



4^e FORUM ZURICHOIS
DE GÉRIATRIE WAID

Kultur des Alterns – Leben und
Krankheit im Alter

Culture du vieillissement –
vie et maladie des personnes âgées

Tagungsdokumentation
vom 17. Juni 2004

Actes du forum
du 17 juin 2004

Organisation: Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich
Stadspital Waid Zürich

Patronat / Patronage: Universitäres Institut Alter und Generationen
Institut Universitaire Ages et Générations (INAG)
Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG)
Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)
Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)

Inhaltsverzeichnis

Programm / Programme	2
Referentinnen und Referenten / Intervenants et intervenantes	4
Eröffnung der Tagung durch die SVSP	5
Grusswort des Stadtrates von Zürich	6
Begrüssung durch die SFGG	7
Allocution de bienvenue par l' INAG: Vivre ensemble longtemps.....	9
Einführung: Die Gesellschaft des langen Lebens.....	11
Gesundheitsversorgung im Alter zwischen Humanität und Technologie.....	14
Lebens- und Wohnkultur für verschiedene Phasen des Alters.....	18
Looking across the border I: Growing old in Helsinki and in Finland	27
Un regard au-delà des frontières II: L'organisation du réseau gériatrique. L' expérience de la Catalogne	30
Der Generationenvertrag aus sozio-ökonomischer Sicht	33
Kurzvorstellung INAG / Présentation en bref INAG	36
Kurzvorstellung SFGG / Présentation en bref SPSG	43
Kurzvorstellung SVSP / Présentation en bref ASPSP	44

Programm / Programme

- 09.30 – 10.00 **Begrüssungskaffee**
Café de bienvenue
- 10.00 – 10.30 **Eröffnung der Tagung**
Ouverture du Forum
Stadtrat / Conseiller municipal Robert Neukomm, Dr. iur. Erwin Carigiet, Dr. med. Martin Conzelmann, Prof. Dr. phil. Jean-Pierre Fragnière
- 10.30 – 10.45 **Gesundheitsversorgung im Alter zwischen Humanität und Technologie**
Prestations de santé aux personnes âgées – Entre technologie et humanité
Dr. med. Daniel Grob
- 10.45 – 11.15 **Lebens- und Wohnkultur für verschiedene Phasen des Alters**
Mode de vie et logement au fil de la vie
Prof. Dr. phil. François Höpflinger
- 11.15 – 11.30 **Diskussion / Discussion**
Moderation / Animation Dr. iur. Erwin Carigiet
- 11.30 – 12.00 **Pause**
- 12.00 – 13.45 **Looking across the border I: growing old in Helsinki and Finland**
Dr. med. Harriet Finne-Soveri
- 12.45 – 13.00 **Diskussion / Discussion**
Moderation / Animation Dr. iur. Erwin Carigiet
- 13.00 – 14.00 **Mittagessen (Stehlunch) / Déjeuner sur le pouce**
- 14.00 – 14.45 **Un regard au-delà des frontières II: L'organisation du réseau gériatrique. L'expérience de la Catalogne / Blick über die Grenzen II: Die Organisation des Geriatrienetzes. Die Erfahrungen Kataloniens**
Dr. med. Antoni Salvà
- 14.45 – 15.00 **Diskussion / Discussion**
Moderation / Animation Dr. iur. Erwin Carigiet
- 15.00 – 15.30 **Der Generationenvertrag aus sozio-ökonomischer Sicht**
Le contrat entre les générations d'un point de vue socioéconomique
Prof. Dr. phil. Ueli Mäder
- 15.30 – 15.45 **Diskussion / Discussion**
Moderation / Animation Dr. iur. Erwin Carigiet
- 15.45 – 16.15 **Pause**

16.15 – 17.30

Podiumsdiskussion / Podium de discussion

Dr. med. Martin Conzelmann, Prof. Dr. phil. François Höpflinger,
Stadtrat / Conseiller municipal Robert Neukomm, Prof. Dr. phil.
Ueli Mäder, Dr. iur. Otto Schoch, alt Ständerat / ex-conseiller des
Etats, Dr. iur. Judith Stamm, alt Nationalrätin / ex-conseillère nationale
Moderation / Animation Dr. med. Daniel Grob

17.30

Abschluss der Tagung / Clôture du Forum

17.30 – 18.30

Besichtigung der Klinik für Akutgeriatrie (fakultativ)

Visite de la clinique de gériatrie aiguë (facultatif)

Dr. med. Daniel Grob

Referentinnen und Referenten / Intervenants et intervenantes

Carigiet Erwin, Dr. iur., Departementssekretär des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich, Präsident der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP) / Président de l'Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)

Conzelmann Martin, Dr. med., Chefarzt Geriatriisches Kompetenzzentrum, Felix Platter-Spital, Basel, Präsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) / Président de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SSG)

Finne-Soveri Harriet, MD, Ph.D, Geriatrician, Senior Researcher, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, Member of European Academy for Medicine of ageing

Fragnière Jean-Pierre, Prof. Dr. phil., Professeur à l'Ecole d'études sociales et pédagogique de Lausanne (EESP), Professeur chargé de cours au Département de sociologie de l'Université de Genève, Directeur scientifique de l'Institut universitaire Âges et Générations (INAG), Sion, Vice-président de l'Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)

Grob Daniel, Dr. med., Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich, Vizepräsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG), Mitglied der European Academy for Medicine of ageing

Höpflinger François, Prof. Dr. phil., Titularprofessor für Soziologie an der Universität Zürich, Forschungsdirektor am Universitären Institut Alter und Generationen (INAG), Sion

Mäder Ueli, Prof. Dr. phil., Professor für Soziologie an der Universität Basel und an der Fachhochschule für Soziale Arbeit beider Basel, Vorstandsmitglied der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)

Neukomm Robert, Stadtrat, Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich

Salvà Antoni, Dr. med., Geriatrician, Program-Director, Catalanian Department for Health, Barcelona, Member of European Academy for Medicine of Ageing

Schoch Otto, Dr. iur., Rechtsanwalt, alt Ständerat / ex-conseiller des Etats

Stamm Judith, Dr. iur, alt Nationalrätin / ex-conseillère nationale, Präsidentin der Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft (SGG) / Présidente de la Société Suisse d'Utilité Publique (SSUP)

Eröffnung der Tagung durch die SVSP

Erwin Carigiet, Präsident Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich begrüsse Sie im Namen

- des Gesundheits- und Umweltdepartementes der Stadt Zürich (GUD),
- des Stadtspitals Waid,
- des Universitären Instituts Alter und Generationen (INAG), Sion,
- der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) und
- der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)

ganz herzlich zum *4. Geriatrieforum Waid*.

Es freut mich sehr, dass 5 unterschiedliche Organisationen einen wertvollen Wissens- und Erfahrungsaustausch ermöglichen – und zwar über fachliche und geographische Grenzen hinaus: Praxis, Politik und Wissenschaft widmen sich einen ganzen Tag lang gemeinsam dem für unsere Gesellschaft wichtigen Thema des Alters, der Kultur des Alterns und damit zusammenhängender Fragen. Ich hoffe, dass aus diesem Dialog Praxis und Politik Anstösse für ihr Wirken erhalten werden.

Die drei Patronatsorganisationen INAG, SFFG und SVSP sind mit Kurzportraits in der Tagungsdokumentation vorgestellt. Die Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid kann am Schluss der Veranstaltung besichtigt werden.

Ganz herzlich danke ich - auch im Namen von Dr. med. Grob, Chefarzt der Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid, der mit mir zusammen diese Tagung konzipiert hat - allen, die zu ihrem Zustandekommen beigetragen haben:

Herrn Stadtrat Neukomm, Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich, für die Schirmherrschaft dieser Tagung und ganz allgemein für seine grosse Unterstützung der Altersmedizin.

Den Referentinnen und Referenten aus Wissenschaft und Praxis, aus dem In- und Ausland, die zum anregenden Gedankenaustausch beitragen.

Frau Gmür, welche die Fotoausstellung gestaltet hat.

Meinen Mitarbeitenden und jenen des Stadtspitals Waid für die perfekte Infrastruktur. Erwähnen möchte ich stellvertretend für alle: Frau Madeleine Haag für die umsichtige Organisation und Herrn Gérald Sommer, der mit der bekannten Küche des Spitals für das Kulinarische besorgt ist.

Ich wünsche Ihnen eine inspirierende und für Ihr Wirken in Politik, Praxis und Wissenschaft wertvolle Tagung.

Grusswort des Stadtrates von Zürich

Robert Neukomm, Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich begrüsse Sie im Namen der Stadt Zürich wie auch persönlich sehr herzlich zum 4. Geriatrieforum Waid. Es steht dieses Mal unter dem Titel "Kultur des Alterns – Leben und Krankheit im Alter".

Dass diese Foren gerade in der Stadt Zürich, im Stadtspital Waid, stattfinden, und dass sie so reges Interesse finden, erfüllt mich und hoffentlich auch meine Mitarbeitenden, die mit der Vorbereitung und der Durchführung betraut sind, mit einem gewissen Stolz. Dass dem so ist, ist aber nicht allein der grossen Initiative der Dienstabteilungen des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich zu verdanken; vielmehr gibt es dafür auch eine Reihe äusserer Gründe:

- Die signifikante Zunahme der älteren Bevölkerung in den industrialisierten Gesellschaften manifestiert sich, auch als Folge der Wanderungsbewegungen der Familien an die Agglomerationsränder, zuerst und akzentuiert in den Kernstädten, wie Zürich eine ist. Wer, wenn nicht die Kernstädte, sollte und müsste sich mit geriatrischen und gerontologischen Fragen vorab befassen?!
- Die Stadt Zürich, im speziellen ihr Gesundheits- und Umweltdepartement, ist in der Schweiz eine der grössten Anbieterinnen von Leistungen zu Gunsten von älteren und alten Menschen. Sie verfügt mit den beiden Stadtspitälern, den Pflegezentren, den Altersheimen und mit der Spitex über ein eigentliches Geriatrienetz. Wer, wenn nicht die Stadt Zürich, sollte und müsste Vernetzungsarbeit in Altersfragen leisten?!
- Die Stadt Zürich hat eine lange, edle Tradition, für drängende soziale Fragen erste Lösungen zu entwickeln und auszuprobieren, lange bevor Kanton und Bund sich damit zu befassen beginnen und noch später dann ihrerseits handeln (müssen). Ich erinnere an das Obligatorium der Krankenversicherung (in Zürich seit den 30-er Jahren des 20. Jahrhunderts), an das Stadtspital Waid mit seinem geriatrischen Schwerpunkt (seit rund 50 Jahren) oder an die 4-Säulen-Drogenpolitik (seit rund 20 Jahren). Wer also, wenn nicht Zürich, sollte und müsste theoretische und praktische Pionierarbeit in Altersfragen leisten?!

Das heutige Geriatrieforum Waid befasst sich mit der Kultur des Alterns. Es setzt sich auseinander mit der Ambivalenz, die im Lebensabschnitt "Alter" innewohnt. Mit der Ambivalenz, die in uns allen steckt, wenn wir an unser eigenes Älterwerden und Altsein denken. Ich bin mit Ihnen gespannt auf die heutigen Beiträge dazu. Ich bin überzeugt, dass wir heute Abend ein neues Stück Fundament für unsere Alltags-Altersarbeit gelegt haben werden.

Begrüssung durch die SFGG

Martin Conzelmann, Präsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) hat gerne zugesagt, das vierte Zürcher Geriatrieforum Waid mitzutragen. Obwohl immer mehr Menschen ein immer höheres Alter erreichen, gehört die Akzeptanz und Wertschätzung betagter Menschen nicht zur Kultur unserer Gesellschaft. Diesbezügliche Beispiele können umfangreich zitiert werden. Denken Sie an die Aargauer Gemeinde, die 70 jährige und ältere Personen von politischen Ämtern ausschliessen wollte, oder denken Sie an den Begriff der „Überalterung“, der die Haltung unserer Gesellschaft gegenüber dem Alter widerspiegelt. Der neueste Modetrend des „Anti-Aging“ zeigt deutlich, mit welchen Kräften versucht wird, am Ideal des ewig Jungbleibens festzuhalten und die Augen vor der Realität des Alterns zu verschliessen.

Die heutige Veranstaltung könnte im Gegensatz dazu unter das Motto des „Pro-Aging“ gestellt werden: Eine Kultur des Alterns kann nur dann erfolgreich gelebt werden, wenn eine Mehrheit der Gesellschaft die Auseinandersetzung aufnimmt und sich aktiv mit den Faktoren beschäftigt, die zu Gesundheit aber auch Zufriedenheit und Glück im Alter beitragen.

Forschungsergebnisse zeigen beispielsweise, dass Alterspessimisten um Jahre früher sterben als Altersoptimisten. Das heisst, dass die Einstellung zum eigenen Altwerden das Überleben ähnlich beeinflusst, wie es die klassischen medizinischen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Zigarettenkonsum sowie zuviel Cholesterin tun. Negative Altersvorstellungen können somit zu einem Verlust an Denkfähigkeit und damit zu Unmündigkeit führen.

Als Geriater konstatiere ich, dass unser Know-how häufig erst beigezogen wird, wenn (nach dem italienischen Theoretiker Norbert Bobbio) die untersten Stufen auf dem unaufhaltsamen Abstieg ins Ungewisse erreicht wurden. Die Frage, wann das Altern beginnt, kann verschieden beantwortet werden. Möglicherweise schon ab ovo, sicher jedoch nach der Jugend. Jedoch: wann hört die Jugend auf? Vielleicht relativiert ein Zitat von Pablo Casals dieses Bedürfnis nach einer klaren zeitlichen Definition: *„Ich bin jetzt dreiundneunzig Jahre alt, also nicht gerade jung, jedenfalls nicht so jung, wie ich mit neunzig war. Aber Alter ist etwas Relatives. Wenn man weiter arbeitet und empfänglich bleibt für die Schönheit der Welt, die uns umgibt, dann entdeckt man, dass Alter nicht notwendigerweise Altern bedeutet, wenigstens nicht im landläufigen Sinne. Ich empfinde heute viele Dinge intensiver als zuvor, und das Leben fasziniert mich immer mehr.“* Aus diesen Worten sprüht ein nicht abreisender Lebenswille eines begnadeten Menschen, dessen Körper und Geist subjektiv wenig Altersveränderungen unterworfen war.

Die meisten sogenannten Alterskrankheiten wurzeln in früheren Lebensspannen, in der Jugend und im mittleren „Alter“ und manifestieren sich dann eben als „Alterskrankheiten“.

Ein erfolgreiches Alter beginnt in der Jugend. Das Alter wird umso erfolgreicher sein, je bewusster der Prozess des Alterns lebenslang gelebt wird. Krankheit gehört nicht zwingend zum Alter. Die Entstehung von Alterskrankheiten, die sogenannte Pathogenese, findet viel früher statt. Mit einer frühzeitigen „Altersvorsorge“, die die bestehende, auf die finanziellen Aspekte fokussierte Betrachtungsweise erweitert, dürfte die Grundlage für eine Kultur des Alterns gelegt werden. Es wird daher die Aufgabe von Geriaterinnen und Geriatern sein, auf diese Zusammenhänge hinzuweisen und sich künftig noch mehr als heute den präventiven Krankheitsaspekten und Massnahmen der Gesundheitsförderung zu widmen. Diese Erkenntnisse haben sich für die todbringenden Krankheiten, wie Herzkreislauf-Erkrankungen und Krebslei-

den schon durchgesetzt. Sie sind aber erst im Entstehen für alle Krankheiten, die lediglich Behinderung oder Abhängigkeit bringen, die aber immer wieder als typische geriatrische Krankheiten zitiert werden und die dem Alter den negativen Nimbus der Abhängigkeit und Fremdbestimmung aufstempeln.

Das heutige Zürcher Geriatrieforum Waid wird den Themen Krankheit und Leben im Alter gewidmet sein und ich freue mich, zusammen mit Ihnen die verschiedenen Ausführungen und Gedanken mitverfolgen zu dürfen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche der Tagung den gebührenden Erfolg.

Allocution de bienvenue par l' INAG: Vivre ensemble longtemps

Jean-Pierre Fragnière, Directeur scientifique de l'Institut universitaire Âges et Générations (INAG)

Ce qui nous rassemble ce matin, ce n'est pas « d'abord » des questions de santé. Nous sommes invitées à une réflexion sur notre manière de vivre et de conserver notre autonomie, nos liens familiaux et amicaux lorsque nous sommes frappés par le handicap, la maladie, les dépendances liées à la vieillesse et, surtout, au grand âge.

Il nous appartient de réfléchir sur les rôles que nous pouvons, voire devons jouer lorsque, dans notre entourage, quelqu'un est confronté à ce type d'événements ou de situations.

Il y a bien longtemps que l'on a compris que la vieillesse ne saurait être assimilée à la maladie, à la dépendance du médecin et/ou du home médicalisé, ou encore à la perte de notre droit à gérer les choix qui font notre quotidien

Au cours des trois dernières décennies, nos sociétés ont bafouillé face à la gestion de ces enjeux, en tout cas, elles ont beaucoup hésité. D'une part, la médecine offrait de plus en plus de plateaux techniques, de savoir-faire, de murs et de lits, bravo ! Par ailleurs, nous n'avions guère pesé sérieusement les conséquences croisées des importants changements que constituent les transformations des systèmes familiaux, le vigoureux allongement de l'espérance de vie, l'impressionnante mobilité géographique qui allait séparer les familles, sans parler des divorces et des recompositions des structures familiales.

Dans ce contexte, on a construit des homes et laissé se multiplier les lits d'hôpitaux. Bien sûr, on a redécouvert les vertus du Maintien à domicile ; que dis-je, on l'a développé, on a mis en place des législations et des institutions. Mais, il faut bien le dire, tout cet effort s'est construit sur les marges, comme un « à côté », un « plus », un « para-quelque chose », un appendice du système de soins. Les chiffres qui émaillent les budgets de santé sont éloquentes à ce propos, comme d'ailleurs les hésitations des assurances sociales à considérer le sujet comme central, voire à dépasser une (légitime ?) suspicion administrative.

Il faut renverser la perspective.

La santé n'est pas d'abord une affaire d'hôpital, de médecins, de chimie et de techniques sophistiquées. Elle est une condition de participation à la vie sociale dans des cadres où l'autonomie individuelle est suffisamment garantie pour que la participation à la vie collective puisse être source du plus grand bien-être possible.

Bien sûr, ce propos apparaîtra comme biaisé, voire unilatéral. C'est vrai.

En mettant l'accent sur cette dimension de la santé, on peut être soupçonné de négliger ou au moins de sous-estimer l'ensemble des tâches qui constituent ce vaste champ de l'activité humaine. Mais la pente à remonter est si rude, le débat sur les priorités si âpre et feutré à la fois, qu'il faut retenir des principes fondateurs clairs et affirmés. Les choix qui seront faits dans les temps qui viennent, dans une période de vaste redistribution des cartes, sont susceptibles de marquer le paysage du système de santé à l'horizon 2020 qui sert de référence aux démarches prospectives actuelles en matière d'analyse démographique et de planification socio-sanitaire.

Le point de vue que nous présentons ici répond aussi à une préoccupation pédagogique. Dans la mesure où la santé est l'affaire de chacun et l'affaire de tous, il faut que tous et

chacun sachent ce qui se dessine à leur horizon. Concrètement, après une trop longue période où ces questions ont été déléguées au système sanitaire en pleine croissance, il convient de montrer à nos contemporains les diverses formes de participations « privées » et « domestiques » qui les attendent et que l'on peut escompter d'eux avec le concours des solidarités collectives et des institutions qui les incarnent. Ils seront ainsi en mesure de se préparer à assumer des rôles et des tâches qui leur paraîtront « praticables », à développer les habitus nécessaires, à manifester publiquement les choix qui les rendent possibles, à organiser leur vie pour que l'imprévu soit moins souvent synonyme de cassure, de rupture, voire de disqualification.

En quelque sorte, beaucoup de nos contemporains savent participer à nombre de dimensions de la gestion de leur entourage. Mais, dans beaucoup de domaines, ils peuvent avoir beaucoup de choses à apprendre. Ils se sont mis à Internet. Ils savent tout sur les performances des voitures et sur les charmes des stations balnéaires. Ils ont peut-être à développer leur information et leur culture sur les modalités du vivre ensemble le plus longtemps et le mieux possible.

Les agences de voyages ont pris quelques virages. Elles invitent leurs clients à construire leurs périple et les chemins de la découverte. N'avons-nous pas également pour tâche de rendre transparente, crédible et possible, la participation du plus grand nombre à la construction d'un système de maintien à domicile de qualité ?

Enjeux majeurs ou propos de circonstances ? Par leur généralité, ces propos peuvent susciter le rejet. Vite étiquetés de « théoriques », de « considérations infécondes » ou d'autres qualificatifs tout aussi disqualificateurs.

Nous croyons, au contraire, que nous construirons un champ de santé satisfaisant à gardant à l'esprit au moins quatre idées guides.

— Ce que l'on a appelé paresseusement le quatrième âge est constitué d'une population vivant des états de santé très disparates, impossible de les ranger dans une seule catégorie. Ces réalités sont le fondement de la diversité des facettes de la pratique des soins et du Maintien à domicile, des professionnels engagés dans l'action et aussi des images véhiculées dans le débat public.

— Le premier lieu de soin, c'est le domicile du « malade ».

— Le premier « acteur de soin », c'est le « malade ».

— Le cœur du projet c'est la promotion de l'autonomie de chacun et l'aide à l'exercice de la citoyenneté... jusqu'au bout.

Einführung: Die Gesellschaft des langen Lebens

Erwin Carigiet

Der Titel des 4. Geriatrieforums Waid, Kultur des Alterns - Leben und Krankheit im Alter, drückt die dem Thema Alter innewohnende Ambivalenz aus.

Die Lebensbedingungen der älteren Generationen haben sich in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbessert. Diese Tatsache darf jedoch nicht zur Annahme verleiten, dass damit die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber dem Alter verschwunden wären. Wir befinden uns zwar auf dem Weg zu einer Gesellschaft des langen Lebens, aber wir sind noch nicht sicher, ob uns dies ein Grund zur Freude oder ein Anlass zu Besorgnis ist.

Als Folge der Altersvorsorge und des medizinischen Fortschritts beginnt heute mit der Pensionierung ein neuer, im Vergleich zu den vorangegangenen ebenso wichtiger Lebensabschnitt. Im Gegensatz zu früheren Zeiten geht es nicht mehr um ein Warten auf den Tod, sondern um den Start in einen weiteren Lebensabschnitt, in dem oft sogar mehr Selbstbestimmung und -verantwortung verlangt wird als in der Erwerbszeit. Die bemerkenswerte Zunahme krankheits- und schmerzfreier Lebensjahre, die generell hohe Lebenserwartung bedeuten eine Zunahme der Lebenschancen.¹

Trotzdem: Alt werden möchten alle, alt sein niemand. Erst recht nicht alt und krank. Mit zunehmenden Lebensjahren hat Alter oft - aber nicht immer - mit Hinfälligkeit, Krankheit, mit Leiden und auch mit Sterben und Tod zu tun.² Der utopische Apfel der Verjüngung, die Überwindung aller Krankheiten, ja des Todes bleibt trotz allen medizinischen Fortschritts und eines unendlichen Angebots von Kosmetika und Lifestyle-Pharmazeutika unerreichbar. Das ist aber nicht die ganze Wahrheit.

Es sind nicht nur Fakten, sondern ebenso Bilder und Mythen, die die Ansichten und das Handeln der einzelnen Menschen und der Gesellschaft bestimmen. Die signifikante Zunahme der älteren Bevölkerung in den Gesellschaften Westeuropas führt zu seltsamen Wortschöpfungen wie Altersexplosion, Überalterung oder Rentnerschwemme. Diese Wortschöpfungen suggerieren Untergangsszenarien und sind allein schon aus diesem Grund bedenklich. Damit verbunden werden Bilder wie die viel zitierte Kostenexplosion³, ein Krieg der Generationen, die Aufkündigung des Generationenvertrags. Andere aus der Generation der in die Jahre kommenden Babyboomer, wie Frank Schirrmacher, verlangen nach einem „Methusalem-Komplott“ als Gegenmassnahme zur Dominanz der Jugend.⁴

¹ Von dieser Warte her gesehen, ist die zunehmende Zahl alter und hochbetagter Menschen eine positive Entwicklung der Gesellschaft. Anzumerken ist, dass ein hohes Alter in der Gegenwart kein Privileg der Reichen mehr ist, wie es bis in die Neuzeit hinein war.

² Prävalenz von Pflegebedürftigkeit im Alter, Schätzwerte Schweiz 2000: 2,5 % bei den 65- bis 69-jährigen, 5-6 % bei den 70- bis 74-jährigen, 8-10 % bei den 75- bis 79-jährigen, 18-20 % bei den 80- bis 84-jährigen, 30-35 % bei den 85+-jährigen (François Höpflinger, Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen in der Schweiz, in: Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, herausgegeben von Erwin Carigiet und Daniel Grob, Zürich 2003, S. 54).

³ Für die Gesundheitskosten im Alter gilt die folgende Differenzierung: Im Durchschnitt werden die Bezüge der Versicherten nicht mit zunehmendem Alter höher: Die höchsten Gesundheitskosten fallen im letzten Lebensjahr eines Menschen an, unabhängig davon, ob er alt oder jung stirbt.

⁴ Frank Schirrmacher, Das Methusalem-Komplott, Blessing Karl Verlag, München, 2004

Bei diesen rüden Formulierungen geht vergessen, dass wir es nicht mit irgendwelchen abstrakten Tatbeständen zu tun haben, sondern mit Menschen. Eine quasi gesunde Verteilung zwischen jüngeren und älteren Menschen gibt es nicht.

Alter (samt den damit verbundenen Einschränkungen) ist keine lediglich kostenrelevante Grösse, sondern die Zukunft der meisten Menschen. Dies müssen sich gerade die Menschen in ihrem Mittelalter, also jene in den sogenannten besten Jahren, wie ich, besonders in Erinnerung rufen. Unsere Bilder, Befürchtungen, Hoffnungen prägen nicht nur unsere Beziehungen zu den älteren Generationen, sondern auch unser eigenes Altern. Die gesamte Gesellschaft, Junge und Alte, haben sich mit den demographischen Entwicklungen auseinander zu setzen und gemeinsam an Lösungen zu arbeiten.

Notwendig ist eine neue Kultur des Alterns, die die Langlebigkeit als Chance versteht und die Diskussion nicht allein auf die damit - zugegebenermassen - einhergehenden Herausforderungen für die sozialen Sicherungssysteme fokussiert.⁵

Die Gleichung alt = arm gilt heute in der Schweiz nicht mehr wie noch bis anfangs der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts. Alter bedeutet heute kaum mehr finanzielle Abhängigkeit von der Sozialhilfe oder von Verwandten – dank der AHV, den Ergänzungsleistungen zur AHV und dank der sozialen Krankenversicherung und einer ausgebauten öffentlichen Gesundheits- und Heimversorgung.⁶ Die Beseitigung der Altersarmut ist eine der grossen Errungenschaften der Sozialpolitik des 20. Jahrhunderts. Die Kinderarmut des 21. Jahrhunderts, die schmerzliche Tatsache, dass Kinder heute ein sehr grosses Armutsrisiko darstellen, verlangt nach ebenso mutigen Lösungen wie es 1948 die Einführung der AHV war, und nicht nach einem Ausspielen des Alters gegen die Jugend.

Wenn nun die dank der Errungenschaften des Sozialstaates überwundene Gleichung alt = arm durch den Mythos der teuren Alten, etwa durch eine Gleichung alt = krank und teuer ersetzt wird, erweist sich die Gesellschaft einen Bärenienst. Wenn ein Kampf der Generationen angezettelt wird, wenn suggeriert wird, das Alter, die alten Menschen seien für den Rest der Gesellschaft, also für die Jungen und Mittelalterlichen, die sogenannte Sandwich-Generation, nicht mehr tragbar, wird es nur Verlierer geben: junge und alte.⁷

Gesellschaftspolitik berücksichtigt immer auch jene Zusammenhänge, die sich nicht in Geldgrössen ausdrücken lassen oder unmittelbar in Wertschöpfung auswirken. Sie nimmt sich ebenso ernsthaft der kulturellen Aspekte an, die sich oft in einem Spannungsfeld von alten Werten und neuen Realitäten befinden.

Krankheit und Leiden gehören zum Leben – gerade auch in unserer Zeit. Auch wenn wir es gern verdrängen, nicht jede Krankheit ist heilbar, nicht jedes Leiden kann vollständig gelindert werden. Eine leidens- oder krankheitsfreie Gesellschaft scheint trotz aller immensen medizinischen Fortschritte nicht möglich zu sein. Modernste Heilmethoden und Medikamente können Mitleiden, Anteilnehmen am Leiden, am Kranksein des Anderen nicht ersetzen. Die Hinfälligkeit des alten Menschen anzunehmen, ihn solidarisch mitzutragen bleibt eine wichtige Aufgabe der Gemeinschaft.

⁵ Die hoch entwickelten westlichen Gesellschaften haben allerdings das Problem der Bevölkerungsexplosion auf ihrem eigenen Gebiet weitgehend gelöst. *Alte* Gesellschaften sind einwohnerinnen- und einwohnermässig langfristig schrumpfende Gesellschaften, was aus ökologischer Sicht als wünschenswert erscheint.

⁶ Der Umstand, dass es (immer noch zu viele) einkommensschwache und arme alte Menschen gibt, darf nicht davon ablenken, dass ein stetig wachsender Teil der betagten Bevölkerung in besseren finanziellen Verhältnissen lebt als manche Erwerbstätige.

⁷ Falsch ist es bestimmt, alle Entscheidungen dem Primat des Sparens bei den öffentlichen Haushalten, der Deregulierung und dem Wettbewerb zu unterwerfen. Und damit die Solidarität zwischen Jung und Alt, zwischen Gesunden und Kranken in Frage zu stellen oder gar aufzukündigen.

Der Kampf gegen das Alter, das Primat der Jugend gegenüber dem Alter ist ein Kampf gegen sich selber. Die Gesellschaft des langen Lebens ist eine Tatsache. Ebenso das eigene Alter. Beiden ist ins Auge zu schauen. Mit Furcht. Mit Freude. Mit gemischten Gefühlen. Je nach eigener Lebenseinstellung.

Soziale Sicherheit bleibt auch in der Zukunft eine Sache des politischen Willens, und damit das Resultat gesellschaftlicher Anstrengungen, die von gegenseitigem Respekt getragen werden. Das Vertrauen in die Zukunft bleibt mit dem Vertrauen in die Sicherung der Sozialwerke verbunden. Ich schliesse mit einem vertrauensvollen Zitat des in hohem Alter verstorbenen Philosophen Martin Buber:

„Alt sein ist ein herrlich Ding, wenn man nicht verlernt hat, was Anfangen heisst.“

Gesundheitsversorgung im Alter zwischen Humanität und Technologie

Daniel Grob

Medizinische Behandlung alter Menschen

Niemand wird wohl bestreiten, dass alte Menschen die gleichen Rechte auf eine gute Gesundheitsversorgung haben wie jüngere Menschen auch: alte und behinderte Menschen haben ein Anrecht, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse zu äussern, ernstgenommen, abgeklärt und behandelt zu werden. Altersdiskriminierung hat in unserer Gesellschaft keinen Platz; gleiche Behandlung ungeachtet des Alters ist ein selbstverständliches Postulat.

Was heisst nun „Gleichbehandlung“ im altersmedizinischen Kontext? Heisst Gleichbehandlung, dass alte Menschen gleich wie die Jüngeren behandelt werden – mit den gleichen Methoden, den gleichen ÄrztInnen, in den gleichen Kliniken? Oder unterscheiden sich die Anforderungen alter Menschen an die Gesundheitsversorgung von jenen jüngerer Menschen? Und sind sie deshalb „anders“ zu behandeln?

Differenzierung ist angesagt: Sehr viele alte Menschen können und sollen gleich behandelt werden wie die Jüngeren. Es gibt aber eine Gruppe von alten Menschen, bei denen eine medizinische Behandlung nach den Prinzipien jüngerer Menschen nicht angebracht ist: Die GeriatriepatientInnen – sie bedürfen unserer besonderer Aufmerksamkeit:

Die Geriatriepatientinnen und –patienten

Charakteristika des/r geriatrischen Patienten/in

- Multiple Pathologien in
- Mehreren Gesundheitsdimensionen
- Chronische Erkrankungen
- Funktionsverluste und hoher Rehabilitationsbedarf
- Kritisch begrenzte Kompensationsfähigkeiten
- Rasche Zustandsverschlechterung, wenn unbehandelt
- Atypische, unspezifische Krankheitspräsentation
- Polypharmazie
- Soziale Unterstützungssysteme fehlend, unzureichend oder fehlreagierend

Diese GeriatriepatientInnen, kranke, behinderte alte Menschen, sind meist chronisch krank, und sie sind nicht nur körperlich krank, sondern auch psychisch, sozial und insbesondere in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt. Sie haben im Hinblick auf ihre begleitenden Funktionsverluste einen deutlichen höheren Rehabilitationsbedarf bei jeder akuten Erkrankung, weil sie Einzeldefizite viel schlechter kompensieren können. Wegen geringeren Reserven verschlechtert sich ihr Zustand viel schneller als bei jüngeren Menschen, was schnelle Interventionen erfordert. Oft ist die Präsentation ihrer Grunderkrankung sehr verschleiert, die medizinische Symptomatik sehr atypisch. Dies bedeutet den Einsatz spezieller, oft auch technologischer diagnostischer Prozeduren. Die GeriatriepatientInnen nehmen in der Regel mehr Medikamente zu sich und haben relativ schlechte soziale Unterstützungssysteme.

Unser Akutspital-System scheint, was im Hinblick auf die demografische Entwicklung eigentlich paradox ist, zunehmend Mühe zu haben, den Bedürfnissen dieser Menschen gerecht zu werden: Kürzere Aufenthaltsdauern, raschere Interventionen, diagnose- und nicht funktionsbezogene Prozedur-Richtlinien sind für sie problematisch. Mit der heute leider zunehmenden Fragmentierung der Behandlung, mit diskontinuierlicher Betreuung und Behandlung in wechselnden Umgebungen und an wechselnden Standorten können jüngere PatientInnen umgehen – unsere GeriatriepatientInnen werden davon überfordert.

Anforderungen an eine altersgerechte Medizin

Die geriatrischen PatientInnen und deren Anforderungen

- **Rascher und direkter Zugang** zu akutmedizinischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten
- **Assessment-Methodik** und damit Einbezug aller Gesundheitsdimensionen
- **Integration rehabilitativer Methoden**
- **Interdisziplinäre Behandlung (Team)**
- **Einbezug des sozialen Umfeldes, Interaktion mit Angehörigen**
- **Wohnort-Nähe**
- **Flexibilität der Angebote**
- **Intensive Vernetzung mit spitalexternen Diensten**

Wenn wir diesen Menschen im Gesundheitssystem gerecht werden wollen, müssen wir nicht nur raschen und direkten Zugang zu akutmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten sicherstellen. Wir müssen auch moderne geriatricspezifische Assessment-Methodiken in die Alltagsarbeit integrieren und wir sollten insbesondere akutmedizinische und rehabilitative Behandlungen eng verknüpfen. Die Abläufe im Akutspital sind teamorientiert auf der Abteilungsebene zu gestalten was teameigene, prozessorientierte Führungsstrukturen bedeutet. Einbezug der Angehörigen (sofern vorhanden) bis hin zur einfachen Familientherapie ist elementar – auch im Akutspital!

Die Angebote für diese GeriatriepatientInnen sind möglichst wohnortsnahe zu planen, die Kommunikation mit der Spitex muss eng sein. Zudem sind diese Angebote so flexibel zu gestalten, dass hochgradige Individualisierung möglich wird – und weder Über- noch Unterbehandlung zulässt.

Die Umsetzung dieser Anforderungen geriatrischer PatientInnen ist gerade heute schwierig und eine grosse Herausforderung an unser Gesundheitssystem.

Behandlungsstandards für alte Menschen

Die Britische Geriatrie-Gesellschaft hat auf diesem Hintergrund Behandlungsstandards für alte Menschen formuliert.⁸

Standards of Care for Specialist Services for older People British Geriatrics Society 2002

- Ausreichender **Zugang zu Akutspitälern** mit spezialisierten Dienstleistungen für alten Menschen
- Zugang zu **spezialisierten Rehabilitations - Dienstleistungen** bezüglich Hirnschlag, orthogeriatriischen Problemen und allgemeiner Rehabilitation.
- Zugang zu umfassendem **ambulatem geriatrischem Assessment und Rehabilitation**, insbesondere für die speziellen Probleme Stürze, cerebrovaskuläre Erkrankungen, Inkontinenz, Parkinson sowie für die orthogeriatriischen Probleme.
- Programme für die **Ausbildung** von Mitarbeitenden von nicht-geriatriischen Institutionen
- **Behandlungspläne** für Hirnschläge, Stürze, Osteoporose, Delir, Parkinson und Hüftfrakturen.

Die praktische Umsetzung obiger Forderungen in unserem Kontext heisst: Vermehrte spezialisierte geriatrische Dienstleistungen – sinnvollerweise über die Institutionsgrenzen hinweg – sowohl stationär wie ambulant.

Geriatrie ist sehr zeitintensiv. Mehr Zeit benötigt allein schon die Kommunikation mit den PatientInnen (wegen Schwerhörigkeit, Sehbehinderung, kognitiver Einschränkung etc). Mehr Zeit benötigt aber auch der ganze Behandlungsprozess, da wegen der geringeren Belastbarkeit Untersuchungen etappiert werden müssen und da die Erholung alter Menschen nach einer akuten Erkrankung oder einem Unfall (oder auch nach einem medizinischen Eingriff) schleppender verläuft.

Eine möglichst kontinuierliche rund-um-die-Uhr-Betreuung im Akutspital und eine intensive Vernetzung gegen aussen ist vonnöten: Eine Fragmentierung ärztlicher Behandlung ist verheerend, insbesondere für alte Menschen. Sie bedeutet Informationsverluste, Beziehungsverluste, schlechtere Qualität. Das ökonomisch determinierte lineare einfache Behandlungsmodell von „Akutbehandlung - Rehabilitation – Langzeitpflege“ leistet der Fragmentierung Vorschub.

Die moderne Zentralisierung und fachspezifische Organisation der Spitaldienste bedeutet eine enorme Erschwerung der team-orientierten Arbeit auf der Abteilung, da die Behandlungsprozesse nur unter hohem kommunikativem und administrativem Aufwand einigermaßen befriedigend gestaltet werden können: Jegliche Führungsstruktur, welche die interdisziplinäre Teamarbeit auf der Abteilung erschwert, ist in ihren Grundzügen geriatrie-feindlich.

Die Fallkostenpauschalisierung der Spitalvergütung führt immer häufiger dazu, dass alte, kranke Menschen („Anreiz-gerecht“) nach kurzer Zeit schon aus dem Akutspital in andere Institutionen verlegt werden, die notabene oft weniger geeignet sind, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse zu befriedigen als ein geriatriegerechtes Spital.

⁸ British Geriatrics Society. Standards of Care for Specialist Services for older People. www.bgs.org.uk. 2002

Moderne Medizin-Technologie ist sehr altersgerecht geworden, weniger belastend, weniger invasiv. Man denke an Magnet-Resonanz-Tomografie und Computertomografie, an endoskopische und nuklearmedizinische Verfahren, an minimal-invasive chirurgische Verfahren. Diese Technologien sind prinzipiell sehr altersfreundlich – sie müssen aber im Hinblick auf die geringere Belastbarkeit alter Menschen sorgfältig geplant und eingesetzt werden – was wiederum nach Ausbildungsangeboten für die mit alten Menschen beschäftigten Mitarbeitenden ruft.

Humanität und Technologie

Humanität und Technologie ist im geriatrischen Kontext kein Widerspruch. Hochtechnisierte Medizin wird nur dann für geriatrische PatientInnen zu belastend, wenn sie an den Bedürfnissen alter Menschen vorbei angewendet wird und wenn das Umfeld ihrer Anwendung nicht stimmt. Sowenig wie die ebenso geringer belastbaren ganz jungen Menschen (Kleinkinder z.B.) nicht in die standardisierten medizinischen Prozeduren von Akutspitälern einbezogen werden, sowenig darf dies bei hochbetagten geriatrischen PatientInnen der Fall sein.

Das Recht auf Behandlung steht älteren Menschen zu. Dies heisst damit nicht Gleichbehandlung mit jüngeren Menschen, sondern gleichwertige Behandlung, adaptiert an ihre Defizite und Ressourcen.

Es ist im Hinblick auf die demografische Entwicklung eine der grossen Herausforderungen unserer Zeit, unser Gesundheitswesen geriatriegerecht zu gestalten. Es wird dazu noch viele Anstrengungen brauchen: Nicht nur mehr geriatrische vernetzte Dienstleistungen über die Institutionsgrenzen hinweg und mehr geriatrische Lehre und Forschung sind vonnöten, sondern als fundamentale Grundlage auch eine Abkehr vom Jugendkult hin zu einem positiven Altersbild⁹.

Ich hoffe, das heutige Geriatrieforum trägt etwas dazu bei!

⁹ Leistner K, Meier-Baumgartner HP, Pientka L. Hamburger Erklärung. Z Gerontol Geriat 2002; 35:50-3

Lebens- und Wohnkultur für verschiedene Phasen des Alters

François Höpflinger

Phasen im höheren Lebensalter - und wechselnde Lebensbedürfnisse

Die traditionelle Einteilung in Erwerbstätige und Rentner ist angesichts der hohen Lebenserwartung zu grob geworden. Heute wird deshalb von mindestens vier Phasen im Lebenslauf älterer Erwachsener ausgegangen, wobei sowohl Beginn und Dauer der verschiedenen Lebensphasen individuell stark variieren können.

Erste Phase 'Spätes Berufsleben, Auszug der Kinder und nahende Pensionierung': Zwar sind Männer und Frauen in dieser Lebensphase meist weiterhin erwerbstätig, aber das Ende des Berufslebens und die Pensionierung rücken näher. Das Alter, in dem die Erwerbstätigkeit endet, variiert. In den letzten Jahrzehnten ist auch in der Schweiz die Zahl von Frühpensionierungen rasch angestiegen. Im Jahre 2000 war nahezu die Hälfte der Männer und mehr als ein Drittel der Frauen schon ein Jahr vor dem offiziellen AHV-Alter nicht mehr erwerbstätig. Nur eine Minderheit bleibt nach dem offiziellen Rentenalter weiterhin erwerbstätig. Der Anteil der erwerbstätigen Personen im AHV-Alter ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gesunken. Gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung waren im Jahre 2000 nur noch 8% der 65 bis 75-jährigen Männer vollzeitlich erwerbstätig, und weitere 9% waren teilzeitlich aktiv.

Zwischen dem 50. und 65. Lebensjahr fällt häufig auch der Auszug der Kinder und damit der Beginn der sogenannten nacherlterlichen Lebensphase. Dies führt zumeist zu einer Verringerung der Haushaltsgrosse auf ein bis zwei Personen. Der Auszug der Kinder wird von einer wachsenden Minderheit älterer Menschen genutzt, um sich wohnmässig neu zu orientieren; sei es, dass ein nicht mehr benötigtes Kinderzimmer in ein Studio für eigene Aktivitäten umgewandelt wird; sei es, dass eine kleinere, aber modernere Wohnung bezogen wird. Vielfach werden Frauen und Männer in dieser Lebensphase mit der Geburt erster Enkelkinder beglückt, wobei die Rolle als Grossmutter bzw. Grossvater wichtige neue Erfahrungen mit der jüngsten Generation erlaubt.

Zweite Phase 'Autonomes Rentenalter': Diese Lebensphase ist einerseits durch eine Freisetzung von der Erwerbsarbeit, andererseits aber auch durch eine hohe soziale und persönliche Autonomie gekennzeichnet. Gute Gesundheit und hohe Kompetenzen erlauben es immer mehr jüngeren Rentnern und Rentnerinnen, diese Lebensphase nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten und zu geniessen; sei es, dass Partnerbeziehung und Kontakte zu Freunden intensiver gepflegt werden; sei es, dass bisher aus Zeitgründen vernachlässigte Aktivitäten - Reisen, Hobbys, Freiwilligenarbeit usw. - häufiger ausgeübt werden. Diese Phase späterer Freiheit dauert je nach gesundheitlichem Befinden unterschiedlich lang. Die Dauer des aktiven Rentenalters ist auch von den finanziellen und psychischen Ressourcen abhängig.

In dieser Phase verbleibt die grosse Mehrheit der Menschen in ihrer angestammten Wohnung und Wohnumgebung. Die Wohnbedürfnisse gesunder, aktiver Rentner und Rentnerinnen sind vielfach ähnlich wie die Wohnbedürfnisse erwerbstätiger Erwachsener. Eine wachsende Minderheit orientiert sich jedoch nach der Pensionierung wohnräumlich neu. So kehren viele ältere Migranten und Migrantinnen nach der Pensionierung in ihr Heimatland zurück, wie Studien bei älter werdenden Einwanderer italienischer und spanischer Herkunft aufzeigen. Auch mehr ältere Schweizer und Schweizerinnen wechseln in dieser Lebensphase ihren Wohnsitz. Zwar ist die Datenlage zu diesem Wohnaspekt schlecht, doch scheinen sich die „alten Bäume“ immer häufiger selbst zu verpflanzen, um die bekannte Altersweisheit entgegen ihrem ursprünglichen Sinne zu zitieren. So leben beispielsweise heute zwischen 4'000 bis 5'000 ältere Schweizer (über 55-jährig) an der spanischen Costa Blanca. In einer im Jahre 2000 durchgeführten Befragung von gesunden älteren Menschen im Alter zwischen 50 und 80 Jahren erachteten 14% einen Wohnwechsel in den Süden als denkbar.

Die internationale Altersmigration, die sowohl eine Rückkehr älterer Migranten in ihr Ursprungsland als auch die internationale Auswanderung von Menschen im Rentenalter in den Süden umfasst, ist zu einem neuen gesellschaftlichen Phänomen im Rahmen einer global orientierten Weltgesellschaft geworden. Gleichzeitig wird Altern an mehreren Orten häufiger. Neben dem Berufspendelverkehr entwickelt sich in der Schweiz eine verstärkte Tendenz zum Alterspendelverkehr (Pendeln zwischen zwei Wohnorten). Es ist heute keine Seltenheit mehr, wenn Rentner zwei Wohnsitze aufweisen, und von den 60-69-jährigen Menschen haben gegenwärtig um die 20% eine Zweitwohnung. Bei den zukünftigen Rentnern - den heute 50-59-Jährigen - sind es sogar um die 25%. Altersmigration und Altern an zwei Orten sind wichtige Entwicklungstendenzen des „neuen Alterns“. Es sind Entwicklungstendenzen, die auf keinen Fall gering einzuschätzen sind, auch wenn die Altersmigration zahlenmässig bisher nur eine relativ kleine Gruppe älterer Menschen erfasst hat.

Dritte Phase 'Phase erhöhter Gefährdung' bzw. fragiles Rentenalter': In dieser Lebensphase - die je nach Person früher oder später eintritt - verunmöglichen körperliche Einschränkungen zwar nicht ein eigenständiges Leben und Haushalten, aber sie erschweren es. Einschränkungen des Gehvermögens, Probleme mit dem Gleichgewicht oder ein eingeschränktes Seh- und Hörvermögen erzwingen einen neuen Lebensrhythmus, beispielsweise eine verstärkte Konzentration auf die eigene Wohnung und die nahe Wohnumgebung und einen Verzicht auf anstrengende Reisen usw. Aufgrund von Knochenbrüchigkeit (Osteoporose) erhöht sich im hohen Alter das Risiko, dass es bei einem Sturz zu einem Knochenbruch kommt. Sturzunfälle sind im hohen Lebensalter vor allem bei Frauen ein bedeutsames Risiko, wobei die überwiegende Mehrheit aller Sturzunfälle im Haushalt geschieht.

Vielfach sind Menschen in dieser Lebensphase zwar nicht pflegebedürftig, aber in einigen Tätigkeiten des Alltags auf regelmässige Hilfe angewiesen, beispielsweise bei grösseren Einkäufen oder beim Putzen von Fenstern usw. In dieser Lebensphase müssen Menschen bei oft noch guten geistigen Fähigkeiten die Grenzen und Einschränkungen des alternden menschlichen Körpers akzeptieren. Ein selbständiges Leben und Haushalten ist immer noch möglich, aber vieles wird beschwerlicher. Rheumatische und arthritische Beschwerden beispielsweise erschweren früher problemlose Handreichungen und Haushaltsaktivitäten und für viele Haushaltstätigkeiten wird mehr Zeit als früher benötigt. Dabei

zeigt sich, dass in dieser Lebensphase das psychische Wohlbefinden stark durch die mentale Kraft einer Person bestimmt wird.

Gleichzeitig stellt sich die Frage nach dem 'wie lange noch' in aller Heftigkeit. Generell haben ältere Menschen auch bei auftretender Hilfsbedürftigkeit ein starkes Bedürfnis nach Erhaltung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung, wobei aufgrund des wachsenden Selbstbewusstseins älterer Menschen diese Selbstbestimmung heute verstärkt eingefordert wird. Dazu gehört die Forderung nach einer stärkeren Mitwirkung bei der Gestaltung ihrer Wohnumwelt im Alter. Es ist im fragilen Rentenalter, wo Wohnanpassungen, aber auch Erleichterungen in der Wohnumgebung - wie leicht zu bedienende Fahrkartenautomaten, rutschfeste Spazierwege, nahe Einkaufsmöglichkeiten usw. - besonders zentral werden. Bei Wohnanpassungen existieren zwei grundsätzlich unterschiedliche Möglichkeiten: Einerseits kann eine individuelle Wohnanpassung vorgenommen werden, etwa zur Optimierung der Wohnsituation auf die Anforderungen des hohen Lebensalters; zum Beispiel gut beleuchtete Treppenhäuser, um Sturzunfälle zu vermeiden; automatisierte Eingangstüren und Abbau von Türschwellen, um Gehprobleme zu kompensieren usw. Andererseits kann eine ganze Siedlung oder zumindest ein ganzer Gebäudekomplex auf die spezifischen Bedürfnisse hochaltriger Menschen ausgerichtet werden, am besten präventiv schon beim Bau; wie dies bei Alterswohnungen oder altersgerechten Wohnanlagen der Fall ist.

Bisherige Studien über Anpassungsmassnahmen in Wohnungen älterer Menschen lassen erkennen, dass zwei Aspekte für eine erfolgreiche Durchführung solcher Anpassungsmassnahmen besonders bedeutsam sind. Erstens ist der Erfolg von Veränderungsmassnahmen um so grösser, je früher und stärker die entsprechenden Zielgruppen einbezogen werden und die Veränderungen zu ihrer eigenen Sache machen. Zweitens sind die sozialen, geistigen und körperlichen Kompetenzen älterer Menschen mitentscheidend. Je geringer die entsprechenden Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner sind, um so höher sind die Anforderungen an eine altersgerechte Umwelt, da eine gute Umweltgestaltung die fehlenden Fähigkeiten kompensieren muss. Entsprechend intensiv sind bei älteren Menschen mit weniger Kompetenzen die notwendigen Anpassungsmassnahmen und Beratungsprozesse. Dazu gehört auch eine ständige Überprüfung des Erfolgs von durchgeführten Massnahmen.

Vierte Phase 'Abhängiges Alter' (Pflegebedürftigkeit): Menschen in dieser Lebensphase sind nicht mehr in der Lage, selbständig zu haushalten; sei es aufgrund körperlicher Einschränkungen oder sei es aufgrund hirnorganischer Störungen (Demenz). Selbst bei einfachen Alltagsaktivitäten - sich waschen, essen, zu Bett gehen u.a. - sind diese Menschen auf Hilfe und Pflege angewiesen. Diese Phase der Pflegebedürftigkeit wird meist angesprochen, wenn das Stichwort 'Alter' angeführt wird. Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass nicht alle Menschen im hohen Alter abhängig und pflegebedürftig sind. Auch werden nicht alle Menschen im Laufe des Lebens oder gegen Ende ihres Lebens pflegebedürftig. Trotzdem ist nicht zu verkennen, dass das Risiko von Pflegebedürftigkeit im hohen Lebensalter rasch ansteigt. Aufgrund der demographischen Alterung ist mit einem Anstieg der Zahl pflegebedürftiger älterer Frauen und Männer zu rechnen, und zwar auch dann, wenn zukünftige Generationen älterer Menschen länger als bisher gesund verbleiben. Obwohl einige Menschen auch aus wirtschaftlichen oder sozialen Gründen in ein Alters- und Pflegeheim wechseln - etwa weil ihnen die bisherige Wohnung gekündigt wurde oder um nach dem Tod einer Partnerin nicht zu vereinsamen - ist Pflegebedürftigkeit heute die wichtigste Ursache für einen Umzug in eine Alters- und Pflegeeinrichtung.

Zur Lebensweise und Wohnlage zuhause lebender älterer Menschen

Was die zuhause lebende ältere Bevölkerung betrifft, lassen sich in den letzten Jahrzehnten vor allem vier wesentliche Veränderungen nachweisen: Erstens erhöhte sich der Anteil älterer Männer und Frauen in einem Einpersonenhaushalt (wobei diese Wohnsituation nicht von vornherein mit allein Leben gleich zu setzen ist). Zweitens hat sich der Anteil von Menschen erhöht, welche auch im Alter in einer Partnerschaft leben. Dies ist primär darauf zurückzuführen, dass es sich bei den heutigen älteren Menschen um ehefreundliche Generationen handelt. Drittens hat sich der Anteil älterer Menschen verringert, welche mit oder bei einem ihrer Kinder wohnen. Das vorherrschende Muster der Generationenbeziehungen im höheren Lebensalter ist Intimität auf Distanz (gute Beziehungen, gerade weil jede Generation für sich wohnt). Viertens zeigt sich ein deutlicher Rückgang im Anteil komplexer Haushaltsformen. Ein Zusammenleben mit anderen Verwandten oder Bekannten ist seltener geworden. Auch Alterswohngemeinschaften sind bei der heutigen älteren Generation noch wenig verbreitet. Die Haushaltsgrösse der zuhause lebenden älteren Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten deshalb insgesamt deutlich verringert. Lebten im Jahre 1970 noch 28% der zuhause lebenden 65-jährigen und älteren Menschen in einem Haushalt mit drei und mehr Personen, sind dies gegenwärtig noch 5%. Kleine Haushalte sind ein wichtiges Merkmal der Wohlstandssteigerung, weil damit mehr ältere Menschen die Möglichkeit geniessen, ihr Alltagsleben auch im höheren Lebensalter selbstständig zu gestalten.

Während sich die Haushaltsgrösse reduzierte, hat sich die Wohngrösse erhöht. Der Anteil älterer Menschen in kleinen Wohnungen - mit nur ein bis zwei Zimmern - hat sich verringert. Gegenwärtig müssen sich nur zwischen 4% bis 5% der älteren Menschen mit beengten Wohnverhältnissen abfinden. Interessanterweise wird gegenwärtig eine zu grosse Wohnung von älteren Befragten häufiger angeführt als eine zu kleine Wohnung. Gut vierzig Prozent der zuhause lebenden Rentner und Rentnerinnen leben in Einfamilienhäusern, und um die Hälfte der jüngeren Rentnergeneration besitzt Wohn- und Hauseigentum. Die Wohneigentumsquote der älteren Generation hat sich namentlich in den 1990er Jahren deutlich erhöht. Aber auch eine Zweitwohnung ist speziell bei jüngeren Rentnern keineswegs eine Ausnahme, und mehr ältere Menschen als früher pendeln zwischen zwei Wohnorten.

Der Wohnstandard einer grossen Mehrheit älterer Menschen kann als gut bis sehr gut eingeschätzt werden, und er ist in den letzten Jahrzehnten angestiegen. Der hohe Wohnstandard beim privaten Wohnen führt auch gegenüber Alters- und Pflegeeinrichtungen zu hohen - und möglicherweise allzu hohen - Ansprüchen. Häufiger als eigentliche Wohnprobleme erwähnen ältere Menschen Probleme mit der Wohnumgebung: Lärmbelastungen, aber auch schlechte Luftqualität und eine unsichere Wohngegend werden als negative Umgebungsfaktoren recht häufig angeführt. Mehr als jeder fünfte ältere Mensch fühlt sich durch eine lärmige Wohngegend gestört, und viele ältere Menschen fühlen sich nach Anbruch der Dunkelheit auf der Strasse unsicher. Diese Angst trifft vor allem Menschen im Alter von über 80 Jahren sowie ältere Frauen und im Alltagsleben leicht beeinträchtigte Personen.

Innerhalb ihrer privaten Wohnung verfügt die überwiegende Mehrheit der zuhause lebenden älteren Menschen somit über einen hohen bis sehr hohen Wohnstandard. Für eine beträchtliche Minderheit älterer Menschen ist weniger die Wohnung als die unmittelbare

Wohnumgebung ein Problem. Innovative Wohnprojekte müssen deshalb namentlich in städtischen Gebieten auch auf eine Verbesserung der Wohnumgebung zielen, etwa durch Massnahmen zur Verkehrsberuhigung, zur Verbesserung der öffentlichen Sicherheit oder durch eine bessere Vernetzung von Menschen im Rahmen von Nachbarschaftsprojekten usw. Eine gute individuelle Wohnlage bei schlechter Wohnumgebung führt zum Rückzug ins Private, wodurch sich das Risiko der Vereinsamung älterer Menschen erhöht.

Wird direkt nach der Wohnzufriedenheit gefragt, zeigt sich in allen Untersuchungen eine allgemein hohe Wohnzufriedenheit. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Wohnzufriedenheit älterer Menschen weiter erhöht. Ein bedeutsames Ergebnis der Wohnfrage 2003 der Age Stiftung besteht darin, wie häufig zuhause lebende ältere Frauen und Männer - trotz hoher allgemeiner Wohnzufriedenheit - die Eignung ihrer jetzigen Wohnung bei einer körperlichen Behinderung verneinen: Gut die Hälfte erachtet ihre Wohnung in diesem Fall als ungeeignet. Nur siebzehn Prozent betrachten ihre Wohnung auch bei einer Behinderung als uneingeschränkt geeignet.

Da viele der befragten zuhause lebenden älteren Menschen gesund sind und dies oft auch für längere Zeit bleiben werden, ist eine nicht behindertengerechte Wohnung momentan - und bei jüngeren Rentnern auch mittelfristig - kein aktuelles Problem. Weniger als zehn Prozent der zuhause lebenden älteren Menschen im Alter von 60 Jahren und mehr erfahren den Zugang zu ihrer Wohnung schon jetzt als beschwerlich.

Wohnformen im fragilen Rentenalter - begleitetes Wohnen

Die Wohnmöglichkeiten für hilfs- und pflegebedürftige ältere Menschen beschränken sich heute nicht mehr auf die Alternative 'Daheim' versus 'Heim', sondern sie umfassen immer mehr unterschiedliche Formen des begleiteten bzw. betreuten Wohnens. Während in Deutschland der Begriff des 'Betreuten Wohnens' etabliert ist, ist der Begriff in der Schweiz weniger üblich, obwohl faktisch viele Wohnformen für ältere Menschen dem Konzept eines begleiteten Wohnens entsprechen (z.B. Alterswohnungen, in denen die Bewohner von Dienst- und Pflegeangeboten eines benachbarten Alters- und Pflegeheims profitieren können oder Pflegewohngruppen für pflegebedürftige Menschen usw.). Diese Formen altersgerechten Wohnens verfolgen das Ziel, auch bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine selbständige Wohn- und Lebensweise zu ermöglichen und zwar dadurch, dass eine altersgerecht gebaute und eingerichtete Wohnung mit einem Betreuungsangebot für den Hilfe- und Pflegefall angeboten wird.

Begleitetes bzw. betreutes Wohnen geht damit über das Konzept altersgerecht eingerichteter Alterswohnungen hinaus. Das Konzept dieser Formen des Wohnens im Alter basiert auf zwei zentralen Ideen: Zum einen soll an Stelle einer 'Rund-um-Versorgung' jeweils nur so viel Hilfe geleistet werden, wie im jeweiligen Einzelfall benötigt wird. Es sind die älteren Menschen selbst, die professionelle Hilfe anfordern, und es ist nicht die Institution, welche ihnen Hilfe aufzwingt. So können ältere Menschen je nach Wunsch oder je nach gesundheitlichem Zustand bestimmen, ihr Mittagessen selbst zuzubereiten oder den Mahlzeitendienst eines nahegelegenen Pflegeheims zu beanspruchen. Zum anderen soll privates und autonomes Leben und Wohnen auch garantiert bleiben, wenn ältere Menschen Hilfe und Pflege benötigen. Begleitetes Wohnen soll älteren Menschen gleichzeitig Privatsphäre und selbständige Lebensführung wie auch Sicherheit und Pflege im Bedarfsfall bieten.

Sachgemäss variieren Art und Weise begleiteten Wohnens stark, und das Konzept eines begleiteten bzw. betreuten Wohnens wird weder in der Schweiz noch in Deutschland einheitlich definiert. Entsprechend umfassen betreute Alterswohnformen sowohl grosszügig eingerichtete Seniorenresidenzen mit Betreuung und Pflege à la carte als auch einfach gestaltete Alterswohnungen mit Anbindung an das lokale Spitex- und Betreuungsnetz.

Leben und Wohnen in der Phase von Pflegebedürftigkeit

Chronische Krankheiten, die im höheren Lebensalter zu funktionalen Einschränkungen und Behinderungen führen, sind namentlich demenzielle Erkrankungen (wie Alzheimer Krankheit), Hirnschlag, Frakturen (namentlich aufgrund von Sturzunfällen), Sehbehinderungen, Durchblutungsstörungen, Herzkrankheiten und rheumatische Erkrankungen. Pflegebedürftigkeit betrifft heute vorwiegend alte Menschen. Über 60% aller pflegebedürftigen Erwachsenen sind älter als 80 Jahre. Da mehr Frauen als Männer ein hohes Alter erreichen, handelt es sich auch hier mehrheitlich um Frauen.

Eine im Rahmen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums durchgeführte Forschungsarbeit liess nach Durchsicht vorhandener epidemiologischer und gerontologischer Daten für die Schweiz erkennen, dass gegenwärtig 9.8% bis 11.4% der 65-jährigen und älteren Menschen als pflegebedürftig einzustufen sind. Dies betrifft hochgerechnet gesamtschweizerisch zwischen 109'000 bis 126'000 ältere Menschen. Bis zum Alter von 74 Jahren sind deutlich weniger als 10% der Menschen pflegebedürftig. Bei den 75-79-jährigen Personen sind zwischen 8% bis 10% pflegebedürftig. Der Anteil der Pflegebedürftigen steigt hingegen bei den 80-84-jährigen Menschen auf 18% bis 20% an, und im Alter von über 85 Jahren sind um die 35% aller Menschen von Pflegebedürftigkeit betroffen, d.h. nicht mehr in der Lage, ihr Alltagsleben selbständig zu bewältigen. Umgekehrt formuliert sind jedoch auch bei den über 85-jährigen Menschen gut zwei Drittel weiterhin in der Lage, ihr Alltagsleben weitgehend selbständig zu gestalten, wobei günstige Wohnbedingungen den Erhalt der Alltagsautonomie in dieser Lebensphase entscheidend beeinflussen.

Auch wenn nicht alle Menschen, die von demenziellen Erkrankungen betroffen sind, pflegebedürftig sind, sind hirnormale Störungen (Alzheimer Erkrankung, Parkinson Erkrankung usw.) dennoch eine wichtige Ursache von Pflegebedürftigkeit im hohen Lebensalter. Mindestens die Hälfte - und möglicherweise sogar mehr - aller pflegebedürftigen älteren Menschen leidet an demenziellen Erkrankungen. Demenzielle Erkrankungen treten vor allem im hohen Lebensalter auf. Weil die Zahl der über 80- bzw. über 90-jährigen Menschen rasch ansteigt, bilden Pflege und Wohnformen für demenzerkrankte Menschen eine zentrale Thematik der zukünftigen Altersarbeit und Alterspolitik.

Im höheren Lebensalter wird insbesondere das Wohnen in Alters- und Pflegeheimen häufiger. Bis zum Alter von 75-79 Jahren leben um die 94% der Menschen weiterhin in privaten Haushaltungen. Der Anteil von jüngeren Rentnern und Rentnerinnen, die in Alters- und Pflegeeinrichtungen wohnen, hat sich in den letzten Jahrzehnten verringert. 1970 lebten beispielsweise nahezu 9% der 75-79-jährigen Menschen in kollektiven Haushaltungen. Im Jahre 2000 waren es hingegen nur noch 5.7%. Menschen bleiben heute länger zu Hause, in ihrer angestammten Wohnung. Entsprechend ist das Alter beim Übertritt in eine Alters- und Pflegeeinrichtung deutlich angestiegen. 70% der im Jahre 2000 gezählten Bewohner und Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeeinrichtungen waren älter als 80 Jahre, und gut 23% waren älter als 90 Jahre.

Eine starke Zunahme institutioneller Wohnformen zeigt sich primär nach dem Alter von 80 Jahren. Insgesamt wohnen gesamtschweizerisch 22.3% der über 80-jährigen Menschen in kollektiven Haushaltungen, wovon 20.5% in sozio-medizinischen Einrichtungen im engeren Sinn leben. Bei den Frauen ist der Anteil von Bewohnerinnen institutioneller Wohn-einrichtungen in allen Altersgruppen höher als bei den Männern. Während nur gut jeder Siebte über 80-jährige Mann in einer Alters- und Pflegeeinrichtung wohnt, ist dies bei den Frauen mehr als jede Vierte. Dafür verantwortlich ist zum einen die Tatsache, dass Frauen länger leben als Männer. Zum anderen ist die Tatsache von Bedeutung, dass Frauen im Alter häufiger an chronischen Beschwerden leiden als Männer. Zudem können ältere Männer häufiger als gleichaltrige Frauen auf eine familiäre Pflegeperson (Ehepartnerin, Tochter, Schwiegertochter u.a.) zurückgreifen. Die überwiegende Mehrheit der Bewohner von Alters- und Pflegeeinrichtungen ist damit weiblich. Gesamtschweizerisch kommen in heutigen Alters- und Pflegeheimen auf vier Frauen nur ein Mann. Weil auch das Personal hauptsächlich weiblich ist, handelt es sich bei Alters- und Pflegeheimen um stark weiblich geprägte Wohn- und Lebenswelten.

Ältere Menschen in institutionellen Haushaltungen 1990 und 2000					
	%Anteil, die in institutionellen Haushaltungen wohnen *				
	1990: Insgesamt	2000: Männer	Frauen	Insgesamt	In sozio-mediz. Einrichtungen:
Alter:					
- 65-69 J.	2.0	2.1	2.3	2.2	0.9
- 70-74 J.	3.5	2.7	3.2	3.0	1.8
- 75-79 J.	6.6	4.3	6.6	5.7	4.3
- 80-84 J.	14.4	8.7	14.8	12.6	11.1
- 85-89 J.	27.8	17.7	29.6	25.9	23.6
- 90-94 J.	42.6	29.7	47.2	42.8	40.4
- 95 J. u.ä.	53.3	40.9	62.3	58.3	58.3
65+ Jahre	8.4	5.3	10.6	8.5	7.1
80+ Jahre	21.8	14.2	26.3	22.3	20.5

*Institutionelle Haushalte: Alters- und Pflegeheime, Spitäler, aber auch Klöster, Hotels, Gefängnisse. Sozio-medizinische Einrichtungen: Alters- & Pflegeheime, andere Heime für Chronischkranke und Pflegebedürftige.
Quelle: Volkszählungen 1990 und 2000; Statistik sozio-mediz. Einrichtungen 2000.

Innovative Formen einer Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen in kleinen Wohngruppen oder Hausgemeinschaften wurden in verschiedenen Ländern erfolgreich entwickelt und aufgebaut. Dazu gehören französische 'Cantous' sowie deutsche Hausgemeinschaften für Demenzkranke oder dezentrale Pflegestationen und Pflege-wohngruppen in der Schweiz. Das Konzept besteht im wesentlichen darin, das Zusammenleben in einem überschaubaren, gemeinsamen Haushalt zu organisieren und da-durch soviel 'Normalität' des Wohnens als möglich zu gewährleisten. Durch die Konzentration auf Haushaltsaktivitäten in geborgener Atmosphäre können die Bewohner ihre verbliebenen Fähigkeiten besser entfalten und sich dabei gegenseitig unterstützen. Die Betreuung richtet sich vor allem darauf, dies zu fördern. Die pflegerischen Tätigkeiten, die

den Alltag im Pflegeheim bestimmen, können demgegenüber in den Hintergrund treten. Durch diese 'Normalisierung' des Wohnens und Betreuens in kleinen Wohngruppen können auch die früheren sozialen Bezüge im Wohnquartier besser aufrecht erhalten und die Angehörigen in die Betreuung integriert werden. Gerade bei betagten Menschen mit eingeschränkten körperlichen und kognitiven Kompetenzen sind die räumlichen Wohnbedingungen besonders sorgfältig darauf auszurichten, die verbliebenen Potentiale zu unterstützen. So ist beispielsweise bei Demenzkranken der emotionale Kanal ein wichtiger Zugang, da im Unterschied zum Verlust kognitiver Fähigkeiten die emotionale Wahrnehmung oft noch lange erhalten bleibt, zumindest partiell. In der Pflege und Begleitung demenzerkrankter alter Menschen geht es daher weniger um Behandlungspflege, sondern die wichtigste Triebkraft in der Pflege älterer Menschen mit Demenz liegt in emotionalen Beziehungen, und diese können durch kleinere Wohneinheiten oft am besten unterstützt werden.

Christoph Held und Doris Ermini-Fünfschilling (2003) betonen beim Aufbau von speziellen Wohneinrichtungen für demenzerkrankte Menschen im einzelnen folgende fünf zentrale bauliche Aspekte. Die bauliche Gestaltung einer demenzgerechten Wohneinrichtung sollte:

- a) klein und übersichtlich sein. Zu viele demenzbetroffene Personen und zu grosse Einrichtungen führen zu mehr Konflikten, Irritationen und Verhaltensstörungen (Angst, Unruhe, Aggression). Auch dies spricht für die Einrichtung von Pflegewohngruppen gerade bei demenzerkrankten älteren Menschen.
- b) die verminderten geistigen Leistungsfähigkeiten der demenzbetroffenen Menschen kompensieren und gerade deshalb leicht verständlich sein. Dies kann beispielsweise durch eine unverwechselbare Gestaltung bestimmter Orte oder durch gute Lichtführung geschehen.
- c) die Unabhängigkeit der Demenzbetroffenen soweit wie noch möglich fördern. Dazu gehört auch ein angepasstes Mobiliar, wodurch komplexe Aufgaben vereinfacht werden (z.B. Speziialschränke mit Kleidung in der richtigen Reihenfolge des Anziehens, offenes Aufstellen von Haushaltsutensilien).
- d) die demenzbetroffenen Bewohner weder mit Reizen verwirren noch zur Reizverarmung beitragen. Schlecht beleuchtete Räume oder unruhige Tapetenmuster oder unerwartete Spiegelungen können zu Angst und Unruhe führen. Umgekehrt können Wohnküchen mit Gerüchen und sichtbaren Utensilien der Passivität entgegenwirken.
- e) die Herkunft der Bewohner und Bewohnerinnen berücksichtigen und damit ihre persönliche Identität stützen. Dinge aus der Vergangenheit oder die gleiche Möblierung wie zuhause können emotionale Geborgenheit vermitteln. Sinnvoll kann auch die Einrichtung eigentlicher Reminiszenzräume sein, deren Dekoration und Einrichtung bewusst einer bestimmten Zeitepoche nachgebildet sind.

Da es sich bei Pflegewohngruppen um quasi-familiale Wohneinheiten handelt, ist sachgemäss eine optimale Auswahl der Bewohner wie auch des Pflegepersonals entscheidend. Sowohl Bewohnerinnen als auch Pflegepersonal müssen ein hohes Mass an emotionaler Nähe und Verbundenheit ertragen. Die Intensität der Beziehung erhöht die Verbindlichkeit des Geschehens, und Ausweichmöglichkeiten werden in kleineren Wohneinheiten geringer. Entsprechend ist das Leben in einer Pflegewohngruppe nicht für alle betagten Pflegebedürftigen gleichermaßen geeignet. Aufgrund der hohen emotionalen Nähe und Dichte haben auch personelle Fehlbesetzungen beim Personal rasch negative Folgen. Es gibt in Pflegewohngruppen - im Gegensatz zu grossen Alters- und Pflegehei-

men - kaum Kolleginnen, die ausgleichen können. Die notwendige Intensität der Beziehungen in Pflegewohngruppen führt dazu, dass personelle Unvereinbarkeiten und Konflikte rasch an Intensität gewinnen. Deshalb sind eine externe Beratung und professionelle Supervision bei Pflegewohngruppen noch dringlicher als in anderen Alterseinrichtungen.

Ausgewählte Literatur zum Thema:

- Held, C.; Ermini-Fünfschilling, D. (2003) Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer Alzheimerkrankheit, Basel: Karger.
- Höpflinger, F. (2004) Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Age Report 2004, Zürich: Seismo-Verlag.
- Höpflinger, F.; Hugentobler, V. (2003) Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern: Huber-Verlag.
- Höpflinger, F.; Stuckelberger, A. (1999) Demographische Alterung und individuelles Altern, Zürich: Seismo (2.Auflage: 2000).
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F. (Hrsg.) (2000) Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte, Bern: Haupt-Verlag (2. Auflage 2004)
- Saup, W. (2003) Betreutes Seniorenwohnen im Urteil der Bewohner, Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie - Band 2, Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Saup, W., Eberhard, A.; Huber, R.; Koch, K.(2004) Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen, Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.

Looking across the border I: Growing old in Helsinki and in Finland

Harriet Finne-Soveri

Introduction

Finland is a northern country next to the Russian border, member of European Union since 1995, large in area, low in population density, rich with forests and lakes - also rich with high technology including computers and mobile phones - in the near future also rich with elderly citizens. Finland is going to be one of the most rapidly ageing countries in Europe. The proportion of those aged 65+ will increase from 15 to 24 in 20 years. Thus, those growing old will not be doing so alone.

One fourth of the population lives in Southern parts of the country, the majority of them around the Capital region surrounding the city of Helsinki. From that point of view growing old in Helsinki represents one tenth of the country.

The Health- and Social Care system has for decades combined efforts for collaboration. On the ministry level these sectors are covered with same roof, in the 444 different communities with relatively great independence, the everyday solutions vary from combined organisations to totally separated sectors. The legislation offers frames for taking responsibility in organising Social- and Health care services for the inhabitants in each of the cities, towns, or communities. The ways and solutions of doing so are colourful.

From past to current years

The services for the elderly have gone through a metamorphosis during past 10-13 years. In early 1990's the Ministry for Social Welfare and Health declared a program with an aim to reduce institutional long-term care beds from 50 000 to 33 000 by the year 2000 and in the same time to promote support for living at home and home-care services, in particular. The economical depression during that time point made sure the number of beds decreased as planned. Support for home-care was never true in the extent originally planned. Finland started building service housing, instead.

The coverage of the long-term care services was planned for 10-12% of those 75+ and respite care was supposed to be included (1-2%), the same applies to day hospitals and other intermediate care models.

The economical situation has improved since the years of depression in the beginning of 1990's. Cutting down the chronic beds and increasing economy-conscious practices in health care sector, in general, lead to flattering figures as to the relationship between GNP and Social expenditure/health expenditure when compared to other EU- or OECD countries. In spite of all these efforts the number of staffing is slowly crawling upwards.

Organising and funding of the services

The Social and Health care services are mainly covered by public sector; tax payers fund these services either via federal taxation, via communal taxation or via Social Insurance Institute (SII) - that also receives its financing through taxation. Only a limited selection of medications is totally free of charge for the patients on certain conditions and in these

cases the cost is covered by SII. A wider selection of medications is partially covered and some items non-covered by public funding. The clients contribute the public services with nominal fees that are set by communities and altered according to utilization of services and the economical situation of the client.

Efforts to encourage private enterprise in field of elderly care reach to highest federal organs, legislation and ministries, in addition to individuals expressing their willingness to take over some parts of the care and services traditionally organised by municipalities. Home-help and private physicians are typical examples. Typical feature in Finnish health care system has been the public financing of both communal and (partially) private physician appointments. A new phenomenon is an escape of the physicians from communal employers to private sector. The second typical feature is the existence of the so-called "third sector" e.g. non-profit or low-profit organisations working on the field. Charity plays minor role.

Acute care hospitals very seldom have geriatric wards especially tailor-made for the purpose. Instead, the patients are classified according to other specialties. Of all the home-help, provided in the country, majority is addressed to the elderly clients. Service housing is funded by the clients and often subsidies are applied for, from SII, to cover the costs. Municipalities carry the main responsibility for organising and producing the traditional institutional living, since the residents with low income only contribute a minor part of the true expenses. Thus, municipalities are tempted to seek all possible alternative ways of organising the care and services than admitting the elderly to old age homes or to chronic hospitals, which are the two main types of institutional living.

The close relatives of the elderly are financially encouraged to take more responsibility. There is legislation for informal care-giver status since 1990's.

Features and needs of the persons in elderly care

The clients in elderly care tend to be rather old (mean age in institutions 83 years), rather sick (mean number of diagnoses 3.3 and app. 8 medications) and in need of other person's personal assistance in daily life. The major role in need of help is played by dementia. In addition they suffer from great variety of symptoms and conditions which decrease quality of life. All these signs are seen all over Europe and the world.

Question about whether these signs or conditions are treatable reflects also directly to costs: Do savings in medical care lead to increased costs in form of declining cognition and functional capacity? At least the ethical issue remains: have we done everything in our powers for these persons?

The ageing "climate" in Finland, today

Ageing of the population is creating concern due to frightening prospects for increasing costs. In the same time the large age groups, in power at the moment, start facing their own personal future and realising that more alternatives and care/service models are needed. The society, in all its levels, has reacted positively in involving elderly citizens to decision making, in encouraging the communities to make long-term strategies for the elderly and to create and follow common norms and guidelines in improving the care of the elderly.

What else could be done?

Maybe we should cease treating elderly persons as percentages or age-groups. It is well established in the scientific literature that inter-individual and intra-individual differences increase with advancing age. Thus, the needs of single individuals might greatly differ from the needs of the others in the same age. In addition, it is equally established that rehabilitation is possible in old age and in the frail elderly - even in those with moderate dementia. Delivering everything to everybody by public funding we might never be able to afford to. In stead, by starting to pay attention to individual assessments and rehabilitative processes in real practice, not only as kind phrases in the conferences, might be fruitful. Supporting the physical and cognitive functions and unrestricted surroundings in the community can be considered both economically and ethically care and service of quality.

Un regard au-delà des frontières II: L'organisation du réseau gériatrique. L'expérience de la Catalogne

Antoni Salvà

Introduction

Le 17,4 % de la population de la Catalogne ont 65 ans ou plus. Ça représente 1.104.113 personnes. Le 4,06 % ont plus de 79 ans donc 257.934 personnes. Catalogne c'est une communauté autonome. La particularité de notre modèle politique nous a permis de développer un système propre de prise en charge gériatrique tout en respectant le cadre global du système de santé universel et publique de l'Espagne.

Objectives de santé pour les personnes âgées.

Les objectifs de santé pour les personnes âgées doivent s'adapter aux caractéristiques et besoins de cette population. Et, puisque c'est une population hétérogène du point de vue des besoins et de leur niveau de santé, on doit penser à différentes situations et agir sur tous les niveaux assistenciaux.

- 1: Promotion de la santé et prévention de la incapacité surtout pour les personnes âgées encore autonomes .
2. Comprimer la morbidité et retarder l'apparition de dépendance et l'institutionnalisation.
3. Maintenir les personnes âgées dans leurs domiciles avec la meilleure qualité de vie possible tant qu'elles le désirent et si il y a des possibilités réelles de prise en charge.
4. Prise en charge pendant les maladies aiguës sans discrimination pour critères d'âge, en tenant compte du risque - bénéfice dans les différentes stratégies thérapeutiques .
5. Réhabilitation pour obtenir le maximum niveau d'autonomie possible dans la phase post-aiguë ou de convalescence et aussi lors des maladies chroniques avec tendance à la incapacité.
- 6: Prise en charge des personnes âgées dépendantes et aussi des personnes à la fin de la vie avec objectifs de confort, contrôle des symptômes et qualité de vie.

Pour avancer dans ce défi il faut des adaptations dans tous les niveaux de santé. Le résultat va aussi être conditionné pour l'existence d'un réseau de services sociaux institutionnels et de soutien à domicile avec une bonne coordination entre eux et les services sanitaires.

Du programme socio-sanitaire à la prise en charge gériatrique. Le programme "VIDA ALS ANYS" (vie aux années).

En 1986 le Département de la Santé de la Generalitat de Catalunya a mis en place le programme «Vida Als Anys » (donner de la vie aux années) avec les objectifs d'améliorer la prise en charge des personnes âgées malades, les malades chroniques et les personnes en situation de fin de la vie. Pendant 17 ans un important réseau de services que nous avons appelé socio-sanitaires d'utilisation publique s'est développé au même temps qu'un important corps de normative pour la régulation de ses services.

Même si ces services travaillent dans différents niveaux assistenciaux soins aiguës, moyen séjour, long séjour, ambulatoire ou domicile, un modèle général de prise en charge c'est établi avec notamment un système de travail en équipe multidisciplinaire et une prise en charge globale des problèmes médicaux mais aussi sociaux.

Pendant les dernières 5 années on a bien compris que même si il y avait des choses en commun on pouvait identifier quatre grands axes d'activité et de compétence professionnel qui comprenait le 95 % de l'activité dans le réseau qu' on avait appelé socio-sanitaire : la gériatrie, les soins palliatifs, la prise en charge de la Maladie d'Alzheimer et autres démences et les maladies neurodégénératives évolutives. Aujourd'hui le programme « Vida Als Anys » n'existe plus mais il reste la philosophie, les services et les professionnels qui travaillent autour des mêmes principes. Au Département de la Santé et sous la Direction générale de Planification il existe un « Plan Directeur » qui s'occupe particulièrement de la planification de ces 4 grandes axes que je viens de nommer.

L 'organisation des services pour la prise en charge gériatrique.

Je vais vous parler spécialement des services sanitaires ou socio-sanitaires (avec un financement mixte santé et sociaux) mais pas des services strictement sociaux comme maisons de retraite ou services de soutien à domicile.

Les différents services se trouvent dans les **Hôpitaux généraux** et dans les **hôpitaux de moyen et long séjour** (que vue notre histoire on appelle **centres socio-sanitaires**). En Catalogne il y a 64 hôpitaux dans un réseau hospitalier d'utilisation publique avec 14.740 lits. Pendant l'an 2002 ce sont donnés 675.992 sorties avec un moyen de séjour de 5,8 jours. Presque 40 % sont des personnes de plus de 64 ans et ça représente presque 50 % de séjours total. Nous avons aussi 91 Hôpitaux de moyen et/ou long séjour (les centres socio-sanitaires).

Pour la prise en charge gériatrique on peut regrouper les différents services spécifiques en :

1. Services d' hospitalisation

- a. **Unités gériatriques de soins aigus.** Actuellement il y a 6 unités gériatriques de soins aigus.
- b. **Unités de moyen séjour:** Actuellement il y a 90 unités avec 2.055 lits de moyen séjour. Ces unités sont installés dans les Hôpitaux de moyen et long séjour ou dans les Hôpitaux généraux. Parmi ces unités nous avons 3 types d'unités spécifiques : **convalescence et réhabilitation** (48 unités), **soins palliatifs** (30 unités) et des **unités Alzheimer** (12 unités).
- c. **Unités de long séjour.** Actuellement il y a 88 unités de long séjour avec 5.519 lits. Ces unités sont installées dans les Hôpitaux de moyen et long séjour ou dans les Hôpitaux généraux. Parmi ces unités nous avons 3 types d'unités spécifiques : polyvalente ou **gériatrique**, **Alzheimer** et pour personnes avec maladies **neurodégénératives et dépendance** . Le financement de ce service c'est mixte sanitaire et sociaux.

2. Services et équipes ambulatoires

- a. **Unités d'évaluation intégral ambulatoire.** Il y a 42 unités avec des objectifs différents : Gériatrie, soins palliatifs et Alzheimer. Sont installés dans les Hôpitaux généraux ou dans certains hôpitaux de moyen et long séjour.
- b. **Hôpitaux de jour:** Il y a 58 centres avec 1461 places. Sont installés dans les certains hôpitaux de moyen et long séjour. Le financement de ce service c'est mixte sanitaire et sociaux.

3. Services et équipes d'évaluation et de support.

- a. **A l'hôpital: Unités fonctionnels interdisciplinaires sociosanitaires (UFISS)** (équipes mobiles multidisciplinaires) de gériatrie ou de soins palliatifs. Il y a 53 équipes qui travaillent dans les hôpitaux d'aiguës. Leur objective c'est l'évaluation, la prise en charge directe des cas plus complexes et la coordination avec les autres services et niveaux assistenciaux.
- b. **A domicile : Programme de prise en charge domiciliaire équipe de support (PADES).** Equipes mobiles multidisciplinaires qui travaillent a domicile. Il y a 68 équipes. Leur objective c'est l'évaluation, la prise en charge directe des cas plus complexes et la coordination avec l'assistance primaire es les autres services et niveaux assistenciaux.

En plus de ces services spécifiques et des services sociaux des programmes pour améliorer la prise en charge des personnes âgés l'attention primaire de santé est mis en place pour voir incorporer dans la pratique habituelle des médecins et infirmières de famille, des éléments très importants et notamment :

1. Les activités préventives.
2. Détection précoce des pathologies plus fréquents et des syndromes gériatriques.
3. Potentialiser la prise en charge a domicile favorisant le rôle de l'infirmière, le travail en équipe, et la coordination avec les services sociaux

Der Generationenvertrag aus sozio-ökonomischer Sicht

Ueli Mäder

Die SeniorInnen von morgen engagieren sich, weil sie Lust dazu haben und gefragt sind. Sie kommen ohne überfrachtete Agenda und Alltagshektik aus. Sie betrachten körperliche Beschwerden nicht als persönliche Schwäche, sondern als gesunde Reaktion des Körpers. Sie stehen dazu, dass ihnen das Älterwerden auch Mühe macht. Die SeniorInnen von morgen akzeptieren ihre grauen Haare und ihre Gesichtsfalten. Sie berichten gerne, aber nicht aufdringlich von ihren Erfahrungen. Sie können gut zuhören, sind neugierig, tolerant und auch für Junge interessant. Noch selten waren die Chancen für Lebensqualität und generationenübergreifende Kontakte so gut und gleichzeitig so gefährdet wie heute. Die Individualisierung verstärkt das Rückzugsverhalten und die Vereinzelung, erhöht aber auch die Wahlfreiheit. Je nach sozialer Infrastruktur fördert sie zudem die Bereitschaft, neue soziale Verbindlichkeiten einzugehen.

Wahrnehmungen überprüfen

Die soziale Lage der alten Menschen hat sich in der Schweiz in vielerlei Hinsicht verbessert. Dazu haben die nach dem zweiten Weltkrieg eingeführte AHV, die Pensionskassen und die Ergänzungsleistungen (EL) beigetragen. Die erfreuliche Entwicklung zeigt sich auch im Wandel der Alterstheorien. Die früheren Defizitkonzepte, die von starren Lebensphasen ausgingen, sind passé. Die heutigen Kompetenzansätze rücken die persönlichen Interessen und Fähigkeiten der Individuen in den Vordergrund. Allerdings sind mit den zunehmenden Anteilen alter Menschen und der Kostenfrage auch gegenläufige Tendenzen feststellbar. Davon zeugen Schlagzeilen wie "Rentnerschwemme", "Überalterung" und "Wer soll das bezahlen?". Das Umlageverfahren bei der AHV erweckt den Anschein, als ob immer weniger Junge die Renten von immer mehr Alten finanzieren müssten. Aber der Schein trügt. Warum? Ich erwähne fünf Gründe.

Erstens haben die Alten ihre Renten selber verdient. Sie haben gesellschaftlich nützliche Arbeiten verrichtet, die teilweise - wie Betreuungsaufgaben - durch keine Sozialversicherungen abgedeckt sind. Zweitens gibt es immer noch deutlich mehr unter 20jährige als über 65jährige. Drittens nehmen die Anteile der alten Menschen wohl zu. Aber nach dem Jahr 2040 gehen sie wieder zurück; dann kommt der "Pillenknicke" mit den geburtenschwachen Jahrgängen ins Alter. Viertens macht es wenig Sinn, die Erwerbstätigen nur mit den Personen zu vergleichen, die Renten beziehen. Ein recht konstantes Verhältnis ergibt sich, wenn wir die Alten und Jungen zusammen zählen und mit den 20- bis 65jährigen vergleichen. Kinder kosten ja auch etwas; bloss sind diese sozialen Leistungen bei uns stark privatisiert. Fünftens sind die AHV-Auszahlungen keine Geschenke. Renten rentieren. Sie haben eine hohe Wertschöpfung. Neunzig Prozent der AHV-Zahlungen fliessen über die Mieten und den Konsum direkt in die Wirtschaft zurück. Diese Ausgaben tragen dazu bei, konjunkturelle Einbrüche abzufedern und den sozialen Zusammenhalt zu fördern.

Keine Verschwörung

Der Schweizerische Nationalfonds hat eine Reihe von Altersstudien in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse des Forschungsprogramms 32 decken einige falsche Bilder vom Alter auf. Die Gesundheitskosten steigen beispielsweise nicht einfach linear zum Alter. Sie sind bei fast allen Menschen im letzten Lebensjahr am grössten. Dann fallen sie entsprechend ins Gewicht. Aber weshalb wird das kaum wahrgenommen? Woher kommen die verzerrten Wahrnehmungen? Warum wird beispielsweise das vom Bundesamt für Statistik deutlich ausgewiesene soziale Engagement der dritten Generation ignoriert? Ich will keine Verschwörungstheorie verbreiten, aber es gibt offenbar auch starke Bestrebungen, einen Leistungsabbau im Sozialbereich zu rechtfertigen. Dabei geht es nicht nur um das angeblich fehlende Geld.

Bei abwertenden Äusserungen über das Alter kommen eigene Verdrängungen zum Vorschein. Ich lehne ab, was mir Angst macht. Graue Haare wirken offenbar bedrohlich. Alte Frauen sind entsprechend selten im Fernsehen zu sehen. Eine dreissigjährige, blonde Tennisspielerin wirbt im Bikini für Seniorenreisen, die sich so besser vermarkten lassen. Es gibt auch alte Menschen, die ein schlechtes Gewissen haben, wenn sie während Stosszeiten eine Strassenbahn benutzen, oder wenn sie sich auf einer öffentlichen Bank ausruhen. Wer aus dem Erwerbsprozess ausscheidet, scheint ein Kostenfaktor zu sein und seine Lebensberechtigung mit einer terminbefrachteten Agenda nachweisen zu müssen. Das einseitige Erwerbs- und Nützlichkeitsdenken grenzt jedoch viele Menschen aus. Es dividiert Menschen und Generationen auseinander.

Soziale Sicherung

Wir haben in der Schweiz ein relativ gutes System der sozialen Sicherung. Es orientiert sich allerdings an Voraussetzungen, die je länger desto weniger zutreffen: an Erwerbsarbeit mit Vollbeschäftigung, an klassischen Familienhaushalten, an Normalbiographien. Wer bei uns ins Wasser fällt, muss je nachdem aufwändig nachweisen, Anspruch auf Unterstützung zu haben. Rasche, unbürokratische Hilfe könnte ein Absinken besser verhindern. Dies nach dem einfachen Prinzip: Hilfe bekommt, wer Hilfe braucht. Ein Ausbau und eine Pauschalisierung der finalen Grundsicherung könnten die sich differenzierenden Lebenslagen besser abdecken und das kausale Versicherungsprinzip ergänzen, nicht ersetzen. Die bisherigen Ergänzungsleistungen liessen sich beispielsweise auf weitere benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausweiten. Das würde auch die Solidarität zwischen den Generationen weiter stärken.

Geld ist wichtig, aber nicht alles. Anstrengungen sind ebenfalls im nicht-monetären Bereich nötig. Ich plädiere dafür, eine Sozialzeit einzuführen. Wer eine erste Ausbildung abgeschlossen hat, könnte beispielsweise während ein paar Monaten eine sozial oder ökologisch nützliche Tätigkeit verrichten. So liessen sich Erfahrungen sammeln, die von unschätzbarem Wert sind. Sie geben Einblick in wichtige Realitäten und vermitteln soziale Kompetenzen, die zeitlebens zum Tragen kommen. Es ist traurig, wenn Männer, die vorwiegend auf äussere Anerkennung aus waren, bei der Pensionierung feststellen, dass sie selten mit ihren Kindern gespielt und in ihrem Leben viel dafür getan haben, jemand zu werden, den sie selber gar nicht recht mögen. Wer Sozialzeit verrichtet, sieht sich mit der Frage konfrontiert, was wirklich wichtig ist im Leben. Aber aufgepasst, bei der Sozialzeit geht es keineswegs darum, die professionelle soziale Arbeit zu konkurrenzieren. Im sozialen Bereich sind weitere qualitativ anspruchsvolle Arbeitsplätze notwendig. Es wäre fahrlässig, sozialstaatliche Leistungen zu reduzieren, um so das persönliche Engagement und die Selbstorganisation im Alter fördern zu wollen, was ohnehin nicht funktioniert. Denn die Selbsthilfe kommt dort zum Tragen, wo eine gute soziale Infrastruktur vorhanden ist. Wer

das Wasser am Hals hat, ist nur beschränkt in der Lage, sich für seine Interessen einzusetzen.

Neue Verbindlichkeit

In der Schweiz lebt heute in jedem dritten Haushalt eine alleinstehende Person, in Städten in jedem zweiten. Die Individualisierung ist von einer Ideologie begleitet, die Einzelnen das anlastet, was gesellschaftlich mitverursacht ist. Das hindert Menschen daran, sich für eigene Anliegen einzusetzen. Wir haben keine ausgeprägte (Fehler-)Kultur, die uns dazu anregt, Ungewöhnliches auszuprobieren. Gleichwohl sind die Lebensentwürfe vielfältiger geworden. Die Pluralisierung der Lebensformen fördert tolerantes Verhalten, aber auch eine Erwartungsvielfalt, die schwierig zu bewältigen ist und durch Überforderung neue Tendenzen der Normierung begünstigt.

Kurzvorstellung INAG / Présentation en bref INAG



Institut universitaire *Âges et Générations*
Universitäres Institut *Alter und Generationen*
Istituto universitario *Età e Generazioni*
Swiss Institute *Ageing and Generation*

Universitäres Institut Alter und Generationen **Institut Universitaire Âges et Générations**

Valérie Hugentobler, collaboratrice scientifique
Institut Universitaire Âges et Générations – INAG
c/o Institut Universitaire Kurt Bösch
Case postale 4176
CH- 1950 Sion
Tél. +41 (0) 27 205 73 00
Fax +41 (0) 27 205 73 01
e-mail : inag@iukb.ch

INAG - im Dienst der Forschung über Generationenbeziehungen

Am 12. Oktober 1998 wurde in Sion das Universitäre Institut 'Alter und Generationen' (INAG) gegründet. Unterstützt wurde die Gründung dieses Instituts einerseits durch den Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung und zwei Universitäten (Basel und Genf). Unterstützung erfolgte andererseits auch durch die Pro Senectute Schweiz, die Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG), das Universitäre Institut Kurt Bösch, den Kanton Wallis sowie mehrere Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Altersarbeit und Politik.

Das INAG versteht sich als Instrument der Kooperation, mit dem Ziel, die Beziehungen zwischen den Generationen in einer rasch wandelnden soziopolitischen Umwelt zu verstehen und zu verbessern. Seine Aufgabe besteht darin, an den Diskussionen über die Zukunftsoptionen zu Beginn des dritten Jahrtausends teilzunehmen.

Information, Austausch, Weiterbildung, Forschung und Kooperation sind die Leitwörter, welche die Aktivitäten des Instituts bestimmen.

*Prof. Hermann-Michel Hagmann
Präsident des INAG*

Die Ziele des Instituts

Die Ziele

Ausgangspunkt

Allgemeine Zielsetzungen

Die Ziele des Instituts sind die folgenden :

- a) Das INAG sichert die Kontinuität von Diskussionen und vertiefte Analysen über die mit Altern und Generationenbeziehungen verbundenen Fragebereichen, und dies in der gesamten Schweiz.
- b) In Zusammenarbeit mit den Universitäten und interessierten Fachhochschulen fördert das INAG die Entwicklung der Ausbildung und der angewandten Forschung in den unter a) angeführten Themenbereichen.
- c) Gleichzeitig strebt das INAG in seinen Themenbereichen die Diffusion von Informationen im allgemeinen und entsprechender Forschungsergebnisse im speziellen. Dies soll prinzipiell im Rahmen einer engen Zusammenarbeit mit den im Altersbereich tätigen Fachorganisationen und Institutionen durchgeführt werden.

Der formelle Sitz des Vereins ist das universitäre Institut Kurt Bösch in Sion. Die Beziehungen zwischen dem Institut Kurt Bösch und dem INAG werden durch einen Vertrag geregelt.

Ausgangspunkt

Die demographische Alterung der Schweiz wird sich in den nächsten Jahrzehnten beschleunigen. Gleichzeitig führt das Eintreten neuer Generationen ins Alter auch zu neuen Werthaltungen und Vorstellungen zum Altern. Diese Entwicklungen haben bedeutsame sozial-, arbeitsmarkt- und gesundheitspolitische Auswirkungen. Auch die Generationenbeziehungen verändern sich aufgrund demographischer, familialer und sozial-politischer Entwicklungen rasch.

Zur Bewältigung der neuen Entwicklungen von Altern und Generationenbeziehungen sind kontinuierliche wissenschaftliche Analysen und ihre systematische Umsetzung in die Praxis unabdingbar. Die letzten Jahre brachten der gerontologischen Forschung wichtige Impulse. Gefährdet ist jedoch weiterhin die Kontinuität in Lehre, Forschung und Forschungsanwendung. Der wissenschaftliche Austausch zwischen Fachleuten verschiedener Disziplinen sowie der Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis der Altersarbeit erfordern gerade in einem sich rasch verändernden Themenfeld, wie dies das Altern und die Generationenbeziehungen darstellen, immer wieder neue Denkansätze und einen stetigen fachlichen Gedankenaustausch. Ohne eine gezielte Förderung der Kontinuität gerontologischer Arbeiten und Diskussionen gehen bisher erarbeitete Kompetenzen und Kontakte wieder verloren.

Allgemeine Zielsetzungen des INAG

Das INAG strebt an, zusammen mit anderen Partnern aus den Universitäten und der Alterspraxis, fachliche Diskussionen und Analysen von Alters- und Generationenfragen zu garantieren. Damit soll in Zusammenarbeit mit den Universitäten und Fachhochschulen die gerontologische Forschung und Lehre in der Schweiz gesichert und ausgebaut werden. Gleichzeitig soll die Diskussion und Diffusion von Forschungsergebnissen gefördert werden.

Das INAG ist explizit den drei folgenden Grundsätzen verpflichtet :

- a) Förderung von disziplinübergreifenden Austauschbeziehungen und Diskussionen zum Themenbereich Alter und Generationen
- b) Förderung gesamtschweizerischer und sprachübergreifender Perspektiven und Kooperation in der angewandten gerontologischen Forschung und Lehre.
- b) Förderung der Verknüpfung zwischen Grundlagenforschung, angewandter Forschung und professioneller Altersarbeit.

Diese Grundsätze bestimmen Form, Aufbau und Aktivitäten des INAG. Das INAG will bestehende universitäre Strukturen keineswegs duplizieren, sondern sein Ziel ist es, diese zu ergänzen. Deshalb wird der Aufbau eines flexiblen Kooperations- und Kompetenz-Netzwerkes angestrebt.

Aktivitätsschwerpunkte

Die Aktivitätsschwerpunkten des INAG in einer ersten Aufbauphase liegen auf vier Ebenen :

a) Forum

Das INAG bietet eine Plattform für Informationen und Diskussionen zu den Themenbereichen Alter und Generationen. Neben der Organisation gerontologischer Tagungen und interdisziplinärer Workshops ist zu diesem Zweck auch der Aufbau eines umfassenden Informationsdossiers und die Erarbeitung themenspezifischer Arbeitshefte vorgesehen. Damit sollen ForscherInnen, Studierenden, aber auch Fachleuten aus der Praxis theoretische, methodische und praktische Hilfsmittel für ihre gerontologische Weiterarbeit zur Verfügung gestellt werden.

b) Weiterbildung

Das INAG wird sich - in Zusammenarbeit mit den Universitäten - an der gerontologischen Weiterbildung (z.B. Postgraduierten-Programme) beteiligen, sei es durch Mitorganisation von Weiterbildungs-Modulen, sei es durch Bereitstellung von Lerneinheiten usw.

c) Expertisen und Fachberatung

Im Rahmen des INAG sollen fachliche Expertisen entwickelt werden, welche die angewandte gerontologische Forschung und ihre Umsetzung fördern (z.B. Liste wichtiger Forschungsfragen, Beratung bei der Planung von Forschungsvorhaben u.a.). Gleichzeitig sollen auch Expertisen erarbeitet werden, die für Anwender von Interesse sind (z.B. Expertisen über Zukunftsperspektiven, Fachberatung bei der wissenschaftlichen Evaluation von Projekten usw.).

d) Forschung

Das INAG arbeitet und kooperiert bei Forschungsprojekten zu Themenbereichen wie Lebensverläufe, Generationenbeziehungen, Lage und Probleme älterer Menschen, usw... Die wissenschaftliche Direktion und die Mitglieder des Komitees INAG waren an der Erarbeitung verschiedener Forschungsprojekte beteiligt, welche im Rahmen von NFP's, SPP « Zukunft Schweiz » ausgearbeitet wurden. Diese Aktivitäten wurden in Zusammenarbeit mit Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates INAG und seines Netzwerkes realisiert.

L'INAG au service de l'étude des relations entre les générations

Le 12 octobre 1998, l'Institut Universitaire Âges et générations (INAG) a été fondé à Sion avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique, de deux universités (Bâle et Genève), de Pro Senectute Suisse, de la Société suisse de gérontologie, de l'Institut Universitaire Kurt Bösch, de l'État du Valais et de nombreuses personnalités. Cet Institut veut être un instrument de coopération pour servir les initiatives engagées en vue de comprendre et d'améliorer les relations entre les générations, dans un contexte sociopolitique marqué par des changements majeurs. Sa mission est de contribuer aux débats qui préparent les choix d'avenir aux marches du troisième millénaire. Information, échanges, formation, recherche et coopération sont les mots clés qui commandent l'activité de l'Institut.

Prof. Hermann-Michel Hagmann
Président de l'INAG

Les objectifs de l'INAG

Les buts
Le projet
Les objectifs

Les buts

Les buts poursuivis par l'INAG sont les suivants :

- a) L'INAG veut permettre d'assurer la continuité des débats et des analyses approfondis sur les questions liées à la vieillesse et aux rapports entre les générations, et cela dans toute la Suisse.
- b) En collaboration avec les universités partenaires, l'INAG s'attache à promouvoir le développement de la formation et de la recherche appliquée tel que défini sous a), cela dans l'ensemble des Hautes Écoles et des HES.
- c) En même temps, l'INAG organise la diffusion des informations générales et des résultats des recherches dans ces domaines. En principe, elle le fait en étroite collaboration avec les associations professionnelles et les institutions engagées dans le secteur de la vieillesse, de la famille, la jeunesse, etc.

Le projet

Au 21^{ème} siècle, le vieillissement démographique, déjà bien présent au cours des dernières décennies, va s'accélérer en Suisse.

De plus, le passage à la retraite de nouvelles générations, ne manquera pas d'induire de nouvelles valeurs et représentations de la vieillesse. Ce phénomène aura des effets majeurs dans les domaines du marché du travail, de la politique sociale et de la politique de la santé. Les relations entre les générations se modifient rapidement en fonction des évolutions qui apparaissent au niveau de la démographie, de la famille et des politiques sociales.

Pour maîtriser ces nouveaux phénomènes qui concernent le vieillissement et les rapports entre les générations, il convient de procéder à des analyses scientifiques et de les mettre systématiquement à disposition des champs de pratique.

Au cours des dernières années, la recherche gérontologique a connu en Suisse un développement réjouissant. Ce qui est encore fragile, c'est la continuité institutionnelle et l'ancrage de la gérontologie dans l'enseignement et la recherche appliquée pouvant s'appuyer sur un réseau de collaboration solide.

Dans un domaine qui connaît de si rapides transformations, les échanges entre les milieux scientifiques et les champs de pratique doivent être soutenus et efficaces ; les connaissances nouvelles doivent être communiquées systématiquement aux personnes

et aux institutions engagées dans l'action. À défaut d'une telle démarche structurée, on risque de voir s'évanouir un patrimoine de savoirs, de compétences et de contacts fraîchement élaborés.

Les objectifs généraux de l'INAG

En collaboration avec ses partenaires au sein des universités et dans les champs de pratique, l'INAG s'attache à promouvoir et à développer des travaux d'analyse et de synthèse sur les questions liées à la vieillesse et aux rapports entre les générations.

Ces activités doivent permettre de stimuler et d'approfondir la recherche et l'enseignement gérontologiques dans les universités et les HES. En outre, elles favorisent la discussion et la diffusion des résultats de recherche.

l'INAG souhaite explicitement se développer sur la base des principes suivants :

- Assurer une continuité dans le débat sur les questions liées à la vieillesse et aux rapports entre les générations,
- Promouvoir le développement de la formation et de la recherche appliquée dans ces domaines,
- Organiser la diffusion des informations générales et des résultats de recherche dans ces domaines. Il s'agit concrètement d'organiser des rencontres interdisciplinaires entre les personnes intéressées, de préparer un matériel scientifique sur la problématique des rapports entre les générations en s'associant un vaste éventail de compétences et de construire des modèles susceptibles de servir de références à des programmes de formation continue, développés avec divers partenaires dans les milieux professionnels concernés.
- Promouvoir la liaison entre la recherche fondamentale, la recherche appliquée et les activités professionnelles

Les démarches engagées se veulent résolument inter et transdisciplinaires.

Si ces principes définissent la structure et le champ d'activité de l'INAG, c'est que l'Institut ne souhaite pas dupliquer ou concurrencer les structures universitaires actuelles mais les compléter. Il veut concevoir et développer un réseau flexible de coopérations et de mise en commun de compétences.

Programme d'activité de l'INAG

Les activités de l'INAG s'organisent en quatre domaines.

a) Forum

L'INAG veut offrir une plate-forme d'information et de discussion dans les domaines définis par les notions d'âges et de générations. Dans cette perspective, il se propose de constituer des dossiers d'information et de préparer quelques ouvrages et articles consacrés à des thèmes spécifiques, tout cela en liaison avec des journées d'étude et des ateliers interdisciplinaires. Cela permet de mettre à disposition des chercheurs, des étudiants et des praticiens des instruments directement utiles pour leur activité.

b) Formation continue

En collaboration avec les universités et d'autres partenaires, l'INAG apporte son concours à la formation continue (par exemple : programme post-grade en gérontologie). Il le fait en collaborant à la mise en place de modules d'enseignement ou par la préparation d'unités thématiques.

c) Activités d'expertise

L'INAG se propose d'assumer un certain nombre de tâches d'expertise qui peuvent contribuer au développement de la recherche appliquée et de l'action et de la politique sociale dans les domaines liés aux âges et aux relations entre générations (par exemple : établir un catalogue de thèmes de recherche importants, offrir des conseils pour la planification de projets de recherche). En outre, L'INAG peut accepter des travaux d'expertise sur mandat de tiers (par exemple : démarches prospectives, conseils pour des procédures d'évaluation, etc.)

d) Activités de recherche

L'INAG propose des collaborations et des soutiens dans le cadre de projets de recherche dans des domaines tels que les parcours de vie, les relations entre les générations, les problématiques liées aux personnes âgées, la jeunesse, la famille, les relations entre les générations, entre travail et âge, etc.

La direction scientifique et les membres du Comité de l'INAG ont participé à l'élaboration de plusieurs projets de recherche dans le cadre des pôles de recherche, des PNR, ou de « Demain la Suisse ». Ces démarches ont été réalisées en collaboration avec des membres du Conseil scientifique et/ou des membres du réseau INAG.



Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria

Kurzvorstellung SFGG / Présentation en bref SPSG

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG ist seit dem 1.1.2000 eine Standesorganisation der FMH, die sich als medizinische Sektion in der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie SGG-SSG formieren konnte und sich heute als deren Schwestergesellschaft bezeichnet.

Die SFGG hat zum Zweck

ein Ort der Begegnung und ein Diskussionsforum für Geriater/Geriaterinnen und die anderen in der Schweiz im Bereiche der Geriatrie tätigen Ärztinnen und Ärzte zu sein;

die Aufgaben im Bereich der Weiterbildungs- und der Fortbildungsordnung der FMH für das Schwerpunktgebiet Geriatrie in Zusammenarbeit mit der SGAM und der SGIM wahrzunehmen;

sich für eine qualitativ hochstehende Geriatrie einzusetzen und zur Sicherung deren Qualität beizutragen;

die Zusammenarbeit mit den anderen Berufen und Personenkreisen, die sich mit den körperlichen, psychischen und sozialen Vorgängen im Laufe des Alterns befassen, zu pflegen;

die Forschung und Entwicklung im Gebiete der Geriatrie anzuregen und zu unterstützen, und den akademischen Nachwuchs zu fördern;

die Erkenntnisse in der Geriatrie und Gerontologie der Ärzteschaft zugänglich zu machen;

das Verständnis für die Geriatrie und die Gerontologie bei allen Partnern im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit zu fördern;

für die beruflichen Interessen ihrer Mitglieder unter Berücksichtigung der Anliegen der ganzen Ärzteschaft einzutreten;

sich als ein aktiver und anerkannter Partner der ihr verwandten nationalen und internationalen Organisationen zu betätigen.

Präsident der SFGG ist zur Zeit Dr. med. Martin Conzelmann, Felix Platter-Spital Basel. Ihre Geschäftsstelle befindet sich bei derjenigen der SGG-SSG im Spital Bern Ziegler.

Présentation en bref

La Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SPSG est depuis le 1er janvier 2000 une association professionnelle permanente de la FMH. Elle a pu se former en tant que section médicale de la Société Suisse de Gerontologie et reste liée à celle-ci comme société sœur.

La SPSG a pour buts

d'être un lieu de rencontre et de discussion pour les gériatres suisses et pour les autres médecins actifs, en Suisse, dans le domaine de la gériatrie,

de s'engager pour le développement et le maintien d'une gériatrie de haute qualité,

de veiller à la collaboration avec les autres professions et les autres associations, organisations ou groupements qui s'occupent des processus physiques, psychiques et sociaux survenant au cours du vieillissement,

de promouvoir et soutenir la recherche et le développement de la gériatrie et de contribuer à favoriser la relève académique

de rendre accessibles au corps médical les connaissances en gériatrie et en gérontologie

de promouvoir la compréhension de la gériatrie et de la gérontologie chez tous les partenaires du domaine de la santé et dans le grand public;

de représenter les intérêts professionnels de ses membres en tenant compte des demandes de l'ensemble du corps médical,

de travailler activement, et en tant que partenaire reconnu, au sein des organisations nationales et internationales apparentées.

Président actuel de la SPSG: Dr méd. Martin Conzelmann, Felix Platter-Spital Basel. Le secrétariat général se trouve auprès de celui de la SGG-SSG à l'hôpital de Berne Ziegler.

Bern, 14. Mai 04/PG

Präsident Dr. med. Martin Conzelmann, Geriatisches Kompetenzzentrum, Felix Platter-Spital, 4012 Basel. E-Mail: martin.conzelmann@fps-basel.ch
Administration Geschäftsstelle SFGG, Pia Graf-Vögeli, Spital Bern-Ziegler, Postfach, 3001 Bern. Tel. 031 970 77 98, Fax 031 970 77 67. E-Mail: pia.graf@spitalbern.ch



Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)
Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)
Associazione Svizzera per la Politica Sociale (ASPS)

Kurzvorstellung SVSP / Présentation en bref ASPS

In den über 75 Jahren ihres Bestehens hat die SVSP Anstösse zur Entwicklung der Sozialpolitik gegeben, sie begleitet, gefördert, kritisiert und sich dabei selbst gewandelt. Die Konstanten in diesem Wandel können mit fünf Stichwörtern charakterisiert werden:

1. Das Diskussionsforum für die Sozialpolitik

In der Vorkriegsphase, als Sozialpolitik vor allem eine Angelegenheit der Sozialpartner war, war die SVSP die Plattform auf der die Vorstellungen und Argumente in einer sachlichen Atmosphäre diskutiert werden konnten, vor dem Kampf auf der politischen Bühne. Nach dem zweiten Weltkrieg nahm sich der Bund des Auf und Ausbaus der Sozialversicherungen an, und die SVSP bot sich als Forum der Diskussion zwischen ihm und den Sozialpartnern an. Seit etwa 1980, als die Entwicklung der Sozialpolitik zu stagnieren begann, und erst recht in den neunziger Jahren angesichts der von verschiedenen Seiten proklamierten Krise des Sozialstaates tritt die SVSP mit Tagungen und Publikationen auf und versucht, die verschiedenen Kräfte der Sozialpolitik mit Impulsen und Ideen von ihren vorwiegend defensiven Standpunkten weg an einen Ort zu bewegen, an dem gemeinsam Lösungen für die schwierigen Probleme gefunden werden können.

2. Gesamtschau der Sozialpolitik

Die SVSP hat die Sozialpolitik immer als Ganzes gesehen. Diese Optik hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, denn es zeigt sich, dass die bisherige Praxis der Segmentierung der sozialen Sicherheit keine tragfähigen Lösungen für die absehbaren sozialen Probleme mehr anbieten kann. Es geht darum, die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen sozialen Risiken zu erkennen, zu einer Gesamtschau der Sozialversicherungszweige zu kommen und diese in die Suche nach Lösungen einzubeziehen. Das bedeutet auch, dass Zuständigkeitsgrenzen überschritten werden müssen, da noch auf absehbare Zeit die sozialen Risiken (z.B. Alter, Gesundheit, Existenzsicherung, Arbeit) sowohl rechtlich (ARVG, ALVG, Sozialhilfe usw.) und verwaltungsmässig (BSV, seco, Departemente der Kantone, Gemeinderessorts usw.) wie auch auf der Seite der Interessenvertreter von unterschiedlichen Strukturen wahrgenommen werden.

3. Verknüpfung von Theorie und Praxis

Die SVSP hat sich immer als Katalysator verstanden und den Dialog zwischen Politik, Verwaltung, Öffentlichkeit und Wissenschaft verstärkt, weil sie der Überzeugung war und ist, dass nur gemeinsame Anstrengungen zu tragfähigen Lösungen führen. Ein Problem, das angeprangert werden muss, ist die vor allem in der Deutschschweiz sehr schwache Basis der Sozialpolitik-Wissenschaft : Es fehlt nach wie vor ein universitäres Institut, das sich kontinuierlich mit Sozialpolitik befassen würde Nationale Forschungsprogramme sind dafür kein Ersatz.

4. Vorausdenken

Was schon im Zweckartikel angelegt ist, hat die Arbeit der SVSP auch in der näheren Vergangenheit geprägt: 1983 rief die Vereinigung beispielsweise im Rahmen einer Tagung dazu auf, die Perspektiven der Sozialpolitik für das Jahr 2000 zu diskutieren. 1989 hiess ein Tagesthema "Die schweizerische Sozialpolitik im Rahmen der Europäischen Union", 1996 befassten wir uns unter dem Titel "Mehr Föderalismus weniger soziale Sicherheit?" mit den sozialpolitischen Konsequenzen des Finanzausgleichs.

5. Gesamtschweizerisch

Von Anfang an hat sich die SVSP als gesamtschweizerische Organisation verstanden und sich bemüht, die zum Teil unterschiedlichen sozialpolitischen Grundpositionen zur Geltung kommen zu lassen. Die letzten drei Präsidenten waren ein italienisch Bündner, ein Romand und ein Deutschschweizer.

Trotz ihres Alters ist die SVSP hochaktuell. Sie stellt ein Forum für die unvoreingenommene Diskussion sozialpolitischer Fragen zur Verfügung, erarbeitet Unterlagen für die Behandlung wichtiger sozialpolitischer Probleme und informiert die Öffentlichkeit auf unabhängige Weise mittels Tagungen oder Publikationen zu laufenden oder bevorstehenden Entscheidungsprozessen im Bereich der Sozialpolitik.

Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)

Mühlenplatz 3

Postfach 85

3000 Bern 13

Tel. 031 326 19 20

Fax 031 326 19 10

Bern, Mai 2004



Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)
Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)
Associazione Svizzera per la Politica Sociale (ASPS)

Présentation en bref ASPS

Au cours de ses plus de 75 ans d'existence, l'ASPS a donné des impulsions au développement de la politique sociale, tout en apportant une contribution critique et en subissant elle-même des changements. Les constantes de cette mutation peuvent être synthétisées en cinq axes:

1. Un forum de discussion pour la politique sociale

Dans la période de l'entre-deux-guerres, alors que la politique sociale était avant tout une affaire concernant les partenaires sociaux, l'ASPS offrait une plate-forme de discussion sur la scène politique dans une atmosphère constructive. Après la 2e Guerre mondiale, la Confédération a entrepris le développement des assurances sociales et l'ASPS a constitué pendant cette période un important forum de discussion entre les partenaires sociaux et la Confédération. Dès les années 80 et 90 - début de la stagnation des assurances sociales et période pendant laquelle de nombreuses voix se sont élevées pour proclamer la crise de l'État social -, l'ASPS a essayé par le biais de colloques et de publications de sensibiliser les différents cercles actifs en matière de politique sociale afin de trouver ensemble des solutions aux problèmes difficiles qui ont surgi.

2. Promouvoir une vision globale de la politique sociale

L'ASPS a toujours envisagé la politique sociale comme un tout. Cette optique a particulièrement gagné en force car la pratique jusqu'ici a démontré que la segmentation de la sécurité sociale ne peut plus offrir des solutions aux problèmes sociaux dans un proche avenir. C'est pourquoi il est essentiel de reconnaître les différents risques sociaux afin de développer une vision globale des assurances sociales qui permette de trouver des solutions idoines. Cela implique de dépasser les limitations de compétences en ce qui concerne les risques sociaux (p. ex. vieillesse, santé, travail), ainsi que les délimitations sur les plans juridique (AVS, assurance-chômage, aide sociale, etc.) et administratif (OFAS, SECO, Départements des cantons, Services des communes, etc.).

3. Un trait d'union entre la théorie et la pratique professionnelle

L'ASPS s'est toujours investie dans son rôle de catalyseur pour renforcer le dialogue entre le monde politique, l'administration, l'opinion publique et les instances scientifiques avec conviction : seuls des efforts communs peuvent aboutir à des solutions valables ! Sur le plan de la recherche en politique sociale, on se heurte à l'absence d'institut universitaire pour assurer la continuité et combler la faiblesse des fondements dans ce domaine, avant tout en Suisse alémanique. Personne ne nie l'importance des programmes de recherche nationaux, mais ils ne sont pas en mesure d'assurer cette continuité à long terme.

4. Perspectives

Le travail de l'ASPS s'est concentré dans un passé récent sur différentes thématiques qui témoignent de son attachement à ses objectifs statutaires. En 1983, dans le cadre d'une journée d'études, l'ASPS a invité à se pencher sur les perspectives de la politique sociale pour l'an 2000. Le thème de discussion choisi en 1989 ciblait la politique européenne : " La politique sociale suisse dans le cadre de l'Union européenne ". Retour à la scène fédérale en 1996 pour débattre sur les conséquences de la nouvelle péréquation financière : " Plus de fédéralisme - moins de sécurité sociale ? ".

Différentes publications ont également élargi le cercle du public intéressé.

5. Agir sur le plan suisse

Dès ses débuts, l'ASPS s'est engagée comme une organisation active au niveau national et il lui importe de prendre en considération les différentes positions et sensibilités en matière de politique sociale. Tout un symbole : un Grison italophone, un Romand et un Suisse alémanique ont été les trois derniers présidents de l'ASPAS.

Malgré son " grand âge ", l'action de l'ASPS reste toujours d'actualité. En effet, l'ASPS offre un forum de discussion pour les questions de politique sociale qui est sans attache partisane. Elle élabore aussi des dossiers sur des problèmes socio-politiques et informe le public de manière indépendante par le biais de colloques ou de publications. C'est ainsi que l'ASPS participe pleinement aux processus décisionnels dans le domaine de la politique sociale.

Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)

Mühlenplatz 3

Case postal 85

3000 Bern 13

Tel. 031 326 19 20

Fax 031 326 19 10