  $\exp(0,341) = 1,41$ . Das Sterberisiko von Heimbewohnern ist demnach bei den Männern etwa 100 Prozent und bei den Frauen etwa 40 Prozent höher als bei den Älteren in Privathaushalten. Der Unterschied in der Sterblichkeit von Frauen in Heimen und Frauen, die in Privathaushalten leben, ist offensichtlich geringer als der Unterschied bei den Männern. Ein Ergebnis, das aufgrund der in Abschnitt 5.1 ermittelten höheren Sterblichkeit von pflegebedürftigen Männern gegenüber pflegebedürftigen Frauen zu erwarten war.

### Schätzung der Heimeintrittswahrscheinlichkeit

Anhand dieser Schätzungen können nun die Heimeintrittsraten über eine Gewichtung der Daten mit der Inversen der sterblichkeitsbedingten Teilnahmewahrscheinlichkeiten korrigiert werden. Die Teilnahmewahrscheinlichkeit für die Älteren in Privathaushalten ergibt sich aus der Wahrscheinlichkeit, bis zum Alter des Interviewzeitpunktes  $t_1$  zu überleben, vorausgesetzt, dass das Basisalter  $t_b$  (Alter 65 Jahre) erreicht wurde:

$$\Pr(T \geq t_1 \mid T \geq t_b) = S_{ND}(t_1) / S_{ND}(t_b) \quad (16)$$

Die Teilnahmewahrscheinlichkeit für die in stationären Einrichtungen befragten Studienteilnehmer ergibt sich aus der Wahrscheinlichkeit, bis zum Alter des Heimübergangs  $s$  zu überleben, vorausgesetzt bis zum Alter  $t_b$  überlebt zu haben, multipliziert mit der Wahrscheinlichkeit, im Heim bis zum Interviewzeitpunkt  $t_1$  zu überleben, unter der Voraussetzung, das Heimübergangsalter  $s$  erreicht zu haben.

$$\Pr(T \geq s \mid T \geq t_b, \text{ nicht im Heim}) \times \Pr(T \geq t_1 \mid T \geq s, \text{ in einem Heim}) = S_{ND}(s) / S_{ND}(t_b) \times S_{ID}(t_1) / S_{ND}(s) \quad (17)$$

Die Schätzung der Heimeintrittsraten soll ab dem Alter 65 Jahre erfolgen, obwohl einige wenige Heimübergänge vor dem 64. Lebensjahr erfolgten. Diese drei Fälle werden im Folgen-

den nicht berücksichtigt. In Tabelle 5.33 ist die Anzahl der Heimübergänge für Männer und Frauen wiedergegeben, wobei zu beachten ist, dass 35 Heimbewohner keine Angabe darüber machen konnten, seit wann sie in einem Heim leben, sodass diese Fälle ebenfalls von der Analyse ausgeschlossen werden müssen.

Die folgende Schätzung der Heimeintrittsraten beruht also auf 56 Fällen bei den Männern und 98 Fällen bei den Frauen. Der Altersbereich, für den die Schätzung der Heimeintrittsraten erfolgen kann, ist wieder durch das jeweils erste und letzte Ereignis auf der Zeitachse definiert. Bei den Männern umfasst der Bereich das Alter von 67 bis 106 Jahren, bei den Frauen von 65 bis 103 Jahren. Allerdings können die Heimeintrittsraten nicht für diesen gesamten Altersbereich verlässlich geschätzt werden, da im sehr hohen Altersbereich nur noch sehr wenige Heimübergänge auftreten. So liegt zwar das Alter des ältesten Mannes, der in ein Heim übersiedelte, bei 106 Jahren, das letzte Ereignis vor diesem tritt jedoch im Alter von 98 Jahren auf. Insofern wird für die folgenden Schätzungen der Altersbereich bei den Frauen auf 65 bis 100 Jahre und bei den Männern auf 67 bis 98 Jahre eingeschränkt.

Die Ergebnisse der Schätzung der Survivorfunktionen für die Lebensdauer in einem privaten Haushalt, gegebenenfalls das Lebensalter 65 Jahre wurde erreicht, ist in der Abbildung 5.9 für Männer und Frauen getrennt dargestellt. Für die Schätzung dieser Überlebenskurven wurde das Kaplan-Meier-Verfahren verwendet.

Aus der dargestellten altersabhängigen Wahrscheinlichkeit, noch nicht in ein Heim umgezogen zu sein, lässt sich nach (5) die Wahrscheinlichkeit errechnen, bis zu dem jeweiligen Alter in ein Heim umgezogen zu sein, vorausgesetzt das 64. Lebensjahr wurde erreicht. Sie liegt im Alter von beispielsweise 85 Jahren bei den Frauen bei etwa 20 Prozent und bei den Männern bei ungefähr 5 Prozent. Bis zum Alter von 95 Jahren steigt die Heimeintrittswahrscheinlichkeit bei den Männern auf 45 Prozent und bei den Frauen auf über 60 Prozent an. Über den gesamten beobachteten Altersbereich fällt die abgebildete Kurve bei den Männern bis zum Alter von 98 Jahren auf ein Niveau von etwa 0.45 ab, was bedeutet, dass etwa 55 Prozent einen Heimeintritt erleben. Bei den Frauen fällt die Kurve bis zum Alter von 100 Jahren auf ein Niveau von 0.2 ab, was einer Heimübergangswahrscheinlichkeit von 80 Prozent bis zu diesem Alter entspricht. Insgesamt ergibt sich das wenig überraschende Bild, dass das Heimeintrittsrisiko (die Heimeintrittswahrscheinlichkeit) bei Männern und Frauen mit dem Alter ansteigt. Dieser Anstieg erweist sich jedoch in der vorgestellten Verlaufsbetrachtung als wesentlich größer, als die durch Querschnittsbetrachtungen ermittelten Heimquoten vermuten lassen. Bei der Interpretation der Institutionalisierungswahrscheinlichkeiten muss berücksichtigt werden, dass hier – im Vergleich zu amerikanischen Längsschnittuntersuchungen, die zumeist ausschließlich Pflegeheime betrachten – alle Arten von stationären Einrichtungen, die

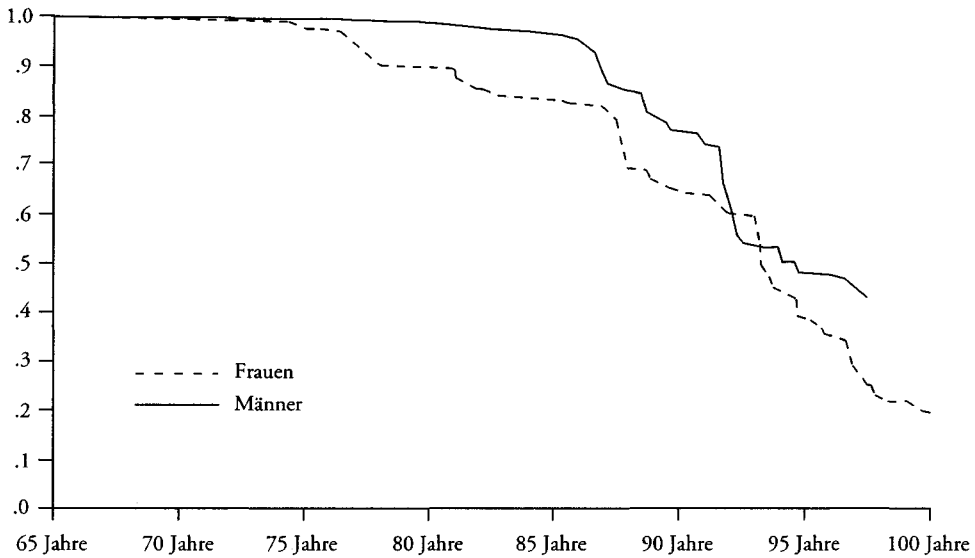
Tabelle 5.33: Anzahl der Heimübergänge für die Schätzung der Heimeintrittsraten

	Insgesamt	Männer	Frauen
Teilnehmer erste 16 Fragen der Ersterhebung	1.252	592	660
Heimbewohner	192	64	128
Heimbewohner mit fehlenden Angaben für das Datum des Heimeintritts	35	6	29
Heimübergänge vor dem Alter 65 Jahre	3	2	1

Quelle: Berliner Altersstudie (BASE).



Abbildung 5.9: Survivorfunktion für den Verbleib in einem Privathaushalt, getrennt nach Männern und Frauen (Kaplan-Meier-Schätzung)



Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

an der Langzeitversorgung von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen beteiligt sind (Altenwohn-, Alten-, Kranken- und Pflegeheime), berücksichtigt wurden. Dabei zeigen sich wesentliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Während Heimeintritte bei den Männern zu Beginn des hier betrachteten Altersbereiches vergleichsweise selten auftreten, im höheren Alter aber zunehmend häufiger vorkommen, ziehen höhere Anteile der Frauen schon deutlich früher in eine stationäre Einrichtung um. Die Heimeintrittswahrscheinlichkeit steigt allerdings bei den Frauen mit dem Alter langsamer an, sodass die Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit zunehmendem Alter geringer werden. Aufgrund der größeren Differenz in der Sterblichkeit von Männern in stationären Einrichtungen gegenüber Männern in Privathaushalten im Vergleich zu den Sterblichkeitsunterschieden von Frauen in stationären Einrichtungen gegenüber Frauen in Privathaushalten, wird die Heimeintrittswahrscheinlichkeit von Männern in Querschnittsbetrachtungen stärker unterschätzt als bei den Frauen. Dies schlägt sich in höherem Alter stärker nieder, da mit zunehmendem Alter auch die Mortalitätsrate ansteigt.

Inwieweit die höhere Sterblichkeit von Heimbewohnern gegenüber Älteren in Privathaushalten auf Selektionseffekten (schlechterer Gesundheitszustand der Älteren, die in eine stationäre Einrichtung übersiedeln) oder auf Institutionalisierungseffekten (die Situation in den Heimen) beruht, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher untersucht werden. Gegen eine gravierende Bedeutung von Institutionalisierungseffekten spricht allerdings der Geschlechtsunterschied, da unklar ist, warum ein solcher Effekt bei Männern stärker ausgeprägt sein sollte als bei Frauen. Es spricht hingegen einiges für die Annahme eines im Durchschnitt, gegenüber den Frauen, schlechteren Gesundheitszustandes von Männern, die in ein Heim

übersiedeln. Da Männer im Vergleich zu Frauen wesentlich häufiger auf Hilfeleistungen durch Haushaltsmitglieder zurückgreifen können, ist es wahrscheinlich, dass sie eine Heimübersiedlung länger hinausschieben können als Frauen.

Festzuhalten ist, dass das Institutionalisierungsrisiko und mithin der Bedarf an Heimplätzen von der Entwicklung der Lebenserwartung beeinflusst wird, wobei die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in den stationären Einrichtungen von besonderer Bedeutung ist. Für die Berechnungen in diesem Kapitel wurde angenommen, dass keine Heimaustritte zurück in einen Privathaushalt stattfinden, was zumindest in der Bundesrepublik auch tatsächlich so gut wie nie vorkommt. Unter diesen Bedingungen wird die durchschnittliche Verweildauer in den Heimen vornehmlich von der Überlebenswahrscheinlichkeit in den Heimen und somit von der Entwicklung des durchschnittlichen Heimeintrittsalters beeinflusst. Offen und für weitere Forschungen interessant bleibt die Frage, ob überhaupt und inwieweit der verstärkte Ausbau von ambulanten und teilstationären Diensten die Inanspruchnahme von Heimen beeinflusst und inwieweit diese eine substituierende oder auch nur eine aufschiebende Wirkung ausüben.

# Kapitel 6

## Die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen

Im Anschluss an die deskriptiven Analysen des Kapitels 5 erfolgt in diesem Kapitel eine Bedingungsanalyse der Inanspruchnahmedeterminanten unterschiedlicher Hilfe- und Pflegealternativen. Hierbei geht es darum, den Zusammenhang zwischen der Versorgungsform, der Versorgungssituation und den Lebensbedingungen der alten Menschen zu untersuchen. Zunächst werden die Faktoren, die für die Nutzung der unterschiedlichen Hilfe- und Pflegeformen bestimmend sind, untersucht. Bei dieser Analyse werden die einzelnen Hilfealternativen nicht getrennt analysiert, sondern in einem gemeinsamen Modell betrachtet. Die Nutzer einer bestimmten Hilfeform werden also nicht einfach den Nichtnutzern dieser Hilfeform gegenübergestellt, vielmehr werden sie mit den Nutzern anderer Alternativen kontrastiert, um so zur Erklärung der Nutzungsmuster und deren sozialer Organisation beizutragen (Abschnitt 6.1).

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels erfolgt die Analyse der Hilfefrequenz (Abschnitt 6.2). Hierbei ist insbesondere von Bedeutung, welchen Einfluss der Erhalt formeller ambulanter Hilfeleistungen auf die Häufigkeit informeller Hilfen hat und umgekehrt. Der Umfang haushaltsexterner informeller Hilfen und der Umfang formeller ambulanter Hilfen werden deshalb getrennt analysiert. In diesem Abschnitt werden die Heimbewohner von der Analyse ausgeschlossen, da prinzipiell eine tägliche Versorgung mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen in den stationären Einrichtungen gegeben sein sollte und über die tatsächliche Versorgungssituation der Heimbewohner keine Informationen vorliegen.

Im letzten Abschnitt wird die Versorgungssituation anhand der im Abschnitt 5.2 vorgestellten Indikatoren eines ungedeckten Hilfebedarfs analysiert (Abschnitt 6.3). Auch bei dieser Analyse können die Heimbewohner nicht berücksichtigt werden, da beide Indikatoren für diesen Teil der Untersuchungspopulation nicht vorliegen.

### 6.1 Bedingungsfaktoren der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen

Bei der Analyse der Hilfe- und Pflegeform werden im Folgenden sowohl die regelmäßigen als auch die unregelmäßigen haushaltsexternen Haushalts-, Einkaufs- und Pflegehilfen berücksichtigt<sup>80</sup>. Unterschieden wird zwischen folgenden Gruppen:

- Ältere in Privathaushalten, die keine Hilfeleistungen von Personen außerhalb des eigenen Haushalts erhalten;
- Ältere in Privathaushalten, die ausschließlich von informellen (familialen und außerfamilialen) Helfern versorgt werden;

---

<sup>80</sup> Die Analyse der Inanspruchnahmedeterminanten wurde auch ohne die Einbeziehung der unregelmäßigen Hilfeleistungen durchgeführt. Hierbei ergaben sich jedoch keine nennenswerten Unterschiede.

- Ältere in Privathaushalten, die ausschließlich formelle, ambulante Hilfeleistungen (Sozialstationen, Essen auf Rädern, Telebus und privat organisierte Helfer) nutzen;
- Ältere in Privathaushalten, die sowohl formelle als auch informelle Hilfeleistungen von Personen außerhalb des eigenen Haushalts erhalten;
- Ältere, die in stationären Einrichtungen leben.

Obwohl nur relativ wenige ältere Menschen in Privathaushalten sowohl informelle als auch formelle Hilfeleistungen von außerhalb des Haushalts lebenden Personen erhalten ( $N = 30$ ), werden sie als gesonderte Gruppe definiert, da gerade die Versorgung durch haushaltsexterne informelle Helfer in Verbindung mit formellen Helfern eine in Zukunft möglicherweise an Bedeutung gewinnende Versorgungsalternative werden kann. Insbesondere die Frage, ob eine solche Versorgungsform eine Alternative zu einer Heimunterbringung bieten kann und unter welchen Umständen, ist hierbei von Interesse. Die Feststellung, dass die Inanspruchnahme von sowohl haushaltsexterner informeller Hilfe als auch formellen ambulanten Helfern vergleichsweise selten vorkommt, bedeutet indes auch, dass von einer kumulativen Nutzung unterschiedlicher Hilfeoptionen kaum gesprochen werden kann.

Die im Abschnitt 5.1 ausführlich erläuterten Indikatoren des Bedarfs (Hilfe-, Pflegebedürftigkeit, Demenzdiagnose und Nähe zum Tod) werden in den folgenden Analysen um die subjektive Bewertung des Gesundheitszustands erweitert.

Neben der Bedarfslage werden in diesem Kapitel weitere wesentliche Aspekte der Lebenslage der älteren Menschen betrachtet. Von Bedeutung sind hierbei die sozialen und sozioökonomischen Ressourcen der älteren Menschen. Hier werden das Sozialprestige, das Qualifikationsniveau und das Leben in einer eigenen Wohnung bzw. einem eigenen Haus (Wohn-eigentum) berücksichtigt<sup>81</sup>. Das Vermögen wird hier nicht verwendet, da das niedrige Vermögen bei den Heimbewohnern eine Folge der Institutionalisierung sein könnte („Entspargungseffekte“). Auch das Einkommen kann im Folgenden nicht berücksichtigt werden, da das Auftreten von fehlenden Werten mit der abhängigen Variable zusammenhängt – es sind hauptsächlich die Heimbewohner, die keine Angaben über ihr Einkommen machen konnten. Aufgrund der sehr geringen Zahl der in einer privaten Krankenversicherung versicherten Älteren in der Berliner Altersstudie wird auch auf eine Einbeziehung dieser Variablen verzichtet (vgl. Abschnitt 5.3).

Die enorme Bedeutung der sozialen Lebensform für die Versorgung im Falle einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit wurde bereits im Abschnitt 5.2 dargestellt, wobei im Abschnitt 5.4 gezeigt werden konnte, dass auch die Lebenssituation der potentiellen familialen Helfer berücksichtigt werden muss. Im Folgenden werden die informellen Hilfepotentiale über die (Ehe-)Partner, die Kinder und die Anzahl nahestehender Personen in die Analysen aufgenommen. Da nichteheliche Lebensgemeinschaften in der Untersuchungspopulation in nennenswertem Umfang vorkommen, wird das Vorhandensein eines Partners – unabhängig vom formellen Familienstand – in den Analysen berücksichtigt. Über das Vorhandensein eines Partners hinaus wird auch das Alter des Partners, als Indikator für dessen Belastbarkeit, mit einbezogen. Im Hinblick auf die Kinder kann davon ausgegangen werden, dass die hier betrachteten Hilfeleistungen räumliche Nähe voraussetzen. Kinder, die außerhalb Berlins

---

<sup>81</sup> Die Wohnqualität kann in den Analysen nicht berücksichtigt werden, da Merkmale der Wohnausstattung zwar bei den Älteren, die zum Zeitpunkt der Befragung in einem Privathaushalt lebten, erhoben wurden, bei den Heimbewohnern wurde jedoch nicht nach der Wohnqualität vor der Heimübersiedlung gefragt.

leben, können von daher nicht als potentielle Helfer angesehen werden, auch wenn sie emotionale und auch unregelmäßige instrumentelle Hilfeleistungen übernehmen. In den folgenden Analysen wird aber eine im Hinblick auf die demographische Entwicklung interessante Frage untersucht, nämlich ob über das Vorhandensein von Kindern und deren räumlicher Nähe hinaus die Zahl der Kinder eine Rolle spielt. Dabei ist einerseits vorstellbar, dass die Verringerung der Kinderzahl in der Tat zu einer Verkleinerung der faktischen informellen Hilfepotentialer älterer Menschen führt, da die anfallenden Lasten und Verpflichtungen nicht mehr auf mehrere Schultern verteilt werden können. Auf der anderen Seite kann aber auch das Pflichtgefühl gegenüber den alten Eltern des einzigen in Berlin lebenden Kindes so groß sein, dass die Frage der Kinderzahl für die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen unbedeutend ist.

Obwohl zeitaufwendige, belastende und unbalancierte informelle Pflegebeziehungen meist innerhalb der Familie erbracht werden, lässt sich doch ein relativ großes Ausmaß außerfamiliärer Hilfeleistungen feststellen (vgl. Abschnitt 5.2). Es kann also vermutet werden, dass die Wahrscheinlichkeit, Hilfe und möglicherweise auch Pflege von Freunden zu erhalten, mit der Größe des außerfamiliären Netzwerks ansteigt, weshalb die Anzahl nahestehender Personen in die Analysen mit aufgenommen wird. Der Familienstand wird im Folgenden nicht verwendet, da die theoretisch relevante Bedeutung über das Vorhandensein eines (Ehe-)Partners sowie das Vorhandensein von Kindern erfasst wird und die Einbeziehung aller drei Variablen in ein multivariates Modell zu Multikollinearitätsproblemen führen würde. Sofern ein Partner vorhanden ist, leben die älteren Menschen auch mit diesem zusammen, sodass mit dem Vorhandensein eines Partners und der Frage, ob zumindest ein Kind im Haushalt lebt, auch die Haushaltssituation erfasst wird. Durch die differenziertere Betrachtungsweise können darüber hinaus auch mögliche Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Älteren, die mit einem Kind zusammenleben, und reinen Altenhaushalten aufgezeigt werden.

An dieser Stelle ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass aufgrund des retrospektiven Designs des soziologischen Teils der Berliner Altersstudie die Möglichkeit besteht, die Haushaltssituation, das Alter der (Ehe-)Partner, die Zahl der in Berlin lebenden Kinder und das Wohneigentum zum Zeitpunkt des Heimübergangs in die Analysen einzubeziehen. Für die Bedarfsvariablen ist ein solches Vorgehen nicht möglich, sodass bei diesen Variablen Institutionalisierungseffekte nicht von Selektionseffekten unterschieden werden können. Allerdings lassen sich keine starken Zusammenhänge zwischen den Bedarfsvariablen und der Heimaufhaltungsdauer erkennen, was gegen starke Institutionalisierungseffekte spricht (vgl. Abschnitt 5.2).

Welcher Stellenwert kommt also den gesundheitlichen Merkmalen, den sozioökonomischen Ressourcen und den Hilfepotentialen für die Nutzung der unterschiedlichen Versorgungsformen zu, und gibt es Hinweise auf soziale Ungleichheiten in der Inanspruchnahme? Einen Überblick über den einfachen, bivariaten Zusammenhang zwischen der genutzten haushaltsexternen Hilfe- und Pflegeform und den Indikatoren der Lebenslage der älteren Menschen gibt die folgende Tabelle 6.1.

Insgesamt hat die Tabelle 6.1 jedoch nur eine sehr beschränkte Aussagekraft, da insbesondere keine Kontrolle der Bedarfslage stattfindet. Die gefundenen Unterschiede können insofern auf unterschiedlichen Bedarfslagen beruhen. Für eine Untersuchung der Inanspruchnahmeterminanten sind deshalb multivariate Modelle notwendig. Da die zentrale Fragestellung dieser Arbeit die Versorgung von älteren in der Selbstversorgungsfähigkeit eingeschränkten Menschen mit hauswirtschaftlicher und pflegerischer Hilfe ist, werden in dem multivariaten Modell

Tabelle 6.1: Indikatoren zur Lebenslage und der Erhalt haushaltsexterner Hilfeleistungen

Indikatoren	Haushaltsexterne Hilfe- bzw. Pflegeform					N
	Keine Hilfe (N = 210)	Ausschl. informelle Hilfe (N = 74)	Ausschl. formelle Hilfe (N = 128)	Informelle und formelle Hilfe (N = 30)	Stationäre Einrichtung (N = 74)	
Alter ( $\bar{x}$ , s)	79,9 (7,4)	86,6 (7,4)	86,9 (7,8)	91,6 (6,7)	91,4 (6,9)	516
<i>Geschlecht</i>						
Männer	45,0 %	14,7 %	22,9 %	7,0 %	10,5 %	258
Frauen	36,4 %	14,0 %	26,7 %	4,7 %	18,2 %	258
<i>Bedarfslage</i>						
Selbstständig	66,7 %	10,8 %	18,9 %	1,8 %	1,8 %	222
Geringfügig hilfebedürftig	30,5 %	19,0 %	23,8 %	9,5 %	17,1 %	105
Hilfebedürftig	26,7 %	22,7 %	29,3 %	5,3 %	16,0 %	75
Pflegebedürftig	8,8 %	11,4 %	34,2 %	10,5 %	35,1 %	114
<i>Dement</i>						
Ja	19,3 %	9,2 %	20,2 %	9,2 %	42,2 %	109
Nein	46,4 %	15,7 %	26,0 %	4,9 %	6,9 %	407
Subjektive Gesundheit ( $\bar{x}$ , s) (mangelhaft = 1 ... sehr gut = 5)	3,1 (1,0)	2,8 (2,8)	2,8 (1,1)	2,5 (1,1)	2,9 (1,1)	516
<i>Innerhalb eines Jahres nach Interview verstorben</i>						
Ja	17,1 %	8,6 %	42,9 %	8,6 %	22,9 %	35
Nein	42,7 %	14,9 %	23,2 %	5,6 %	13,6 %	478
<i>Bildungsniveau<sup>1</sup></i>						
Niedrig	40,3 %	17,7 %	17,7 %	6,5 %	17,7 %	124
Mittel	42,1 %	16,3 %	24,0 %	6,9 %	10,7 %	233
Hoch	42,5 %	11,0 %	35,4 %	3,1 %	7,9 %	127
<i>Wohneigentum<sup>2</sup></i>						
Ja	50,0 %	10,8 %	27,0 %	5,9 %	6,8 %	74
Nein	39,1 %	14,9 %	24,4 %	5,4 %	15,6 %	442
Sozialprestige ( $\bar{x}$ , s)	79,8 (30,4)	71,5 (26,0)	92,2 (38,3)	81,7 (29,1)	65,2 (23,3)	513
<i>Kind(er) in Berlin<sup>2</sup></i>						
Keine	34,6 %	11,7 %	26,7 %	5,8 %	21,3 %	237
Im gemeinsamen Haushalt	57,6 %	9,1 %	18,2 %	6,1 %	9,1 %	36
Ein Kind in Berlin	38,7 %	17,3 %	27,3 %	6,0 %	10,7 %	150
Zwei oder mehr Kinder in Berlin	53,8 %	18,3 %	18,3 %	5,4 %	4,3 %	93
<i>(Ehe-)Partner<sup>2</sup></i>						
Kein Partner	31,0 %	16,3 %	26,8 %	7,6 %	18,3 %	355
Partner 50 bis 79 Jahre	71,6 %	5,9 %	14,7 %	2,0 %	5,9 %	102
Partner 80 Jahre und älter	45,8 %	16,9 %	28,8 %	3,4 %	5,1 %	59
Anzahl nahestehender Personen ( $\bar{x}$ , s)	2,6 (3,1)	2,0 (1,9)	2,1 (2,6)	1,9 (1,4)	1,5 (2,8)	512

In den schattierten Zeilen sind die Unterschiede statistisch signifikant mit  $p < 0,05$ .

<sup>1</sup> Niedrig = Volksschulabschluss ohne Berufsausbildung; mittel = Volksschulabschluss mit Berufsausbildung oder mittlere Reife ohne Berufsausbildung; hoch = mittlere Reife mit Berufsausbildung oder höherwertiger Abschluss.

<sup>2</sup> Bei den Heimbewohnern wird das Alter des (Ehe-)Partners, die Haushaltssituation, die Zahl der in Berlin lebenden Kinder und das Wohneigentum unmittelbar vor dem Heimübergang betrachtet.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

nur die Personen einbezogen, die geringfügig hilfebedürftig, hilfebedürftig, pflegebedürftig oder dement sind<sup>82</sup>.

Da es sich bei der abhängigen Variablen – der haushaltsexternen Hilfe- und Pflegeform – um eine kategoriale Variable mit fünf Ausprägungen handelt (keine haushaltsexterne Hilfe, ausschließlich informelle haushaltsexterne Hilfe, ausschließlich ambulante formelle Hilfe, haushaltsexterne informelle und formelle Hilfe und Versorgung in einer stationären Einrichtung), wird im Folgenden ein multinomiales Logit-Modell (Urban, 1990; vgl. Abschnitt 5.3) gerechnet<sup>83</sup>. In dem vorliegenden multinomialen Modell mit fünf Hilfealternativen können – indem die Wahrscheinlichkeit für eine beliebig auszuwählende Hilfeform in Relation zu einer zweiten, ebenfalls beliebig auszuwählenden, Hilfeform gesetzt und logarithmiert wird – insgesamt zehn nicht redundante Logit-Werte oder Kontraste gebildet werden<sup>84</sup>. Auf inhaltlicher Ebene wird hier also gefragt nach der Bedeutung der unabhängigen Variablen zur Prognose bestimmter Entscheidungswahrscheinlichkeiten unter der Bedingung, dass die Entscheidung ansonsten zu Gunsten einer anderen Hilfealternative (einschließlich der Alternative, keine Hilfe in Anspruch zu nehmen) ausgefallen wäre. Wiedergegeben werden wieder die odds ratios (vgl. Abschnitt 5.1). Um die Interpretation der odds ratios zu erleichtern, wurde sowohl das Alter als auch das Sozialprestige durch zehn dividiert. Eine empirische Einheit auf der Altersvariablen entspricht also nicht einem, sondern zehn Jahren, eine empirische Einheit auf der Variable „Sozialprestige“ entspricht nach der Division zehn Punkten auf der Prestige-Skala<sup>85</sup>.

Das Ergebnis der multivariaten Analyse wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit in zwei Tabellen geteilt. Im ersten Teil der Tabelle 6.2 (Tab. 6.2a) ist die Kontrastierung der Gruppen, die haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten oder in einem Heim leben, gegenüber der Referenzgruppe – Ältere, die keinerlei Hilfeleistungen erhalten oder ausschließlich haushaltsintern versorgt werden – wiedergegeben. Die Bedeutung der haushaltsinternen Hilfpotentiale wird über die Haushaltssituation – gemessen über das Vorhandensein eines (Ehe-)Part-

---

<sup>82</sup> Bezieht man auch die selbstständigen und nicht dementen Älteren mit ein, zeigt sich allerdings, dass dies keine Auswirkung auf die Prädiktoren und auch nicht auf das relative Gewicht der Prädiktoren hat. Erwartungsgemäß ist nur die Wahrscheinlichkeit der Nutzung aller Versorgungsformen bei den Selbstständigen signifikant niedriger, das heißt, haushaltsexterne Hilfeleistungen werden hauptsächlich in Anspruch genommen, wenn auch tatsächlich ein Bedarf besteht. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass sich die Inanspruchnahmedeterminanten bei den in der Selbstständigkeit eingeschränkten und den selbstständigen Älteren – über den Effekt der Bedarfslage hinaus – nicht unterscheiden. Insofern können die folgenden Ergebnisse auch im Sinne genereller Inanspruchnahmedeterminanten interpretiert werden.

<sup>83</sup> Auf eine Einbeziehung von Interaktionseffekten, insbesondere um unterschiedliche Einflussfaktoren oder Effektstärken bei (geringfügig) Hilfebedürftigen und Pflegebedürftigen feststellen zu können, wurde im folgenden Modell verzichtet, da dies die Zahl der zu schätzenden Parameter stark erhöht und zu Identifikationsproblemen führen würde.

<sup>84</sup> Das für die Berechnung der multinomialen Logit-Modelle verwendete Computerprogramm BMDP schätzt bei fünf Kategorien vier Logit-Koeffizienten. Geschätzt werden die Logit-Koeffizienten für die Kontrastierung von vier Gruppen gegenüber einer Referenzgruppe, wobei hier als Referenzgruppe „keine haushaltsexterne Hilfe“ gewählt wurde. Über die mittels Maximum-Likelihood-Schätzung errechneten Logit-Gleichungen hinaus können auch die konditionalen Logit-Koeffizienten und deren  $t$ -Werte für jede weitere Relation von Entscheidungswahrscheinlichkeiten (im vorliegenden Modell verbleiben weitere sechs nicht redundante Kontraste) aus den geschätzten Logit-Koeffizienten und der Varianz-Kovarianz-Matrix der Logit-Schätzung berechnet werden (vgl. McFadden, 1974; Urban, 1990).

<sup>85</sup> Die Umformung bewirkt zwar, dass die Skalierungsformen der unabhängigen Variablen sich nicht mehr so stark unterscheiden. Dennoch muss bei der Interpretation auch weiterhin berücksichtigt werden, dass die Größe der odds ratios durch die Skalierungsform bestimmt wird.

Tabelle 6.2a: Einflussfaktoren der Hilfe- und Pflegeform von funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen (multinomiale logistische Regression; odds ratios)

Codierung 0 versus 1	Kontraste: Haushaltsexterne Hilfe- bzw. Pflegeform			
	Keine Hilfe versus ausschl. infor- melle Hilfe	Keine Hilfe versus ausschl. formelle Hilfe	Keine Hilfe versus informelle und formelle Hilfe	Keine Hilfe versus stationäre Einrichtung
<i>Bedarfsausprägung</i> <sup>1</sup>				
Hilfebedürftig	1,0	1,1	0,6	0,9
Pflegebedürftig	2,3*	7,0***	3,4*	8,2***
Dement (ja = 1, nein = 0)	0,4**	0,8	1,0	2,1**
Subjektive Gesundheit (mangelhaft = 1 ... sehr gut = 5)	0,9	0,8	0,6**	0,9
Innerhalb eines Jahres nach Interview verstorben (ja = 1, nein = 0)	0,6	1,0	0,5	0,8
<i>Bildungsniveau</i> <sup>2</sup>				
Mittel	2,3	4,0***	3,0	1,7
Hoch	1,8	5,7***	2,4	2,8
Sozialprestige/10	0,8**	1,2*	1,1	0,8**
Wohneigentum <sup>5</sup> (ja = 1, nein = 0)	1,2	0,8	0,4	0,3**
<i>Kind(er) in Berlin</i> <sup>3,5</sup>				
Im gemeinsamen Haushalt	0,1**	0,1***	0,1***	0,1***
Ein Kind in Berlin	1,3	0,4*	0,7	0,5
Zwei oder mehr Kinder in Berlin	1,4	0,3**	0,7	0,3*
<i>(Ehe-)Partner</i> <sup>4,5</sup>				
Partner 50 bis 79 Jahre	0,3**	0,7	0,1**	0,7
Partner 80 Jahre und älter	0,4*	0,4*	0,1**	0,2**
Anzahl nahestehender Personen	1,0	0,9	1,0	0,9
Alter/10	2,7***	3,1***	4,3***	3,5***
Geschlecht (weiblich = 1, männlich = 0)	1,1	1,2	0,5	1,0
Fallzahl			286	
Pseudo-R <sup>2</sup>			0,29	

Signifikanzniveau: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

<sup>1</sup> Referenzkategorie: geringfügig hilfebedürftig.

<sup>2</sup> Referenzkategorie: niedriges Qualifikationsniveau.

<sup>3</sup> Referenzkategorie: keine Kinder in Berlin.

<sup>4</sup> Referenzkategorie: kein (Ehe-)Partner.

<sup>5</sup> Bei den Heimbewohnern wird das Alter des (Ehe-)Partners, die Haushaltssituation, die Zahl der in Berlin lebenden Kinder und das Wohneigentum unmittelbar vor dem Heimübergang betrachtet.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

ners und das Zusammenwohnen mit Kindern – erfasst. Aufgrund der gewählten Referenzkategorie gilt, dass Faktoren, die in allen Spalten der ersten Tabelle einen signifikanten Effekt zeigen, für die Frage, ob überhaupt haushaltsexterne Hilfe (einschließlich einer stationären Versorgung) in Anspruch genommen wird, relevant sind. Der zweite Teil der Tabelle (Tab. 6.2b)



Tabelle 6.2b: Einflussfaktoren der Hilfe- und Pflegeform von funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen (multinominale logistische Regression; odds ratios)

Codierung 0 versus 1	Kontraste: Haushaltsexterne Hilfe- bzw. Pflegeform					
	Ausschl. informelle Hilfe versus ausschl. formelle Hilfe	Ausschl. informelle Hilfe versus informelle und for- melle Hilfe	Ausschl. informelle Hilfe versus stationäre Ein- richtung	Ausschl. formelle Hilfe versus informelle und for- melle Hilfe	Ausschl. formelle Hilfe versus stationäre Ein- richtung	Informelle und for- melle Hilfe versus stationäre Ein- richtung
<i>Bedarfsausprägung</i> <sup>1</sup>						
Hilfebedürftig	1,1	0,6	0,9	0,5	0,8	1,5
Pflegebedürftig	3,0**	1,5	3,6**	0,5	1,2	2,4**
Dement (ja = 1, nein = 0)	2,0**	2,5**	5,2***	1,3	2,6**	2,1
Subjektive Gesundheit (mangelhaft = 1 ... sehr gut = 5)	0,9	0,7	1,0	0,8	1,1	1,5*
Innerhalb eines Jahres nach Interview verstorben (ja = 1, nein = 0)	1,6	0,8	1,3	0,5	0,8	1,6
<i>Bildungsniveau</i> <sup>2</sup>						
Mittel	1,8	1,3	0,8	0,8	0,4	0,6
Hoch	3,2**	1,3	1,6	0,4	0,5	1,2
Sozialprestige/10	1,5***	1,4**	1,0	0,9	0,7***	0,7***
Wohneigentum <sup>5</sup> (ja = 1, nein = 0)	0,7	0,4	0,3**	0,5	0,4	0,7
<i>Kind(er) in Berlin</i> <sup>3,5</sup>						
Im gemeinsamen Haushalt	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Ein Kind in Berlin	0,3*	0,5	0,4	1,8	1,2	0,7
Zwei oder mehr Kinder in Berlin	0,2*	0,5	0,2*	2,3	1,0	0,4
<i>(Ehe-)Partner</i> <sup>4,5</sup>						
Partner 50 bis 79 Jahre	2,3	0,3	2,3	0,2	1,0	7,0
Partner 80 Jahre und älter	1,0	0,3	0,5	0,3*	0,5	2,0
Anzahl nahestehender Personen	1,0	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9
Alter/10	1,2	1,6	1,3	1,4	1,2	0,8
Geschlecht (weiblich = 1, männlich = 0)	1,1	0,5	0,9	0,4*	0,8	2,0
Fallzahl				286		
Pseudo-R <sup>2</sup>				0,29		

Signifikanzniveau: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

<sup>1</sup> Referenzkategorie: geringfügig hilfebedürftig.

<sup>2</sup> Referenzkategorie: niedriges Qualifikationsniveau.

<sup>3</sup> Referenzkategorie: keine Kinder in Berlin.

<sup>4</sup> Referenzkategorie: kein (Ehe-)Partner.

<sup>5</sup> Bei den Heimbewohnern wird das Alter des (Ehe-)Partners, die Haushaltssituation, die Zahl der in Berlin lebenden Kinder und das Wohneigentum unmittelbar vor dem Heimübergang betrachtet.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

enthält die daraus berechneten odds ratios für die verbleibenden sechs Kontraste. Anhand dieses Teils der Tabelle lässt sich erkennen, ob die Unterschiede der odds ratios zwischen den Spalten im ersten Teil der Tabelle statistisch signifikant sind und welche Faktoren bei der Entscheidung zwischen jeweils zwei der fünf Hilfealternativen von Bedeutung sind.

Erwartungsgemäß erweist sich auch im multivariaten Modell eine Pflegebedürftigkeit als wesentlicher Faktor für den Erhalt von haushaltsexternen Hilfeleistungen insgesamt. Pflegebedürftige nutzen alle Formen haushaltsexterner Versorgung (einschließlich einer stationären Unterbringung) häufiger als geringfügig Hilfebedürftige und Hilfebedürftige. Zwischen den geringfügig Hilfebedürftigen und den Hilfebedürftigen lässt sich demgegenüber kein Unterschied feststellen. Geringfügig Hilfebedürftige und Hilfebedürftige werden also eher ausschließlich von Haushaltsmitgliedern versorgt, während die Versorgung der Pflegebedürftigen eher durch haushaltsexterne Personen, insbesondere ambulante formelle Helfer und stationäre Einrichtungen, geleistet wird. Demenzerkrankungen haben der Annahme entsprechend einen vom Grad der funktionalen Beeinträchtigungen unabhängigen Einfluss auf die Hilfeform. So senkt eine Demenzerkrankung die Wahrscheinlichkeit haushaltsexterner informeller Hilfe, während das Institutionalierungsrisiko größer ist. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Versorgung von dementen älteren Menschen seltener von informellen Helfern und häufiger von formellen Hilfeinstanzen und hier insbesondere stationären Einrichtungen übernommen wird. Die subjektive Bewertung des Gesundheitszustands erweist sich nur im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme ambulanter formeller Hilfen zusammen mit haushaltsexternen informellen Hilfen als bedeutsam. Je schlechter der eigene Gesundheitszustand bewertet wird, desto eher wird diese Form der Hilfe genutzt. Die in den deskriptiven Analysen gefundene Bedeutung der Nähe zum Tod für die häufigere Inanspruchnahme formeller Hilfeinstanzen und insbesondere stationärer Formen der Versorgung kann in der multivariaten Analyse nicht bestätigt werden. Offenbar erklärt sich stattdessen die häufigere Nutzung formeller Hilfen bei diesen Personen weitgehend durch deren größeren Bedarf an hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfeleistungen.

Ein einfacher Zusammenhang zwischen Bedarf und Nutzung kann jedoch nicht hergestellt werden. Ein objektiv feststellbarer Bedarf muss nicht notwendigerweise ein entsprechendes Nutzerverhalten zur Folge haben. So kann die Inanspruchnahme der verschiedenen Hilfe- und Pflegeformen nicht allein durch die Bedarfsvariablen erklärt werden. Vielmehr zeigen die Analyseergebnisse, dass zusätzlich die informellen Hilfepotentiale und sozioökonomischen Ressourcen von erheblicher Bedeutung sind. Ältere mit einer höheren Bildung nutzen generell eher haushaltsexterne Versorgungsformen. Hier bestätigt sich das in den deskriptiven Analysen gefundene Ergebnis, dass vor allem Ältere mit einer niedrigeren Bildung trotz Hilfebedürftigkeit keine Fremdhilfe in Anspruch nehmen. Es bestätigt sich also, dass eher höher gebildete ältere Menschen Handlungsreserven mobilisieren, indem sie formelle Hilfen in Anspruch nehmen. Zwar ist davon auszugehen, dass die positiven Effekte der Bildungs- und Prestigedimension des sozioökonomischen Status auf die Inanspruchnahme formeller Hilfeinstanzen auch ein Ausdruck der finanziellen Ressourcen sind, hierin dürften sich zudem aber auch die erworbenen Kompetenzen in der Alltagsbewältigung und im Umgang mit Bürokratien widerspiegeln. Ältere mit mehr sozioökonomischen Ressourcen nehmen also offenbar selbstverständlicher Hilfeleistungen von organisierten Diensten und privat organisierten Helfern in Anspruch, möglicherweise, weil sie über die entsprechenden Informationen und die notwendige Handlungskompetenz verfügen, und sie sind finanziell – speziell bei den privat organisierten Hilfe- und Pflegediensten – auch eher in der Lage dazu. Die Wahrscheinlichkeit

einer stationären Unterbringung und auch die Inanspruchnahme haushaltsexterner informeller Hilfeleistungen nehmen demgegenüber mit steigendem Sozialprestige ab. Darüber hinaus ist festzustellen, dass bei den älteren Menschen mit eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeit, die in einem eigenen Haus oder einer eigenen Wohnung leben, das Institutionalierungsrisiko geringer ist im Vergleich zu Älteren, die zur Miete wohnen. Bei einer genaueren Betrachtung der einzelnen Kontraste zeigt sich, dass das Wohneigentum insbesondere zwischen den Älteren, die ausschließlich haushaltsexterne informelle Hilfe erhalten, und den institutionalisierten Älteren trennt. Ältere mit Wohneigentum werden demzufolge eher von informellen Helfern versorgt. Der Effekt des Wohneigentums könnte auf der Wohnqualität beruhen – aufgrund besserer oder leichter zu schaffender Voraussetzungen für eine Versorgung innerhalb des Privathaushalts. Gegen eine solche Interpretation spricht jedoch, dass sich ein solcher Effekt dann vor allem bei den ambulanten formellen Hilfeinstanzen zeigen müsste<sup>86</sup>. Leben im Wohneigentum senkt das Institutionalierungsrisiko aber vor allem in Abgrenzung zu einer informellen Versorgung. Dies spricht dafür, dass ein drohender Verlust des Immobilienvermögens aufgrund der Kosten einer stationären Versorgung als Anreiz für informelle Helfer – möglicherweise potentielle Erben –, Versorgungsaufgaben zu übernehmen, nicht ganz unerheblich ist. Von diesem Effekt abgesehen, lässt sich jedoch kein verstärkender Einfluss der sozioökonomischen Ressourcen auf die Wahrscheinlichkeit einer informellen Versorgung feststellen. Vielmehr sinkt mit steigendem Sozialprestige die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen nicht im Haushalt lebender Mitglieder des sozialen Netzwerks. Besser gestellte ältere Menschen nutzen im Bedarfsfall also eher ambulante Formen formeller Hilfen, während sie sowohl haushaltsexterne informelle Hilfen als auch Heime seltener in Anspruch nehmen. Der Einfluss des Wohneigentums kann von daher nicht im Sinne eines strategischen Einsatzes des Vermögens der Älteren zur Schaffung von Anreizen für Mitglieder des sozialen Netzwerks, Hilfe- oder Pflegeleistungen zu erbringen, interpretiert werden. Vielmehr dürfte sich die zum Zeitpunkt der Studie<sup>87</sup> ungesicherte Finanzierung einer stationären Langzeitversorgung im Alter niederschlagen, die dazu führt, dass das Vermögen für die Finanzierung der Pflegekosten verbraucht werden könnte.

Für die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen im Bedarfsfall ist die Haushaltssituation von weit reichender Bedeutung. (Ehe-)Partner und vor allem im Haushalt lebende Kinder senken die Wahrscheinlichkeit, haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen oder in ein Heim überzusiedeln. Dies belegt noch einmal nachdrücklich, dass die Versorgung im Bedarfsfall primär innerhalb des Haushalts geleistet wird und dass haushaltsexterne Hilfen – ob von informellen oder professionellen Helfern – vor allem von allein lebenden älteren Menschen in Anspruch genommen werden. Von einer kumulativen Logik der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen kann von daher kaum gesprochen werden. Zu bedenken ist dabei, dass Frauen zwar häufiger als Männer mit einem ihrer Kinder in einem gemeinsamen Haushalt leben, dass sie aber nur äußerst selten mit

---

<sup>86</sup> Gegen eine solche Interpretation spricht auch, dass G. Wagner u.a. (1996) keinen Einfluss des Wohneigentums auf die Wohnqualität bei den Berliner Alten feststellen konnten.

<sup>87</sup> Auch nach Einführung der Pflegeversicherung ist eine Heimunterbringung mit erheblichen Kosten für die Betroffenen verbunden. Zum einen müssen die so genannten Hotelkosten (Verpflegung und Unterbringung) und Investitionskostenanteile von den Heimbewohnern selbst bezahlt werden, und zum anderen hängt die Übernahme der Pflegekosten von der Einstufung in die Pflegestufen ab. Heimbewohner, die als nicht pflegebedürftig eingestuft werden, erhalten keine Leistungen aus der Pflegekasse.

einem (Ehe-)Partner zusammenleben. Es sind also vor allem die Frauen, die keine haushalts-internen Hilfe- und Pflegeleistungen erwarten können, während ein vergleichsweise großer Anteil der Männer mit einer Partnerin zusammenlebt.

In Berlin lebende Kinder sind vor allem als haushaltsinterne Helfer von Bedeutung. Eine höhere Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme haushaltsexterner informeller Hilfe bewirken sie nicht. Allerdings sinkt die Wahrscheinlichkeit, ambulante formelle Hilfeinstanzen in Anspruch zu nehmen, wenn in Berlin lebende Kinder vorhanden sind. Leben zwei oder mehr Kinder in der Stadt, ist auch das Institutionalierungsrisiko signifikant niedriger. In Berlin lebende Kinder übernehmen demnach nicht per se die Versorgung der alten Eltern. Ist jedoch eine haushaltsinterne Versorgung oder eine Versorgung durch andere haushaltsexterne informelle Helfer nicht gewährleistet und eine Versorgung durch formelle ambulante Helfer oder möglicherweise ein Heimübergang notwendig, übernehmen die Kinder offenbar eher Hilfe- und Pflegeleistungen. Zumindest sinkt die Inanspruchnahme ambulanter formeller Hilfeinstanzen, wenn Kinder in Berlin leben. Auch wenn im Einzelfall vielfältige Kooperationen zwischen den formellen Helfern und den Kindern der hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen bestehen, sprechen die aggregierten Ergebnisse eher dafür, dass es sich um konkurrierende Versorgungsformen handelt. Dabei spielt die Zahl der in Berlin lebenden Kinder eine gewisse Rolle. Leben zwei oder mehr Kinder in der Stadt, ist die Wahrscheinlichkeit, formelle ambulante Hilfeinstanzen in Anspruch zu nehmen, und das Institutionalierungsrisiko ein wenig geringer im Vergleich zu Älteren mit nur einem in Berlin lebenden Kind.

In Bezug auf das Alter des (Ehe-)Partners zeigt sich kein erheblicher Unterschied. Sofern ein (Ehe-)Partner vorhanden ist, sinkt die Wahrscheinlichkeit, haushaltsexterne Hilfe in Anspruch zu nehmen, auch wenn dieser Partner bereits selbst das 79. Lebensjahr überschritten hat. Allerdings ist der Effekt des (Ehe-)Partners auf die Inanspruchnahme von formellen Hilfeinstanzen weniger stark ausgeprägt als bei den anderen haushaltsexternen Versorgungsformen. Ältere Menschen, die nur mit ihrem (Ehe-)Partner zusammenleben, nehmen zwar seltener formelle Hilfeinstanzen in Anspruch, dennoch scheint ein Teil diese Hilfen zusätzlich zu einer Versorgung durch den (Ehe-)Partner zu nutzen. Leben die älteren Menschen mit einem (Ehe-)Partner zusammen, nimmt jedoch die Wahrscheinlichkeit einer gleichzeitigen Nutzung haushaltsexterner informeller und formeller Hilfe deutlich ab. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die haushaltsexternen informellen Helfer, die Hilfe- und Pflegeleistungen zusätzlich zu den formellen Hilfeinstanzen übernehmen, hauptsächlich die Leistungen des fehlenden (Ehe-)Partners ersetzen. Überraschend ist in diesem Zusammenhang, dass (Ehe-)Partner, die 80 Jahre und älter sind, die Wahrscheinlichkeit der zusätzlichen Nutzung formeller Hilfeinstanzen, ebenso wie das Risiko eines Heimübergangs, im Vergleich zu jüngeren Partnern stärker senken. Vorstellbar ist, dass jüngere (Ehe-)Partner weniger bereit sind, die enormen Belastungen einer Pflegetätigkeit auf sich zu nehmen, und eher zusätzliche Hilfen von professioneller Seite nachfragen oder einem Heimübergang zustimmen. Auf jeden Fall lässt sich aber nicht bestätigen, dass mit steigendem Alter und mithin nachlassender Selbstversorgungsfähigkeit des (Ehe-)Partners die Inanspruchnahme zusätzlicher Hilfen – die eine Entlastung des Partners bedeuten würden – zunimmt. Obwohl bereits selbst im hohen Alter, bleibt der Partner dennoch die wichtigste Hilfe- und Pflegequelle.

Die Größe des sozialen Netzwerks, gemessen als Anzahl nahestehender Personen, hat keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen, was mit dem im deskriptiven Teil der Arbeit festgestellten Ergebnis, dass in den meisten Fällen eine Person die Hilfe- bzw. Pflegeleistungen übernimmt, in Einklang steht. Ohne Berücksichtigung qualita-

tiver Aspekte kann die Netzwerkgröße allein offenbar wenig zur Erklärung der Versorgungsform beitragen. Dies bestätigt die herausragende und konkurrenzlose Stellung der (Ehe-)Partner und auch der Kinder innerhalb des sozialen Netzwerks für die Versorgung mit Hilfe- und Pflegeleistungen in unserer Gesellschaft. Eine größere Anzahl an Beziehungen zu anderen Personen kann das Fehlen dieser familialen Hilfepotentiale jedenfalls nicht kompensieren.

Obwohl in dem Modell die Bedarfslage und die Haushaltssituation kontrolliert werden, erweist sich das Alter als einer der stärksten Prädiktoren für die Inanspruchnahme haushaltsexterner Hilfe und Pflege. Mit zunehmendem Alter wird also – bei gleicher Bedarfslage und Haushaltssituation – die Inanspruchnahme haushaltsexterner Hilfeformen wahrscheinlicher. Dahinter könnten sich Gesundheitsaspekte verbergen, die mit den verwendeten Bedarfsindikatoren nicht erfasst werden konnten. Die Größe der Effekte und die fehlenden Unterschiede zwischen den einzelnen Versorgungsformen sprechen aber eher dafür, dass gesellschaftliche Normen und Werte für Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter eine Rolle spielen. So könnte es sein, dass insbesondere hauswirtschaftliche Hilfeleistungen mit zunehmendem Alter der Hilfeempfänger – unabhängig vom Grad der Beeinträchtigung – an gesellschaftlicher Akzeptanz gewinnen und damit auch die Hemmschwelle sinkt, Hilfen nachzufragen und in Anspruch zu nehmen. Bei formellen Hilfe- und Pflegeleistungen, die eine Bedürftigkeitsprüfung voraussetzen, ist es vorstellbar, dass ein hohes Alter auch die Begutachtung beeinflusst.

Der in den deskriptiven Analysen gefundene deutliche Effekt des Geschlechts auf die Hilfeform verschwindet erwartungsgemäß bei Kontrolle der Haushaltssituation, der Kinder(zahl) und des Alters des (Ehe-)Partners weitgehend. Ein geschlechtsspezifisches Nutzerverhalten lässt sich nicht erkennen. Hervorzuheben ist, dass dies auch für das Institutionalisierungsrisko gilt. Die höhere Heimquote der Frauen ist demnach auf die Haushaltssituation und insbesondere die fehlenden (Ehe-)Partner zurückzuführen.

Was bedeuten die Ergebnisse für das Verhältnis zwischen informeller und formeller Versorgung und für die Frage nach Substitutionsmöglichkeiten? Im Hinblick auf das Verhältnis von haushaltsinternen und haushaltsexternen Leistungen zeigen die Effekte der Haushaltssituation – gemessen über im Haushalt lebende Kinder und das Vorhandensein eines (Ehe-)Partners – die enorme Bedeutung der haushaltsintern geleisteten Versorgung. Das Ergebnis, dass auch die Inanspruchnahme ausschließlich formeller Hilfen wesentlich unwahrscheinlicher ist, wenn die älteren Menschen in einem Mehr-Personen-Haushalt leben, belegt zudem, dass eine Unterstützung der haushaltsinternen Helfer durch organisierte Dienste und privat organisierte Helfer ein eher selten anzutreffendes Nutzungsmuster darstellt. Vielmehr sind letztlich alle Formen der haushaltsexternen Versorgung als Ersatz für fehlende haushaltsinterne Hilfe zu betrachten. Allerdings zeigt sich auch bei Kontrolle der Haushaltssituation eine Steigerung der Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit haushaltsexterner Versorgungsformen im Falle einer Pflegebedürftigkeit. Im Falle starker Beeinträchtigungen und mithin auch einem höheren Versorgungsaufwand nimmt also die Wahrscheinlichkeit, haushaltsexterne Hilfen in Anspruch zu nehmen oder in ein Heim überzusiedeln, auch bei den in einem Mehr-Personen-Haushalt lebenden Älteren zu.

In Bezug auf Substitutionsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Formen haushaltsexterner Hilfe und Pflege ist insbesondere der zweite Teil der Tabelle 6.2 (6.2b) von Interesse. Je weniger von 1,0 abweichende odds ratios bei den einzelnen Kontrasten auftreten, desto ähnlicher sind sich die Nutzer dieser Versorgungsformen in den berücksichtigten Merkmalen, und desto eher sind demzufolge Substitutionsmöglichkeiten gegeben. Eine solche Betrachtung zeigt, dass Pflegebedürftige und Demente eher von ambulanten formellen Helfern oder

in stationären Einrichtungen versorgt werden als von haushaltsexternen informellen Helfern. Hierin drückt sich zum einen die Ausrichtung der organisierten Dienste auf die Versorgung von stärker beeinträchtigten Älteren aus. Zum anderen zeigt dies aber auch, dass einer ausschließlich informell geleisteten Versorgung Grenzen gesetzt sind. Während eine Pflegebedürftigkeit keine unterschiedliche Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit von ambulanten formellen Helfern und stationären Einrichtungen nach sich zieht, bedeutet eine Demenzerkrankung ein höheres Institutionalisierungsrisiko.

Die besser gestellten Älteren nutzen eher ambulante formelle Hilfeinstanzen gegenüber einer Versorgung durch informelle Helfer oder einer stationären Unterbringung. Die beiden letztgenannten Nutzergruppen unterscheiden sich nicht im Qualifikationsniveau und Sozialprestige. Die informell versorgten alten Menschen wohnen indes eher in einer eigenen Wohnung bzw. einem eigenen Haus. Leben Kinder in Berlin, werden die Älteren eher von informellen Helfern versorgt und nutzen seltener ambulante formelle Hilfeinstanzen. Leben zwei oder mehr Kinder in Berlin, wechseln sie auch seltener in ein Heim über.

Die Haushaltssituation spielt für die Frage, welche haushaltsexterne Versorgungsform genutzt wird, keine entscheidende Rolle, einzig bei den Älteren, die Hilfe- und Pflegeleistungen sowohl von haushaltsexternen informellen als auch von formellen Helfern erhalten, scheint es so zu sein, dass die zusätzlichen haushaltsexternen informellen Helfer vor allem den fehlenden (Ehe-)Partner bzw. im Haushalt lebende Kinder ersetzen. Dies wird auch durch den Geschlechtseffekt belegt. So leben überwiegend ältere Frauen mit einem der Kinder zusammen, weshalb sie seltener als die Männer sowohl haushaltsexterne informelle Hilfe als auch formelle Hilfeinstanzen nutzen, sondern eher ausschließlich formelle Hilfen. Darüber hinaus weist diese relativ kleine Gruppe keine wesentlichen Unterschiede zu den Älteren auf, die ambulante formelle Hilfeinstanzen ohne zusätzliche haushaltsexterne informelle Hilfe in Anspruch nehmen, und entspricht demnach weitgehend den mit einem (Ehe-)Partner oder einem der Kinder zusammenlebenden Nutzern ambulanter formeller Hilfeinstanzen.

Das Ergebnis, dass die Haushaltssituation und mithin haushaltsinterne informelle Hilfe- und Pflegeleistungen alle Formen haushaltsexterner Hilfeleistungen senken, zeigt ebenso wie der geringe Anteil Älterer, die sowohl haushaltsexterne informelle Hilfe als auch formelle ambulante Hilfeleistungen in Anspruch nehmen, dass Hilfe- und Pflegeleistungen insgesamt nicht kumulativ genutzt werden. Eine zusätzliche separat berechnete logistische Regression (die hier nicht detailliert wiedergegeben wird), bei der die in Privathaushalten lebenden funktional und kognitiv beeinträchtigten Nutzer ambulanter formeller Hilfeinstanzen den in Privathaushalten lebenden Nichtnutzern gegenübergestellt wurden, bestätigte ebenfalls das konkurrierende Verhältnis von informeller und formeller Versorgung. Unter Berücksichtigung der in obiger Analyse verwendeten Variablen erwies sich die zusätzlich aufgenommene Dummy-Variable „Erhalt haushaltsexterner informeller Hilfe“ als hoch signifikant. Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme formeller Hilfen ist bei den Älteren, die haushaltsexterne informelle Hilfe erhalten, im Vergleich zu denen, die diese Hilfe nicht erhalten, um etwa das Fünffache geringer (odds ratio: 0,19;  $p < 0,01$ ). Die unterschiedlichen Versorgungsformen werden also hauptsächlich substitutiv bzw. kompensatorisch genutzt. Ein kleiner Teil der älteren Menschen, vor allem jene mit höheren sozioökonomischen Ressourcen, nutzt die formellen Hilfeangebote aber auch ergänzend zu den informellen Hilfeleistungen.

Bei der möglichen Inanspruchnahme formeller Hilfeangebote offenbart sich eine Polarisierungsgefahr: Leben die älteren Menschen allein, das heißt, fallen im Haushalt lebende Kinder und ein (Ehe-)Partner als Hilferessource aus, greifen nicht alle Älteren mit geringen und mitt-

leren Graden der Einschränkung in der Selbstversorgungsfähigkeit auf staatliche oder marktvermittelte Hilfeangebote zurück. Es sind gerade die Gruppen mit geringen Ressourcen und Kompetenzen, die davon am wenigsten erreicht werden.

## 6.2 Bedingungsfaktoren der Hilfefrequenz

Neben der Frage nach den Bedingungsfaktoren der Versorgungsform sind im Rahmen einer Analyse der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen als zweite wichtige Komponente die Einflussfaktoren der Nutzungshäufigkeit zu untersuchen. Die Frage ist nun also nicht mehr, von welchen Bedingungen die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Anbieter bestimmt wird, sondern welche Faktoren einen Einfluss auf die Häufigkeit der Leistungsnutzung ausüben.

Die Analyse der Determinanten der Hilfefrequenz muss sich auf die haushaltsexternen Hilfe- und Pflegeleistungen beschränken, da über den Umfang der haushaltsintern geleisteten Hilfe und Pflege keine Informationen vorliegen. Die Erhebung solcher Informationen im Rahmen der Umfrageforschung erscheint auch schwer möglich, da Tätigkeiten wie zum Beispiel die Essenszubereitung innerhalb des Haushalts kaum als Hilfeleistung wahrgenommen werden.

Die folgenden Analysen beziehen sich also auf die Häufigkeit haushaltsexterner informeller und formeller ambulanter Hilfe- und Pflegeleistungen, wobei hier nicht die tatsächliche Dauer der Hilfen untersucht wird, sondern die Häufigkeit, mit der hilfe- und pflegeleistende Personen in den Haushalt der älteren Menschen kommen. Da in beiden Hilfeformen jeweils mehrere Hilfequellen subsumiert sind, ist es notwendig, die Häufigkeit mit der die einzelnen Helfer in den Haushalt der älteren Menschen kommen, zu addieren. Zu diesem Zweck wurde zunächst die auf ordinalem Skalenniveau erhobene Hilfefrequenz (vgl. Abschnitt 5.2) in eine intervallskalierte Variable transformiert. Als Bezugsgröße wurde die Besuchshäufigkeit pro Woche beibehalten. Bei der Umcodierung wurde der Kategorie „täglich“ der Wert 7, der Kategorie „3- bis 6-mal pro Woche“ der Wert 4,5, der Kategorie „1- bis 2-mal pro Woche“ der Wert 1,5 und der Kategorie „seltener“ der Wert 0,5 zugeordnet. Im Anschluss daran wurden jeweils die Hilfefrequenzen der informellen Helfer und die der ambulanten formellen Helfer addiert. Für die Hilfefrequenz der geringfügig hilfebedürftigen, hilfebedürftigen, pflegebedürftigen oder dementen Älteren, die Hilfe oder Pflege von informellen bzw. formellen Helfern erhalten, ergibt sich so die Verteilung, deren Kennwerte in Tabelle 6.3 dargestellt sind.

Mithilfe einer linearen Regression lassen sich die Einflussfaktoren der Hilfefrequenz von haushaltsexternen informellen Helfern und die von ambulanten formellen Hilfeinstanzen ermitteln. Hierbei ist davon auszugehen, dass vor allem die Bedarfsvariablen die Hilfefrequenz beeinflussen. Mit dem Grad der Hilflosigkeit sollte der Hilfeaufwand und mithin die Hilfefrequenz ansteigen. Unklar ist indes die Rolle des subjektiven Gesundheitszustands. Dies hängt davon ab, in welchem Maße der Umfang der Leistungen von den Hilfe- und Pflegebedürftigen selbst bestimmt werden kann und in welchem Maße die Helfer entscheidend sind. Liegt die Entscheidung über die Hilfefrequenz primär in den Händen der Hilfe- und Pflegebedürftigen, ist zu erwarten, dass eine subjektiv schlechte Bewertung des Gesundheitszustands zu einer häufigeren Inanspruchnahme von Leistungen führt. Es muss jedoch davon

Tabelle 6.3: Statistische Kennwerte der Frequenz informeller und ambulanter formeller Hilfeleistungen bei funktional oder kognitiv beeinträchtigten Älteren

Hilfeform	Hilfefrequenz (Besuchshäufigkeit pro Woche) bezogen auf die Nutzer der jeweiligen Hilfeform				
	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Fallzahl
Haushaltsexterne informelle Hilfe	3,05	2,81	0,5	14,0	78
Ambulante formelle Hilfe	3,03	2,57	0,5	14,0	117

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

ausgegangen werden, dass die Kontrolle über die Häufigkeit der Hilfeleistungen nicht primär in den Händen der Hilfe- und Pflegebedürftigen liegt. Bei den haushaltsexternen informellen Helfern dürften zum einen deren Beurteilung der Bedarfslage und zum anderen deren Lebenssituation und die Opportunitätskosten der Hilfe und Pflege ausschlaggebend sein. Bei den formellen Hilfeinstanzen hängt – sofern sie über die Krankenkassen bzw. die Sozialhilfeträger finanziert werden – die Hilfefrequenz von den rechtlichen Regelungen ab, die sich wiederum auf den Grad der Beeinträchtigung in der Ausführung der Alltagsaktivitäten beziehen. Gerade also bei den formellen Hilfen ist ein starker Zusammenhang mit der Bedarfsausprägung zu erwarten.

Darüber hinaus können eigenfinanzierte Dienste und Helfer in Anspruch genommen werden, sodass nicht nur bei der Inanspruchnahme ambulanter formeller Hilfeinstanzen, sondern auch bei der Häufigkeit der Nutzung dieser Hilfen ein über die finanziellen Ressourcen vermittelter Einfluss der sozioökonomischen Variablen vermutet werden kann<sup>88</sup>. Im Bildungs- und Berufsverlauf erworbene Handlungskompetenzen und das Verfügen über entsprechende Informationen dürften jedoch primär auf die Inanspruchnahme, das heißt den Zugang zu dieser Versorgungsform wirken und weniger relevant für die Hilfefrequenz sein.

Einer der wesentlichsten Prädiktoren für die Inanspruchnahme haushaltsexterner Leistungen ist auch hier die Haushaltssituation. Es ist davon auszugehen, dass allein lebende Ältere, die der Hilfe bedürfen, nicht nur eher, sondern auch häufiger Hilfeleistungen von außerhalb des Haushalts in Anspruch nehmen. Weiterhin kann – wie bereits gesagt – vermutet werden, dass es sich bei den von haushaltsexternen Helfern erbrachten Hilfeleistungen für ältere, beeinträchtigte Menschen, die in einem Mehr-Personen-Haushalt leben, um ergänzende Leistungen handelt, während der überwiegende Teil der Versorgung von den Haushaltsmitgliedern erbracht wird. Von daher sollte die Haushaltssituation einen negativen Effekt auf die Hilfefrequenz haushaltsexterner Hilfe- und Pflegeleistungen ausüben. Da ältere (Ehe-)Partner möglicherweise weniger belastbar sind, ist allerdings davon auszugehen, dass die ergänzende Hilfe haushaltsexterner Personen in kürzeren Abständen notwendig ist im Vergleich zu Hilfe- und Pflegebedürftigen, die mit einem jüngeren (Ehe-)Partner zusammenleben. Da mit der

<sup>88</sup> Da hier die Heimbewohner aus der Analyse ausgeschlossen werden, könnte das Einkommen mit aufgenommen werden. Die Größenordnung der fehlenden Angaben bei der Einkommensvariablen ist in den betrachteten Untergruppen dennoch so groß (etwa 20 %), dass wegen der ohnehin geringen Fallzahl darauf verzichtet wurde, die Einkommensvariable in die Gleichung aufzunehmen.



Anzahl potentieller informeller Helfer auch die Möglichkeit steigt, die Versorgungsaufgaben auf mehrere Schultern zu verteilen, kann eine positive Wirkung der Kinderzahl und der Anzahl nahestehender Personen auf die Hilfefrequenz vermutet werden. Der größte Teil der funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen wird indes von nur einem haushaltsexternen informellen Helfer (zusätzlich) versorgt (vgl. Abschnitt 5.2), was gegen einen Einfluss der Kinderzahl und der Anzahl nahestehender Personen auf die Hilfefrequenz spricht.

In den folgenden Modellen wird darüber hinaus auch der Einfluss der Inanspruchnahme formeller Hilfe auf den Umfang haushaltsexterner informeller Hilfe und der Einfluss der Inanspruchnahme haushaltsexterner informeller Hilfe auf die Häufigkeit formeller Hilfeleistungen getestet. Als zusätzliche Dummy-Variable wird deshalb jeweils der Erhalt haushaltsexterner informeller bzw. formeller ambulanter Hilfen in die Gleichung aufgenommen. Werden diese Versorgungsformen in der Tat substitutiv genutzt, sollte die zusätzliche Inanspruchnahme der einen Versorgungsform die Hilfefrequenz der jeweils anderen senken. Ergänzen sich haushaltsexterne formelle und informelle Helfer, ist kein Effekt auf die Hilfefrequenz zu erwarten.

Da es bei den Modellen nicht darum geht, erneut Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen zu untersuchen, sondern die Bestimmungsfaktoren der Hilfefrequenz, werden jeweils nur funktional oder kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen in den Regressionen berücksichtigt, die auch die jeweilige Hilfeform nutzen. Das Ergebnis der beiden linearen Regressionen ist in Tabelle 6.4 dargestellt.

Die in die beiden linearen Modelle einbezogenen Variablen können mit einem Anteil von 11 bzw. 15 Prozent erklärter Varianz insgesamt nur verhältnismäßig wenig der Unterschiede zwischen den Individuen in der Häufigkeit der Hilfe- und Pflegeleistungen erklären<sup>89</sup>. Eine mögliche Erklärung ist darin zu sehen, dass – wird erst einmal eine bestimmte Versorgungsform genutzt – die Häufigkeit der Hilfe- und Pflegeleistungen in erheblichem Maße von den Hilfeleistenden und nicht so sehr von den Hilfeempfängern abhängt. Im Falle der haushaltsexternen informellen Hilfen wären also die Lebenssituation der Helfer und im Falle der ambulanten formellen Hilfen deren Verfügbarkeit sowie die bürokratischen Bewilligungsregeln stärker zu berücksichtigen.

Betrachten wir uns die standardisierten Regressionskoeffizienten, zeigt sich der erwartete starke Einfluss der Bedarfslage auf die Hilfefrequenz beider Versorgungsformen. Bei den Hilfebedürftigen und vor allem bei den Pflegebedürftigen nimmt die Hilfefrequenz im Vergleich zu den geringfügig Hilfebedürftigen zu. Dieser Zusammenhang zeigt sich, allerdings bedeutend schwächer, auch bei den ambulanten formellen Hilfeinstanzen. Hier hängt die Hilfefrequenz stärker mit dementiellen Erkrankungen zusammen. Konnte im vorigen Abschnitt gezeigt werden, dass sich geringfügig Hilfebedürftige und Hilfebedürftige unter ansonsten gleichen Bedingungen nicht in der Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsformen unterscheiden, zeigen sich hier Differenzen hinsichtlich der Hilfefrequenz haushaltsexterner informeller Helfer. Geringfügig Hilfebedürftige erhalten diese Hilfen in größeren zeitlichen Abständen. Bei den ambulanten formellen Helfern zeigt sich zwar ein ähnlicher Zusammenhang, dieser ist jedoch bedeutend schwächer und zudem nicht signifikant.

---

<sup>89</sup> Der *F*-Test ergibt für beide Modelle mit  $p = 0,05$  und  $p = 0,02$  eine signifikante Verbesserung im Vergleich zu einem Modell, in dem nur die Konstante enthalten ist.

Tabelle 6.4: Determinanten der Hilfefrequenz von in Privathaushalten lebenden funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen (lineare Regressionen; standardisierte Regressionskoeffizienten)

	Häufigkeit haushalts- externer informeller Hilfe	Häufigkeit ambulanter formeller Hilfe
<i>Bedarfsausprägung</i> <sup>1</sup>		
Hilfebedürftig	0,24*	0,09
Pflegebedürftig	0,46***	0,17*
Dement (ja = 1, nein = 0)	0,07	0,20**
Subjektive Gesundheit (mangelhaft = 1 ... sehr gut = 5)	0,11	0,05
Innerhalb eines Jahres nach Interview verstorben (ja = 1, nein = 0)	-0,14	0,11
<i>Bildungsniveau</i> <sup>2</sup>		
Mittel	0,07	-0,03
Hoch	0,02	0,03
Sozialprestige	-0,10	0,10
Wohneigentum (ja = 1, nein = 0)	-0,06	0,09
<i>Kind(er) in Berlin</i> <sup>3</sup>		
Im gemeinsamen Haushalt	-0,06	0,01
Ein Kind in Berlin	-0,01	-0,06
Zwei oder mehr Kinder in Berlin	0,04	0,10
<i>(Ehe-)Partner</i> <sup>4</sup>		
Partner 50 bis 79 Jahre	-0,09	-0,21**
Partner 80 Jahre und älter	-0,04	-0,18*
Anzahl nahestehender Personen	0,05	-0,16*
Zusätzliche haushaltsexterne formelle Hilfe (ja = 1, nein = 0) bzw. zusätzliche haushaltsexterne informelle Hilfe (ja = 1, nein = 0)	0,22*	0,11
Alter	-0,01	0,18*
Geschlecht (weiblich = 1, männlich = 0)	-0,22*	0,00
Fallzahl	76	105
Adjusted R <sup>2</sup>	0,11	0,15

Signifikanzniveau: \*  $p \leq 0,10$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

<sup>1</sup> Referenzkategorie: geringfügig hilfebedürftig.

<sup>2</sup> Referenzkategorie: niedriges Qualifikationsniveau.

<sup>3</sup> Referenzkategorie: keine Kinder in Berlin.

<sup>4</sup> Referenzkategorie: kein (Ehe-)Partner.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Hier zeigt sich vielmehr, dass demente Ältere über die höhere Wahrscheinlichkeit der Nutzung formeller Hilfeinstanzen hinaus auch in geringeren zeitlichen Abständen Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten.

Über den sehr hohen positiven Zusammenhang des Ausmaßes funktionaler Beeinträchtigungen mit der Hilfefrequenz hinaus, wird die Hilfefrequenz der haushaltsexternen informellen Helfer vom Geschlecht und dem Erhalt zusätzlicher formeller Hilfen beeinflusst. Zwar unterscheiden sich Männer und Frauen nicht hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit der Nut-

zung, Frauen erhalten Hilfeleistungen von haushaltsexternen informellen Helfern jedoch in größeren zeitlichen Abständen als Männer. Dies kann als Hinweis verstanden werden, dass bei den Frauen insbesondere in der Verrichtung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten – bei gleicher objektiver Bedarfslage – eine höhere Kompetenz vermutet wird, während die Männer offenbar in kürzeren zeitlichen Abständen Hilfeleistungen erhalten und möglicherweise auch (nicht behinderungsbedingt) benötigen. Werden zusätzliche ambulante formelle Hilfen genutzt, ist die Hilfefrequenz der haushaltsexternen informellen Helfer größer. Erhalten die älteren Menschen also Hilfe- und Pflegeleistungen von haushaltsexternen informellen Helfern, kann eine Unterstützung durch formelle Hilfeinstanzen deren Versorgungsaufwand steigern. Möglicherweise muss dieser Befund aber auch entgegengesetzt interpretiert werden. Eine zusätzliche Versorgung durch formelle Helfer könnte auch einen Rückzug der haushaltsexternen informellen Helfer von den Versorgungsaufgaben vermeiden helfen. Liegt die Verantwortung für notwendige Hilfe- und Pflegeleistungen in den Händen eines nicht im Haushalt lebenden Mitglieds des sozialen Netzwerks, kann dies zu einer Überforderung und dem Gefühl, den Aufgaben nicht mehr gewachsen zu sein, führen. Zusätzliche Hilfeleistungen von formeller Seite können insofern eine spürbare Entlastung der informellen Helfer von den schwierigen und besonders belastenden Hilfe- und Pflegeaufgaben darstellen.

Überraschenderweise spielt die Haushaltssituation für die Frequenz der Hilfeleistungen von haushaltsexternen informellen Helfern keine Rolle. Demnach lässt sich also feststellen, dass zwar die Inanspruchnahme haushaltsexterner informeller Helfer in erheblichem Maße von der Haushaltssituation beeinflusst wird, für die Frequenz dieser Hilfen spielt sie jedoch keine entscheidende Rolle. Auch das Vorhandensein von Kindern in Berlin und die Größe des sozialen Netzwerks sind für die Häufigkeit der Versorgungsleistungen der außerhalb des Haushalts lebenden informellen Helfer unbedeutend. Eine Erhöhung der Hilfefrequenz über eine Verteilung der Aufgaben auf mehrere Personen lässt sich nicht feststellen.

Die Häufigkeit, mit der formelle Helfer den Haushalt der Hilfe- und Pflegebedürftigen aufsuchen, wird ebenso stark von der Haushaltssituation beeinflusst wie von der Bedarfslage, wobei nicht die im Haushalt lebenden Kinder, sondern die (Ehe-)Partner von Bedeutung sind. Im Vergleich zu Alleinlebenden nutzen ältere Menschen, die mit einem (Ehe-)Partner zusammenleben, Hilfe- und Pflegeleistungen formeller Helfer in größeren zeitlichen Abständen. Offenbar übernehmen die (Ehe-)Partner, auch wenn formelle Hilfeinstanzen in Anspruch genommen werden, immer noch den größten Teil der Versorgung. Dieser Zusammenhang findet sich auch, wenn der (Ehe-)Partner bereits selbst ein hohes Alter erreicht hat. Bei den im Haushalt lebenden Kindern zeigt sich kein vergleichbarer Effekt. Im Haushalt lebende erwachsene Kinder der hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen übernehmen also offenbar nicht notwendigerweise den überwiegenden Teil der Versorgung, wenn formelle Hilfen in Anspruch genommen werden. Diese Befunde verweisen auf die in der Tat konkurrenzlose Stellung der (Ehe-)Partner bei der Versorgung mit notwendiger Hilfe und Pflege. Ein (Ehe-)Partner steht jedoch den Frauen in den hier betrachteten Altersgruppen – im Gegensatz zu den Männern – nur äußerst selten zur Verfügung. Die hilfe- und pflegebedürftigen Frauen leben allerdings etwas häufiger mit einem ihrer Kinder zusammen. Diese geben aber offenbar eher als der Partner Versorgungsaufgaben ab, wenn formelle Hilfen in Anspruch genommen werden. Zudem belegen die Ergebnisse, dass die formellen Helfer vornehmlich die Versorgung der allein stehenden Älteren übernehmen. Nicht nur, dass dies die hauptsächlichen Nutzer sind, sondern sie nehmen solche Hilfe- und Pflegeleistungen auch in größerem Umfang in Anspruch.

Mit der Größe des sozialen Netzwerks nimmt die Hilfefrequenz der ambulanten formellen Helfer ab, obwohl weder bei der Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsformen noch bei der Hilfefrequenz haushaltsexterner informeller Helfer ein Einfluss der Netzwerkgröße festgestellt wurde. Möglicherweise sind die Mitglieder des sozialen Netzwerks (Kinder und Partner ausgenommen) als Ergänzung der formellen Helfer von größerer Bedeutung. Gerade außerfamiliale Helfer können eine langandauernde Versorgung mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen kaum leisten. Im Zusammenhang mit einer Versorgung durch formelle Hilfeinstanzen können sie jedoch einen Teil der Versorgungsaufgaben übernehmen und so den Umfang der Hilfe- und Pflegeleistungen der organisierten Dienste und privat organisierten Helfer senken.

Die sozioökonomischen Ressourcen beeinflussen weder die Hilfefrequenz der haushaltsexternen informellen Helfer noch die der formellen Hilfen. Sie sind demnach zwar relevant für die Frage, welche Versorgungsformen in Anspruch genommen werden, nicht aber für die Häufigkeit, mit der diese Hilfeleistungen erbracht werden. Sind die Hindernisse und Barrieren in der Inanspruchnahme formeller Dienste erst einmal überwunden, ergeben sich keine sozialen Differenzen mehr innerhalb der Gruppe der Nutzer.

Während die Hilfefrequenz der haushaltsexternen informellen Hilfe unabhängig vom Alter der Hilfeempfänger ist, zeigt sich bei den ambulanten formellen Hilfeinstanzen ein positiver Einfluss des Alters auf die Hilfefrequenz. Mit zunehmendem Alter werden demnach – unabhängig von der Bedarfslage – hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfeleistungen von formellen Hilfeinstanzen nicht nur eher, sondern auch häufiger genutzt. Dies könnte Ausdruck eines negativ geprägten generalisierten Altersbildes und der damit einhergehenden Gleichsetzung von Alter mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sein, was dazu führt, dass mit steigendem Alter – unabhängig vom feststellbaren Bedarf – formelle Hilfen leichter zugänglich sind und häufiger geleistet werden.

### **6.3 Die Versorgungssituation: Determinanten eines ungedeckten Bedarfs**

Abschließend wird in diesem Kapitel die Bedarfsdeckung untersucht. Hierbei werden die beiden im Abschnitt 5.2.5 vorgestellten Indikatoren – die subjektive Einschätzung der Bedarfsdeckung im hauswirtschaftlichen Bereich und die anhand objektiver Kriterien bestimmte Bedarfsdeckung – verwendet. Hierbei ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass der über objektive Kriterien operationalisierte Indikator das Ausmaß des ungedeckten Bedarfs tendenziell unterschätzt, da er nicht auf der Ebene der einzelnen alltäglichen Verrichtungen gebildet wurde und auch den zeitlichen Umfang der Hilfeleistungen nicht berücksichtigt. Vielmehr gibt dieser Indikator an, ob im Bedarfsfall eine regelmäßige Versorgung mit Hilfeleistungen gegeben ist. Aussagen über eine qualitativ angemessene Versorgung lassen sich nicht ableiten.

Da sich beide Indikatoren der Bedarfsdeckung auf funktional und/oder kognitiv beeinträchtigte Ältere in Privathaushalten beziehen, werden die Heimbewohner aus der folgenden Analyse ausgeschlossen. Eine der wesentlichen Fragen ist jedoch, inwiefern Unterschiede zwischen den einzelnen Versorgungsformen existieren. Können also informelle oder formelle Helfer gleichermaßen eine subjektive und objektive Bedarfsdeckung sichern? Um dies zu überprüfen, wurde die Versorgungsform als zusätzliche unabhängige Variable in die Analysen aufgenommen. Hinsichtlich des Indikators für die objektive Bedarfsdeckung ist zu beachten, dass die Analyse aufgrund der Abgrenzung prekärer Versorgungssituationen und der Einbezie-

hung auch unregelmäßiger Hilfeleistungen Aufschluss darüber gibt, welche haushaltsexternen Versorgungsformen eher zu unregelmäßigen Hilfeleistungen tendieren. Da es sich bei beiden Indikatoren um Dummy-Variablen handelt, wurden wieder binäre logistische Regressionen berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6.5 dargestellt.

Für die subjektive Beurteilung der hauswirtschaftlichen Bedarfsdeckung ist erwartungsgemäß die subjektive Beurteilung der Gesundheit bedeutsam. Je besser der eigene Gesundheitszustand beurteilt wird, desto seltener wird (mehr) Hilfe im Haushalt gewünscht. Zudem erweist sich das Ausmaß der funktionalen und kognitiven Beeinträchtigung als bedeutsam. Im Vergleich zu den geringfügig Hilfebedürftigen wünschen sich sowohl die Hilfebedürftigen als auch die Pflegebedürftigen seltener (mehr) Hilfe im Haushalt. Demgegenüber sind die dementen Älteren mit der hauswirtschaftlichen Versorgung weniger zufrieden. Sie wünschen sich etwa doppelt so häufig (mehr) Hilfe im Haushalt. Der Wunsch nach hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen ist also auch bei geringfügig Hilfebedürftigen und kognitiv Beeinträchtigten weit verbreitet, sie erhalten jedoch selten solche Leistungen in subjektiv ausreichendem Maße, während für die stärker funktional beeinträchtigten älteren Menschen diese Hilfen offenbar leichter zugänglich sind.

Demgegenüber wird das Risiko einer prekären Versorgungssituation weder von der subjektiven Beurteilung des Gesundheitszustands noch vom Ausmaß funktionaler und kognitiver Beeinträchtigung beeinflusst. Hilfe- und pflegebedürftige Ältere unterscheiden sich also nicht im Erhalt regelmäßiger Hilfeleistungen, und auch eine Demenzerkrankung erhöht nicht wesentlich das Risiko einer Unterversorgung.

Die sozioökonomischen Ressourcen beeinflussen bei Kontrolle der Versorgungsform weder die subjektive Beurteilung der hauswirtschaftlichen Bedarfsdeckung noch das Risiko einer prekären Versorgungssituation. Allerdings wünschen sich Ältere, die zur Miete leben, häufiger (mehr) Hilfe im Haushalt als Ältere, die im Wohneigentum leben. Möglicherweise werden gerade von letzterer Gruppe die Dienste privat organisierter Haushaltshilfen (zusätzlich) genutzt.

Auch bei Kontrolle der Haushaltssituation und der haushaltsexternen Versorgungsform zeigt sich ein signifikanter Geschlechtseffekt. Frauen wünschen sich seltener als Männer (mehr) Hilfe im Haushalt. Hierin dürfte zum Ausdruck kommen, dass die Männer der untersuchten Geburtskohorten über wenig Übung in der Verrichtung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten verfügen. Demgegenüber befinden sich die Männer seltener in einer prekären Versorgungssituation, was darauf zurückzuführen ist, dass sie häufiger mit einem (Ehe-)Partner zusammenleben (da die Haushaltssituation in die Abgrenzung prekärer Versorgungssituationen eingeht, konnte sie im Regressionsmodell nicht als unabhängige Variable aufgenommen werden). Dies belegt erneut die herausragende Bedeutung der (Ehe-)Partner bei der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung. Haushaltsexterne Helfer können offenbar fehlende haushaltsinterne Helfer und hier vor allem einen Partner nur unzureichend ersetzen.

Bei beiden Indikatoren spielen Kinder keine entscheidende Rolle. Zwar wünschen sich Ältere, die mit ihren Kindern zusammenleben, seltener (mehr) Hilfe im Haushalt, der Effekt erreicht jedoch keine statistische Signifikanz. Ob außerhalb des Haushalts lebende Kinder in Berlin vorhanden sind oder nicht, hat auf den Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt keinerlei Einfluss. Mit Blick auf die prekären Versorgungssituationen zeigt sich zwar, dass mit der Zahl der in Berlin lebenden Kinder das Risiko, trotz eines regelmäßigen Hilfebedarfs nur unregelmäßige oder keine Hilfeleistungen zu erhalten, zurückgeht. Dieser Effekt erreicht aber ebenfalls keine statistische Signifikanz.

Tabelle 6.5: Determinanten der Bedarfsdeckung von in Privathaushalten lebenden funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen (logistische Regression; odds ratios)

	(Mehr) Hilfe im Haushalt gewünscht	Versorgungssituation prekär
<i>Bedarfsausprägung<sup>1</sup></i>		
Hilfebedürftig	0,4*	1,4
Pflegebedürftig	0,5*	1,1
Dement (ja = 1, nein = 0)	2,3**	1,3
Subjektive Gesundheit (mangelhaft = 1 ... sehr gut = 5)	0,6***	1,1
Innerhalb eines Jahres nach Interview verstorben (ja = 1, nein = 0)	0,8	0,6
<i>Bildungsniveau<sup>2</sup></i>		
Mittel	1,1	0,8
Hoch	1,0	1,5
Sozialprestige/10	0,9	0,9
Wohneigentum (ja = 1, nein = 0)	0,3*	0,6
<i>Kind(er) in Berlin<sup>3</sup></i>		
Im gemeinsamen Haushalt	0,6	× <sup>6</sup>
Ein Kind in Berlin	1,0	× <sup>6</sup>
Zwei oder mehr Kinder in Berlin	1,0	× <sup>6</sup>
Anzahl Kinder in Berlin	×	0,8
<i>(Ehe-)Partner<sup>4</sup></i>		
Partner 50 bis 79 Jahre	0,8	× <sup>6</sup>
Partner 80 Jahre und älter	2,2	× <sup>6</sup>
Anzahl nahestehender Personen	0,9	0,9
<i>Haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeform<sup>5</sup></i>		
Ausschließlich informelle Hilfe	1,0	0,1***
Ausschließlich formelle Hilfe	3,8***	0,2***
Informelle und formelle Hilfe	1,1	0,1**
Alter/10	0,9	0,5**
Geschlecht (weiblich = 1, männlich = 0)	0,3**	4,9***
Fallzahl	224	225
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,19	0,31

\*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

<sup>1</sup> Referenzkategorie: selbstständig.

<sup>2</sup> Referenzkategorie: niedriges Qualifikationsniveau.

<sup>3</sup> Referenzkategorie: keine Kinder in Berlin.

<sup>4</sup> Referenzkategorie: kein (Ehe-)Partner.

<sup>5</sup> Referenzkategorie: keine haushaltsexternen Hilfeleistungen.

<sup>6</sup> Da die Haushaltssituation in die Definition der abhängigen Variable (prekäre Versorgungssituation) eingeht, wird hier die Anzahl der in Berlin lebenden Kinder in die Analyse einbezogen und auf die Berücksichtigung des Vorhandenseins eines (Ehe-)Partners und dessen Alter verzichtet.

Quellen: Berliner Altersstudie (BASE); eigene Berechnungen.

Während das Alter keinen Einfluss auf den Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt hat, nimmt das Risiko einer prekären Versorgungssituation mit zunehmendem Alter ab. In der Tat erhalten also die älteren Menschen unabhängig von der Bedarfslage mit zunehmendem Alter häufiger regelmäßige Hilfeleistungen.

Von besonderem Interesse ist die Auswirkung der Versorgungsform auf den Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt und das Risiko einer prekären Versorgungssituation. Bei der subjektiven Beurteilung der hauswirtschaftlichen Bedarfsdeckung zeigt sich, dass die funktional und/oder kognitiv beeinträchtigten Älteren, die ausschließlich von ambulanten formellen Helfern versorgt werden – unabhängig davon, ob sie allein oder in einem Mehr-Personen-Haushalt leben –, erheblich häufiger (mehr) Hilfe im Haushalt wünschen. Die organisierten Dienste, aber auch die privat organisierten Helfer können offenbar die hauswirtschaftliche Versorgung nur sehr unzureichend sichern. Erhalten die älteren Menschen jedoch (zusätzlich) Hilfen von haushaltsexternen informellen Helfern, ist der Wunsch nach (mehr) hauswirtschaftlicher Hilfe nicht größer im Vergleich zu den Älteren, die keine oder ausschließlich haushaltsinterne Hilfeleistungen erhalten. Definitionsgemäß befinden sich alle funktional oder kognitiv beeinträchtigten Älteren, die allein leben und keine haushaltsexternen Hilfeleistungen erhalten, in einer prekären Versorgungssituation. Daraus ergibt sich, dass die Älteren, die haushaltsexterne Hilfeleistungen erhalten, signifikant seltener unterversorgt sind. Die unterschiedlichen haushaltsexternen Versorgungsformen unterscheiden sich indes untereinander nur wenig hinsichtlich des Risikos einer prekären Versorgungssituation. Keine der haushaltsexternen Versorgungsformen tendiert demnach stärker als eine der beiden anderen zu unregelmäßigen Versorgungsleistungen. Hierbei ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass es sich um eine konservative Schätzung prekärer Versorgungssituationen handelt, die darauf ausgerichtet ist, festzustellen, ob bei vorhandenem Bedarf eine regelmäßige Versorgung mit Hilfe- bzw. Pflegeleistungen gegeben ist und nicht, ob die Leistungen qualitativ und quantitativ angemessen sind.

#### **6.4 Zusammenfassende Betrachtung**

Die Bedarfslage erweist sich erwartungsgemäß als wesentlicher Faktor der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen, der Hilfefrequenz und der Bedarfsdeckung. Während sich die weniger stark beeinträchtigten Menschen (geringfügig Hilfebedürftige und Hilfebedürftige) nicht in der Nutzung der unterschiedlichen Versorgungsformen unterscheiden, nutzen die stärker funktional beeinträchtigten Menschen (Pflegebedürftige) eher ambulante und stationäre formelle Hilfeinstanzen und seltener informelle Leistungen. Auch die Häufigkeit der Hilfeleistungen ist bei den Pflegebedürftigen größer. Auffällig ist die Bedeutung kognitiver Beeinträchtigungen. So ist eine Demenzerkrankung einer der wesentlichen Prädiktoren für die Inanspruchnahme formeller Hilfeinstanzen, wobei insbesondere die stationären Einrichtungen die Versorgung dieser Menschen übernehmen. Werden funktional stärker beeinträchtigte Ältere gleichermaßen von ambulanten formellen Helfern und in stationären Einrichtungen versorgt, ist das Institutionalisierungsrisiko im Falle kognitiver Beeinträchtigungen erheblich größer, obwohl demenzerkrankte ältere Menschen häufiger von den formellen Helfern in ihrem Haushalt aufgesucht werden. Infolge dieser Zusammenhänge unterscheidet sich das Risiko einer prekären Versorgungssituation nicht zwischen den (geringfügig) Hilfebedürftigen und den Pflegebedürftigen und auch nicht zwischen den dementen

und den nicht dementen Älteren. Die geringfügig Hilfebedürftigen und die dementen Älteren wünschen sich jedoch häufiger (mehr) Hilfe im Haushalt, was dafür spricht, dass hauswirtschaftliche Hilfeleistungen eher gewährt werden, wenn Beeinträchtigungen bei elementaren alltäglichen Verrichtungen vorliegen.

Auch bei Kontrolle der Bedarfslage und der Haushaltssituation hat das Alter einen Einfluss auf die Inanspruchnahme haushaltsexterner Hilfeleistungen, ebenso wie auf die Frequenz formeller Hilfen und auf das Risiko einer prekären Versorgungssituation. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, haushaltsexterne Hilfen in Anspruch zu nehmen, an. Dies gilt für alle haushaltsexternen Hilfeformen einschließlich der stationären Unterbringung gleichermaßen. Die Zunahme der Hilfefrequenz und die Abnahme des Risikos einer prekären Versorgungssituation mit dem Alter deuten darauf hin, dass ein sehr hohes Alter allein dazu führt, dass Hilfe- und Pflegeleistungen eher nachgesucht und angenommen oder aber eher gewährt werden.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für den substitutiven Charakter der unterschiedlichen Versorgungsformen. Hierbei ist in der Tat der (Ehe-)Partner die primäre Hilfeinstanz, wenn es um die langfristige hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung geht. Da vor allem die Männer auch im hohen Alter noch vergleichsweise häufig mit einer Partnerin zusammenleben, sind es überwiegend alte Frauen, die die Versorgung des Partners übernehmen. Das Alter des Partners spielt dabei keine entscheidende Rolle. So nimmt, auch wenn der (Ehe-)Partner selbst schon ein hohes Alter erreicht hat, weder die Inanspruchnahme alternativer Versorgungsformen noch deren Hilfefrequenz zu. Im Gegenteil, ist ein Partner vorhanden, sinkt – unabhängig von dessen Alter – die Häufigkeit der formellen Hilfeleistungen. Neben den (Ehe-)Partnern sind es vor allem die mit ihren alten Eltern in einem gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder, welche die hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung leisten, wobei hierbei zu berücksichtigen ist, dass nur sehr wenige der alten Menschen – überwiegend alte Frauen – mit einem der Kinder zusammenleben. Leben die älteren Menschen also mit einem (Ehe-)Partner oder einem der Kinder zusammen, werden formelle und informelle haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeleistungen nur selten in Anspruch genommen, und Heimübergänge finden kaum statt. Für die Langzeitversorgung mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen ist also die Haushaltssituation von weit reichender Bedeutung.

Eine kumulative Inanspruchnahme informeller und formeller Hilfe- und Pflegeleistungen lässt sich nicht erkennen. Haushaltsexterne Helfer und stationäre Einrichtungen werden vielmehr hauptsächlich genutzt, wenn keine haushaltsinternen Helfer zur Verfügung stehen. Außerdem werden haushaltsexterne informelle und formelle Hilfeleistungen nur sehr selten gemeinsam in Anspruch genommen. Es gibt aber auch Hinweise auf eine komplementäre Nutzung formeller Hilfen. So zeigt sich, dass eine zusätzliche Inanspruchnahme ambulanter formeller Hilfeinstanzen die Häufigkeit der haushaltsexternen informellen Hilfeleistungen zu steigern vermag und dass Ältere, die eine Kombination beider Versorgungsformen nutzen, seltener (mehr) Hilfe im Haushalt wünschen als die Älteren, die ausschließlich formelle Hilfeinstanzen in Anspruch nehmen. Letztere sind auch mit der hauswirtschaftlichen Versorgung häufiger unzufrieden, was die Schlussfolgerung zulässt, dass die formellen Hilfeinstanzen allein den Bedürfnissen in diesem Bereich nur sehr unzureichend gerecht werden können.

Die Versorgung der beeinträchtigten älteren Menschen wird überwiegend von nur einer Person übernommen, weshalb sowohl die Zahl der Kinder als auch die Größe des sozialen Netzwerks weitgehend unbedeutend sind. Am Wohnort lebende Kinder können – zumindest in der untersuchten großstädtischen Population – nicht als hauptsächliche haushaltsexterne



informelle Helfer betrachtet werden. So gibt es keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von in Berlin lebenden Kindern und der Wahrscheinlichkeit einer informellen Versorgung. Leben keine Kinder in der Stadt, können anscheinend andere Verwandte, Nachbarn oder Freunde deren Rolle als Helfer übernehmen. Auch die Häufigkeit, mit der die informellen Helfer in den Haushalt der beeinträchtigten älteren Menschen kommen, um Hilfeleistungen zu erbringen, ist bei den Kindern offenbar nicht größer als bei anderen informellen Helfern. Das Vorhandensein von Kindern in der Wohnnähe erhöht also weder die Wahrscheinlichkeit noch die Häufigkeit haushaltsexterner informeller Hilfeleistungen und hat keinen Einfluss auf die subjektive und objektive Bedarfsdeckung. Gleichwohl ist das Risiko eines Heimübergangs ebenso wie die Wahrscheinlichkeit einer Versorgung ausschließlich durch formelle Hilfeinstanzen geringer, wenn Kinder in der Wohnnähe leben. Daraus lässt sich folgern, dass die Kinder der hilfe- und pflegebedürftigen Älteren deren Versorgung eher übernehmen, wenn eine haushaltsinterne Versorgung oder eine Versorgung durch andere informelle Helfer nicht gewährleistet ist. Deutlich wird ebenfalls, dass eine Vermittlung von formellen Hilfeleistungen durch die Kinder kein verbreitetes Handlungsmuster darstellt.

Bei der Inanspruchnahme formeller Hilfen deutet sich an, dass anscheinend nicht alle hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen darauf zurückgreifen. Fallen insbesondere haushaltsinterne informelle Helfer aus, sind es gerade die Gruppen mit geringen Ressourcen und Handlungskompetenzen, die staatliche oder marktvermittelte ambulante Hilfeangebote nicht nutzen. So zeigt sich, dass die sozioökonomischen Ressourcen für die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeformen von erheblicher Bedeutung sind, während sie auf die Hilfefrequenz und die Bedarfsdeckung – über die Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsformen hinaus – keinen wesentlichen Einfluss ausüben. Im Bildungs- und Berufssystem erworbene Handlungskompetenzen und Ressourcen prägen also auch im hohen Alter den Umgang mit einer nachlassenden Selbstversorgungsfähigkeit. Die besser gestellten Älteren nehmen eher Hilfe- und Pflegeleistungen von privat organisierten Helfern und organisierten Diensten in Anspruch und sie siedeln seltener in ein Heim über. Darüber hinaus zeigt sich ein unabhängiger Einfluss des Wohneigentums. Im Vergleich zu Älteren, die zur Miete leben, wechseln die im Wohneigentum lebenden funktional und kognitiv beeinträchtigten Menschen seltener in ein Heim über. Sie erhalten vielmehr eher Hilfe von informellen Helfern, was mit der unsicheren Finanzierungslage eines Heimaufenthalts zum Zeitpunkt der Untersuchung und der daraus folgenden Möglichkeit, das Wohneigentum für die Pflegekosten zu verbrauchen, in Zusammenhang gebracht werden kann. Darüber hinaus ist das Wohneigentum der einzige Indikator der im Lebensverlauf erworbenen sozioökonomischen Ressourcen, der die subjektive Zufriedenheit mit der hauswirtschaftlichen Versorgung beeinflusst. Ältere im Wohneigentum wünschen sich seltener zusätzliche Hilfe im Haushalt. Abgesehen vom Einfluss des Wohneigentums, beeinflussen die sozioökonomischen Ressourcen die Hilfefrequenz der haushaltsexternen informellen Helfer nicht. Die Inanspruchnahme dieser Versorgungsform sinkt jedoch mit steigendem Sozialprestige. Finanzielle Transfers an die nachfolgende Generation oder an andere informelle Helfer – die mit zunehmendem Sozialprestige wahrscheinlicher werden – stellen also offenbar keinen Anreiz zur Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen dar.

Aus den vorgestellten Ergebnissen lassen sich Nutzerprofile für stationäre Einrichtungen und organisierte Dienste bzw. privat organisierte Hilfe- und Pflegekräfte in Abgrenzung zu einer ausschließlich informellen Versorgung ableiten. Die Nutzer ambulanter formeller Hilfeinstanzen (öffentlich subventionierte oder/und privat finanzierte) sind eher stärker funktional

beeinträchtigt (pflegebedürftig), besser gebildet, haben ein höheres Sozialprestige, seltener in der Wohnnähe lebende Kinder und leben zumeist allein, das heißt, es handelt sich überwiegend um Frauen. Pflegebedürftige, kognitiv Beeinträchtigte, Ältere ohne Partner und kleinem sozialen Netzwerk sowie „alte Alte“ nutzen diese Hilfen in kürzeren zeitlichen Abständen. Die Nutzer dieser Hilfen wünschen sich häufiger (mehr) Hilfe im Haushalt. Die in Heimen lebenden Älteren sind ebenfalls eher stärker funktional, aber auch häufig kognitiv beeinträchtigt. Sie haben ein eher geringes Sozialprestige, lebten vor dem Heimübergang zur Miete und zumeist allein, das heißt, auch hier handelt es sich überwiegend um Frauen. Demgegenüber zeichnen sich funktional oder kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen, die ihren Alltag ohne Hilfeleistungen von anderen Personen meistern müssen, durch geringe bis mittlere Grade der Beeinträchtigung in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten, geringen sozioökonomischen Ressourcen und fehlenden haushaltsinternen Hilferessourcen aus.

# Kapitel 7

## Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse der vorliegenden Arbeit noch einmal überblicksartig zusammengefasst, wobei auch zukünftige Entwicklungsperspektiven diskutiert werden. Im Anschluss daran werden einige Befunde im Hinblick auf politisch zu setzende Schwerpunkte bewertet, bevor im letzten Abschnitt Perspektiven für zukünftige Forschungen erörtert werden.

### 7.1 Zusammenfassung

*Hilfe- und Pflegebedürftigkeit tritt in erheblichem Ausmaß erst ab etwa dem 85. Lebensjahr auf. Frauen sind häufiger und länger betroffen als Männer. Es besteht ein enger Zusammenhang mit Demenzerkrankungen und – vor allem bei den Männern – mit der Mortalität.*

Das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs betreffend lässt sich festhalten, dass aufgrund unterschiedlicher Abgrenzungen der Altersgruppen und unterschiedlicher Messmethoden ein Vergleich mit anderen Untersuchungen nur bedingt aussagekräftig ist. Die im Rahmen der Arbeit ermittelten Anteile hilfe- und pflegebedürftiger Personen an den über 69-jährigen in Privathaushalten lebenden Menschen entsprechen der Größenordnung nach aber im Wesentlichen anderen aktuellen Erhebungen. So ergab sich in der aktuellsten Studie zum Hilfe- und Pflegebedarf in der Bundesrepublik, in der nur Personen in Privathaushalten mit einbezogen wurden, ein Anteil von knapp 8 Prozent hilfebedürftiger und etwa 13 Prozent pflegebedürftiger Personen an den 65-Jährigen und Älteren (Schneekloth & Potthoff, 1993; vgl. Abschnitt 3.1). Die Auswertung der Daten der Berliner Altersstudie erbrachte bei den 70-Jährigen und Älteren in Privathaushalten Anteile von knapp 9 Prozent pflegebedürftiger und fast 13 Prozent hilfebedürftiger Menschen. Zusätzlich wurden 17 Prozent als geringfügig hilfebedürftig klassifiziert. Die Datenbasis erlaubt es, in gleicher Weise den Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Heimbewohner zu bestimmen, bei denen das Ausmaß des Hilfe- und Pflegebedarfs in der Tat sehr hoch liegt (29 % geringfügig hilfebedürftig, 22 % hilfebedürftig und 47 % pflegebedürftig, d.h., nur etwa 2 % der Heimbewohner sind vollkommen selbstständig). Eine Schätzung der Gesamtprävalenz von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ohne Einbeziehung der Heimbewohner vernachlässigt demnach eine wichtige Gruppe unter den alten Menschen, zumal die Heimquote mit dem Alter rapide ansteigt. Insgesamt ergaben die empirischen Auswertungen unter Einbeziehung der Heimbewohner bei allen 70-Jährigen und Älteren Anteile von über 12 Prozent Pflegebedürftige, fast 14 Prozent Hilfebedürftige und weitere 18 Prozent geringfügig Hilfebedürftige. Dies bedeutet andererseits auch, dass die Mehrheit der über 69-Jährigen zu einer vollkommen selbstständigen Lebensführung in der Lage ist.

Die Befunde bestätigen ebenfalls erhebliche Alters- und Geschlechtsunterschiede. Das Risiko hilfe- oder pflegebedürftig zu werden, steigt mit dem Alter progressiv an, wobei der

entscheidende Anstieg der Pflegebedürftigkeit nach dem 85. Lebensjahr eintritt. In der derzeitigen Altenpopulation kann demnach bis zum Alter von 85 Jahren von einer weitgehenden Selbstständigkeit in der Haushalts- und Lebensführung ausgegangen werden, während danach Hilfebedürftigkeit immer mehr zur Regel wird. Bei den Männern liegt der Anteil der Hilfe- und Pflegebedürftigen in allen Altersgruppen niedriger als bei den Frauen, und außerdem ist die Zunahme mit dem Alter bei den Frauen größer als bei den Männern. Gleichzeitig ergibt sich eine überdurchschnittliche Sterblichkeit der Hilfe- und Pflegebedürftigen, die bei den Männern wiederum erheblich stärker ausgeprägt ist als bei den Frauen. Dies bedeutet auch, dass die Frauen im Durchschnitt länger auf fremde Hilfeleistungen angewiesen sind. Auch hier zeigt sich also das bekannte Paradox, dass Frauen höhere Morbiditätsraten, gleichzeitig aber auch niedrigere Mortalitätsraten aufweisen als die Männer. Der im Vergleich zu den Männern stärkere Anstieg des Anteils hilfe- und pflegebedürftiger Frauen mit dem Alter ist insofern auch als eine Folge der höheren Lebenserwartung beeinträchtigter Frauen zu sehen.

Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung lässt sich daraus folgern, dass bei weiterhin steigenden Anteilen einer Geburtskohorte, die ein sehr hohes Alter erreichen, ein zunehmender Prozentsatz der Geburtskohorte – kürzer oder länger – auf fremde Hilfe angewiesen sein wird, sofern nicht das Auftreten einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit für weite Teile der Bevölkerung zeitlich weiter nach hinten verschoben werden kann. Ob mit einer solchen Zunahme der Anteile hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in den obersten Altersgruppen eine Zunahme der absoluten Zahlen verbunden sein wird, hängt indes von der Stärke der Geburtskohorten ab, die in die oberen Altersklassen nachrücken. Kurzfristig ist dabei mit einem Rückgang zu rechnen, da die geburtenschwachen Jahrgänge der Nachkriegszeit die Altersgruppe der über 60-Jährigen erreichen. Anschließend werden jedoch geburtenstarke Jahrgänge in diese Altersgruppe hineinwachsen. Der Gesamtanteil hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen wird derzeit vornehmlich von dem Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Frauen bestimmt. Aufgrund ihrer höheren durchschnittlichen Lebenserwartung sind mit zunehmendem Alter immer größere Anteile der alten Menschen Frauen. Zusätzlich ist die durchschnittliche Lebenserwartung der hilfe- und pflegebedürftigen Frauen größer als die der Männer mit vergleichbaren funktionalen Beeinträchtigungen. Geht man davon aus, dass die Unterschiede in der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern abnehmen werden, sind die größten Effekte in den oberen Altersklassen nach den vorliegenden Daten über die Angleichung der durchschnittlichen Lebenserwartung der hilfe- und pflegebedürftigen Männer und Frauen zu erwarten. Dies bedeutet, dass die Sterblichkeitsrate der hilfe- und pflegebedürftigen Männer sinken müsste, was wiederum zu einem Anstieg des Gesamtanteils hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen führen würde. Ein Absenken der Anteile hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen kann also im Wesentlichen nur durch ein insgesamt deutlich späteres Auftreten funktionaler Beeinträchtigungen, in deren Folge Einschränkungen bei der selbstständigen Haushalts- und Lebensführung auftreten, erreicht werden. Eine Schlüsselrolle nehmen dabei offenbar die dementiellen Erkrankungen ein. Zwar wurden die Ursachen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der Arbeit nicht untersucht, die große Zahl hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen, bei denen eine Demenz diagnostiziert wurde, belegen jedoch, dass die Bedeutung dieser Erkrankungen für den Hilfe- und Pflegebedarf im Alter nicht unterschätzt werden sollte. Insofern kommt insbesondere präventiven Maßnahmen und aktivierenden Hilfe- und Pflegeleistungen, aber auch der Nutzung technischer Hilfsmittel eine in Zukunft voraussichtlich wachsende Bedeutung zu.

*Eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfequellen ist an der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen beteiligt, wobei die Bedarfslage und die Haushaltssituation für die Frage, wer die Versorgung mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen übernimmt, von Bedeutung sind. (Ehe-)Partner und im Haushalt lebende Kinder spielen eine große Rolle bei der Versorgung der in Mehr-Personen-Haushalten lebenden Hilfe- und Pflegebedürftigen. Der weitaus größte Teil lebt jedoch allein. Bei diesen sind die privat organisierten Helfer und die stationären Einrichtungen die bedeutendsten Hilfequellen. Der Beitrag von außerhalb des Haushalts lebenden Kindern für die Langzeitversorgung mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen ist, ebenso wie der Beitrag der Sozialstationen, eher gering. Die Versorgungsformen werden substitutiv und nicht kumulativ genutzt.*

Die Alters- und Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind auch im Hinblick auf die Hilfeleistungen bei der häuslichen und pflegerischen Versorgung der beeinträchtigten alten Menschen von Bedeutung, da für Männer und Frauen Veränderungen des informellen sozialen Netzwerks im Altersablauf charakteristisch sind. In gegenläufiger Entwicklung zum Risiko funktionaler und kognitiver Beeinträchtigungen nimmt aufgrund des mit zunehmendem Alter steigenden Verwitwungsrisikos die Bedeutung des (Ehe-)Partners als potentiell oder real wichtigste Hilfequelle ab. Unterschiedliche Lebenserwartung und unterschiedliches Heiratsalter bewirken, dass sich dieser Prozess bei Männern und Frauen unterschiedlich schnell vollzieht. Männer können bis ins hohe Alter zu einem größeren Prozentsatz damit rechnen, von der Ehefrau versorgt zu werden, während der Ehemann für Frauen jenseits des 80. Lebensjahres nur noch in Ausnahmefällen als Bezugsperson vorhanden ist.

Die in der Arbeit durchgeführten Analysen zu den faktischen Hilfeleistungen bei gegebenem Hilfebedarf zeigen, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfequellen an der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen beteiligt sind. Dabei kommt den stationären Einrichtungen bei der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen eine weitaus größere Bedeutung zu, als die Betrachtung der Heimquote aller älteren Menschen nahelegt. So ist der Anteil der hilfe- und pflegebedürftigen 70-jährigen und älteren Menschen, die in einem Heim leben (18 %), fast ebenso groß wie der Anteil dieser Gruppe, der in einem Mehr-Personen-Haushalt (21 %) lebt. Bei diesen Personen dominiert das Zusammenwohnen mit einem (Ehe-)Partner, wobei dies die häufigste Lebensform der hilfebedürftigen Männer darstellt. Ein Zusammenleben mit den erwachsenen Kindern ist auch bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen sehr selten (6 %). Der weitaus größte Teil der funktional oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen lebt allerdings allein in einem Privathaushalt (61 %) und kann somit nicht auf Hilfeleistungen des (Ehe-)Partners zurückgreifen.

Insgesamt leben von allen über 69-jährigen Hilfe- und Pflegebedürftigen also 18 Prozent in einem Heim, während etwa 20 Prozent allein leben und keinerlei hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfen von außerhalb des Haushalts erhalten. Bei der Analyse der Haupthelfer der älteren Menschen zeigt sich – bezieht man die haushaltsinternen Helfer mit ein –, dass informelle Helfer (32 %) und formelle Helfer (30 %) zu etwa gleichen Teilen die Versorgung übernehmen. Bei den informellen Helfern überwiegen die familialen Helfer, insbesondere die Kinder (14 %) und die (Ehe-)Partner (6 %). Sonstige Verwandte übernehmen selten und auch nur bei den Alleinlebenden die Rolle des Haupthelfenden (insgesamt 3 %), während außerfamiliale Helfer häufiger bei den in Mehr-Personen-Haushalten lebenden Hilfe- und Pflegebedürftigen als einzige haushaltsexterne Hilfequelle genannt werden und insgesamt im-

merhin 10 Prozent aller Hilfe- und Pflegebedürftigen versorgen. Bei den formellen Hilfequellen überwiegen die privat organisierten Helfer, die bei etwa 21 Prozent aller hilfe- oder pflegebedürftigen älteren Menschen die hauptsächliche Versorgung übernehmen, während demgegenüber der Beitrag der Sozialstationen eher gering ist (9 %) und sich hauptsächlich auf die Alleinlebenden konzentriert. Die Sozialstationen werden also nur von einem sehr geringen Teil der anspruchsberechtigten Personen auch tatsächlich genutzt, obwohl die gesetzlichen Krankenkassen zum Zeitpunkt der Untersuchung ambulante Haushaltshilfen und häusliche Pflegehilfen in gewissem Umfang finanzierten. Demgegenüber sind die – in der Regel eigenfinanzierten – privat organisierten Helfer und auch die stationären Einrichtungen für die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Älterer von erheblicher Bedeutung, vor allem auch dann, wenn familiäre Hilferessourcen fehlen.

Es zeigt sich ein erheblicher Unterschied in der Hilfeform zwischen den Alleinlebenden und den in Mehr-Personen-Haushalten Lebenden. Während bei Ersteren die Versorgung vornehmlich von formellen Hilfeinstanzen geleistet wird und ein erheblicher Anteil ohne fremde Hilfeleistungen auskommen muss (39 % formelle Helfer, 29 % informelle Helfer, 32 % keine Helfer), dominieren bei Letzteren die informellen Helfer (25 % formelle Helfer, 25 % haushaltsexterne informelle Helfer und 50 % haushaltsinterne Versorgung). Zusätzlich werden die allein lebenden Älteren in kürzeren zeitlichen Abständen von den Haupthelfern aufgesucht als die in Mehr-Personen-Haushalten Lebenden. Gleichwohl ist der Anteil derer, die seltener als einmal pro Woche Hilfeleistungen von haushaltsexternen Helfern erhalten, in beiden Gruppen etwa gleich groß (30 %). Zu bedenken ist hierbei, dass bei den Alleinlebenden ja keine Haushaltsmitglieder für Hilfeleistungen zur Verfügung stehen, die unregelmäßigen Hilfen bei diesen also die Versorgung in der eigenen Wohnung sicherstellen müssen.

So wird auch ein vergleichsweise großer Anteil der Älteren, die funktionale oder kognitive Beeinträchtigungen aufweisen, nur sehr unzureichend versorgt, und der Wunsch nach (mehr) Hilfe im Haushalt bei den Älteren ist weit verbreitet. Die soziale Lebensform spielt hierbei keine bedeutende Rolle. Einzig das Zusammenleben mit eigenen Kindern im Haushalt erweist sich als die – mit Blick auf die Erledigung der Hausarbeit – zufriedenstellendste Lebensform.

Hinsichtlich der Bedarfslage lässt sich festhalten, dass zwar die Aufrechterhaltung eines Lebens in den eigenen vier Wänden auch bei allein lebenden, stark beeinträchtigten älteren Menschen durch haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeleistungen möglich ist, dies aber zumeist nur unter Nutzung formeller Hilfeinstanzen. Die Ausrichtung der Sozialstationen auf die pflegerische Versorgung zeigt sich in der Dominanz der Nutzung dieser Hilfequelle durch die stark beeinträchtigten Älteren. Es sind auch gerade die Helfer der Sozialstationen, die täglich in den Haushalt der Hilfeempfänger kommen. Versorgungslücken offenbaren sich insbesondere bei den weniger stark beeinträchtigten Älteren, was die Interpretation nahelegt, dass pflegerische Leistungen leichter zugänglich sind als hauswirtschaftliche Leistungen.

Bei weniger stark beeinträchtigten älteren Menschen übernehmen eher die informellen Helfer die Versorgung, wobei Mitglieder des außerfamilialen sozialen Netzwerks relativ häufig Hilfeleistungen erbringen, während sie bei den stärker Beeinträchtigten eher selten die Versorgung (mit-)übernehmen. Für die Versorgung in Heimen ist die Bedarfslage von weitreichender Bedeutung. Zwar geben die verwendeten Daten keinen Aufschluss über die Bedarfslage zum Zeitpunkt des Heimübergangs, doch fällt auf, dass nur sehr wenige Heimbewohner frei von funktionalen Einschränkungen sind. Andererseits lebt selbst von den Pflegebedürftigen die Mehrheit in einem privaten Haushalt. Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind offenbar

eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für einen Heimeintritt. Neben der Bedarfslage spielt auch die Verfügbarkeit von informellen Helfern eine wesentliche Rolle, wobei insbesondere (Ehe-)Partnern eine entscheidende Bedeutung zukommt. Die Bedarfslage erweist sich ebenfalls als bedeutsam für die Bedarfsdeckung, wobei die am stärksten in der Verrichtung der alltäglichen Aktivitäten beeinträchtigten Älteren eher mit regelmäßiger Hilfe und Pflege rechnen können als weniger stark beeinträchtigte Personen.

Anhand der Befunde dieser Arbeit lässt sich nicht bestätigen, dass die Familie keine hauswirtschaftlichen oder pflegerischen Leistungen erbringt und die alten Familienangehörigen in Heime abschiebt. Vielmehr sind familiäre Hilfeleistungen auch im Bereich der Versorgung hilfe- und auch pflegebedürftiger Angehöriger von weit reichender Bedeutung. Etwa jeder Dritte hilfe- oder pflegebedürftige Ältere erhält Hilfeleistungen von informellen Helfern (vornehmlich Angehörigen), obwohl ein hoher Prozentsatz der untersuchten Population aufgrund von Kinderlosigkeit oder Verwitmung gar keine nahen Angehörigen (mehr) hat.

Veränderungen in der Haushaltssituation zukünftiger Altengenerationen sind für die Versorgung mit Haushalts-, Einkaufs- und Pflegehilfen von Bedeutung. Auch bei den zukünftigen Altengenerationen kann nun aber davon ausgegangen werden, dass die Männer zu einem hohen Prozentsatz bis ins hohe Alter mit Hilfeleistungen von ihren Ehefrauen rechnen können, während die Frauen im hohen Alter eher verwitwet sein werden. Zwar würde eine Angleichung der durchschnittlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen dieses Bild modifizieren, eine grundsätzliche Änderung wäre aber auch dann aufgrund der unterschiedlichen Heiratsalter nicht zu erwarten. Auch in Zukunft wird also die Gruppe mit dem höchsten Pflegebedürftigkeitsrisiko – die hochaltrigen Frauen – zumeist ohne einen (Ehe-)Partner leben müssen. Möglicherweise werden aber auch verstärkt zwei auf fremde Hilfe angewiesene ältere Menschen in einem gemeinsamen Haushalt leben. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich in Bezug auf die Haushaltssituation wenig ändern wird. Auch in Zukunft wird der größte Teil der Hilfe- und Pflegebedürftigen allein leben und das Zusammenleben mit Kindern in einem gemeinsamen Haushalt eine Ausnahme darstellen.

Zwar leisten die Kinder, auch wenn sie nicht in einem gemeinsamen Haushalt mit ihren alten Eltern leben, Hilfe und auch Pflege, doch scheint eine vollständige Versorgung unter diesen Bedingungen – vor allem im Falle starker Beeinträchtigungen der Eltern – nur eher selten möglich bzw. erwünscht zu sein. Für eine umfassende Versorgung funktional oder kognitiv beeinträchtigter alter Menschen mit Haushalts-, Einkaufs- und Pflegehilfen, die auch bei erheblichen Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeit den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden kann, ist letztlich die Entwicklung der Anteile kinderloser alter Menschen nicht so bedeutsam wie allgemein angenommen.

Im Falle leichterer Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeit leisten auch andere Mitglieder des informellen sozialen Netzwerks Hilfe, doch erfordert die langandauernde Versorgung älterer Menschen mit starken funktionalen Einschränkungen und insbesondere auch von dementen Älteren offenbar einen hohen Aufwand und professionelles Training, sodass die informellen Helfer bei den Pflegebedürftigen und bei den Dementen auch seltener die Versorgung übernehmen.

Letztlich sind für eine bedürfnisgerechte Langzeitversorgung die Verfügbarkeit und die Organisations- und die Finanzierungsstrukturen der organisierten Hilfe- und Pflegeinstitutionen von Bedeutung, wobei auch die stationären Einrichtungen nicht zu vernachlässigen sind. Eine langfristige, kontinuierliche und umfassende Versorgung konnten die Sozialstationen zum Zeitpunkt der Untersuchung aber offenbar nicht leisten.

*Familiale Hilfe- und Pflegeleistungen für alte Menschen werden von selbst schon älteren Menschen geleistet. Bei den Kindern übernehmen vor allem die Töchter die Versorgung der alten Eltern. Die so genannte „mittlere Generation“ ist eher sequentiellen Belastungen und weniger einer Doppelbelastung ausgesetzt. Die Lebensumstände der potentiellen familialen Helfer sind für die Gewährung von Hilfe- und Pflegeleistungen bedeutsam. Die Bildung der Kinder beeinflusst die zusätzliche Inanspruchnahme formeller Hilfeangebote der Eltern.*

Vom Aspekt der Auftretenshäufigkeit aus betrachtet, sind (Ehe-)Partner und Kinder die wichtigsten informellen Helfer. Hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen, die einen (Ehe-)Partner haben, werden zu einem hohen Anteil auch von diesem versorgt. Auch die Kinder spielen bei der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen eine Rolle, sofern Kinder vorhanden und erreichbar sind. Die Pflege stärker funktional beeinträchtigter Männer wird jedoch deutlich seltener ausschließlich von der Partnerin übernommen als Hilfeleistungen für weniger stark beeinträchtigte Partner. Dabei muss bedacht werden, dass die (Ehe-)Partner in der Regel selbst schon ein hohes Alter erreicht haben und dass die Versorgung von Pflegebedürftigen eine hohe Belastung darstellt. Auch die Kinder, die Hilfe und Pflegeaufgaben übernehmen, sind zumeist schon in einem fortgeschrittenen Alter. Die selbst schon über 55-jährigen Kinder versorgen und pflegen ihre Eltern, die sich für gewöhnlich jenseits des 80. Lebensjahres befinden. Die Doppelbelastung der Versorgung eigener unselbstständiger Kinder und hilfebedürftiger Eltern ist schon von daher ein selten anzutreffendes Muster. Auch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit dürfte, aufgrund des Alters der hilfe- und pflegeleistenden Kinder, wohl insgesamt von untergeordneter Bedeutung sein.

Insgesamt erweist sich bei einer Betrachtung der Altersstruktur der helfenden und pflegenden Kinder und (Ehe-)Partner, dass hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfe für alte Menschen innerhalb der Familie häufig von selbst schon älteren Menschen geleistet werden. Im Sinne der von Neugarten (1979) vorgenommenen Trennung in „young-old“ und „old-old“ lässt sich für das informelle, familiale Hilfesystem festhalten, dass die „jungen Alten“ sehr häufig die Versorgung der „alten Alten“ übernehmen.

Hilfe- und Pflegeleistungen der Kinder werden in der Tat überwiegend von den Töchtern geleistet. Etwa zwei Drittel der Kinder, die haushaltsexterne Hilfeleistungen erbringen, und 80 Prozent der mit ihren alten hilfe- und pflegebedürftigen Eltern in einem gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder sind Töchter. Diese Geschlechtsunterschiede bei den helfenden Kindern dürften eine Folge tradierter geschlechtsspezifischer Tätigkeitszuweisungen sein, während der Geschlechtsunterschied bei der Pflege eines (Ehe-)Partners im Wesentlichen auf die unterschiedlichen Lebenserwartungen und die unterschiedlichen Heiratsalter zurückzuführen ist. Die Pflege alter Angehöriger ist also überwiegend weiblich, sie ist allerdings nicht ausschließlich weiblich.

Das Vorhandensein von Kindern in der Wohnnähe bedeutet nicht zwingend, dass diese auch die Pflege der alten Eltern übernehmen. Mit Blick auf die stationäre Versorgung lässt sich sogar feststellen, dass das Vorhandensein von Kindern in der Wohnnähe nur von zweitrangiger Bedeutung ist. Der grundlegende Unterschied hinsichtlich der informellen Hilfe-potentiale zwischen Hilfe- und Pflegebedürftigen in Heimen und solchen in Privathaushalten findet sich vielmehr im Familienstand bzw. dem Vorhandensein eines (Ehe-)Partners. Nur bei der relativ kleinen Gruppe der Ledigen und Geschiedenen zeigen sich Unterschiede in der Heimquote zwischen Älteren mit Kindern und Älteren ohne Kinder in Berlin.



Etwa 40 Prozent der beeinträchtigten älteren Menschen, die Kinder in erreichbarer Wohnnähe haben, erhalten von – zumeist nur einem – dieser Kinder auch hauswirtschaftliche und/oder pflegerische Hilfe. Ob die Kinder derartige Hilfeleistungen erbringen, hängt aber nicht nur von dem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Eltern ab, sondern auch von den Lebensumständen der Kinder. Leben die Kinder selbst mit eigenen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt oder sind minderjährige Kinder vorhanden, werden Hilfe- und Pflegeleistungen für die alten Eltern seltener übernommen. Sehen sich die Kinder also vor dem Problem divergierender Ansprüche gestellt, hat die eigene Kernfamilie offenbar Vorrang vor der Versorgung der alten Eltern. Die so genannte „mittlere Generation“ ist demnach weniger einer doppelten Belastung ausgesetzt als vielmehr einer sequentiellen: Sind die eigenen Kinder ausgezogen, wächst die Wahrscheinlichkeit, Versorgungsleistungen für die alten Eltern zu erbringen.

Zwar kann die Bildung der Kinder nicht mit der Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen für die alten Eltern in Zusammenhang gebracht werden, doch zeigt sich ein Einfluss der Bildung der Kinder auf die Nutzung von Sozialstationen. Höher gebildete Kinder teilen sich häufiger die notwendigen Versorgungsleistungen für die alten Eltern mit ambulanten formellen Hilfeinstanzen. Kinder mit einer vergleichsweise niedrigen schulischen Bildung übernehmen demgegenüber zum einen häufiger die Pflege ihrer alten Eltern ohne zusätzliche formelle Hilfen. Zum anderen befinden sich deren hilfe- und pflegebedürftigen Eltern aber auch häufiger in einem Heim. Sozialpflegerische Dienste ersetzen also die Hilfe- und Pflegeleistungen der Kinder nicht bzw. nicht vollständig, vielmehr teilen sie sich die Versorgungsarbeit mit den Kindern, wobei sich vor allem die höher gebildeten Schichten dieser Dienstleistungen bedienen. Eine Verdrängung familialer Leistungen im Bereich der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfe durch staatliche oder marktvermittelte Dienste lässt sich nicht feststellen.

Eine mögliche Altersverschiebung funktionaler und kognitiver Beeinträchtigungen nach oben könnte in zweifacher Hinsicht auf die familialen Hilfepotentiale einwirken. Einerseits stehen im höheren Alter zwar weniger familiale Hilfepotentiale zur Verfügung, andererseits steigt allerdings mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit an, von Kindern oder (Ehe-)Partnern – sofern vorhanden – im Bedarfsfall Hilfe- und Pflegeleistungen zu erhalten, was zumindest teilweise kompensatorisch wirken könnte. So bedeutet eine weitere Verschiebung der Altersgrenze für das Auftreten funktionaler und kognitiver Beeinträchtigungen *ceteris paribus* auch, dass die Kinder älter und somit auch seltener erwerbstätig sind und auch seltener mit eigenen Kindern im Haushalt leben. Des Weiteren dürfte für die Entwicklung der familialen Hilfepotentiale von Bedeutung sein, inwieweit auch die Söhne verstärkt bereit sein werden, Hilfe- und Pflegeleistungen für ihre alten Eltern zu übernehmen. Zusätzlich ist mit einer verstärkten Nachfrage nach ambulanten Diensten zu rechnen, da die Kinder der zukünftigen Altengenerationen im Durchschnitt besser gebildet sein werden.

*In der Verlaufsbetrachtung zeigt sich, dass die Heimeintrittswahrscheinlichkeit mit dem Alter erheblich ansteigt und beträchtlich höher liegt, als querschnittlich ermittelte Heimquoten vermuten lassen, wobei Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen.*

Mithilfe der retrospektiven Angaben der Berliner Altersstudie ließ sich die Wahrscheinlichkeit errechnen, bis zu einem bestimmten Alter in ein Heim umgezogen zu sein, unter der Bedingung, bis zum 64. Lebensjahr überlebt zu haben. Sie liegt im Alter von 85 Jahren bei den Frauen bei etwa 20 Prozent und bei den Männern bei ungefähr 5 Prozent, steigt aber bis zum Alter von 95 Jahren bei den Männern auf 45 Prozent und bei den Frauen auf über 60 Prozent an.

Es ergibt sich also das wenig überraschende Bild eines mit dem Alter bei Männern und Frauen ansteigenden Heimrisikos. Dieser Anstieg erweist sich in der vorgestellten Verlaufsbetrachtung als wesentlich größer, als die durch Querschnittsbetrachtungen ermittelten Heimquoten vermuten lassen. Während Heimeintritte bei den Männern zu Beginn des betrachteten Altersbereichs vergleichsweise selten auftreten und im höheren Alter zunehmend häufiger vorkommen, siedeln höhere Anteile der Frauen bereits deutlich früher in eine stationäre Einrichtung um. Die Heimeintrittswahrscheinlichkeit steigt indes bei den Frauen mit dem Alter langsamer an, mit der Folge, dass die Geschlechtsunterschiede mit zunehmendem Alter geringer werden.

Die Analysen erbrachten ein höheres Mortalitätsrisiko von Älteren in Heimen gegenüber Älteren in Privathaushalten. Diese Differenz ist bei Männern erheblich größer als bei Frauen. Aufgrund dessen wird das Heimeintrittsrisiko der Männer in reinen Querschnittsbetrachtungen stärker unterschätzt als das der Frauen, was sich zudem im hohen Alter stärker niederschlägt, da mit zunehmendem Alter die Mortalitätsrate ansteigt.

Die Entwicklung der Lebenserwartung beeinflusst also das Institutionalisierungsrisiko und damit den zukünftigen Bedarf an Heimplätzen für alte Menschen. Von besonderer Bedeutung ist insbesondere die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in den stationären Einrichtungen. Bei den Analysen in der vorliegenden Arbeit wurde angenommen, dass keine Heimaustritte zurück in einen Privathaushalt stattfinden, was zumindest in der Bundesrepublik – bedingt auch durch die Praxis der Sozialämter, die Heimkosten und die Miete nur über einen sehr begrenzten Zeitraum zu übernehmen<sup>90</sup> – auch tatsächlich nicht vorkommt. In diesem Fall wird die durchschnittliche Verweildauer hauptsächlich von der Überlebenswahrscheinlichkeit in den Heimen und somit auch von der Entwicklung des durchschnittlichen Heimeintrittsalters beeinflusst. Ein weiterer Anstieg des Heimeintrittsalters würde demnach bei gleichbleibender Anzahl hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen zwar den Bedarf an Heimplätzen reduzieren, jedoch gleichzeitig bedeuten, dass die Heime noch stärker zu Einrichtungen der Versorgung schwerkranker alter Menschen und zur Versorgung und Betreuung Sterbender werden.

*Wesentliche Prädiktoren für die Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfeformen sind die Bedarfslage – wobei den kognitiven Beeinträchtigungen eine besondere Bedeutung zukommt –, die sozioökonomischen Ressourcen – insbesondere das Sozialprestige –, die Haushaltssituation und das Alter. Die Frequenz der haushaltsexternen informellen Hilfeleistungen wird durch die Bedarfslage, das Geschlecht und zusätzliche formelle Hilfen beeinflusst, die Frequenz der ambulanten formellen Hilfeleistungen durch die Bedarfslage, das Alter und das Vorhandensein eines (Ehe-)Partners. Die Hilfe- und Pflegeform beeinflusst die subjektive und objektive Bedarfsdeckung.*

In den vorgestellten multivariaten Analysen erwies sich die Bedarfslage als bedeutsamer Faktor für die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Hilfe- und Pflegeformen, die Hilfefrequenz und die Bedarfsdeckung. Die Pflegebedürftigen nutzen eher ambulante und stationäre formelle Hilfeinstanzen und seltener informell erbrachte Leistungen. Auch die Häufigkeit der Hilfeleistungen von informellen und formellen Helfern ist bei den Pflegebedürftigen größer. Auffällig ist die Bedeutung kognitiver Beeinträchtigungen. So ist eine Demenzerkrankung

---

<sup>90</sup> Das Pflegeversicherungsgesetz hat wenig an dieser Situation geändert, da die Pflegekassen ohnehin nur die Pflegekosten bis zu einem festgelegten Höchstbetrag übernehmen, sofern eine Heimbedürftigkeit vorliegt. Im Pflegeversicherungsgesetz wird ein endgültiger Heimübergang angenommen.

einer der wesentlichen Prädiktoren für die Inanspruchnahme formeller Hilfeinstanzen, wobei offenbar vor allem die stationären Einrichtungen die Versorgung dieser Menschen übernehmen. Während Pflegebedürftige gleichermaßen von ambulanten formellen Helfern und in stationären Einrichtungen versorgt werden, ist das Institutionalierungsrisiko im Falle kognitiver Beeinträchtigungen erheblich größer, obwohl die Hilfefrequenz der ambulanten formellen Helfer bei den demenzerkrankten älteren Menschen höher ist.

Infolge dieser Zusammenhänge unterscheidet sich das Risiko einer prekären Versorgungssituation im Privathaushalt nicht zwischen den (geringfügig) Hilfebedürftigen und den Pflegebedürftigen und auch nicht zwischen den dementen und den nicht dementen Älteren. Die geringfügig Hilfebedürftigen und die dementen Älteren wünschen sich aber häufiger (mehr) Hilfe im Haushalt, was dafür spricht, dass hauswirtschaftliche Hilfeleistungen eher gewährt werden, wenn Beeinträchtigungen bei elementaren alltäglichen Verrichtungen vorliegen.

Das Alter der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen hat auch bei Kontrolle weiterer Merkmale – insbesondere aber der Bedarfslage und der Haushaltssituation – einen Einfluss auf die Inanspruchnahme haushaltsexterner Hilfeleistungen, auf die Frequenz formeller Hilfen und auf das Risiko einer prekären Versorgungssituation. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, haushaltsexterne Hilfen in Anspruch zu nehmen, zu. Dies gilt im Hinblick auf alle haushaltsexternen hilfeleistenden Instanzen einschließlich der Heimunterbringung. Die Zunahme der Hilfefrequenz und die Abnahme des Risikos einer prekären Versorgungssituation mit dem Alter deuten darauf hin, dass schon ein sehr hohes Alter allein dazu führt, dass Hilfe- und Pflegeleistungen eher nachgesucht und angenommen, möglicherweise aber auch eher gewährt werden.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für den substitutiven Charakter der unterschiedlichen Versorgungsformen. Hierbei ist in der Tat der (Ehe-)Partner die primäre Hilfeinstanz, wenn es um die langfristige hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung geht. Da vor allem die Männer auch im hohen Alter noch vergleichsweise häufig mit einer Partnerin zusammenleben, sind es überwiegend alte Frauen, die die Versorgung des Partners übernehmen. Dem Alter der (Ehe-)Partner kommt dabei keine wesentliche Bedeutung zu. So nimmt, auch wenn der (Ehe-)Partner selbst schon ein hohes Alter erreicht hat, weder die Inanspruchnahme alternativer Versorgungsformen noch deren Hilfefrequenz zu. Im Gegenteil, ist ein Partner vorhanden, sinkt – unabhängig von dessen Alter – die Häufigkeit der formellen Hilfeleistungen. Neben den (Ehe-)Partnern sind es vor allem die mit ihren alten Eltern in einem gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder, die Haushalts-, Einkaufs- und Pflegehilfen übernehmen, wobei zu berücksichtigen ist, dass nur sehr wenige der alten Menschen mit einem der Kinder zusammenleben und dass es sich dabei überwiegend um alte Frauen handelt. Leben die älteren Menschen also mit einem (Ehe-)Partner oder einem der Kinder zusammen, werden sowohl formelle als auch informelle haushaltsexterne Hilfe- und Pflegeleistungen nur selten in Anspruch genommen, und Heimübergänge finden kaum statt.

Informelle und formelle Hilfe- und Pflegeleistungen werden substitutiv und nicht kumulativ genutzt. So werden Hilfeleistungen von haushaltsexternen Helfern und stationären Einrichtungen hauptsächlich dann in Anspruch genommen, wenn keine haushaltsinternen Helfer zur Verfügung stehen. Zusätzlich ist die Inanspruchnahme kombinierter haushaltsexterner informeller und formeller Hilfeleistungen nur sehr selten anzutreffen. Es gibt jedoch Hinweise auf eine komplementäre Nutzung haushaltsexterner informeller und formeller Hilfen. So steigert die Inanspruchnahme ambulanter formeller Hilfen die Frequenz der haushaltsexternen informellen Hilfeleistungen, und Ältere, die beide Versorgungsformen gemeinsam

nutzen, wünschen sich seltener (mehr) Hilfe im Haushalt im Vergleich zu den Älteren, die ausschließlich formelle Hilfe und Pflege in Anspruch nehmen. Letztere sind mit der hauswirtschaftlichen Versorgung häufiger unzufrieden, was die Schlussfolgerung nahe legt, dass die formellen Hilfeinstanzen allein den Bedarf in diesem Bereich nur sehr unzureichend abzudecken vermögen.

Die Zahl der in Berlin lebenden Kinder und die Größe des sozialen Netzwerks haben keinen Einfluss auf die Hilfe- und Pflegeform. Am Wohnort lebende Kinder sind auch nicht die hauptsächliche haushaltsexterne Hilfequelle, einen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von in Berlin lebenden Kindern und der Wahrscheinlichkeit einer informellen Versorgung gibt es nicht. Auch die Hilfefrequenz der Kinder ist nicht größer als die anderer informeller Helfer. Das Vorhandensein von Kindern in der Stadt erhöht also weder die Wahrscheinlichkeit noch die Häufigkeit haushaltsexterner informeller Hilfeleistungen und hat zudem keinen Einfluss auf die subjektive und objektive Bedarfsdeckung. Demgegenüber ist die Wahrscheinlichkeit eines Heimübergangs und einer Versorgung ausschließlich durch ambulante formelle Helfer geringer, wenn Kinder in der Stadt leben. Daraus lässt sich folgern, dass die Kinder die Versorgung eher übernehmen, wenn eine haushaltsinterne Versorgung oder eine Versorgung durch andere informelle Helfer nicht gewährleistet ist.

Mit Blick auf die Inanspruchnahme ambulanter formeller Hilfen zeigen die multivariaten Analysen, dass gerade die Gruppen mit geringen Ressourcen und Handlungskompetenzen seltener auf die staatlichen oder marktvermittelten ambulanten Hilfeangebote zurückgreifen. Die ambulanten formellen Hilfeangebote werden eher von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen mit hohen sozioökonomischen Ressourcen in Anspruch genommen. Für die Hilfefrequenz und die Bedarfsdeckung spielen die sozioökonomischen Ressourcen hingegen – über die Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsformen hinaus – keine entscheidende Rolle. Im Bildungs- und Berufssystem erworbene Handlungskompetenzen und Ressourcen prägen demzufolge auch im hohen Alter den Umgang mit einer nachlassenden Selbstversorgungsfähigkeit. Die besser gestellten Älteren nehmen eher Hilfe- und Pflegeleistungen von privat organisierten Helfern und organisierten Diensten in Anspruch und sie siedeln seltener in ein Heim über. Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme haushaltsexterner informeller Hilfe sinkt mit steigendem Sozialprestige. Finanzielle Transfers an die nachfolgende Generation oder an andere informelle Helfer – die mit zunehmendem Sozialprestige wahrscheinlicher werden – sind also vermutlich als Anreiz für die Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen ungeeignet.

Auf der Basis der vorgestellten Befunde wurden Nutzerprofile für stationäre Einrichtungen und organisierte Dienste bzw. privat organisierte Hilfe- und Pflegekräfte in Abgrenzung zu einer ausschließlichen Versorgung durch Mitglieder des informellen sozialen Netzwerks abgeleitet. Die Nutzer der ambulanten formellen Hilfemöglichkeiten sind eher stärker funktional beeinträchtigt (pflegebedürftig), besser gebildet, haben ein höheres Sozialprestige, seltener in der Wohnnähe lebende Kinder und leben zumeist allein. Pflegebedürftige, kognitiv Beeinträchtigte, Ältere ohne Partner und kleinem sozialen Netzwerk sowie Hochaltrige nehmen diese Hilfen mit einer höheren Hilfefrequenz in Anspruch. Die Nutzer dieser Hilfen wünschen sich häufiger (mehr) Hilfe im Haushalt. Die in stationären Einrichtungen lebenden Älteren sind ebenfalls eher stärker funktional, aber auch häufig kognitiv beeinträchtigt. Sie haben ein eher geringes Sozialprestige, lebten vor dem Heimübergang zur Miete und zumeist allein. Funktional oder kognitiv beeinträchtigte ältere Ältere, die allein leben und keine haushaltsexternen Hilfen in Anspruch nehmen, zeichnen sich durch geringe bis mittlere Grade der

Beeinträchtigung in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten und geringen sozioökonomischen Ressourcen aus.

Da zukünftige Altengenerationen besser gebildet sein werden, wird die Nachfrage nach formellen Hilfen vermutlich zunehmen. Sie werden auch sehr viel mehr gewohnt sein, ihr Leben auch abseits des traditionellen Familienideals einzurichten, und eher bereit sein, staatliche und marktvermittelte Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen. Wesentlich für die zukünftigen Altengenerationen werden dabei auch die sozialpolitischen Rahmenbedingungen sein, beispielsweise inwieweit Wahlmöglichkeiten gegeben sein werden und die hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen ihre Versorgung im Falle nachlassender Selbstversorgungsfähigkeit selbst organisieren können.

## 7.2 Sozialpolitische Schlussfolgerungen

Wie die Ergebnisse der Arbeit zeigen, wird bereits heute ein erheblicher Teil der Hilfe- und Pflegeleistungen für alte Menschen entgeltlich und nicht informell erbracht. Es spricht einiges dafür, dass zukünftig mehr ältere Menschen im Falle einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ausschließlich oder zumindest ergänzend auf formelle Hilfe zurückgreifen werden (müssen). Das Ziel politischer Maßnahmen und Programme für die Versorgung mit Hilfe und Pflege im Alter sollte sein, den Älteren möglichst lange ein selbstständiges Leben im eigenen Haushalt zu ermöglichen, gleichzeitig sollte aber auch eine bedürfnisgerechte, menschenwürdige Versorgung in stationären Einrichtungen möglich sein, wenn dies gewünscht wird oder notwendig ist. Aus den dargestellten Befunden kann geschlossen werden, dass die Leistungsfähigkeit im Alter nicht schlagartig nachlässt. Eine Heimunterbringung allein stehender älterer Menschen kann also möglicherweise noch weiter hinausgezögert werden, wenn geeignete, bedürfnisgerechte Hilfen für das Leben im Privathaushalt zur Verfügung stehen. So zeigt sich, dass ältere Menschen, die mit anderen Personen zusammenleben, äußerst selten in eine stationäre Einrichtung übersiedeln, selbst wenn erhebliche funktionale Beeinträchtigungen auftreten. Dabei kommt es offenbar gar nicht so sehr auf Pflegeleistungen im eigentlichen Sinne an, sondern auf die Bereitstellung von Sach- und Dienstleistungen für die Bewältigung des normalen Alltags, das heißt vor allem auch hauswirtschaftliche Hilfeleistungen. Ein ausreichendes Arbeitskräfteangebot für Hilfe- und Pflegeaufgaben zu mobilisieren, ist ein weiteres anzustrebendes Ziel. Die Beschwörung der Opfer- und Arbeitsbereitschaft von Familien kann zur Behebung des „Pflegenotstands“ nur wenig beitragen, und auch monetäre Anreize zur Mobilisierung von Hilfpotentialen scheinen wenig erfolgversprechend zu sein. Wirksamer ist es vielmehr, pflegende Angehörige zu unterstützen und so die Voraussetzungen für die Übernahme von Hilfeleistungen zu verbessern. Vorrangig bedarf es jedoch des marktwirtschaftlichen Lohnanreizes, um dem Mangel an professionellem Pflegepersonal zu begegnen. Zusätzlich ist ein gutes Ausbildungssystem für die bei der Altenpflege benötigten Berufe zu gewährleisten.

Die erheblich höhere Mortalitätsrate der hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen hat mit Blick auf die Hilfeleistungen auch eine praktische Konsequenz. Lange Antrags-, Warte- oder Bearbeitungszeiten bei formellen Hilfen vergrößern die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen bereits vor der Hilfestellung verstorben sind. Die relativ hohen Sterblichkeitsraten verweisen daher auf die Notwendigkeit rascher und unbürokratischer Hilfestellung. Nachteilig wirkt sich hier die Trennung zwischen „chronischer Krankheit“ und „Pflegebedürftigkeit“ aus, die auch im Pflegeversicherungsgesetz bestehen geblieben ist. So wurde auch der

Leistungskatalog der Krankenversicherung nicht um die volle Absicherung der Pflege ausgeweitet, sondern gesonderte Pflegekassen unter dem Dach der Krankenversicherungen eingerichtet. Da also beide Risiken für sich versichert sind, ist die Zuständigkeit nicht immer eindeutig zu klären. Der mögliche Streit über die Zuständigkeit und Kostenträgerschaft könnte auch in Zukunft die Bewilligung von notwendigen Hilfen verzögern und geht somit zu Lasten der Versicherten. Der Interpretationsspielraum bei der Abgrenzung von „Pflegebedürftigkeit“ und „Behandlungsbedürftigkeit“ birgt die Gefahr wechselseitiger „Kostenverlagerungen“ und steht einer raschen und unbürokratischen Leistungsgewährung entgegen.

Die Bereitschaft zur Gewährung von Hilfeleistungen und die tatsächliche Umsetzung ist zweierlei. Neben dem Willen und Wunsch der Angehörigen zu helfen, kommt es auch auf die Rahmenbedingungen an, die weiter verbessert werden können. Die Entlastung informeller Helfer und ihre Unterstützung bei den Versorgungsaufgaben ist am ehesten geeignet, günstige Voraussetzungen zu schaffen. Maßnahmen, die auf eine Vereinbarkeit von Beruf und der Versorgung alter Eltern abzielen, dürften allerdings wenig hilfreich sein. Vielmehr kann über einen verstärkten Ausbau und eine Ausweitung des Leistungskatalogs organisierter ambulanter Dienste vermutlich eine größere Wirkung erzielt werden. Dabei ist insbesondere den Kindern die Möglichkeit zu eröffnen, die Verpflichtungen gegenüber der eigenen Kernfamilie und gegenüber den alten Eltern vereinbaren zu können. Die Bereitschaft, organisierte ambulante Dienste in Anspruch zu nehmen, dürfte in Zukunft ansteigen, da die erwachsenen Kinder der Bezieher von offenen Hilfen häufiger über eine höhere Schulbildung verfügen und die zukünftigen „mittleren Generationen“ besser gebildet sein werden. Anzustreben ist also eine verbesserte Kooperation zwischen informellen und formellen Hilfeinstanzen, das heißt, das substitutive Verhältnis sollte verstärkt in Richtung eines sich wechselseitig ergänzenden Hilfesystems entwickelt werden. Beispielsweise ist eine stärkere Beteiligung sozialpflegerischer Dienste an der Versorgung älterer, in Mehr-Personen-Haushalten lebender Menschen anzustreben und zu unterstützen. Vor allem aber mit Blick auf die nicht in Familien eingebundenen Teile – und das ist innerhalb der hilfe- und pflegebedürftigen älteren Bevölkerung die weitaus überwiegende Mehrheit – führt kein Weg an einem Ausbau der ambulanten Dienstleistungen vorbei. Diese müssen in die Lage versetzt werden, die Versorgung der älteren Menschen auch ohne zusätzliche informelle Helfer zu übernehmen, will man die Versorgung derjenigen, die sich keine privat organisierten Helfer leisten können, nicht weitgehend den stationären Einrichtungen überlassen. Dazu sollten auch hauswirtschaftliche Dienste sehr viel stärker von den organisierten Diensten übernommen werden (können).

Der Versuch, die Verantwortlichkeit für Hilfe- und Pflegeleistungen in die Familien zu verlagern, verkennt einerseits die zunehmenden qualifikatorischen Anforderungen bei der Pflege und übersieht andererseits die Belastungen und den hohen Aufwand, die mit der Versorgung stark beeinträchtigter Menschen verbunden sind. Gerade bei den Pflegebedürftigen und den Dementen können haushaltsexterne informelle Helfer offenbar kaum die Versorgung gewährleisten. Organisierte ambulante Dienste für ältere Menschen sind zudem sehr viel eher dem Bedarf entsprechend zu verteilen und eher in der Lage, eine dauerhafte regelmäßige Versorgung sicherzustellen. Ein Ausbau des formellen Versorgungssystems setzt eine Erhöhung des in der Pflege tätigen Personals voraus. Vorrangig bedarf es hier des marktwirtschaftlichen Lohnanreizes. Ein höherer Lohn könnte nach allen Erfahrungen ein zusätzliches Arbeitskräftepotential mobilisieren. Da mit hoher Wahrscheinlichkeit überwiegend Frauen in diese Berufe drängen, könnte diese Entwicklung im Gleichklang mit der verstärkten Erwerbstätigkeit von Frauen stehen. Zusätzlich ist die Ausbildung der an der Altenhilfe beteiligten Berufe zu ver-

bessern, wobei die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit die Notwendigkeit unterstreichen, die Versorgung dementer alter Menschen verstärkt in die Ausbildung einzubeziehen. Eine wesentlich höhere angebotsinduzierte Nachfrage infolge eines Ausbaus des formellen Versorgungssystems ist nicht zu erwarten, zeigt sich doch, dass die Inanspruchnahme der organisierten ambulanten Dienste – trotz des verstärkten Ausbaus in den 1980er Jahren – sehr viel geringer ist als der Bedarf an solchen Diensten.

Die Anreize im Pflegeversicherungsgesetz zur Mobilisierung informeller Hilfe- und Pflegepotentiale dürften nur einen sehr begrenzten Personenkreis erreichen. So sind Hilfen für ehemalige informelle Helfer zur Wiedereingliederung in den Beruf und mithin auch die Zahlungen von Rentenbeiträgen für informelle Helfer eher ungeeignet, da zumindest die familialen Helfer selbst schon älter sind und bei jüngeren Angehörigen die Verpflichtungen gegenüber der eigenen Kernfamilie einer Übernahme zeitaufwendiger Pflegeleistungen im Wege stehen. Zudem konnte in den empirischen Analysen kein Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit finanzieller Transfers und der Gewährung von Hilfeleistungen durch Mitglieder des informellen sozialen Netzwerks gefunden werden. Finanzielle Transfers können insofern kaum zusätzliche informelle Hilfe- und Pflegepotentiale mobilisieren, zumal die im Pflegeversicherungsgesetz vorgesehenen Geldbeträge nur etwa die Hälfte der für Sachleistungen bzw. professionelle Helfer vorgesehenen Beträge ausmachen und der Leistungsanspruch überhaupt erst bei einem vergleichsweise hohen Pflegebedürftigkeitsgrad einsetzt.

Über die ordnungspolitischen und finanzierungstechnischen Aspekte des Pflegeversicherungsgesetzes sind die Fragen nach dem Leistungsspektrum einer Pflegeversicherung in der öffentlichen Diskussion vernachlässigt worden. Im Ergebnis ist das Pflegeversicherungsgesetz darauf ausgerichtet, die Sozialhilfe von den Finanzierungsnöten durch die Pflegebedürftigen zu entlasten. Demgegenüber ist eine angemessene Finanzierung der Dienste bei angemessener Dienstqualität anzustreben. Grundsätzlich sollte dabei die „Konsumenten-souveränität“ gestärkt werden, indem Pflegebedürftige statt der normierten „Sachleistung Pflege“ einen Geldtransfer zur freien Verwendung erhalten. An Stelle der im Pflegeversicherungsgesetz prinzipiell vorgesehenen Dominanz der Sachleistungen – dokumentiert durch die höheren finanziellen Transfers – sollten die Geldleistungen im Vordergrund stehen, zumindest aber die zwischen beiden Leistungsformen unterschiedlichen Festbeträge angeglichen werden. Die Variation der Festbeträge nach dem Erbringer der Leistungen – die ja schon im Gesundheitsreformgesetz von 1988 enthalten war – führt offenbar nicht zu einer verstärkten Inanspruchnahme der Sachleistungen. Steuerungspolitische Elemente sind im Pflegeversicherungsgesetz im Übrigen bereits durch die Variation der Festbeträge nach der Pflegestufe enthalten. Vor allem im Bereich der Sozialstationen ließen sich möglicherweise Inanspruchnahmebarrieren abbauen, wenn die pflegebedürftigen Menschen selbst die Kosten ausbezahlen und direkt als Nachfrager auftreten können. Anzumerken ist aber, dass die in der Pflegeversicherung vorgesehenen Leistungen zu niedrig kalkuliert sind. In der Folge werden, zumindest im Bereich der stationären Versorgung, erhebliche Anteile der Hilfe- und Pflegebedürftigen auch weiterhin von der Sozialhilfe abhängig sein (Naegele, 1992; Spieß & Wagner, 1993). So lange aber stationäre Pflege mit Sozialhilfeabhängigkeit einhergeht, lässt sich das Geldleistungsprinzip kaum verantworten. Gerade für einkommensschwache Familien besteht dann ein Anreiz, eine angemessene stationäre Pflege zu Gunsten einer möglicherweise schlechteren häuslichen Pflege, für die es einen Geldtransfer gibt, hinauszuschieben.

Die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeitsstufe wird vom Kostenträger, der ein Interesse daran hat, die Ausgaben für Pflegeleistungen möglichst zu begrenzen, durch-

geführt<sup>91</sup>. Ausschlaggebend für die Einstufung in die Pflegestufen sind die funktionalen Beeinträchtigungen<sup>92</sup>. In der vorliegenden Arbeit konnte jedoch gezeigt werden, dass gerade den kognitiven Beeinträchtigungen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommt, sodass sie sehr viel stärker in der Begutachtung berücksichtigt werden sollten. Zusätzlich hat die in der Arbeit vorgestellte Abgrenzung der Pflegebedürftigkeit in Anlehnung an die Begutachtungsrichtlinien gezeigt, dass diese Richtlinien sehr restriktiv sind und bei weitem nicht alle älteren Menschen, die bei alltäglichen Verrichtungen der Hilfe bedürfen, auch als „pflegebedürftig“ im sozialrechtlichen Sinne einzustufen sind. Die ausdrückliche Förderung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen im Pflegeversicherungsgesetz ist sicherlich ein Schritt in die richtige Richtung. Zusätzlich wäre es jedoch sinnvoll, bereits in einem frühen Stadium der Hilfebedürftigkeit auch Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz zu bewilligen. Setzt ein Leistungsanspruch erst ab einem hohen Pflegebedürftigkeitsgrad ein, begünstigt dies die Tendenz, um jeden Preis in diesen Grad eingestuft zu werden. Hilfeleistungen bereits ab einer niedrigen Pflegebedürftigkeit könnten hingegen einen vorbeugenden Effekt ausüben, da Pflegebedürftige befähigt würden, sich schon in diesem Stadium (ergänzende) Hilfe zu beschaffen, die das Entstehen einer Schwerstpflegebedürftigkeit möglicherweise verhindern oder hinauszögern könnte.

Die in der Arbeit aufgezeigte Bedeutung der Heime für die Versorgung der älteren hilfe- und vor allem pflegebedürftigen Menschen verweist auf die Notwendigkeit, diesen Bereich des Versorgungssystems nicht aus den Augen zu verlieren. Vielmehr ist unter humanitären Gesichtspunkten eine Verbesserung der Versorgung in den Heimen anzustreben. Auch wenn der Wunsch nach häuslicher Pflege bei den alten Menschen weit verbreitet ist, scheint eine angemessene Versorgung unter bestimmten Bedingungen nur im Heim möglich zu sein. Auch die Durchlässigkeit von Heimen sollte gewährleistet werden. Derzeit stellt eine Heimübersiedlung einen endgültigen Schritt dar, flankierende Maßnahmen, die im Falle einer Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit einen Übergang zurück in einen privaten Haushalt unterstützen, sind nicht vorgesehen. Darüber hinaus sollten die Heime auch die Möglichkeit bieten und finanziell dazu in die Lage versetzt werden, Ehepaare aufzunehmen, auch dann, wenn einer der beiden Partner nicht pflegebedürftig ist.

Die Verbesserung der Situation von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen wird voraussichtlich mehr finanzielle Leistungen erfordern als bisher. Die humanitäre Weiterentwicklung unseres Altenhilfesystems erfordert neue Schritte, wobei die Grundlage von Entscheidungen in diesem Bereich nicht die Suche nach der billigsten Variante sein sollte – auch nicht in Zeiten knapper werdender Mittel und finanzieller Krisen. Es ist vielmehr eine Altenversorgung anzustreben, die die Würde und Integrität der alten Menschen erhält und ihren eigenen Wünschen entspricht.

---

<sup>91</sup> Das Gutachten könnte beispielsweise auch vom Leistungsträger erstellt werden. Das Problem hierbei ist, dass der Leistungsfall von demjenigen ausgelöst wird, der die Leistung auch erbringt und davon profitiert. In der ambulanten ärztlichen Versorgung ist dies jedoch schon immer systemimmanent und wurde bisher nicht ernsthaft in Frage gestellt.

<sup>92</sup> Genau genommen der – schwer zu ermittelnde – zeitliche Hilfebedarf aufgrund funktionaler Beeinträchtigungen und nicht das – erheblich einfacher zu ermittelnde – Ausmaß der funktionalen Beeinträchtigungen (vgl. zu einer ausführlichen Diskussion des Begutachtungsverfahrens: Cappell, 1996).



### 7.3 Forschungsperspektiven

Zukünftige Forschungsvorhaben sollten sich an der sozialen Vielfalt und Heterogenität der älteren Menschen ausrichten. Pauschalisierende Darstellungen im Hinblick auf ältere Menschen im Allgemeinen und die Versorgungssituation hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen im Besonderen sind wenig aussagekräftig. Prognosen, die hauptsächlich auf den Proportionen unterschiedlicher Altersgruppen in der Gesellschaft basieren, übersehen die soziale Vielfalt innerhalb der Gesamtgruppe der alten Menschen. Auch Studien, die bestimmte Teile der untersuchten Population – beispielsweise Heimbewohner – nicht mit einschließen, können nur ein unvollständiges Bild sowohl des Ausmaßes der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als auch der Versorgungssituation liefern. Es sind nicht *die* Alten, die von ihren Familien aufopferungsvoll versorgt oder in Heime abgeschoben werden. Vielmehr sind die gesellschaftlichen und intra- wie interindividuellen Bedingungen und Entscheidungsprozesse, die für die Versorgungssituation bestimmend sind, zu untersuchen.

Für weiterführende Untersuchungen der Frage, inwieweit die einzelnen Dienste wechselseitig substituierbar sind, wären letztlich eine sehr detaillierte Erfassung der einzelnen Hilfetätigkeiten und deren Häufigkeit und Umfang zu ermitteln. Dies schließt eine genaue Erhebung der hauswirtschaftlichen und insbesondere auch der innerhalb des Haushalts erbrachten Leistungen bzw. der haushaltsinternen Arbeitsteilung ein.

In einem weiterführenden Schritt wären die formellen und informellen Versorgungssysteme nicht nur systematisch in ihrem Wandel zu beschreiben, sondern auch deren Rückwirkungen auf die subjektive und objektive Lebensqualität und den Alternsprozess sowohl der Hilfeempfänger als auch der Helfer zu analysieren. Auf der Mikroebene wäre zu untersuchen, wie sich jeweils Effizienz und Kosten unterschiedlicher Versorgungsformen und staatlich-administrativer Interventionen auf die Situation der älteren Menschen auswirken. Hierbei sind zunächst geeignete Indikatoren für die Erfassung der Effizienz von Hilfeleistungen herauszuarbeiten.

Auch eine Verbesserung des epidemiologischen Wissens ist anzustreben. Wesentlich sind hierbei insbesondere Informationen über die relative Dauer, die Art und den Verlauf chronischer Krankheiten sowie das Verständnis der Bedingungen. Notwendig wäre also die Erhebung von Morbiditäts- und Mortalitätsdaten in einer hinreichend differenzierten Bevölkerungsgruppe.

Im Hinblick auf die Pflegeversicherung wäre zu ermitteln, ob und gegebenenfalls welche Wirkungen die mit der Einführung verbundenen Veränderungen sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite tatsächlich haben. Hier bietet sich zudem die Möglichkeit, die Wirkung staatlicher Maßnahmen auf die Lebenssituation von Individuen und die Bedingungen zu untersuchen, unter denen in der Ausgestaltung politischer Programme für die älteren Menschen deren Interessen wahrgenommen und berücksichtigt werden.

Eine weitere Forschungsperspektive ist in der Erhebung geeigneter Längsschnittdatensätze zu sehen, die idealerweise den Zeitraum vom Auftreten funktionaler und/oder kognitiver Beeinträchtigungen bis hin zum Tod abdecken. Gegenwärtig lässt sich über die Sequenz und Dauer unterschiedlicher Hilfe- und Pflegealternativen und mögliche systematische Differenzen in der zeitlichen Verortung der Inanspruchnahme informeller und formeller Hilfeangebote letztlich nur spekulieren. Auf der Basis von Längsschnittdaten wäre es möglich, die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen im Rahmen eines Modells einer „Pflegekarriere“ zu betrachten und die Übergänge zwischen einzelnen Hilfequellen und -formen ins

Zentrum der Untersuchung zu stellen und so einen tiefer gehenden Einblick in die Entscheidungsprozesse und bestimmenden Faktoren zu gewinnen. Darüber hinaus ließe sich der Beitrag der einzelnen Hilfeinstanzen genauer ermitteln, da insbesondere Hilfeleistungen, die innerhalb der Langzeitversorgung nur kurzfristig erbracht werden, in Querschnittserhebungen erheblich unterschätzt werden können. Im Rahmen der Erhebung von Längsschnittdatensätzen wäre zusätzlich eine Verbindung von strukturellen Informationen zum institutionellen Versorgungsangebot (Anzahl der Dienste und Einrichtungen vor Ort, Umfang und Qualität der angebotenen Dienst- und Versorgungsleistungen, Finanzierung und personelle Ausstattung der Dienste und Einrichtungen usw.) mit den Individualdaten von Vorteil, da so eine Abschätzung der Bedeutung und Wirkung von Entwicklungen und Veränderungen des Versorgungsangebots möglich wäre.

Da hinsichtlich grundlegender Merkmale (z.B. Anteil der Kinderlosen, Erwerbsverläufe usw.) die Untersuchung alter Menschen auch immer eine Untersuchung der Angehörigen historisch spezifisch gelagerter Generationen ist, lässt sich letztendlich nur über Kohortensequenzstudien feststellen, was an den Befunden universell, was daran möglicherweise historisch einmalig und was einer systematischen trendartigen Veränderung unterworfen ist. Einfache Extrapolationen, auch wenn sie die soziale Variabilität der heutigen Altenpopulationen berücksichtigen, können leicht irreführend sein, da die gesellschaftliche Umwelt ebenso wie die Ressourcen, Normen und Wertorientierungen nachfolgender Kohorten anders sein werden.

# Literatur

- Adamy, W. & Naegele, G. (1985). Armenpolitik in der Krise. Bestandsaufnahme und Entwicklungstrends. In S. Leibfried & F. Tennstedt (Hrsg.), *Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats* (S. 94–123). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der FU Berlin und Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der Gesamthochschule Kassel. (1991). *Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Alber, J. (1990). Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands in der Bundesrepublik. *Staatswissenschaft und Staatspraxis*, 3, 335–362.
- Alber, J. (1991). *The impact of public policies on older people in the Federal Republic of Germany*. Report for the European Community actions on older people, Konstanz.
- Amann, A. (1982). The elderly, the family, and bureaucracy. In Centro Internazionale Studi Famiglia (Ed.), *The family and the elderly in society* (pp. 172–207). Mailand: Centro Internazionale Studi Famiglia.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, R. (1968). *A behavioral theory of families' use of health services*. University of Chicago: Center for Health Administration Studies.
- Andersen, R. & Newman, J. F. (1973). Societal and individual health determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95–124.
- Antonucci, T. C. (1985). Personal characteristics, social support, and social behavior. In R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (2nd ed., pp. 94–128). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Arber, S. & Ginn, J. (1990). The meaning of informal care: Gender and the contribution of elderly people. *Ageing and Society*, 10, 429–454.
- Bäcker, G. (1979). Entprofessionalisierung und Laisierung sozialer Dienste – richtungsweisende Perspektive oder konservativer Rückzug? *WSI-Mitteilungen*, 32, 526–537.
- Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K. & Naegele, G. (1989a). *Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland: Bd. 2. Gesundheit – Familie – Alter – Soziale Dienste*. Köln: Bund.
- Bäcker, G., Dieck, M., Naegele, G. & Tews, H. P. (1989b). *Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen*. Wissenschaftliches Gutachten zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung des Zweiten Landesaltenplans. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Badura, B. & Gross, P. (1976). *Sozialpolitische Perspektiven*. München: Piper.
- Baldock, J. & Evers, A. (1991). Beiträge zu einer neuen Dienstleistungskultur – Beispiele aus dem Bereich der Altenpflege in den Niederlanden, Schweden und England. *Soziale Welt*, 42 (2), 232–257.
- Baldock, J. & Evers, A. (1992). Versorgungssysteme für ältere Menschen im europäischen Überblick. In J. Kytir & R. Münz (Hrsg.), *Alter und Pflege – Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos* (S. 11–42). Berlin: Blackwell Wissenschaft.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 1–34). Berlin: de Gruyter.
- Baltes, P. B., Mayer, K. U., Helmchen, H. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996). Die Berliner Altersstudie (BASE): Überblick und Einführung. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 21–54). Berlin: Akademie Verlag.
- Bangma, B. D. (1992). *Rehabilitation – Zukunft 2000*. Grußwort. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). Kongressbericht des Bundeskongresses für Rehabilitation, Frankfurt a.M.
- Bass, D. M., Looman, W. J. & Ehrlich, P. (1992). Predicting the volume of health and social services: Integrating cognitive impairment into the modified Andersen framework. *The Gerontologist*, 32 (1), 33–43.
- Bauer, R. & Dießenbach, H. (1986). Einführung. In R. Bauer & H. Dießenbach (Hrsg.), *Organisierte Nächstenliebe: Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfe in der Krise des Sozialstaats*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bauer-Söllner, B. (1991). Institutionen der offenen Altenhilfe – aktueller Stand und Entwicklungstendenzen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung* (S. 57–235). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Beck-Gernsheim, E. (1993). Familie und Alter: Neue Herausforderungen, Chancen und Konflikte. In G. Naegele & H. P. Tewes (Hrsg.), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters* (S. 158–169). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Behrend, C., Dieck, M., von Kondratowitz, H. J. & Schmidt, R. (1987). Graue Gesellschaft – rosa Zeiten? Zur Zukunft der Altenhilfe. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Die ergraute Gesellschaft* (S. 263–283). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Bengtson, V. L., Olander, E. B. & Haddad, A. A. (1976). The „generation gap“ and aging family members: Toward a conceptual model. In J. F. Gubrium (Ed.), *Time, roles and self in old age* (pp. 237–263 and 347–351). New York: Academic Press.
- Bengtson, V. L. & Schütze, Y. (1992). Altern und Generationenbeziehungen: Aussichten für das kommende Jahrhundert. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 492–517). Berlin: de Gruyter.
- Berger, J. & Offe, C. (1984). Die Entwicklungsdynamik des Dienstleistungssektors. In C. Offe (Hrsg.), *„Arbeitsgesellschaft“: Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven* (S. 229–270). Frankfurt a.M.: Campus.
- Bickel, H. (1994). Demenz und Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 136 (42), 640–643.
- Bickel, H. & Jaeger, J. (1986). Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, 30–39.
- Birg, H., Filip, D. & Flöthmann, E. J. (1990). *Paritätsspezifische Kohortenanalyse des generativen Verhaltens in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg*. Bielefeld: Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik.
- Birg, H. & Flöthmann, E. J. (1993). *Bevölkerungsprojektionen für das vereinigte Deutschland bis zum Jahr 2100*. Bielefeld: Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik.
- Blosser-Reisen, L. (1990). Selbständige Lebens- und Haushaltsführung bei Behinderungen im Alter mit Hilfe neuer Technologien. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 3–11.
- Blossfeld, H. P., Hamerle, A. & Mayer, K. U. (1986). *Ereignisanalyse. Statistische Theorie und Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Blossfeld, H. P. & Rohwer, G. (1995). Techniques of event history modeling – New approaches to causal analysis. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Borscheid, P. (1992). Der alte Mensch in der Vergangenheit. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 35–61). Berlin: de Gruyter.
- Börsch-Supan, A. (1991). Implications of an aging population: Problems and policy options in West Germany and the United States. *Economic Policy*, 12, 103–139.
- Branch, L. G. & Jette, A. M. (1983). Elders' use of informal long-term care assistance. *The Gerontologist*, 23, 51–56.
- Brandt, H. (1987). Der Wunsch des alten Menschen nach stationärer Betreuung – Sozialhilfe zwischen Wahlrecht, Erforderlichkeit und Kosten. In H. Brandt, E. Dennebaum & W. Rückert (Hrsg.), *Stationäre Altenhilfe. Problemfelder – Rahmenbedingungen – Perspektiven* (S. 30–46). Freiburg: Lambertus.
- Braun, H. (1987). Pflegebedürftigkeit als sozialer Tatbestand. Zwischen privater Bewältigung und gesellschaftlicher Problemverarbeitung. In H. Brandt, E. M. Dennebaum & W. Rückert (Hrsg.), *Stationäre Altenhilfe. Problemfelder – Rahmenbedingungen – Perspektiven* (S. 11–29). Freiburg: Lambertus.
- Braun, H. (1991). Altenhilfe und Altenpolitik – Grenzen der Rehabilitation in der Altenhilfe, zunehmende Probleme durch Irreversibilität? In R. M. Schütz, R. Schmidt & H. P. Tewes (Hrsg.), *Altern zwischen Hoffnung und Verzicht – Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität* (S. 100–117). Lübeck: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.
- Brennecke, R. & Schelp, F. P. (1993). *Sozialmedizin*. Stuttgart: Enke.
- Brillinger, D. R. (1986). The natural variability of vital rates and associated statistics. *Biometrics*, 42, 693–734.
- Brody, E. M. (1977). *Long-term care of older people. A practical guide*. New York: Human Sciences Press.
- Brody, E. M. (1981). Women in the middle and family help to older people. *The Gerontologist*, 21, 470–480.
- Brody, E. M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19–29.
- Brody, J. A. (1985). Decreasing mortality and increasing morbidity in the 20th and 21st centuries. *Philosophy and Medicine Series*, 21, 156–173.
- Bröschen, E. (1983). *Die Lebenslage älterer Menschen im ländlichen Raum – eine empirische Untersuchung als Grundlage zur Planung von sozialen Diensten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brubaker, T. H. (1985). *Later life families*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (Hrsg.). (1986). *Vierter Familienbericht. Die Situation der älteren Menschen in der Familie*. Bonn: BMJFFG.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.). (1990). *1. Teilbericht zur Erstellung des 1. Altenberichts der Bundesregierung*. Bonn: BMFuS.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.). (1994). *Datensammlung zu Formen und Strukturen des familiären Zusammenlebens und zur Geburtenentwicklung*. Bonn: BMFuS.
- Bury, M. (1988). Arguments about ageing: Long life and its consequences. In N. Wells & C. Freer (Eds.), *The ageing population, burden or challenge?* (pp. 17–32) London: Macmillan Press.
- Buttler, G. (1992). *Der gefährdete Wohlstand. Deutschlands Wirtschaft braucht die Einwanderer*. Frankfurt a.M.: Campus.

- Cantor, M. H. (1979). Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, 1, 434–463.
- Cantor, M. H. (1980). The informal support system: Its relevance in the lives of the elderly. In E. Borgotta & N. McClusky (Eds.), *Aging and society*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Cantor, M. H. (1983). Strain among caregivers: A study of experiences in the United States. *The Gerontologist*, 23 (5), 597–604.
- Cappell, E. (1996). Die Bestimmung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz im interdisziplinären Vergleich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (6), 418–425.
- Chang, C. F. & White-Means, S. I. (1991). The men who care: An analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home. *Journal of Applied Gerontology*, 10, 343–358.
- Chappell, N. L. (1990). Aging and social care. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social science* (3rd ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Chappell, N. L. & Blandford, A. (1991). Informal and formal care: Exploring the complementarity. *Ageing and Society*, 11, 299–317.
- Cheal, J. D. (1988). Theories of serial flow in intergenerational transfers. *International Journal of Aging and Human Development*, 26 (4), 261–273.
- Clemens, W. (1993). Soziologische Aspekte eines „Strukturwandels des Alters“. In G. Naegele & H. P. Tews (Hrsg.), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters* (S. 61–81). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Closs, C. (1986). Alte Menschen in Heimen und ambulanter Betreuung: Ein empirischer Vergleich. In H. Döhner & H. Freese (Hrsg.), *Altersforschung 1985 – Beiträge zum allgemeinen Vorlesungswesen der Universität Hamburg* (S. 215–242). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Cooper, B., Mahnkopf, B. & Bickel, H. (1984). Psychische Erkrankungen und soziale Isolation bei älteren Heimbewohnern: Eine Vergleichsstudie. *Zeitschrift für Gerontologie*, 17, 117–125.
- Copeland, J. R., Kelleher, M. J., Kellert, J. M., Gourlay, A. J., Gurland, B. J., Fleiss, J. M. & Sharpe, L. (1976). A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: I. Development and reliability. *Psychological Medicine*, 6, 439–449.
- Coulton, C. & Frost, A. (1982). Use of social and health services by the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 330–339.
- Cox, D. R. (1972). Regression models and life-tables. *Journal of the Royal Statistical Society*, 34, 187–220.
- Crimmins, E. M. (1987). Evidence on the compression of morbidity. *Gerontologien Perspectives*, 1, 45–49.
- Dahlem, O. (1991). Die Bedeutung der Heimbetreuung wird wachsen. *Altenheim*, 30, 134–144.
- Damkowsky, W., Görres, S. & Luckey, K. (1988). *Sozialstationen – Konzept und Praxis eines Modells ambulanter Versorgung*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Dennebaum, E. M. & Rückert, W. (1987). Ambulante und stationäre Pflege – Konkurrenz oder Ergänzung? In H. Brandt, E. M. Dennebaum & W. Rückert (Hrsg.), *Stationäre Altenhilfe. Problemfelder – Rahmenbedingungen – Perspektiven* (S. 163–181). Freiburg: Lambertus.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (1979). *Nomenklatur der Veranstaltungen, Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe*. Frankfurt a.M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (1986). *Nomenklatur der Veranstaltungen, Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe*. Frankfurt a.M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Diamond, S. & Narr, W. D. (1985). Bürokratie als Schicksal? Historische und aktuelle Aspekte und Alternativen. In S. Diamond, W. D. Narr & H. Homann (Hrsg.), *Bürokratie als Schicksal?* (S. 7–19) Opladen: Leviathan (Sonderheft 6).
- Dieck, M. (1987). Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen. In R. M. Schütz (Hrsg.), *Alter und Krankheit* (S. 240–261). München: Urban & Schwarzenberg.
- Dieck, M. (1991). Not der Pflege, Not der Behandlung, Not der Hauswirtschaft – Untersuchung nationaler Akzentuierungen im internationalen Kontext. In R. M. Schütz, R. Schmidt & H. P. Tews (Hrsg.), *Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität* (S. 208–229). Lübeck: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.
- Dieck, M. (1992). Sozialpolitische Diskussion rund um die Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in Westdeutschland. In J. Kytir & R. Münz (Hrsg.), *Alter und Pflege – Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos* (S. 43–70). Berlin: Blackwell Wissenschaft.
- Dieck, M. (1993). *Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen: Die Versorgungssysteme entwickeln sich weithin unabhängig von relevanten Bedarfsausprägungen*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Dieck, M. & Naegele, G. (1993). „Neue Alte“ und alte soziale Ungleichheiten – vernachlässigte Dimension in der Diskussion des Altersstrukturwandels. In G. Naegele & H. P. Tews (Hrsg.), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters* (S. 43–60). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Diewald, M. (1990). Pluralisierung oder Polarisierung? Empirische Ergebnisse zur gesellschaftlichen Bedeutung von Familien- und Netzwerkbeziehungen in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Sozialreform*, 11/12, 746–762.

- Diewald, M. (1991). *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung?* Berlin: edition sigma.
- Diewald, M. (1994). Soziale Differenzierung im Alter und die Polarisierung von Hilfebeziehungen. In S. Meyer & E. Schulze (Hrsg.), *Soziale Lage und soziale Beziehungen. Beiträge aus der Soziologie der Bevölkerung und angrenzender Disziplinen* (S. 127–144). Boppard: Boldt.
- Dinkel, R. H. (1992). Demographische Alterung: Ein Überblick unter besonderer Berücksichtigung der Mortalitätsentwicklung. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 62–94). Berlin: de Gruyter.
- Dinkel, R. H. & Milenovic, I. (1992). Die Kohortenfertilität von Männern und Frauen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 44, 55–75.
- Doty, P. (1986). Family care of the elderly: The role of public policy. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 64, 34–75.
- Durkheim, E. (1897/1973). *Der Selbstmord*. Neuwied: Luchterhand.
- Elkeles, T. & Mielck, A. (1993). *Soziale und gesundheitliche Ungleichheit*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Veröffentlichungssreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik).
- Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“. (1994). *Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik*. Bonn: Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“).
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Fengler, A. P. & Goodrich, N. (1979). Wives of elderly disabled men: The hidden patients. *The Gerontologist*, 19, 175–183.
- Fischer, L. (1976). *Die Institutionalisierung alter Menschen*. Wien: Böhlau-Verlag.
- Fox, J. (Ed.). (1989). *Health in equalities in European countries*. Aldershot, UK: Gower.
- Frank, W. (1987). Notwendigkeit, Ausgestaltung und Auswirkungen einer Pflegeversicherung auf den stationären Bereich. In H. Brandt, E. Dennebaum & W. Rückert (Hrsg.), *Stationäre Altenhilfe. Problemfelder – Rahmenbedingungen – Perspektiven* (S. 227–243). Freiburg: Lambertus.
- Fries, J. F. (1983). The comparison of morbidity. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 61, 397–419.
- Fries, J. F. (1989). *Aging well*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Füsgen, I. (1988). *Alterskrankheiten und stationäre Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gabler, S., Hoffmeyer-Zlotnik, J. & Krebs, D. (Hrsg.). (1994). *Gewichtung in der Umfragepraxis*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Galler, H. P. (1990). Verwandtschaftsnetzwerke im demographischen Wandel. Ergebnisse einer Modellrechnung. *Acta Demographica*, 1, 63–84.
- Garms-Homolová, V. & Hütter, U. (1983). Motorische Leistungsfähigkeit und motorische Behinderungen 60- bis 90-jähriger Großstadtbevölkerung. *Zeitschrift für Gerontologie*, 16, 260–269.
- Garms-Homolová, V. & Korte, W. (1993). Altern in der Stadt und auf dem Lande – Unterschiede oder Angleichung? In G. Naegele & H. P. Tews (Hrsg.), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Garms-Homolová, V. & Schaeffer, D. (1992). *Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen*. Freiburg: Lambertus.
- George, L. K. (1989). Social and economic factors. In E. W. Busse & D. G. Blazer (Eds.), *Geriatric psychiatry* (S. 203–234). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- George, L. K. & Maddox, G. L. (1989). Social and behavioral aspects of institutional care. In M. C. Ory & K. Bond (Eds.), *Aging and health care. Social science and policy perspectives* (pp. 116–142). London: Routledge.
- Gerhardt, U. (1981). Der Krankheitsbegriff im symbolischen Interaktionismus. In H. Deppe, U. Gerhardt & P. Nowak (Hrsg.), *Medizinische Soziologie. Jahrbuch 1*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Gibson, M. J. (1992). Public health and social policy. In H. L. Kendig, A. Hashimoto & L. C. Coppard (Eds.), *Family support for the elderly* (pp. 88–116). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gilberg, R. (1992, June). *Sources of care used in old and very old age*. Paper presented at the Inter-Congress Meeting of the „Research Committee on Aging of the International Sociological Association“, Stockholm.
- Gilberg, R. & Pötter, U. (1994). *Poststratifizierungsgewichte für die BASE-Studie*. Unveröff. Manuskript, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin.
- Gitschmann, P. (1987). *Alterssozialpolitik auf kommunaler Ebene – Rahmenbedingungen und Strukturen*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Gitschmann, P. (1990). Armut und Unterversorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter. In D. Döring, W. Hanesch & E. U. Huster (Hrsg.), *Armut im Wohlfahrtsstaat*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Goffman, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25 (2), 161–178.
- Gray, M. (1988). Living environments for the elderly: 1. Living at home. In N. Wells & C. Freer (Eds.), *The aging population: Burden or challenge?* (pp. 203–216) London: Macmillan Press.

- Greene, V. L. & Ondrich, J. I. (1990). Risk factors for nursing home admission and exits: A discrete-time hazard function approach. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 5, 250–258.
- Gross, P. (1983). *Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft?* Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gross, P. (1993). Die Dienstleistungsstrategie in der Sozialpolitik. Neue Herausforderungen. In H. Braun & G. Johné (Hrsg.), *Die Rolle sozialer Dienste in der Sozialpolitik* (S. 11–26). Frankfurt a.M.: Campus.
- Großjohann, K. (1989). *Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 249).
- Grunow, D. (1985). Tragfähigkeit kleiner sozialer Netze – eine sozialpolitische Analyse. In V. Garms-Homolová, A. Hoffmann, R. Schmitz-Scherzer & W. Tokarski (Hrsg.), *Professionalisierung und Laisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen* (S. 213–231). Kassel: Gesamthochschule Kassel.
- Guillemard, A. M. (1992). Europäische Perspektiven der Alterspolitik. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 614–639). Berlin: de Gruyter.
- Guralnik, J. M. & Simonsick, E. M. (1993). Physical disability in older Americans. *Journal of Gerontology*, 48, 3–10.
- Gurland, B. J., Fleiss, J. M., Goldberg, K., Sharpe, L., Copeland, J. R., Kelleher, M. J. & Kellett, J. M. (1976). A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly. The geriatric mental state schedule: II. A factor analysis. *Psychological Medicine*, 6, 451–459.
- Häberle, G. F. (1992). *Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hall, B. L. (1989). Role of adult children in helping chronically ill hospitalized parents. *Canadian Journal on Aging*, 8 (1), 68–78.
- Haller, M. (1987). Gesellschaftliche Gleichheit als Grundwert des Wohlfahrtsstaates? Die Wahrnehmung und Bewertung unterschiedlicher Formen sozialer Ungleichheit. In M. Haller & K. Holm (Hrsg.), *Werthaltungen und Lebensformen in Österreich: Ergebnisse des Sozialen Survey* (S. 141–190). München: Oldenbourg.
- Hartmann, E., Freytag, D., Gierkes, H., Janssen, H. & Mittag, K. (1983). *Sozialstationen. Analysen der Hilfen für Pflegebedürftige in städtischen Versorgungsräumen untersucht am Modellfall der Stadt Bonn*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik.
- Hashimoto, A. & Kendig, H. L. (1992). Aging in international perspective. In H. L. Kendig, A. Hashimoto & L. C. Coppard (Eds.), *Family support for the elderly* (pp. 1–14). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hauser, R. & Stubig, H. J. (1985). Strukturen der personellen Verteilung von Nettoeinkommen und Wohlfahrtspositionen. In R. Hauser & B. Engel (Hrsg.), *Soziale Sicherung und Einkommensverteilung: Empirische Analysen für die Bundesrepublik Deutschland* (S. 41–97). Frankfurt a.M.: Campus.
- Hauser, R. & Wagner, G. (1992). Altern und soziale Sicherung. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: de Gruyter.
- Hedtke-Becker, A. (1988). Pflegebedürftige alte Menschen in der Familie. Geschichte – Situationen – Perspektiven. *Deutsche Krankenpflegezeitschriften*, 41 (8), 572–576.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H. U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 185–220). Berlin: Akademie Verlag.
- Hirschtüter, U. (1988). *Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Altenhilfe: Bd. I. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Hirschtüter, U. & Momber, H. (1982). *Basisdaten über ältere Menschen*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Hoem, J. M. (1985). Weighting, misclassification, and other issues in the analysis of survey samples of life histories. In J. J. Heckman & B. Singer (Eds.), *Longitudinal analysis of labor market data* (pp. 149–293). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hoffmann-Nowotny, H. J. (1988). Ehe und Familie in der modernen Gesellschaft. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 13, 3–13.
- Höhn, C. (1984). Generationensterbetafeln versus Periodensterbetafeln. In F. Putz & K. Schwarz (Hrsg.), *Neuere Aspekte der Sterblichkeitsentwicklung* (S. 117–144). Wiesbaden: Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft.
- Höhn, C. & Roloff, J. (1994). *Die Alten der Zukunft: Bevölkerungsstatistische Datenanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hollstein, B. (1992). Fallstudien zur Situation von älteren Frauen in Altenheimen unter besonderer Berücksichtigung ihrer finanziellen Lage. In Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), *Landessozialbericht: Armut im Alter* (S. 165–183). Dortmund: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Holz, G. (1990). *Die Alterslast – ein Gewinn für andere?* (Bd. I und II) Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Homans, G. C. (1961). *Social behavior. Its elementary forms*. New York: Harecourt, Brace and World.
- Hörl, J. (1988). Zum Konnex zwischen Familie und sozialen Dienstleistungen in der Altenhilfe. In P. Zemann (Hrsg.), *Hilfebedürftigkeit und Autonomie – Zur Flankierung von Altersproblemen durch kooperationsorientierte Hilfen* (S. 87–99). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Hörl, J. (1992). *Lebensführung im Alter: zwischen Familie und sozialen Dienstleistungen*. Wiesbaden: Quelle & Meyer.

- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In M. P. Lawton & G. Maddox (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics*, Vol. 5. New York: Springer.
- House, J. S., Kessler, R. C. & Herzog, A. R. (1990). Age, socioeconomic status and health. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 68 (3), 383–410.
- Huinink, J. (1991). Familienentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. In K. U. Mayer, J. Allmendinger & J. Huinink (Hrsg.), *Vom Regen in die Traufe. Frauen zwischen Beruf und Familie* (S. 289–317). Frankfurt a.M.: Campus.
- Huinink, J. (1995). *Warum noch Familie? Zur Attraktivität von Partnerschaft und Elternschaft in unserer Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Hußmanns, R. (1984). Tendenzen der Entwicklung der Alterssterblichkeit. In F. Putz & K. Schwarz (Hrsg.), *Neuere Aspekte der Sterblichkeitsentwicklung* (S. 193–212). Wiesbaden: Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft.
- Igl, G. (1987). *Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der sozialen Sicherheit. Eine rechtsvergleichende Untersuchung für die Bundesrepublik und Frankreich*. Baden-Baden: Nomos.
- Illsley, R. & Jamieson, A. (1989). Hindernisse und positive Einflußfaktoren auf die Implementierung von Versorgungsprogrammen. In M. M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern* (S. 155–161). Bern: Huber.
- Imhof, A. E. (1988). *Reife des Lebens*. München: Beck.
- Infratest Sozialforschung. (1991). *Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland*. München: Infratest.
- Kane, R. L. & Kane, R. A. (1989). Transitions in long-term care. In M. G. Ory & K. Bond (Hrsg.), *Aging and health care – social science and policy perspectives* (pp. 217–243). London: Routledge.
- Kane, R. L., Radoserich, D. M. & Kaupel, J. W. (1990). Compression of morbidity: Issues and irrelevancies. In R. L. Kane, J. G. Evans & D. McFadyen (Eds.), *Improving the health of older people: A world view* (pp. 30–49). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kastenbaum, R. & Candy, S. (1973). The 4% fallacy: A methodological and empirical critique of extended care facility population statistics. *International Journal of Aging and Human Development*, 4, 15–22.
- Katz, S., Branch, L. G., Branson, M. H., Papsiders, J. A., Beck, J. C. & Green, D. S. (1983). Active life expectancy. *New England Journal of Medicine*, 309 (20), 1218–1224.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. W. & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial factors. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914–919.
- Kaufmann, F. X. (1988). Familie und Modernität. In K. Lüscher, F. Schultheis & M. Wehrspau (Hrsg.), *Die „post-moderne“ Familie – Familiäre Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit* (S. 391–416). Konstanz: Universitätsverlag.
- Kaufmann, F. X. (1990). *Zukunft der Familie. Stabilität, Stabilitätsrisiken und Wandel der familialen Lebensformen sowie ihre gesellschaftlichen und politischen Bedingungen*. München: Beck.
- Kaufmann, F. X. & Schäfer, P. (1979). Das Problem bürgernaher Sozialpolitik. In F. X. Kaufmann (Hrsg.), *Bürger-nahe Sozialpolitik: Planung, Organisation und Vermittlung sozialer Leistungen auf lokaler Ebene* (S. 17–62). Frankfurt a.M.: Campus.
- Keiding, N. (1991). Age-specific incidence and prevalence: A statistical perspective. *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 154, 271–412.
- Keith, J. (1992). Care-taking in cultural context: Anthropological queries. In H. L. Kendig, A. Hashimoto & L. C. Coppard (Eds.), *Family support for the elderly* (pp. 15–30). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kempen, G. I. J. M. & Suurmeijer, T. P. B. M. (1991). Professional home care for the elderly: An application of the Andersen-Newman model in the Netherlands. *Soc. Sci. Med.*, 33 (9), 1081–1089.
- Kish, L. (1987). Questions and answers. *The Survey Statistician*, 17, 13–17.
- Klein, T. (1993). Soziale Determinanten der Lebenserwartung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 45 (4), 712–730.
- Klein, T. (1994). Der Heimeintritt im Alter. Neue Befunde für die Bundesrepublik Deutschland. *Sozialer Fortschritt*, 43 (2), 44–50.
- Klie, T. (1987). Das Heimgesetz: Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen? In H. Brandt, E. M. Dennebaum & W. Rückert (Hrsg.), *Stationäre Altenhilfe. Problemfelder – Rahmenbedingungen – Perspektiven* (S. 217–226). Freiburg: Lambertus.
- Klusmann, D., Bruder, J., Lauter, H. & Lüders, I. (1981). *Beziehungen zwischen Patienten und ihren Familienangehörigen bei chronischen Erkrankungen des höheren Lebensalters*. Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (Teilprojekt A16, SFB 115).
- Knipscheer, K. C. P. M. (1992). The Netherlands in European perspective. In H. L. Kendig, A. Hashimoto & L. C. Coppard (Eds.), *Family support for the elderly* (pp. 147–159). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Knipscheer, K. C. P. M. & Antonucci, T. C. (Eds.). (1990). *Social network research: Substantive issues and methodological questions*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.



- Kohli, M. (1992). Altern in soziologischer Perspektive. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 231–259). Berlin: de Gruyter.
- König, R. (1969). *Soziologie*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- König, R. (1976). Soziologie der Familie. In R. König (Hrsg.), *Handbuch der empirischen Sozialforschung* (Bd. 7, S. 1–217). Stuttgart: Enke.
- Korte, H. (1988). Bevölkerungsstruktur und -entwicklung. In W. Benz (Hrsg.), *Geschichte der Bundesrepublik Deutschland*. München: dtv.
- Krämer, W. (1992). Altern und Gesundheitswesen: Probleme und Lösungen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 563–580). Berlin: de Gruyter.
- Krug, W. & Reh, G. (1992). *Pflegebedürftige in Heimen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (1983). Fünf-Generationen-Familie: Interaktion, Kooperation und Konflikt. *Zeitschrift für Gerontologie*, 16, 205–209.
- Kruse, A. (1992). *Die Kompetenz im Alter in ihren Bezügen zur objektiven und subjektiven Lebenssituation*. Darmstadt: Steinkopff.
- Kruse, A. & Wilbers, J. (1987). Der alte Mensch in Familie und Gesellschaft. In H. Thomae, A. Kruse & J. Wilbers (Hrsg.), *Kompetenz und soziale Beziehungen im Alter* (S. 117–277). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Kruskal, W. & Mosteller, F. (1979a). Representative Sampling I. *International Statistical Review*, 47, 13–24.
- Kruskal, W. & Mosteller, F. (1979b). Representative Sampling II. *International Statistical Review*, 47, 111–127.
- Kruskal, W. & Mosteller, F. (1979c). Representative Sampling III. *International Statistical Review*, 47, 145–165.
- Kruskal, W. & Mosteller, F. (1979d). Representative Sampling IV. *International Statistical Review*, 47, 169–195.
- Kühnel, S. (1993). *Zwischen Boykott und Kooperation. Teilnahmeabsichten und Teilnahmeverhalten bei der Volkszählung 1987*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Kühnel, S., Jagodzinski, W. & Terwey, M. (1989). Teilnehmen oder Boykottieren: Ein Anwendungsbeispiel der binären logistischen Regression. *ZA-Information*, 25, 44–75.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). (1991). „Fast alle wollen Geldleistungen“. Erste Erfahrungen mit den von den Krankenkassen finanzierten häuslichen Pflegehilfen. *Presse- und Informationsdienst*, 3, 3–6.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). (1991). Personalnotstand in der Altenpflege. Arbeitszeitverkürzungen schmälern den Zugewinn an Mitarbeitern. *Presse- und Informationsdienst*, 6, 6–7.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). (1993). Entwicklungen in der Tagespflege – Rückschau und Perspektiven. *Presse- und Informationsdienst*, 4, 4–5.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). (1993). Privater Pflegemarkt weiter im Wachsen. *Presse- und Informationsdienst*, 2, 10–11.
- Kytir, J. & Münz, R. (1991). Alter und Pflege. Zur Pflegeproblematik in Österreich. *Demographische Informationen*, 1990/91, 74–84.
- Kytir, J. & Münz, R. (1992). Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter – empirische Evidenzen. In J. Kytir & R. Münz (Hrsg.), *Alter und Pflege – Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos* (S. 71–104). Berlin: Blackwell Wissenschaft.
- Kytir, J. & Prskawetz, A. (1994). Entwicklung der Lebenserwartung im Rentenalter – epidemiologische Szenarien unter der Annahme „verzögerter“ Mortalität bei ausgewählten Todesursachen. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 2, 189–202.
- Lang, F. R. (1994). *Die Gestaltung informeller Hilfebeziehungen im hohen Alter: Die Rolle von Elternschaft und Kinderlosigkeit*. Eine empirische Studie zur sozialen Unterstützung und deren Effekt auf die erlebte soziale Einbindung. Berlin: edition sigma.
- Lang, F. R. & Schütze, Y. (1991, November). *Is it more blessed to give than to receive? Exchange patterns in social support networks of the elderly*. Poster presented at the 44th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.
- Laslett, P. (1974). Household and family in past time. Comparative studies in the size and structure of domestic group over the last three centuries in England, France, Serbia, Japan and Colonial North America, with further materials from Western Europe. In P. Laslett & R. Wall (Eds.), *Group for the history of population and social structure*. London: Cambridge University Press.
- Laslett, P. (1989). *A fresh map of life. The emergence of the third age*. London: Weidenfeld and Nicholson.
- Lauterbach, W. (1995). Die gemeinsame Lebenszeit von Familiengenerationen. *Zeitschrift für Soziologie*, 24 (1), 22–41.
- Lawton, M. P. & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintenance instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179–186.
- Lehr, U. (1985a). Auf dem Weg zur Fünf-Generationen-Gesellschaft. In R. Muth, H. Halhuber & L. Auinger (Hrsg.), *Das Alter aus der Sicht der Wissenschaft* (S. 31–64). Innsbruck: Wagner.
- Lehr, U. (1985b). Zur Beeinflussbarkeit von Alternsprozessen. *Die Frau in unserer Zeit*, 1, 2–9.

- Lehr, U. (1988). Ältere Arbeitnehmer heute und morgen: Berufliche Leistungsfähigkeit und Übergang in den Ruhestand. In Landesregierung Baden-Württemberg (Hrsg.), *Altern als Chance und Herausforderung* (S. 99–108). Stuttgart: Landesregierung Baden-Württemberg.
- Lehr, U., Wingen, M., Wilbers, J. & Cornelius, I. (1988). Veränderte Familienstrukturen und ihre Bedeutung für den älteren Menschen von Morgen. In Landesregierung Baden-Württemberg (Hrsg.), *Altern als Chance und Herausforderung* (S. 99–108). Stuttgart: Landesregierung Baden-Württemberg.
- Limbrock, J. (1992). Der Verbund Tagespflege und Sozialstation. In Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.), *Tagespflege. Erfahrungen aus der Sicht der Praxis* (S. 22–30). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Linden, M., Gilberg, R., Horgas, A. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 475–496). Berlin: Akademie Verlag.
- Lindenberger, U., Gilberg, R., Pötter, U., Little, T. D. & Baltes, P. B. (1996). Stichprobenselektivität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Berliner Altersstudie. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 85–108). Berlin: Akademie Verlag.
- Little, R. & Rubin, D. (1987). *Statistical analysis with missing data*. New York: Wiley.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford.
- Liu, K. & Manton, K. G. (1984). The characteristics and utilization pattern of an admission cohort of nursing home patients. *The Gerontologist*, 24, 70–76.
- Liu, K., Manton, K. G. & Liu, B. M. (1985). Home care expenses for the disabled elderly. *Health Care Financing Review*, 7, 51–58.
- Maas, I., Borchelt, M. & Mayer, K. U. (1996). Kohortenschicksale der Berliner Alten. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 109–134). Berlin: Akademie Verlag.
- Maddox, G. L. & Clark, D. O. (1992). Trajectories of functional impairment in later life. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 114–125.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The bathel index. *Maryland Medical Journal*, 14, 61–65.
- Manton, K. G., Corder, L. S. & Stallard, E. (1993). Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the U.S. elderly population from the 1982, 1984, and 1989 national long term care survey. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, 153–166.
- Marbach, J. H. (1994). Der Einfluß von Kindern und Wohnentfernung auf die Beziehung zwischen Eltern und Großeltern: Eine Prüfung des quasi-experimentellen Designs der Mehrgenerationenstudie. In W. Bien (Hrsg.), *Eigeninteresse oder Solidarität – Beziehungen in modernen Mehrgenerationenfamilien* (S. 77–112). Opladen: Leske + Budrich.
- Matras, J. (1990). *Dependency, obligations, and entitlements: A new sociology of aging, the life course and the elderly*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mayer, K. U. (1989). Das Altern der Gesellschaft: Theorie- und methodenkritische Anmerkungen. In M. M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern* (S. 67–74). Bern: Huber.
- Mayer, K. U. (1990). Lebensverläufe und sozialer Wandel. Anmerkungen zu einem Forschungsprogramm. In K. U. Mayer (Hrsg.), *Lebensverläufe und sozialer Wandel* (S. 7–21). Opladen: Westdeutscher Verlag (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 30).
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Gerok, W., Häfner, H., Helmchen, H., Kruse, A., Mittelstraß, J., Staudinger, U. M., Steinhagen-Thiessen, E. & Wagner, G. (1992). Gesellschaft, Politik und Altern. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 721–757). Berlin: de Gruyter.
- Mayer, K. U. & Brückner, E. (1989). *Lebensverläufe und Wohlfahrtsentwicklung*, 3 Bde. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Mayer, K. U. & Schwarz, K. (1989). The process of leaving the parental home: Some German data. In E. Grebenik, C. Höhn & R. Mackensen (Hrsg.), *Later phases of the family cycle. Demographic aspects* (pp. 145–163). Oxford, UK: Clarendon.
- Mayer, K. U. & Wagner, M. (1996). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 251–276). Berlin: Akademie Verlag.
- McAuley, W. & Arling, G. (1984). Use of in-home care by very old people. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 54–65.
- McFadden, D. (1974). Conditional logit analysis of qualitative choice behavior. In P. Zarembka (Ed.), *Frontiers in econometrics* (pp. 105–142). New York: Academic Press.
- McWilliam, C., Copeland, J. R., Dewey, M. E. & Wood, N. (1988). The geriatric mental state examination as a case-finding instrument in the community. *British Journal of Psychiatry*, 152, 205–208.
- Meinlschmidt, G. (1988). *Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen – Eine statistische Analyse*. Berlin: Senator für Gesundheit und Soziales.
- Mittag, K. (1983). Zur Typologie und Differenzialdiagnostik der Pflegebedürftigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie*, 16, 216–221.

- Mittelstraß, J. (1992). Wissenschaft und Altern. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 695–720). Berlin: de Gruyter.
- Mitterauer, M. (1990). *Historisch-anthropologische Familienforschung*. Wien: Böhlau-Verlag.
- Mollenkopf, H. & Hampel, J. (1994). *Technik, Alter, Lebensqualität*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mooney, G. H. (1978). Planning for balance of care of the elderly. *Scottish Journal of Political Economy*, 25 (2), 149–164.
- Moroney, R. M. (1976). *The family and the state: Considerations for social policy*. London: Longman.
- Moroney, R. M. (1986). *Shared responsibility: Families and social policy*. Hawthorne, NY: Aldine.
- Motel, A. & Wagner, M. (1993). Armut im Alter? Ergebnisse der Berliner Altersstudie zur Einkommenslage alter und sehr alter Menschen. *Zeitschrift für Soziologie*, 22, 433–448.
- Mulder, P. G. H. (1993). The simultaneous processes of aging and mortality. *Statistica Neerlandica*, 47, 253–267.
- Müller, U. (1994). *Bevölkerungsstatistik und Bevölkerungsdynamik – Methoden der Demographie für Wirtschafts-, Sozial-, Biowissenschaftler und Mediziner*. Berlin: de Gruyter.
- Myers, G. C. (1992). Demographic aging and family support for older persons. In H. L. Kendig, A. Hashimoto & L. C. Coppard (Eds.), *Family support for the elderly – the international experience* (pp. 31–68). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Naegele, G. (1985). Voran mit der familiären Pflege – Ein Weg zurück: Neue Praxiskonzepte zur Beseitigung des Pflegenotstandes. *WSI-Mitteilungen*, 7, 418–424.
- Naegele, G. (1992). Zum aktuellen Stand um die Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit – Begründungen und Kritik vorliegender Lösungsentwürfe. *Zeitschrift für Sozialreform*, 10, 605–624.
- Naegele, G. & Tews, H. P. (Hrsg.). (1993). *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Narr, H. (1976). *Soziale Probleme des Alters, Altenhilfe – Altenheim*. Stuttgart: Enke.
- Narr, W. D. (1987). Wider die tödliche Phantasielosigkeit. In M. Zander (Hrsg.), *Anders Altsein – Kritik und Perspektiven der Altenpolitik* (S. 7–12). Essen: Klartext.
- Nave-Herz, R. (1988). Kontinuität und Wandel in der Bedeutung, in der Struktur und Stabilität von Ehe und Familie in der Bundesrepublik Deutschland. In R. Nave-Herz (Hrsg.), *Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland* (S. 61–94). Stuttgart: Enke.
- Netten, A. (1993). Ökonomische Aspekte sozialer Dienste. In H. Braun & G. Johné (Hrsg.), *Die Rolle sozialer Dienste in der Sozialpolitik* (S. 26–47). Frankfurt a.M.: Campus.
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 9, 187–198.
- Neugarten, B. L. (1979). The middle generations. In P. Ragan (Ed.), *Aging parents*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Noelker, L. S. & Bass, D. M. (1989). Home care for the elderly persons: Linkages between formal and informal caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44, 63–70.
- Norström, T. & Thorslund, M. (1991). The structure of IADL and ADL measures: Some findings from a Swedish study. *Age and Ageing*, 20, 23–28.
- Nuthmann, R. & Wahl, H. W. (1996). Methodische Aspekte der Erhebungen der Berliner Altersstudie. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 55–84). Berlin: Akademie Verlag.
- Offe, C. (1984). Das Wachstum der Dienstleistungsarbeit: Vier soziologische Erklärungsansätze. In C. Offe (Hrsg.), *„Arbeitsgesellschaft“: Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven* (S. 291–320). Frankfurt a.M.: Campus.
- Olbermann, E. & Reichert, M. (1993). Hochaltrigkeit und Strukturen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung. In G. Naegele & H. P. Tews (Hrsg.), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters* (S. 200–214). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ory, M. G. & Bond, K. (Hrsg.). (1989). *Aging and health care. Social science and policy perspectives*. London: Routledge.
- O’Shea, E. & Corcoran, R. (1990). Balance of care considerations for elderly persons: Dependency, placement and opportunity costs. *Applied Economics*, 22 (9), 1167–1180.
- Oswald, W. D., Gunzelmann, T., Rupprecht, R., Lang, E., Baumann, H. & Stosberg, M. (1992). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) – Teil I: Konzepte, Hypothesen und Stichproben eines interdisziplinären Forschungsprojektes. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5 (4), 205–221.
- Paringer, L. (1985). Medicaid policy changes in long term care: A framework for impact assessment. In C. Harrington, R. J. Newcomer & C. L. Estes (Eds.), *Long term care of the elderly – public policy issues* (pp. 233–250). Beverly Hills, CA: Sage.
- Parsons, T. (1942). Age and sex in the social structure of the United States. *American Sociological Review*, 7, 604–616.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 97 (4), 1096–1138.
- Petersen, M. D. & White, D. L. (Eds.). (1989). *Health care of the elderly*. Newbury Park, CA: Sage.
- Pischner, R. & Krause, P. (1990). *Angaben zu Pflegebedürftigen in privaten Haushalten auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels für die Jahre 1985–1989*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

- Prognos AG & Dornier GmbH. (1989). *Angebot und Bedarf an Krankenhauspflegepersonal bis zum Jahr 2010*. Köln: Prognos AG.
- Quereshi, H. & Walker, A. (1986). *The caring relationship*. London: Routledge.
- Regus, M. & Trenk-Hinterberger, P. (1985). Armutspolitik und Krankheit im Alter: Deprofessionalisierung und Privatisierung der Pflegehilfe. In S. Leibfried & F. Tennstedt (Hrsg.), *Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats* (S. 336–356). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Rein, M. (1985). *Women in the social welfare labor market*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (working papers).
- Rendtel, U. & Pötter, U. (1992). *Über Sinn und Unsinn von Repräsentativitätsstudien*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Diskussionspapier Nr. 61).
- Rieben, E. (1982). *Kosten in der offenen und geschlossenen Altershilfe* (Bd. I der Gesamtberichterstattung). Kosten und soziale Integration in der offenen und geschlossenen Altershilfe. Bern: Huber.
- Riede, T., Schott-Winterer, A. & Woller, A. (1988). *Struktur und Entwicklung der sozialen Dienstleistungen*. J.W. Goethe-Universität, Frankfurt a.M., Universität Mannheim (Sfb 3-Arbeitspapier Nr. 258).
- Ritz, H. G. (1988). *Soziale Ungleichheit vor Tod*. Bremen: Universität Bremen.
- Rösch, G. (1994). Kriterien der Gewichtung einer nationalen Bevölkerungsstichprobe. In S. Gabler, J. Hoffmeyer-Zlotnik & D. Krebs (Hrsg.), *Gewichtung in der Umfragepraxis* (S. 7–26). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rosenmayr, L. (1992). Sexualität, Partnerschaft und Familie älterer Menschen. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 461–491). Berlin: de Gruyter.
- Rosenmayr, L. & Köckeis, E. (1965). *Umwelt und Familie alter Menschen*. Neuwied: Luchterhand.
- Rossi, A. (1989, May). *Normative obligations and parent-child help exchange across the life course*. Paper presented at the Conference on Parent-Child Relations Across the Life Span, University of New Hampshire, Durham, NH.
- Rossi, A. & Rossi, P. (1990). *Of human bonding: Parent child-relationships across the life course*. Hawthorne, NY: de Gruyter.
- Rückert, W. (1987). Demographische Grundlagen der Altenhilfeplanung. In H. Brandt, E. M. Dennebaum & W. Rückert (Hrsg.), *Stationäre Altenhilfe. Problemfelder – Rahmenbedingungen – Perspektiven*. Freiburg: Lambertus.
- Rückert, W. (1989). Die demographische Entwicklung und deren Auswirkung auf Pflege-, Hilfs-, und Versorgungsbedürftigkeit. In C. von Ferber, H. Radebold & J. M. von d. Schulenburg (Hrsg.), *Die demographische Herausforderung. Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur* (S. 111–148). Gerlingen: Bleicher (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 2).
- Rückert, W. (1991). Not der Pflege – Wie ist der Pflegenotstand zu bewältigen? Ansätze zu einer Verbesserung der Situation in Bund, Ländern und Gemeinden – eine vorläufige Bilanz. In R. M. Schütz, R. Schmidt & H. P. Tews (Hrsg.), *Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität* (S. 230–240). Lübeck: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.
- Rückert, W. (1992). *Gegenwärtige Personalsituation in der Altenhilfe*. („Thema“ Nr. 54). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Rückert, W. (1993). *Zum Bedarf an stationärer Altenhilfe*. Vervielfältigtes Manuskript, Köln.
- Rückert, W. (1994). Pflegedienste. Demographische Aspekte, gesellschaftliche Notwendigkeiten, Rahmenbedingungen, Leitbilder. *Politik, Praxis, Recht*, 77 (4), 121–128.
- Rürup, B. & Sesselmeier, W. (1993). Die demographische Entwicklung Deutschlands: Risiken, Chancen, politische Optionen. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B44, 3–15.
- Schäufele, M. (1994). Versorgung dementer Patienten durch Sozialstationen. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 136 (42), 644–647.
- Schepers, J. (1989). *Sozialgruppenspezifische Sterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland*. Dissertation, Freie Universität Berlin.
- Scheuch, E. K. (1982). Das Verhalten der Bevölkerung als Teil des Gesundheitssystems. In H. Bogs, P. Herder-Dorneich, E. K. Scheuch & G. W. Wittkämper (Hrsg.), *Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung* (S. 61–132). Köln: Löwenich.
- Schlierf, G. (1988). Die gesundheitliche Situation älterer Menschen. In Landesregierung Baden-Württemberg (Hrsg.), *Altern als Chance und Herausforderung* (S. 41–51). Stuttgart: Landesregierung Baden-Württemberg.
- Schneekloth, U. & Pothoff, P. (1993). *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, U. & Pothoff, P. (1994). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten – Ausgewählte Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 136 (42), 636–639.
- Schneider, E. L. & Guralnik, J. M. (1990). The aging of America: Impact on health costs. *Journal of the American Medical Association*, 263, 2335–2340.
- Schubert, H. J. (1990). Wohnsituation und Hilfenetze im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 12–22.
- Schulz, E. (1993). Auswirkungen verstärkter Wanderungen auf die regionale Bevölkerungsentwicklung Deutschlands. *Demographie aktuell*, 1. Humboldt-Universität zu Berlin.

- Schulz-Nieswandt, F. (1990). *Stationäre Altenpflege und „Pflegenotstand“ in der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Schütz, R. M., Schmidt, R. & Tews, H. P. (Hrsg.). (1991). *Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität*. Lübeck: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.
- Schütze, Y. & Wagner, M. (1991). Sozialstrukturelle, normative und emotionale Determinanten der Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern und ihren alten Eltern. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 11 (4), 295–313.
- Schütze, Y. & Wagner, M. (1995). Familiäre Solidarität in den späten Phasen des Familienverlaufs. In B. Nauck & C. Onnen-Isemann (Hrsg.), *Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung* (S. 307–327). (Rosemarie Nave-Herz zum 60. Geburtstag gewidmet). Neuwied: Luchterhand.
- Shanas, E. & Maddox, G. L. (1985). Health, health resources, and the utilization of care. In R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (2nd ed., pp. 697–726). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Shapiro, E. (1986). Patterns and predictors of home care by the elderly when need is the sole basis for admission. *Home Health Care Quarterly*, 71 (1), 175–183.
- Shapiro, E. & Roos, N. (1989). Predictors and patterns of nursing home and home care use. In M. D. Petersen & D. L. White (Eds.), *Health care of the elderly* (pp. 127–166). Newbury Park, CA: Sage.
- Shapiro, E. & Tate, R. (1988). Who is really at risk of institutionalization? *The Gerontologist*, 28, 237–245.
- Socialdata. (1980). *Anzahl und Zahl zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 80).
- Soldo, B. J. (1984). In-home services for the dependent elderly. Determinants of current use and implications for future demand. In W. Scanlon (Ed.), *Project to analyze existing long-term data: Vol. 3. Long-term care service utilization and outcomes* (pp. 12–23). Washington, DC: National Academy Press.
- Soldo, B. J., Agree, E. M. & Wolf, D. A. (1989). The balance between formal and informal care. In M. G. Ory & K. Bond (Eds.), *Aging and health care – Social science and policy perspectives* (pp. 193–216). London: Routledge.
- Sommer, B. (1993). Eheschließungen, Geburten und Sterbefälle. *Wirtschaft und Statistik*, 9, 644–650.
- Sozialpolitische Umschau. (1991). *Pflegebedürftige in Heimen*. Bonn: Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung (Nr. 420/91).
- Sozialpolitische Umschau. (1993). *Vielfältige Impulse zur Weiterentwicklung der Altenpolitik*. Bonn: Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung (Nr. 448/93).
- Sozialpolitische Umschau. (1993). *Die Jahre als Rentner*. Bonn: Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung (Nr. 451/93).
- Sozialpolitische Umschau. (1993). *Seniorenheime*. Bonn: Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung (Nr. 452/93).
- Sozialpolitische Umschau. (1993). *Soziale Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit*. Bonn: Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung (Nr. 490/93).
- Sozialpolitische Umschau. (1993). *Auf Pflege angewiesen*. Bonn: Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung (Nr. 491/93).
- Spieß, C. K. (1993). *Angebot und Nachfrage stationärer Altenhilfeeinrichtungen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Spieß, C. K. & Wagner, G. (1993). *Re-Regulierung des Marktes für Altenpflege erforderlich*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Wochenbericht 31, S. 419–422).
- Springer, B. & Brubaker, T. H. (1984). *Family caregivers and dependent elderly*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.). (1987). *Statistisches Jahrbuch 1987 für die Bundesrepublik*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.). (1989). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Reihe 3: Haushalte und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer (Fachserie 1).
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.). (1990). *Datenreport 1989*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.). (1991). *Statistisches Jahrbuch 1991 für die Bundesrepublik*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.). (1993). *Statistisches Jahrbuch 1993 für die Bundesrepublik*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.). (1994). *Statistisches Jahrbuch 1994 für die Bundesrepublik*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.). (1995). *Statistisches Jahrbuch 1995 für die Bundesrepublik*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.). (1996). *Statistisches Jahrbuch 1996 für die Bundesrepublik*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Landesamt (StLA) (Hrsg.). (1993). *Statistisches Jahrbuch 1993*. Berlin: Kulturbuch-Verlag.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 151–184). Berlin: Akademie Verlag.
- Steinmetz, J. (1988). *Verbleib in der Gemeinde oder Umzug in ein Heim?* Frankfurt a.M.: Lang.

- Stiefel, M. L. (1983). *Hilfsbedürftigkeit und Hilfebedarf älterer Menschen im Privathaushalt*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Strain, L. A. (1991). Use of health services in later life: The influence of health beliefs. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46 (3), 143–150.
- Surminski, A. (1980). Pflegeversicherung oder private Vorsorge? *Die Private Krankenversicherung*, 4 (43), 18–26.
- Sussman, M. B. (1977). Family bureaucracy and the elderly individual: An organizational linkage perspective. In E. Shanas & M. B. Sussman (Eds.), *Family, bureaucracy and the elderly*. Durham, NC: Duke University Press.
- Svanborg, A. (1988). The health of the elderly population: Results from longitudinal studies with age-cohort comparisons. *Ciba Foundation Symposium*, 134, 3–16.
- Szydlík, M. (1995). Die Enge der Beziehung zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern – und umgekehrt. *Zeitschrift für Soziologie*, 24 (2), 75–94.
- Tennstedt, S. (1984). *Informal care of frail elders in the community*. Doctoral dissertation, Boston University, Boston, MA.
- Tennstedt, S., Crawford, S. & McKinlay, J. B. (1993). Determining the pattern of community care: Is coresidence more important than caregiver relationship? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48 (2), 74–83.
- Tennstedt, S. & McKinlay, J. B. (1989). Informal care for frail older persons. In M. G. Ory & K. Bond (Eds.), *Aging and health care*. London: Routledge.
- Tesic, D. (1984). *Bedingungen ambulanter Versorgung für ältere Menschen. Bericht I: Kostenschnittpunkt zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – Falldarstellung in Berlin (West)*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Tews, H. P. (1993). Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In G. Naegele & H. P. Tews (Hrsg.), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters* (S. 15–42). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Thiede, R. (1988). Die besondere Lage der älteren Pflegebedürftigen. *Sozialer Fortschritt*, 11, 250–255.
- Thomae, H. (1987). Kompetenz älterer Menschen und ihre Bedeutung für die Familie. In H. Thomae, A. Kruse & J. Wilbers (Hrsg.), *Kompetenz und soziale Beziehungen im Alter* (S. 1–115). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Thomae, H. (1992). Eine psychologische Theorie der Anpassung an das Alter. In H. J. Kaiser (Hrsg.), *Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt* (S. 63–87). Bern: Huber.
- Thon, M. (1991). Perspektiven des Erwerbspersonenpotentials in Gesamtdeutschland bis zum Jahre 2030. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB)*, 4, 706–712.
- Townsend, P. (1981). The structured dependency of the elderly: A creation of social policy in the twentieth century. *Aging and Society*, 1, 5–28.
- Townsend, P. (1986). Ageism and social policy. In C. Phillipson & A. Walker (Eds.), *Ageing and social policy* (pp. 15–44). London: Gower.
- Uhl, R. (1992). Das Tagespflegeheim – immer noch ein Exot im Altenhilfeangebot. Die Bedeutung der Tagespflege im Verbundsystem der Altenhilfe und die Bedeutung des Verbundsystems für die Tagespflege. In Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.), *Tagespflege. Erfahrungen aus der Sicht der Praxis* (S. 1–5). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Urban, D. (1989). Binäre Logit-Analyse: ein statistisches Verfahren zur Bestimmung der Abhängigkeitsstruktur qualitativer Variablen. *Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung*, 3.
- Urban, D. (1990). Multinomiale Logit-Modelle zur Bestimmung der Abhängigkeitsstruktur qualitativer Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen. *ZA-Informationen*, 26, 36–61.
- Verbrugge, L. M. (1984). Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62, 475–519.
- Voges, W. (1989). *Soziologie des höheren Lebensalters. Eine Einführung in die Alterssoziologie und Altenhilfe*. Augsburg: MaroVerlag.
- Wagner, G., Motel, A., Spieß, K. & Wagner, M. (1996). Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Handeln alter Menschen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 277–300). Berlin: Akademie Verlag.
- Wagner, M. (1989). *Räumliche Mobilität im Lebensverlauf*. Stuttgart: Enke.
- Wagner, M., Eitel, C., Gilberg, R., Maas, I., Motel, A., Hüllen, M. & Rocker, N. (1996). *Datenedition und Vercodung in der Forschungseinheit Soziologie und Sozialpolitik*. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie (BASE)* (S. 301–320). Berlin: Akademie Verlag.
- Wahl, H. W. (1987). Behinderung in der Altersbevölkerung: Ergebnisse einer Feldstudie. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 66–73.
- Wahl, H. W. (1988). Alltägliche Aktivitäten bei alten Menschen: Konzeptuelle und methodische Überlegungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1, 75–81.
- Wahl, H. W. (1989). *Unselbständigkeit und Selbständigkeit alter Menschen in Pflegeinteraktionen: Eine empirische Analyse von subjektiven und objektiven Indikatoren*. Dissertation, Freie Universität Berlin.

- Wahl, H. W. (1990). Auf dem Weg zu einer alltagsbezogenen Gerontopsychologie. Teil I: Konzeptuelle und methodologische Rahmenbedingungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3 (1), 13–23.
- Waite, L. J. & Harrison, S. C. (1992). Keeping touch: How women in mid-life allocate social contacts among kin and kin. *Social Forces*, 70, 637–655.
- Wan, T. (1989). The behavioral model of health care utilization by older people. In M. G. Ory & K. Bond (Eds.), *Aging and health care* (pp. 52–77). London: Routledge.
- Wan, T. & Odell, B. (1981). Factors affecting the use of social and health services for the elderly. *Ageing and Society*, 1 (1), 95–115.
- Wasem, J. (1983). Pflegeversicherung – ein ordnungspolitisch ungeeignetes Instrument. *Arbeit und Sozialpolitik*, 4, 371–373.
- Wegener, B. (1985). Gibt es Sozialprestige? *Zeitschrift für Soziologie*, 14 (3), 209–235.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*. Genf: WHO.
- Wentowski, G. J. (1981). Reciprocity and the coping strategies for older people: Cultural dimensions of network building. *The Gerontologist*, 21, 600–609.
- White, L. R., Cartwright, W. S. & Cornoni-Huntley, J. (1986). Geriatric epidemiology. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 6, 215–311.
- Wieltschnig, E. (1982). *Unabhängigkeit im Alter – ein theoretisch-empirisches Konzept*. Bern: Haupt.
- Wiener, J. M., Hanley, R. J. & Clark, R. (1990). Measuring the activities of daily living: Comparisons across national surveys. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, 229–237.
- Wilkins, R. & Adams, O. B. (1987). Changes in the healthfulness of life of the elderly population: An empirical approach. *Revue épidémiologique*, 35, 225–235.
- Windisch, M. & Kniel, A. (1993). *Lebensbedingungen behinderter Erwachsener. Eine Studie zu Hilfebedarf, sozialer Unterstützung und Integration*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Wingen, M. (1988). Altern heute und morgen – demographische Entwicklungen. In Staatsministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), *Altern als Chance und Herausforderung* (S. 23–34). Stuttgart: Landesregierung Baden-Württemberg.
- Wissenschaftlicher Arbeitskreis (Hrsg.). (1990). *Einrichtung eines Zentrums für Altersforschung*. Stuttgart: Ministerium für Wissenschaft und Kunst Baden-Württemberg (Abschlussbericht).
- Wolinsky, F. D., Coe, R., Miller, D., Prendergast, J., Creel, M. & Chavez, N. (1983). Health services utilization among the noninstitutionalized elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 325–337.
- Wolinsky, F. D. & Johnson, R. (1991). The use of health services by older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46 (6), 345–357.
- Yashin, A. I., Manton, K. G. & Vaupel, J. W. (1985). Mortality and aging in a heterogeneous population: A stochastic process model with observed and unobserved variables. *Theoretical Population Biology*, 27, 154–175.
- Zimmermann, R. E. (1977). *Alter und Hilfsbedürftigkeit. Zur Soziologie von Krankheit, psychischem Leiden und sozialer Abhängigkeit alter Menschen*. Stuttgart: Enke.
- Zollmann, P. & Brennecke, R. (1984). *Ein Zweistufen-Ansatz zur Schätzung der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung*. J.W. Goethe-Universität, Frankfurt a.M., Universität Mannheim (Sfb3-Arbeitspapier Nr. 137).

## I. Reihe STUDIEN UND BERICHTE

Beim Max-Planck-Institut für Bildungsforschung erhältliche Bände  
(nicht über den Buchhandel beziehbar; Preise zuzüglich Versandpauschale)

- 67 Helmut Köhler  
**Was die Schulstatistik der SBZ/DDR erfragte.**  
Analyse und Dokumentation des Erhebungsprogramms 1945-1989.  
380 S. Erschienen 1999.  
ISBN 3-87985-076-3 DM 32,-
- 66 Ute Kunzmann  
**Being and Feeling in Control.**  
Two Sources of Older People's Emotional Well-Being.  
242 S. Erschienen 1999.  
ISBN 3-87985-072-0 DM 29,-
- 65 Susanne A. Böhmig  
**Leistungspotentiale wert-relativierenden Denkens.**  
Die Rolle einer wissensaktivierenden Gedächtnisstrategie.  
231 S. Erschienen 1998.  
ISBN 3-87985-068-2 DM 27,-
- 64 Jürgen Baumert, Wilfried Bos und Rainer Watermann  
**TIMSS/III: Schülerleistungen in Mathematik und den Naturwissenschaften am Ende der Sekundarstufe II im internationalen Vergleich.**  
Zusammenfassung deskriptiver Ergebnisse.  
140 S. Erschienen 1998.  
ISBN 3-87985-067-4 DM 10,-
- 63 Ursula Henz  
**Intergenerationale Mobilität.**  
Methodische und empirische Untersuchungen.  
354 S. Erschienen 1996.  
ISBN 3-87985-059-3 DM 32,-
- 62 Andreas Maercker  
**Existenzielle Konfrontation.**  
Eine Untersuchung im Rahmen eines psychologischen Weisheitsparadigmas.  
170 S. Erschienen 1995.  
ISBN 3-87985-045-3 DM 19,-
- 61 Alexandra M. Freund  
**Die Selbstdefinition alter Menschen.**  
Inhalt, Struktur und Funktion.  
251 S. Erschienen 1995.  
ISBN 3-87985-057-7 DM 17,-
- 60 Klaus Schömann  
**The Dynamics of Labor Earnings over the Life Course.**  
A Comparative and Longitudinal Analysis of Germany and Poland.  
188 S. Erschienen 1994.  
ISBN 3-87985-056-9 DM 13,-
- 59 Frieder R. Lang  
**Die Gestaltung informeller Hilfebeziehungen im hohen Alter – Die Rolle von Elternschaft und Kinderlosigkeit.**  
Eine empirische Studie zur sozialen Unterstützung und deren Effekt auf die erlebte soziale Einbindung.  
177 S. Erschienen 1994.  
ISBN 3-87985-055-0 DM 13,-
- 58 Ralf Th. Krampe  
**Maintaining Excellence.**  
Cognitive-Motor Performance in Pianists Differing in Age and Skill Level.  
194 S. Erschienen 1994.  
ISBN 3-87985-054-2 DM 14,-
- 57 Ulrich Mayr  
**Age-Based Performance Limitations in Figural Transformations.**  
The Effect of Task Complexity and Practice.  
172 S. Erschienen 1993.  
ISBN 3-87985-053-4 DM 13,-
- 56 Marc Szydlik  
**Arbeitseinkommen und Arbeitsstrukturen.**  
Eine Analyse für die Bundesrepublik Deutschland und die Deutsche Demokratische Republik.  
255 S. Erschienen 1993.  
ISBN 3-87985-052-6 DM 21,-

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

Lentzeallee 94 14195 Berlin (Dahlem)

Tel. 030/824 06-0 Fax 030/824 99 39



**I. Reihe STUDIEN UND BERICHTE  
(Fortsetzung)**

- 55 Bernd Schellhas**  
**Die Entwicklung der Ängstlichkeit in Kindheit und Jugend.**  
 Befunde einer Längsschnittstudie über die Bedeutung der Ängstlichkeit für die Entwicklung der Kognition und des Schulerfolgs.  
 205 S. Erschienen 1993.  
 ISBN 3-87985-051-8 DM 13,-
- 54 Falk Fabich**  
**Forschungsfeld Schule: Wissenschaftsfreiheit, Individualisierung und Persönlichkeitsrechte.**  
 Ein Beitrag zur Geschichte sozialwissenschaftlicher Forschung.  
 235 S. Erschienen 1993.  
 ISBN 3-87985-050-X DM 22,-
- 53 Helmut Köhler**  
**Bildungsbeteiligung und Sozialstruktur in der Bundesrepublik.**  
 Zu Stabilität und Wandel der Ungleichheit von Bildungschancen.  
 133 S. Erschienen 1992.  
 ISBN 3-87985-049-6 DM 10,-
- 52 Ulman Lindenberger**  
**Aging, Professional Expertise, and Cognitive Plasticity.**  
 The Sample Case of Imagery-Based Memory Functioning in Expert Graphic Designers.  
 130 S. Erschienen 1991.  
 ISBN 3-608-98256-4 DM 11,-
- 51 Volker Hofmann**  
**Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend.**  
 Eine entwicklungspsychopathologische Längsschnittuntersuchung.  
 197 S. Erschienen 1991.  
 ISBN 3-608-98256-6 DM 14,-
- 50 Georgios Papastefanou (vergriffen)**  
**Familiengründung im Lebensverlauf.**  
 Eine empirische Analyse sozialstruktureller Bedingungen der Familiengründung bei den Kohorten 1929-31, 1939-41 und 1949-51.  
 185 S. Erschienen 1990.  
 ISBN 3-608-98255-8 DM 15,-
- 49 Jutta Allmendinger**  
**Career Mobility Dynamics.**  
 A Comparative Analysis of the United States, Norway, and West Germany.  
 169 S. Erschienen 1989.  
 ISBN 3-608-98254-X DM 13,-
- 48 Doris Sowarka**  
**Weisheit im Kontext von Person, Situation und Handlung.**  
 Eine empirische Untersuchung alltagspsychologischer Konzepte alter Menschen.  
 275 S. Erschienen 1989.  
 ISBN 3-608-98253-1 DM 20,-
- 47 Ursula M. Staudinger**  
**The Study of Live Review.**  
 An Approach to the Investigation of Intellectual Development Across the Life Span.  
 211 S. Erschienen 1989.  
 ISBN 3-608-98252-3 DM 19,-
- 46 Detlef Oesterreich**  
**Die Berufswahlentscheidung von jungen Lehrern.**  
 115 S. Erschienen 1987.  
 ISBN 3-608-98251-5 DM 9,-
- 45 Hans-Peter Füssel**  
**Elternrecht und Schule.**  
 Ein Beitrag zum Umfang des Elternrechts in der Schule für Lernbehinderte.  
 501 S. Erschienen 1987.  
 ISBN 3-608-98249-3 DM 22,-
- 44 Diether Hopf**  
**Herkunft und Schulbesuch ausländischer Kinder.**  
 Eine Untersuchung am Beispiel griechischer Schüler.  
 114 S. Erschienen 1987.  
 ISBN 3-608-98248-5 DM 8,-
- 43 Eberhard Schröder**  
**Entwicklungssequenzen konkreter Operationen.**  
 Eine empirische Untersuchung individueller Entwicklungsverläufe der Kognition.  
 112 S. Erschienen 1986.  
 ISBN 3-608-98247-7 DM 13,-

## II. Reihe MATERIALIEN AUS DER BILDUNGSFORSCHUNG

Beim Max-Planck-Institut für Bildungsforschung erhältliche Bände  
(nicht über den Buchhandel beziehbar; Preise zuzüglich Versandpauschale)

- 70 Eberhard Schröder, Katja Bödeker and Wolfgang Edelstein  
**Proportional, Combinatorial, and Correlational Reasoning:**  
A Manual Including Measurement Procedures and Descriptive Analyses.  
173 S. Erschienen 2000.  
ISBN 3-87985-082-8 DM 14,-
- 69 Eberhard Schröder, Katja Bödeker and Wolfgang Edelstein  
**The Development of Syllogistic Reasoning:**  
A Manual Including Measurement Procedures and Descriptive Analyses.  
118 S. Erschienen 2000.  
ISBN 3-87985-081-X DM 11,-
- 68 Eberhard Schröder, Katja Bödeker and Wolfgang Edelstein  
**The Development of Formal Thought:**  
A Manual Including Measurement Procedures and Descriptive Analyses.  
252 S. Erschienen 2000.  
ISBN 3-87985-080-1 DM 19,-
- 67 Eberhard Schröder, Katja Bödeker and Wolfgang Edelstein  
**The Development of Concrete Thought:**  
A Manual Including Measurement Procedures and Descriptive Analyses.  
95 S. Erschienen 2000.  
ISBN 3-87985-079-8 DM 9,-
- 66 Paul B. Baltes, Margret M. Baltes, Alexandra M. Freund and Frieder R. Lang  
**The Measurement of Selection, Optimization, and Compensation (SOC) by Self Report: Technical Report 1999.**  
75 S. Erschienen 1999.  
ISBN 3-87985-075-5 DM 11,-
- 65 Sigrid Wehner  
**Exploring and Visualizing Event History Data.**  
76 S. Erschienen 1999.  
ISBN 3-87985-074-7 DM 10,-
- 64 Gundel Schümer  
**Basic Data on the Educational System of Berlin.**  
62 S. Erschienen 1999.  
ISBN 3-87985-073-9 DM 8,-
- 63 Martin Lages  
**Algebraic Decomposition of Individual Choice Behavior**  
201 S. Erschienen 1999.  
ISBN 3-87985-070-4 DM 25,-
- 62 Jürgen Baumert, Wilfried Bos u. a. (Hrsg.)  
**Testaufgaben zu TIMSS/III**  
Mathematisch-naturwissenschaftliche Grundbildung und voruniversitäre Mathematik und Physik der Abschlußklassen der Sekundarstufe II. (Population 3).  
140 S. Erschienen 1999.  
ISBN 3-87985-069-0 DM 15,-
- 61 Jürgen Baumert, Rainer Lehmann u. a. (Hrsg.)  
**Testaufgaben Naturwissenschaften TIMSS**  
7./8. Klasse (Population 2).  
111 S. Erschienen 1998.  
ISBN 3-87985-066-6 DM 13,-  
**Internet:**www.mpib-berlin.mpg.de:  
TIMSS/II Testaufgaben
- 60 Jürgen Baumert, Rainer Lehmann u. a. (Hrsg.)  
**Testaufgaben Mathematik TIMSS**  
7./8. Klasse (Population 2).  
131 S. Erschienen 1998.  
ISBN 3-87985-065-8 DM 15,-  
**Internet:**www.mpib-berlin.mpg.de:  
TIMSS/II Testaufgaben
- 59 Todd D. Little and Brigitte Wanner  
**The Multi-CAM:**  
A Multidimensional Instrument to Assess Children's Action-Control Motives, Beliefs, and Behaviors.  
194 S. Erschienen 1997.  
ISBN 3-87985-064-X DM 13,-
- 58 Christine Schmid  
**Geschwister und die Entwicklung soziomoralischen Verstehens.**  
Der Einfluß von Altersabstand und Geschlecht jüngerer und älterer Geschwister im Entwicklungsverlauf.  
121 S. Erschienen 1997.  
ISBN 3-87985-062-3 DM 10,-

Die nicht aufgeführten Bände sind vergriffen,  
bzw. nur noch in Restexemplaren erhältlich.

## II. Reihe MATERIALIEN AUS DER BILDUNGSFORSCHUNG (Fortsetzung)

- 57 Kurt Kreppner und Manuela Ullrich**  
**Familien-Codier-System (FCS).**  
 Beschreibung eines Codiersystems zur Beurteilung von Kommunikationsverhalten in Familiendyaden.  
 94 S. Erschienen 1996.  
 ISBN 3-87985-061-5 DM 10,-
- 56 Rosmarie Brendgen**  
**Peer Rejection and Friendship Quality.**  
 A View from Both Friends' Perspectives.  
 194 S. Erschienen 1996.  
 ISBN 3-87985-060-7 DM 21,-
- 55 Siegfried Reuss und Günter Becker**  
**Evaluation des Ansatzes von Lawrence Kohlberg zur Entwicklung und Messung moralischen Urteilens.**  
 Immanente Kritik und Weiterentwicklung.  
 112 S. Erschienen 1996.  
 ISBN 3-87985-048-8 DM 13,-
- 54 Beate Krais und Luitgard Trommer**  
**Akademiker-Beschäftigung.**  
 Sonderauswertung aus der Volkszählung 1987.  
 324 S. Erschienen 1995.  
 ISBN 3-87985-047-X DM 33,-
- 53 Marianne Müller-Brettel**  
**Frieden und Krieg in der psychologischen Forschung.**  
 Historische Entwicklungen, Theorien und Ergebnisse.  
 296 S. Erschienen 1995.  
 ISBN 3-87985-046-1 DM 32,-
- 52 Harald Uhlendorff**  
**Soziale Integration in den Freundeskreis.**  
 Eltern und ihre Kinder.  
 130 S. Erschienen 1995.  
 ISBN 3-87985-044-5 DM 15,-
- 51 Peter M. Roeder und Bernhard Schmitz**  
**Der vorzeitige Abgang vom Gymnasium.**  
 Teilstudie I: Schulformwechsel vom Gymnasium in den Klassen 5 bis 10.  
 Teilstudie II: Der Abgang von der Sekundarstufe I.  
 159 S. Erschienen 1995.  
 ISBN 3-87985-043-7 (vergriffen) DM 18,-
- 50 Hannah Brückner**  
**Surveys Don't Lie, People Do?**  
 An Analysis of Data Quality in a Retrospective Life Course Study.  
 86 S. Erschienen 1995.  
 ISBN 3-87985-042-9 DM 7,-
- 49 Todd D. Little, Gabriele Oettingen, and Paul B. Baltes**  
**The Revised Control, Agency, and Means-ends Interview (CAMI).**  
 A Multi-Cultural Validity Assessment Using Mean and Covariance Structures (MACS) Analyses.  
 97 S. Erschienen 1995.  
 ISBN 3-87985-041-0 DM 8,-
- 48 Hannah Brückner und Karl Ulrich Mayer**  
**Lebensverläufe und gesellschaftlicher Wandel.**  
 Konzeption, Design und Methodik der Erhebung von Lebensverläufen der Geburtsjahrgänge 1954-1956 und 1959-1961.  
 Teil I, Teil II, Teil III.  
 169 S., 224 S., 213 S.  
 Erschienen 1995.  
 ISBN 3-87985-039-9 DM 48,-
- 46 Ursula M. Staudinger, Jacqui Smith und Paul B. Baltes**  
**Handbuch zur Erfassung von weisheitsbezogenem Wissen.**  
 89 S. Deutsche Ausgabe (vergriffen)  
**Manual for the Assessment of Wisdom-Related Knowledge.**  
 83 S. Englische Ausgabe Erschienen 1994.  
 ISBN 3-87985-037-2 DM 10,-
- 45 Jochen Fuchs**  
**Internationale Kontakte im schulischen Sektor.**  
 Zur Entwicklung und Situation des Schüleraustausches sowie von Schulpartnerschaften in der BRD.  
 174 S. Erschienen 1993.  
 ISBN 3-87985-035-6 DM 19,-
- 44 Erika Brückner**  
**Lebensverläufe und gesellschaftlicher Wandel.**  
 Konzeption, Design und Methodik der Erhebung von Lebensverläufen der Geburtsjahrgänge 1919-1921.  
 Teil I, Teil II, Teil III, Teil IV, Teil V.  
 235 S., 380 S., 200 S., 230 S., 141 S.  
 Erschienen 1993.  
 ISBN 3-87985-033-X DM 84,-

## II. Reihe MATERIALIEN AUS DER BILDUNGSFORSCHUNG (Fortsetzung)

- 43 Ernst-H. Hoff und Hans-Uwe Hohner  
**Methoden zur Erfassung von Kontrollbewußtsein.**  
Textteil; Anhang.  
99 S. und 178 S. Erschienen 1992.  
ISBN 3-87985-032-1 DM 25,-
- 42 Michael Corsten und Wolfgang Lempert  
**Moralische Dimensionen der Arbeitssphäre.**  
Literaturbericht, Fallstudien und Bedingungsanalysen zum betrieblichen und beruflichen Handeln und Lernen.  
367 S. Erschienen 1992.  
ISBN 3-87985-031-3 DM 20,-
- 41 Armin Triebel  
**Zwei Klassen und die Vielfalt des Konsums.**  
Haushaltsbudgetierung bei abhängig Erwerbstätigen in Deutschland im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Teil I, Teil II.  
416 S., 383 S. Erschienen 1991.  
ISBN 3-87985-030-5 DM 48,-
- 39 Gundel Schümer  
**Medieneinsatz im Unterricht.**  
Bericht über Ziel, Anlage und Durchführung einer Umfrage in allgemeinbildenden Schulen.  
230 S. Erschienen 1991.  
ISBN 3-87985-025-9 DM 24,-
- 38 Clemens Tesch-Römer  
**Identitätsprojekte und Identitätstransformationen im mittleren Erwachsenenalter.**  
312 S. Erschienen 1990.  
ISBN 3-87985-026-7 (vergriffen) DM 25,-
- 37 Helmut Köhler  
**Neue Entwicklungen des relativen Schul- und Hochschulbesuchs.**  
Eine Analyse der Daten für 1975 bis 1978.  
138 S. Erschienen 1990.  
ISBN 3-87985-024-0 DM 10,-
- 36 Wilfried Spang und Wolfgang Lempert  
**Analyse moralischer Argumentationen.**  
Beschreibung eines Auswertungsverfahrens.  
Textteil: Grundlagen, Prozeduren, Evaluation.  
Anhang: Interviewleitfaden, Tonbandtranskript und Auswertungsbeispiele.  
102 und 191 S. Erschienen 1989. DM 29,-
- 35 Karl Ulrich Mayer und Erika Brückner  
**Lebensverläufe und Wohlfahrtsentwicklung.**  
Konzeption, Design und Methodik der Erhebung von Lebensverläufen der Geburtsjahrgänge 1929-1931, 1939-1941, 1949-1951.  
Teil I, Teil II, Teil III.  
261 S., unpaginiert, 175 S.  
Erschienen 1989. DM 39,-
- 34 Christoph Droß und Wolfgang Lempert  
**Untersuchungen zur Sozialisation in der Arbeit 1977 bis 1988.**  
Ein Literaturbericht.  
204 S. Erschienen 1988. DM 12,-
- 32 Friedrich Edding (Hrsg.)  
**Bildung durch Wissenschaft in neben- und nachberuflichen Studien.**  
Tagungsbericht.  
157 S. Erschienen 1988. DM 11,-
- 29 Ulrich Trommer  
**Aufwendungen für Forschung und Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland 1965 bis 1983.**  
Theoretische und empirisch-statistische Probleme.  
321 S. Erschienen 1987. DM 32,-

### III. Einzelpublikationen

**Beim Max-Planck-Institut für Bildungsforschung erhältliche Titel  
(nicht über den Buchhandel beziehbar; Preise zuzüglich Versandpauschale)**

Friedrich Edding

**Mein Leben mit der Politik 1914 – 1999**

Teilhabe an der Entwicklung bildungspolitischen Denkens.

316 S. Erschienen 2000.

ISBN 3-87985-077-1

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**In Memoriam Dietrich Goldschmidt**

Reden auf der Akademischen Trauerfeier am 16. Oktober 1998.

ISBN 3-87985-071-2

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**Reden zur Emeritierung von Wolfgang Edelstein**

118 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1997.

ISBN 3-87985-063-1

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**Pädagogik als empirische Wissenschaft.**

Reden zur Emeritierung von Peter Martin Roeder. 90 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1996.

ISBN 3-87985-058-5

Ingo Richter, Peter M. Roeder, Hans-Peter Füssel (Eds.)

**Pluralism and Education.**

Current World Trends in Policy, Law, and Administration.

345 S. Berkeley: University of California/USA, 1995. DM 25.–

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**Bekenntnis und Dienst.**

Reden zum 80. Geburtstag von Dietrich Goldschmidt.

96 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1995.

ISBN 3-87985-040-2

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**Abschied von Hellmut Becker.**

Reden auf der Trauerfeier am 18. Januar 1994.

47 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1994.

ISBN 3-87985-036-4

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**Bildungsforschung und Bildungspolitik.**

Reden zum 80. Geburtstag von Hellmut Becker.

98 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1993.

ISBN 3-87985-034-8

Wolfgang Schneider and Wolfgang Edelstein (Eds.)

**Inventory of European Longitudinal Studies in the Behavioral and Medical Sciences.**

A Project Supported by the European Science Foundation.

557 S. Munich: Max Planck Institute for Psychological Research, and Berlin: Max Planck Institute for Human Development and Education, 1990.

ISBN 3-87985-028-3

DM 58.–

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**Entwicklung und Lernen.**

Beiträge zum Symposium anlässlich des 60. Geburtstages von Wolfgang Edelstein.

98 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1990.

ISBN 3-87985-023-2

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**Normative Voraussetzungen und ethische Implikationen sozialwissenschaftlicher Forschung.**

Beiträge zum Symposium anlässlich des 75. Geburtstages von Dietrich Goldschmidt.

108 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1990.

ISBN 3-87985-027-5

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**25 Jahre Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.**

Festvorträge.

48 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1989.

Friedrich Edding

**Mein Leben mit der Politik.**

126 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1989.

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Hrsg.)

**Gewerbliche Unternehmen als Bildungsträger.**

Beiträge zum Symposium anlässlich des 80. Geburtstages von Friedrich Edding.

126 S. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1989.

**IV. Buchveröffentlichungen bei Verlagen  
(nach dem Erscheinungsjahr geordnet, nur lieferbare Titel;  
nur über den Buchhandel zu beziehen)**

Todd D. Little, Kai-Uwe Schnabel and  
Jürgen Baumert (Eds.)

**Modeling Longitudinal and Multilevel Data.**  
Practical Issues, Applied Approaches, and Specific  
Examples.

297 pp. Mahwah/NJ:  
Lawrence Erlbaum Associates, 2000.

Jutta Heckhausen

**Developmental Regulation in Adulthood.**  
Age-Normative and Sociostructural Constraints as  
Adaptive Challenges.

250 pp. New York:  
Cambridge University Press, 1999.

Gerd Gigerenzer, Peter M. Todd and the ABC-  
Research-Group

**Simple Heuristics that make us smart.**

432 pp. New York:  
Oxford University Press, 1999.

Rudolf Leu und Lothar Krappmann (Hrsg.)

**Zwischen Autonomie und Verbundenheit.**  
Bedingungen und Formen der Behauptung von  
Subjektivität.

423 S. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1999.

Matthias Grundmann (Hrsg.)

**Konstruktivistische Sozialisationsforschung.**  
Lebensweltliche Erfahrungskontexte, individuelle  
Handlungskompetenzen und die Konstruktion sozialer  
Strukturen.

352 S. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1999.

Friedrich Edding und Emile J. Lorang (Hrsg.)

**Wege aus der Arbeitskrise.**

Bericht über ein Colloquium  
der Stiftung PRO VITA SANA.

221 S. Luxembourg: Editions Saint-Paul, 1999.

Paul B. Baltes and Karl Ulrich Mayer (Eds.)

**The Berlin Aging Study.**

Aging from 70 to 100.

552 pp. Cambridge/UK:  
Cambridge University Press, 1999.

Gerd Gigerenzer, Zeno Swijtink, Theodor Porter,  
Lorraine Daston, John Beatty und Lorenz Krüger

**Das Reich des Zufalls.**

Wissen zwischen Wahrscheinlichkeiten, Häufigkeiten  
und Unsicherheiten.

374 S. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer  
Verlag, 1999.

Christa Händle, Detlef Oesterreich und  
Luitgard Trommer

**Aufgaben politischer Bildung in der Sekundarstufe I.**  
Studien aus dem Projekt Civic Education.

281 S. Opladen: Leske + Budrich, 1999.

Jutta Heckhausen and Carol S. Dweck (Eds.)

**Motivation and Self-Regulation Across the Life Span.**

461 pp. Cambridge  
Cambridge University Press, 1998

Christa Händle

**Lehrerinnen in System und Lebenswelt.**

Erkundungen ihrer doppelten Sozialisation.  
336 S. Opladen: Leske + Budrich, 1998.

Michael Corsten

**Die Kultivierung beruflicher Handlungsstile.**

Einbettung, Nutzung und Gestaltung von  
Berufskompetenzen.

209 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1998.

Hermann Avenarius, Jürgen Baumert, Hans Döbert  
und Hans-Peter Füssel (Hrsg.)

**Schule in erweiterter Verantwortung.**

Positionsbestimmungen aus erziehungswissenschaft-  
licher, bildungspolitischer und verfassungsrechtlicher  
Sicht.

166 S. Neuwied: Luchterhand, 1998.

Matthias Grundmann

**Norm und Konstruktion.**

Zur Dialektik von Bildungsvererbung und Bildungs-  
aneignung.

231 S. Opladen: Leske + Budrich, 1998.

Tobias Krettenauer

**Gerechtigkeit als Solidarität.**

Entwicklungsbedingungen sozialen Engagements im  
Jugendalter.

267 S. Weinheim: Deutscher Studien Verlag 1998.

Michael Wagner und Yvonne Schütze

**Verwandtschaft.**

Sozialwissenschaftliche Beiträge zu einem  
vernachlässigten Thema.

281 S. Stuttgart: Enke, 1998.

Kai Schnabel

**Prüfungsangst und Lernen.**

Empirische Analysen zum Einfluß fachspezifischer  
Leistungsängstlichkeit auf schulischen Lernfortschritt.

201 S. New York, München, Berlin: Waxmann, 1998.

## IV. Buchveröffentlichungen bei Verlagen (Fortsetzung)

Olaf Köller

**Zielorientierungen und schulisches Lernen.**

216 S. New York, München, Berlin: Waxmann, 1998.

Michael Wagner

**Scheidung in Ost- und Westdeutschland.**

Zum Verhältnis von Ehestabilität und Sozialstruktur seit den 30er Jahren.

355 S. Frankfurt a.M. / New York: Campus, 1997.

Gero Lenhardt und Manfred Stock

**Bildung, Bürger, Arbeitskraft.**

Schulentwicklung und Sozialstruktur in der BRD und der DDR

253 S. Frankfurt a.M. Suhrkamp  
Taschenbuch Verlag, 1997.

Michael Corsten und Wolfgang Lempert

**Beruf und Moral.**

Exemplarische Analysen beruflicher Werdegänge, betrieblicher Kontexte und sozialer Orientierungen erwerbstätiger Lehrausbildeten.

200 S. Weinheim: Beltz-Deutscher Studien Verlag, 1997.

Jürgen Baumert und Rainer Lehmann u.a.

**TIMSS - Mathematisch-naturwissenschaftlicher Unterricht im internationalen Vergleich.**

Deskriptive Befunde.

242 S. Opladen: Leske + Budrich, 1997.

Gabriele Oettingen

**Psychologie des Zukunftsdenkens.**

Erwartungen und Phantasien.

452 S. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle:  
Hogrefe, 1996.

Detlef Oesterreich

**Flucht in die Sicherheit.**

Zur Theorie des Autoritarismus und der autoritären Reaktion.

250 S. Opladen: Leske + Budrich, 1996.

Karl Ulrich Mayer und Paul B. Baltes (Hrsg.)

**Die Berliner Altersstudie.**

(Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften)

672 S. Berlin: Akademie Verlag, 1996.

Paul B. Baltes and Ursula M. Staudinger (Eds.)

**Interactive Minds.**

Life-Span Perspectives on the Social Foundation of Cognition.

457 pp. New York: Cambridge University Press, 1996.

Monika Keller

**Moralische Sensibilität: Entwicklung in Freundschaft und Familie.**

259 S. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996.

Martin Diewald, Karl Ulrich Mayer (Hrsg.)

**Zwischenbilanz der Wiedervereinigung.**

Strukturwandel und Mobilität im Transformationsprozeß.

352 S. Opladen: Leske + Budrich, 1996.

Johannes Huinink, Karl Ulrich Mayer u.a.

**Kollektiv und Eigensinn.**

Lebensverläufe in der DDR und danach.

414 S. Berlin: Akademie Verlag, 1995.

Johannes Huinink

**Warum noch Familie?**

Zur Attraktivität von Partnerschaft und Elternschaft in unserer Gesellschaft.

385 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1995.

Heike Trappe

**Emanzipation oder Zwang?**

Frauen in der DDR zwischen Beruf, Familie und Sozialpolitik.

242 S. Berlin: Akademie Verlag, 1995.

Heike Solga

**Auf dem Weg in eine klassenlose Gesellschaft?**

Klassenlagen und Mobilität zwischen Generationen in der DDR.

265 S. Berlin: Akademie Verlag, 1995.

Lothar Krappmann und Hans Oswald

**Alltag der Schulkinder.**

Beobachtungen und Analysen von Interaktionen und Sozialbeziehungen.

224 S. Weinheim/München: Juventa, 1995.

Freya Dittmann-Kohli

**Das persönliche Sinnsystem.**

Ein Vergleich zwischen frühem und spätem Erwachsenenalter.

402 S. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe, 1995.

Hartmut Zeiher und Helga Zeiher

**Orte und Zeiten der Kinder.**

Soziales Leben im Alltag von Großstadtkindern.

223 S. Weinheim/München: Juventa, 1994.

#### IV. Buchveröffentlichungen bei Verlagen (Fortsetzung)

Christiane Lange-Küttner

**Gestalt und Konstruktion.**

Die Entwicklung der grafischen Kompetenz beim Kind.

242 S. Bern/Toronto: Huber, 1994.

Jutta Allmendinger

**Lebensverlauf und Sozialpolitik.**

Die Ungleichheit von Mann und Frau und ihr öffentlicher Ertrag.

302 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1994.

Wolfgang Lauterbach

**Berufsverläufe von Frauen.**

Erwerbstätigkeit, Unterbrechung und Wiedereintritt.

289 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1994.

Arbeitsgruppe Bildungsbericht am

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

**Das Bildungswesen in der Bundesrepublik**

**Deutschland.**

Strukturen und Entwicklungen im Überblick.

843 S. Reinbek: Rowohlt, 1994 (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe).

Hellmut Becker und Gerhard Kluchert

**Die Bildung der Nation.**

Schule, Gesellschaft und Politik vom Kaiserreich zur Weimarer Republik.

538 S. Stuttgart: Klett-Cotta, 1993.

Rolf Becker

**Staatsexpansion und Karrierechancen.**

Berufsverläufe im öffentlichen Dienst und in der Privatwirtschaft.

303 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1993.

Wolfgang Edelstein und

Siegfried Hoppe-Graff (Hrsg.)

**Die Konstruktion kognitiver Strukturen.**

Perspektiven einer konstruktivistischen Entwicklungspsychologie.

328 S. Bern/Stuttgart/Toronto: Huber, 1993.

Wolfgang Edelstein, Gertrud Nunner-Winkler

und Gil Noam (Hrsg.)

**Moral und Person.**

418 S. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1993.

Lothar Lappe

**Berufsperspektiven junger Facharbeiter.**

Eine qualitative Längsschnittanalyse zum Kernbereich westdeutscher Industriearbeit.

394 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1993.

Detlef Oesterreich

**Autoritäre Persönlichkeit und Gesellschaftsordnung.**

Der Stellenwert psychischer Faktoren für politische Einstellungen – eine empirische Untersuchung von Jugendlichen in Ost und West.

243 S. Weinheim/München: Juventa, 1993.

Marianne Müller-Brettel

**Bibliographie Friedensforschung und**

**Friedenspolitik:**

Der Beitrag der Psychologie 1900–1991.

(Deutsch/Englisch)

383 S. München/London/New York/Paris: Saur, 1993.

Paul B. Baltes und Jürgen Mittelstraß (Hrsg.)

**Zukunft des Alterns und gesellschaftliche**

**Entwicklung.**

(= Forschungsberichte der Akademie der Wissenschaften zu Berlin, 5.)

814 S. Berlin/New York: De Gruyter, 1992.

Matthias Grundmann

**Familienstruktur und Lebensverlauf.**

Historische und gesellschaftliche Bedingungen individueller Entwicklung.

226 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1992.

Karl Ulrich Mayer (Hrsg.)

**Generationsdynamik in der Forschung.**

245 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1992.

Erika M. Hoerning

**Zwischen den Fronten.**

Berliner Grenzgänger und Grenzhändler 1948–1961.

266 S. Köln/Weimar/Wien: Böhlau, 1992.

Ernst-H. Hoff

**Arbeit, Freizeit und Persönlichkeit.**

Wissenschaftliche und alltägliche Vorstellungsmuster.

238 S. Heidelberg: Asanger Verlag, 1992 (2. überarbeitete und aktualisierte Auflage).

Erika M. Hoerning

**Biographieforschung und Erwachsenenbildung.**

223 S. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 1991.

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

**Traditions et transformations.**

Le système d'éducation en République fédérale d'Allemagne.

341 S. Paris: Economica, 1991.



#### IV. Buchveröffentlichungen bei Verlagen (Fortsetzung)

Dietrich Goldschmidt

**Die gesellschaftliche Herausforderung der  
Universität.**

Historische Analysen, internationale Vergleiche,  
globale Perspektiven.

297 S. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1991.

Uwe Henning und Achim Leschinsky (Hrsg.)

**Enttäuschung und Widerspruch.**

Die konservative Position Eduard Sprangers im  
Nationalsozialismus. Analysen – Texte – Dokumente.  
213 S. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1991.

Ernst-H. Hoff, Wolfgang Lempert und Lothar Lappe  
**Persönlichkeitsentwicklung in Facharbeiter-  
biographien.**

282 S. Bern/Stuttgart/Toronto: Huber, 1991.

Karl Ulrich Mayer, Jutta Allmendinger und  
Johannes Huinink (Hrsg.)

**Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf  
und Familie.**

483 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1991.

Maria von Salisch

**Kinderfreundschaften.**

Emotionale Kommunikation im Konflikt.

153 S. Göttingen/Toronto/Zürich: Hogrefe, 1991.

Paul B. Baltes and Margret M. Baltes (Eds.)

**Successful Aging: Perspectives from the Behavioral  
Sciences.**

397 pp. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

Paul B. Baltes, David L. Featherman and  
Richard M. Lerner (Eds.)

**Life-Span Development and Behavior.**

368 pp. Vol. 10. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1990.

Achim Leschinsky and Karl Ulrich Mayer (Eds.)

**The Comprehensive School Experiment Revisited:  
Evidence from Western Europe.**

211 pp. Frankfurt a.M./Bern/New York/Paris: Lang  
1990.

Karl Ulrich Mayer (Hrsg.)

**Lebensverläufe und sozialer Wandel.**

467 S. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990.

(= Sonderheft 31 der KZfSS).

Karl Ulrich Mayer and Nancy Brandon Tuma (Eds.)

**Event History Analysis in Life Course Research.**

320 pp. Madison, Wis.: The University of Wisconsin  
Press, 1990.

Hans J. Nissen, Peter Damerow und Robert K. Englund  
**Frühe Schrift und Techniken der Wirtschafts-  
verwaltung im alten Vorderen Orient.**

Informationsspeicherung und -verarbeitung vor  
5000 Jahren.

Katalog zur gleichnamigen Ausstellung Berlin-  
Charlottenburg, Mai–Juli 1990.

222 S. Bad Salzdetfurth: Franzbecker, 1990.

(2. Aufl. 1991).

Peter Alheit und Erika M. Hoerning (Hrsg.)

**Biographisches Wissen.**

Beiträge zu einer Theorie lebensgeschichtlicher  
Erfahrung.

284 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1989.

Arbeitsgruppe am Max-Planck-Institut für  
Bildungsforschung

**Das Bildungswesen in der Bundesrepublik  
Deutschland.**

Ein Überblick für Eltern, Lehrer und Schüler.

Japanische Ausgabe: 348 S. Tokyo: Toshindo  
Publishing Co. Ltd., 1989.

Hans-Peter Blossfeld

**Kohortendifferenzierung und Karriereprozeß.**

Eine Längsschnittstudie über die Veränderung der  
Bildungs- und Berufschancen im Lebenslauf.

185 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1989.

Hans-Peter Blossfeld, Alfred Hamerle and  
Karl Ulrich Mayer

**Event History Analysis.**

Statistical Theory and Application in the Social  
Sciences.

297 pp. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1989.

Erika M. Hoerning und Hans Tietgens (Hrsg.)

**Erwachsenenbildung: Interaktion mit der  
Wirklichkeit.**

200 S. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 1989.

Johannes Huinink

**Mehrebenensystem-Modelle in den Sozialwissen-  
schaften.**

292 S. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag, 1989.

#### IV. Buchveröffentlichungen bei Verlagen (Fortsetzung)

Kurt Kreppner and Richard M. Lerner (Eds.)  
**Family Systems and Life-Span Development.**  
416 pp. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1989.

Bernhard Schmitz  
**Einführung in die Zeitreihenanalyse.**  
Modelle, Softwarebeschreibung, Anwendungen.  
235 S. Bern/Stuttgart/Toronto: Huber, 1989.

Eberhard Schröder  
**Vom konkreten zum formalen Denken.**  
Individuelle Entwicklungsverläufe von der Kindheit  
zum Jugendalter.  
328 S. Bern/Stuttgart/Toronto: Huber, 1989.

Michael Wagner  
**Räumliche Mobilität im Lebensverlauf.**  
Eine empirische Untersuchung sozialer Bedingungen  
der Migration.  
226 S. Stuttgart: Enke, 1989.

Paul B. Baltes, David L. Featherman and  
Richard M. Lerner (Eds.)  
**Life-Span Development and Behavior.**  
338 pp. Vol. 9. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1988.

Paul B. Baltes, David L. Featherman and  
Richard M. Lerner (Eds.)  
**Life-Span Development and Behavior.**  
337 pp. Vol. 8. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1988.

Lothar Krappmann  
**Soziologische Dimensionen der Identität.**  
Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an  
Interaktionsprozessen.  
231 S. Stuttgart: Klett-Cotta, 7. Aufl., 1988  
(= Standardwerke der Psychologie).

Detlef Oesterreich  
**Lehrerkooperation und Lehrersozialisation.**  
159 S. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1988.

Michael Bochow und Hans Joas  
**Wissenschaft und Karriere.**  
Der berufliche Verbleib des akademischen Mittelbaus.  
172 und 37 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1987.

Hans-Uwe Hohner  
**Kontrollbewußtsein und berufliches Handeln.**  
Motivationale und identitätsbezogene Funktionen  
subjektiver Kontrollkonzepte.  
201 S. Bern/Stuttgart/Toronto: Huber, 1987.

Bernhard Schmitz  
**Zeitreihenanalyse in der Psychologie.**  
Verfahren zur Veränderungsmessung und Prozeß-  
diagnostik.  
304 S. Weinheim/Basel: Deutscher Studien Verlag/  
Beltz, 1987.

Margret M. Baltes and Paul B. Baltes (Eds.)  
**The Psychology of Control and Aging.**  
415 pp. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1986.

Paul B. Baltes, David L. Featherman and  
Richard M. Lerner (Eds.)  
**Life-Span Development and Behavior.**  
334 pp. Vol. 7. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1986.

Hans-Peter Blossfeld, Alfred Hamerle und  
Karl Ulrich Mayer  
**Ereignisanalyse.**  
Statistische Theorie und Anwendung in den  
Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.  
290 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1986.

Axel Funke, Dirk Hartung, Beate Krais und  
Reinhard Nuthmann  
**Karrieren außer der Reihe.**  
Bildungswege und Berufserfolge von Stipendiaten  
der gewerkschaftlichen Studienförderung.  
256 S. Köln: Bund, 1986.

Ernst-H. Hoff, Lothar Lappe und  
Wolfgang Lempert (Hrsg.)  
**Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung.**  
288 S. Bern/Stuttgart/Toronto: Huber, 1986.

Klaus Hüfner, Jens Naumann, Helmut Köhler und  
Gottfried Pfeffer  
**Hochkonjunktur und Flaute: Bildungspolitik in  
der Bundesrepublik Deutschland 1967–1980.**  
361 S. Stuttgart: Klett-Cotta, 1986.

#### IV. Buchveröffentlichungen bei Verlagen (Fortsetzung)

Jürgen Staupe

**Parlamentsvorbehalt und Delegationsbefugnis.**  
Zur „Wesentlichkeitstheorie“ und zur Reichweite  
legislativer Regelungskompetenz, insbesondere im  
Schulrecht.

419 S. Berlin: Duncker & Humblot, 1986.

Hans-Peter Blossfeld

**Bildungsexpansion und Berufschancen.**  
Empirische Analysen zur Lage der Berufsanfänger in  
der Bundesrepublik.

191 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1985.

Christel Hopf, Knut Nevermann und Ingrid Schmidt  
**Wie kamen die Nationalsozialisten an die Macht.**  
Eine empirische Analyse von Deutungen im Unterricht.  
344 S. Frankfurt a.M./New York: Campus, 1985.

John R. Nesselroade and Alexander von Eye (Eds.)

**Individual Development and Social Change:  
Explanatory Analysis.**

380 pp. New York: Academic Press, 1985.

Michael Jenne

**Music, Communication, Ideology.**

185 pp. Princeton, N.J.: Birch Tree Group Ltd., 1984.

Gero Lenhardt

**Schule und bürokratische Rationalität.**

282 S. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1984.

Achim Leschinsky und Peter Martin Roeder

**Schule im historischen Prozeß.**

Zum Wechselverhältnis von institutioneller Erziehung  
und gesellschaftlicher Entwicklung.

545 S. Frankfurt a.M./Berlin/Wien: Ullstein, 1983.

Max Planck Institute for

Human Development and Education

**Between Elite and Mass Education.**

Education in the Federal Republic of Germany.

348 pp. Albany: State University of New York Press,  
1983.

Margit Osterloh

**Handlungsspielräume und Informationsver-  
arbeitung.**

369 S. Bern/Stuttgart/Toronto: Huber, 1983.

Knut Nevermann

**Der Schulleiter.**

Juristische und historische Aspekte zum Verhältnis  
von Bürokratie und Pädagogik.

314 S. Stuttgart: Klett-Cotta, 1982.

Gerd Sattler

**Englischunterricht im FEGA-Modell.**

Eine empirische Untersuchung über inhaltliche und  
methodische Differenzierung an Gesamtschulen.

355 S. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981.

Christel Hopf, Knut Nevermann und Ingo Richter  
**Schulaufsicht und Schule.**

Eine empirische Analyse der administrativen Bedin-  
gungen schulischer Erziehung.

428 S. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980.

Diether Hopf

**Mathematikunterricht.**

Eine empirische Untersuchung zur Didaktik und  
Unterrichtsmethode in der 7. Klasse des Gymnasiums.

251 S. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980.

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

Projektgruppe Bildungsbericht (Hrsg.)

**Bildung in der Bundesrepublik Deutschland.**

Daten und Analysen.

Bd. 1: Entwicklungen seit 1950.

Bd. 2: Gegenwärtige Probleme.

1404 S. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980.

Dietrich Goldschmidt und Peter Martin Roeder (Hrsg.)

**Alternative Schulen?**

Gestalt und Funktion nichtstaatlicher Schulen im  
Rahmen öffentlicher Bildungssysteme.

623 S. Stuttgart: Klett-Cotta, 1979.

Reiner Gilberg, Jahrgang 1963, studierte von 1983 bis 1990 Soziologie an der Freien Universität Berlin. Von 1990 bis 1994 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Akademie der Wissenschaften zu Berlin im interdisziplinären Projekt „Berliner Altersstudie“. Von 1994 bis 1996 hatte er ein Promotionsstipendium am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung im Forschungsbereich Bildung, Arbeit und gesellschaftliche Entwicklung. Seit 1997 arbeitet er bei infas-Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn, wo er als Projektleiter verschiedene Sozialforschungsstudien (u. a. in den Bereichen Arbeitslosigkeits-, Bildungs- und Altersforschung) durchführt. Darüberhinaus leitet er dort den Bereich Methoden und Statistik.