

# Älter werden in Österreich

Tom SCHMID  
Gewerkschaft der Privatangestellten

und MitarbeiterInnen des Bundesministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales

1.	<b>Lebensweisen im Alter.....</b>	<b>108</b>
2.	<b>Finanzielle Situation im Alter.....</b>	<b>109</b>
3.	<b>Gesundheit und Alter.....</b>	<b>110</b>
4.	<b>Pflege.....</b>	<b>113</b>
5.	<b>Ältere am Arbeitsmarkt.....</b>	<b>115</b>
6.	<b>Politische Herausforderungen.....</b>	<b>116</b>

Printquelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.):  
Sozialbericht, Wien 2000, S. 107-118

Onlinequelle: Demokratiezentrum Wien - [www.demokratiezentrum.org](http://www.demokratiezentrum.org)

Das Jahr 1999 wurde von den Vereinten Nationen zum „**Internationalen Jahr der älteren Menschen**“ - „Auf dem Weg zu einer Gesellschaft für alle Altersstufen“ erklärt.

Weltweit werden tausende Veranstaltungen, Initiativen und Projekte durchgeführt. Im Rahmen dieser Programme soll das noch immer vorherrschende negative Altenbild durch Aufklärung und Informationen verändert werden - zugunsten einer Gesellschaft, die ein selbstbestimmtes, erfülltes und würdiges Altern ermöglicht.

Das **BMAGS** ist auch für ältere Menschen **der Ansprechpartner für** alle Angelegenheiten der sozialen Sicherung - sei es am **Arbeitsmarkt**, im Bereich der **Sozialversicherung** oder im Bereich **Gesundheit und Pflege**.

Daher hat das BMAGS als weiteren Beitrag für das Internationale Jahr der älteren Menschen den **Bericht „Älter werden in Österreich“** publiziert. In diesem Kapitel wird der Bericht zusammengefaßt.

Der vollständige Bericht kann unter der Tel.Nr. 01/71100/6140 oder 5495 bestellt werden.

### 1. Lebensweisen im Alter

Das **Bild vom „alten, isolierten Menschen“**, so es je gestimmt hat, gehört mittlerweile **der Vergangenheit** an. Auch alte Menschen leben in vielfältigen sozialen Beziehungsgeflechten. Sie leben in Familien, haben Kontakte zu NachbarInnen und Bekannten, pflegen ihre Freundschaften. Tatsache ist jedoch, daß die aktive Kontaktaufnahme mit steigendem Alter in dem Maße, in dem sie immer beschwerlicher wird, abnimmt. Mentale Schranken gewinnen an Bedeutung. Alte Menschen verfügen über weniger Freundschaftsbeziehungen als jüngere. Für die meisten alten Menschen wie für die meisten Menschen insgesamt ist die Familie von wesentlicher Bedeutung. Sie ist der Fixpunkt ihres Beziehungsgeflechtes.

Immer weniger Menschen leben in einem Dreigenerationenhaushalt. In der Regel lebt die Großelternfamilie in einem eigenen Haushalt. Die Zahl der Einpersonenhaushalte nimmt deutlich zu. Aber aus einem Anstieg der „Singlehaushalte“ ist **kein Trend** zur Beziehungslosigkeit und zum „**Alleine-leben-wollen**“ abzulesen. Denn die überwiegende Mehrheit der ÖsterreicherInnen lebt nur in bestimmten Lebensphasen „alleine“: Durch die Verlängerung der Ausbildung über die Adoleszenz hinaus leben viele junge Men-

schen länger allein, trotzdem geben mehr als 90 Prozent aller jungen Menschen als Lebensziel das Zusammenleben mit PartnerIn und Kindern an.

Mehr als die Hälfte aller „Singles“, also von alleinlebenden Menschen, sind alte Menschen, insbesondere alte Frauen, die nach dem Tod ihres Lebenspartners so lange es geht allein in ihrem Haushalt weiterleben. Die Zunahme der Zahl alter Menschen und die höhere Lebenserwartung von Frauen, begleitet von der abnehmenden Bereitschaft (aber auch abnehmenden Notwendigkeit) in ein PensionistInnen- und Pflegeheim zu wechseln, erklärt zu einem guten Teil die wachsende Zahl der Einpersonenhaushalte, insbesondere der alleinlebenden älteren Frauen.

Die **Beziehungsfamilie**, nicht die Haushaltsfamilie ist **die zentrale Lebensform der Mehrgenerationenfamilie** in der heutigen Zeit. Ältere Menschen suchen ein Leben in räumlichem Abstand zur Generation ihrer Kinder, ohne jedoch das Verlangen nach Nähe aufzugeben. Rosenmayr nennt dies „Intimität auf Abstand“. „Die Familie“ hat daher ihre integrative Leistungsfähigkeit nicht eingebüßt, sondern verändert. Individualisierung und Pluralisierung der Lebensform hat viele Ursachen: ökonomische, soziale, aus der Bildung heraus entstehende, von den Wohnungsgrößen verursachte, etc.

Jedenfalls bedeutet diese Individualisierung eine Veränderung der Lebensformen. Die multilokale, auf verschiedene Haushalte verteilte Mehrgenerationenfamilie bewirkt eine Lebensform, worin sich der größere Teil des Lebens von Eltern und Kindern an verschiedenen Orten abspielt, ohne daß die Beziehungen der Generationen zueinander abbrechen. Familien kommt nach wie vor ein hoher Wert im Leben der Menschen zu, ausgedrückt in vielen Meinungsumfragen.

Familien sind stabile Unterstützungsnetzwerke im Leben der SeniorInnen. Das gilt in beiden Richtungen: **Ältere Menschen unterstützen ihre Kinder und Enkeln und sie werden** - insbesondere mit zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit - **von ihren Nachkommen unterstützt**. Auch der Sexualität älterer Menschen als positiv gelebte PartnerInnenschaft kommt im Leben der SeniorInnen ebenso wie in anderen Altersstufen ein wichtiger Platz zu.

Alte Menschen legen in der Regel nach dem Eintritt in den „dritten Lebensabschnitt“ **nicht plötzlich ein neues, „seniorInnengerechtes“ Verhalten** an den Tag. Kreativität und Interessen für Kultur, Sport oder Reisen, die nicht bereits im bisherigen Leben eine wesentliche Rolle gespielt haben, auch wenn sie man-

gels Zeit oder Chancen nicht verwirklicht werden konnten, werden sich im SeniorInnenalter nicht **plötzlich** entfalten.

Alte Menschen haben viele Gemeinsamkeiten, aber sie sind **keine in sich geschlossene homogene soziale Gruppe**. Wie andere Altersgruppen der Bevölkerung auch, unterscheiden sie sich in ihrem Lebensstil und ihren Lebensbedingungen in vielfältigster Weise auf Grund ihrer Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Schichten, des Geschlechtes, nach regionalen Unterschieden und Unterschieden der Herkunft.

Im Alter werden wesentliche Lebensgewohnheiten des bisherigen Lebens fortgeführt; neue kommen hinzu, einige werden aufgegeben. So **entspricht die Teilhabe der SeniorInnen am kulturellen Leben** (Lesen, Medienkonsum, Sport- und Kulturveranstaltungen) **anfangs** noch im Wesentlichen **dem des gesellschaftlichen Durchschnittes**, diese Aktivitäten nehmen aber mit zunehmendem Alter ab. Auch die sozialen Kontakte von SeniorInnen sind anfangs relativ dicht, sinken aber mit zunehmendem Alter und mit der räumlichen Entfernung von den Familienangehörigen. Auf Grund der spezifischen Lebenssituation von SeniorInnen (Pension) verfügt diese Altersgruppe über die meiste Freizeit aller Altersgruppen. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die für Schlafen, Erholung und persönliche Körperpflege aufgebrauchte Zeit, wohl eine Folge steigender Gebrechlichkeit in höherem Alter.

Die Mitgliedschaft in einer Partei oder Gewerkschaft wird in der Regel mit dem Rückzug aus dem Berufsleben nicht aufgegeben. Aber sie hat für ältere Menschen offensichtlich eher die Funktion, ihre Zugehörigkeit auszudrücken als selbst (weiter) aktiv mitgestaltend einzugreifen. In ihrem Wahlverhalten **sind SeniorInnen eher "ihrer" Partei treu als andere Altersgruppen**, hier finden sich sehr wenig Wechselwähler. In Bürgerinitiativen sind alte Menschen weniger aktiv als jüngere, am ehesten in Initiativen, die Fragen des nächsten Lebensumfeldes aufgreifen. Der im internationalen Vergleich **hohe Organisationsgrad in Österreich** (Vereine, Parteien) findet seine Widerspiegelung auch in der Mitgliedschaft in einer SeniorInnenorganisation.

## 2. Finanzielle Situation im Alter

Eine der **zentralen sozialen Entwicklungen** in den letzten fünfzig Jahren ist die **stetige Verbesserung der Einkommenssituation älterer Menschen**. Der Übertritt in den Ruhestand ging vor einigen Jahrzehnten

noch mit einer massiven Verschlechterung der Einkommensverhältnisse einher. Heute ist das Prinzip der Lebensstandardsicherung weitgehend realisiert. Das durchschnittliche **Pro-Kopfeinkommen von PensionistInnenhaushalten** beträgt heute mehr als **drei Viertel von dem in Haushalten von Personen im erwerbsfähigen Alter**.

Die vergleichsweise gute Einkommenssituation der heutigen SeniorInnen ist vor allem das Ergebnis sozialpolitischer Maßnahmen. Sie ist aber auch in kontinuierlichen Erwerbsverläufen, besseren Verdiensten und einer höheren Frauenerwerbsquote in den vergangenen Jahrzehnten begründet. Das österreichische Pensionssystem hat die Aufgabe, den bisherigen Lebensstandard im Alter zu sichern und durch bedarfsorientierte Leistungen ("Ausgleichszulage") das Entstehen von Altersarmut zu verhindern.

Die **durchschnittliche Nettoersatzrate von Pensionen** (das ist der Vergleich der ersten Nettopension mit dem letzten Nettoverdienst) ist **im internationalen Vergleich hoch** und beträgt (bei Verdiensten bis zur Höchstbeitragsgrundlage) bei Männern 84 % und bei Frauen 75 % (Alterspensionen). Bei Verdiensten über der Höchstbeitragsgrundlage ist eine ähnliche Ersatzrate durch betriebliche oder private zusätzliche Pensionsleistungen möglich.

Das österreichische Pensionssystem sieht keine Mindestpensionen vor. Eine in das System integrierte **bedarfsorientierte Mindestsicherung** garantiert jedoch ein Mindesteinkommen („Ausgleichszulage“) für diejenigen, die einen generellen Anspruch auf Pensionsleistungen haben. Dieses orientiert sich am Familienstand: 1999 liegt das Minimum für Alleinstehende bei öS 8.100,- monatlich und für Ehepaare bei öS 11.600,-. Das Mindesteinkommen für Alleinstehende entspricht etwa dem halben mittleren Netto-Aktiveinkommen der unselbständig Erwerbstätigen. Rund 4 Prozent des Pensionsaufwandes entfallen auf die Ausgleichszulage.

Diese Mindestsicherung ist ein wichtiges Instrument zur Vermeidung von Altersarmut. Über diese Zulage hinaus haben die BezieherInnen dieser Leistungen außerdem weitere Vergünstigungen.

Für den Zeitraum 1980 bis 1997 lag die **Erhöhung der laufenden Pensionen** mit 79 % **über der Preisentwicklung** (71 %); real lagen daher die bereits bis 1980 zuerkannten Pensionen im Jahr 1997 im Durchschnitt um 5 % höher als 1980. Auf Grund der Strukturveränderungen (niederes Niveau der wegfallenden Pensionen, höheres Niveau der Neuzugänge) war die **Durchschnittspension 1997 real sogar um 41 % hö-**

**her als 17 Jahre zuvor.** Damit ist das durchschnittliche Pensionsniveau geringfügig stärker gestiegen als das BIP pro Kopf (plus 37 %); es lag auch deutlich höher als das durchschnittliche Einkommen der unselbständig Erwerbstätigen (+24 %).

Die Einkommenssituation der SeniorInnen wird zum wesentlichen Teil durch die Leistungen der Pensionsversicherung bestimmt. Insgesamt werden in Österreich jährlich etwa **15 % des BIP für die Alterssicherung** ausbezahlt. Die Ausgaben der Pensionsversicherung betragen im Jahr 1997 rund 273 Mrd. öS, damit wurden rund 1,8 Millionen Pensionen (davon mehr als eine Million Alterspensionen) ausbezahlt.

Neben den Pensionen wird die Einkommenssituation der SeniorInnen auch (in geringem Umfang) durch Leistungen betrieblicher oder privater Versicherungen und durch Erbschaften bestimmt. Die Armutgefährdung im Alter ist in den letzten Jahrzehnten, nicht zuletzt durch die oftmalige außertourliche Erhöhung der Ausgleichszulagenrichtsätze, deutlich zurückgegangen.

Um die Leistungsfähigkeit des Pensionssystems auch zukünftig mit einem vergleichbaren Versorgungsniveau abzusichern, wurden in den vergangenen Jahren etliche gesetzliche Maßnahmen beschlossen, zuletzt die Pensionsreform 1997 (ASRÄG). Neben einer veränderten Anpassung der Pensionsentwicklung an die Entwicklung der Aktiveinkommen ("Nettoanpassung") wird durch Maßnahmen im Pensionsrecht und durch begleitende arbeitsrechtliche Maßnahmen vor allem ein deutlicher Anstieg des faktischen Pensionsanfallsalters, das derzeit bei rund 57 Jahren liegt, angestrebt. Erste Erfolge dieser Maßnahmen sind bereits erkennbar.

### 3. Gesundheit und Alter

In den letzten 100 Jahren ist die durchschnittliche **Lebenserwartung deutlich angestiegen**. Neben den medizinischen Fortschritten sind dafür vor allem verbesserte Arbeits- und Lebensbedingungen, hygienische Fortschritte und eine verbesserte Ernährung verantwortlich zu machen. Die Verminderung von Belastungen aus Umwelt und Arbeit sowie das Gesundheitsverhalten und das Gesundheitsbewusstsein ist neben der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems der Schlüssel in der Hand der Gesellschaft und des Einzelnen, um ein Altern in Rüstigkeit erreichen zu können.

Altern ist eine biologische Entwicklung, die aber weit reichende Auswirkungen auf Fähigkeiten und Lebens-

möglichkeiten hat. Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl die Zahl wie die Dauer von Krankheiten zu. Das Ziel eines „rüstigen“, das heißt im Wesentlichen beschwerdefreien Alters muß durch eine geglückte Kombination biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren angestrebt werden.

Die Vorstellung eines mit der Zeugung beginnenden fortschreitenden Verfalls im Taktmaß der biologischen Uhr erzeugt ein pessimistisches Bild, das für weitere Strecken des Lebens nicht zutrifft. Die Leistungsfähigkeit steigt zunächst einmal an, erreicht zwischen 20 und 30 Jahren meist einen Gipfel beziehungsweise ein Plateau, das dann langsam - vor allem bei intellektuellen und kreativen Leistungen - abfällt. In dieser Phase kann **trotz fortschreitenden Alterns über sehr lange Zeit ein** jeweils altersentsprechendes und befriedigendes **Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Leistungsfähigkeit** gewahrt werden. Theoretisch kann ein Mensch altern und schließlich sterben, ohne jemals ernsthaft krank gewesen zu sein. Tatsächlich gewinnen aber die degenerativen Veränderungen im Laufe der Zeit mehr und mehr Krankheitswert, sodaß Multimorbidität im höheren Alter zur Regel wird.

Die **Krankheitshäufigkeit** der älteren Bevölkerung weist folgende **typische Faktoren** auf:

- **Höhere Inzidenz:** Alte Menschen werden öfter krank.
- **Alterskrankheiten:** Gewisse Krankheiten wie Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, körperliche Gebrechen und physisch-geistige Störungen treten in erster Linie bei der Altersgruppe der alten Menschen auf.
- **Chronizität:** Bei älteren Menschen dauert es in der Regel länger, bis sie sich von einer Krankheit erholen; ebenso ist das Risiko, daß Krankheiten chronisch werden. Demenz ist eine typische Erkrankung, die im hohen Alter auftritt und häufig der Pflege durch geschultes Personal bedarf.
- **Multimorbidität:** Bei älteren Menschen ist die Gefahr größer, daß sie an mehreren Krankheiten und Beeinträchtigungen gleichzeitig leiden.

Der **Gesundheitsvorsorge** kommt (nicht nur im Alter) große Bedeutung zu, um die Jahre frei von Beeinträchtigungen zu verlängern. Dem Zurückdrängen der Risikofaktoren in der biologischen und sozialen Umwelt der Menschen kommt nach wie vor großes Gewicht zu. Gesundheitsvorsorge muss daher psychische, körperliche und soziale Faktoren umschließen.

Neben der (lebensbegleitenden) Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol, Dauerstreß, Übergewicht, Fehlernährung, Diabetes, Bluthoch-

druck und anderen scheinen **geistige und körperliche Aktivität** eine wesentliche aktive Möglichkeit für ein langes Leben in gutem Gesundheitszustand zu sein. Man stirbt oft an Krankheiten, an denen man nicht leidet (z.B. Herzinfarkt) und leidet oft an Krankheiten, an denen man nicht stirbt (z.B. rheumatische Krankheiten). Vorbeugende Aktivität wirkt lebensverlängernd und sie wirkt auf ein optimales körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden.

Die sozialmedizinische Forschung kommt heute immer mehr zum Schluß, daß **Lebensverhältnisse die Gesundheit** der Menschen **stärker beeinflussen als ihr Gesundheitsverhalten**. Dem Zurückdrängen der Risikofaktoren in der biologischen und sozialen Umwelt der Menschen (Arbeitsbedingungen, Umweltbedingungen, soziale Sicherheit, Ernährungsmöglichkeiten etc.) kommt daher nach wie vor große Bedeutung zu. Gesundheitsvorbeugung muß daher psychische, körperliche und soziale Faktoren umschließen. Zu den wesentlichen psychischen Faktoren gehört die Vermeidung von Depressionen, die zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im hohen Alter gehören sowie präventive Maßnahmen zur Vermeidung von schädigenden Belastungen. Belastende Situationen (etwa der Verlust eines geliebten Menschen) lassen sich in vielen Fällen nicht verhindern. Um so wichtiger ist es, geeignete Formen des Umganges mit dieser Situation zu erlernen und sich rechtzeitig der geeigneten (therapeutischen) Hilfe zu versichern.

Gesunde Ernährung, eine altersgerechte sportliche Betätigung, eine gesunde und altersgerechte Wohnumgebung, ausreichende Möglichkeiten zur Erholung (altersgerechte Nutzung von Kultur- und Freizeitangeboten) fördern Gesundheit, auch auf Reisen sollte nicht verzichtet werden. Wichtig für gesundes Leben ist auch eine ausreichende soziale Unterstützung. Diese kann durch Familie und Freundeskreis erfolgen, aber auch durch familienentlastende und famili-

enersetzende Soziale Dienste. Je besser (ältere) Menschen in funktionierende **soziale Netze** eingebunden sind, desto günstiger wirkt sich dies auf ihr soziales und gesundheitliches Wohlbefinden aus.

Die möglichst lange aktive Erhaltung der Gesundheit wird durch regelmäßige Nutzung von Kurmaßnahmen und von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sowie durch regelmäßige Vorsorgemaßnahmen begünstigt. Die Gesundheitsvorsorge ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Eine wesentliche vorbeugende Maßnahme ist die **Gesundenuntersuchung**, die vor allem der Früherkennung der „Volkskrankheiten“ wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislafstörungen zu dienen haben. Anspruch haben Versicherte (für sich und ihre mitversicherte Angehörigen) ein Mal pro Jahr, für die Durchführung der Untersuchung kann zwischen VertragsärztInnen, Vertragseinrichtungen der Krankenversicherungsträger sowie deren eigenen Einrichtungen und BetriebsärztInnen gewählt werden.

Das größte Gesundheitsproblem älterer Menschen sind die chronischen Herz- und Kreislauferkrankungen. Danach folgen Schäden der Wirbelsäule und Erkrankungen der Gelenke. Diabetes Mellius (Zuckerkrankheit) gehört zu jenen weit verbreiteten Alterskrankheiten, die eine hohe Dunkelziffer aufweisen. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter gehören - abgesehen von Demenzerkrankungen - Depressionen, Angstzustände und Substanzabhängigkeit. Die häufigste Sterbeursache waren **Herz- und Kreislauferkrankungen** (54 %), gefolgt von **Krebserkrankungen** (24 %). Diese Gesundheitsbeeinträchtigungen spiegeln sich auch im subjektiven Gesundheitsempfinden der SeniorInnen wider.

Die **subjektive Einstellung** der Österreicherinnen und Österreicher zu ihrer **Gesundheit** wurde 1997 im Auf-

### Gesundheitsgefühl in Prozent

	sehr gut oder gut	sehr schlecht oder schlecht
15 - 60 Jahre	76 %	4 %
60 - 75 Jahre	44 %	12 %
über 75 Jahre	28 %	25 %
<b>Nach dem Geschlecht</b>		
60 - 75 Jahre		
Männer	41 %	8 %
Frauen	46 %	13 %
über 75 Jahre		
Männer	31 %	23 %
Frauen	27 %	25 %

Quelle: IFES/Feszl

## Beeinträchtigungen in Prozent

	unter 60 Jahre	60 - 75 Jahre	über 75
Dauerbeeinträchtigung	17 %	48 %	55 %
chronische Erkrankungen	8 %	17 %	24 %
körperliche Behinderungen	5 %	9 %	25 %
andere schwere Beeinträchtigungen	4 %	14 %	14 %

Quelle: IFES/Fessl

trag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger erhoben. Erkennbar ist, daß sich auch das Gesundheitsgefühl mit steigendem Alter verschlechtert.

Mit dem Alter nimmt auch die Beschwerdefreiheit deutlich ab. In der höchsten Altersgruppe gibt es deutlich weniger beschwerdefreie Frauen (21 %) als Männer (31 %).

Es **steigen die Dauerbeeinträchtigungen** (z.B. Migräne, Bluthochdruck), mit zunehmendem Alter, ebenso chronische Erkrankungen und körperliche Behinderungen. Bei Dauerbeeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen ist die Belastung der Frauen bei den „jungen“ SeniorInnen etwas und bei den „alten“ SeniorInnen deutlich höher als die der Männer, durch andere gesundheitliche Beeinträchtigungen sind Frauen in beiden Altersgruppen schwerer belastet als Männer. Hingegen leiden sowohl bei den „jungen“ wie bei den „alten“ SeniorInnen etwas mehr Männer als Frauen unter körperlichen Behinderungen. Zu beachten ist jedoch, daß es sich bei diesen Werten um subjektive Selbsteinschätzungen handelt.

Die demografische Entwicklung hat große Bedeutung für das Gesundheitssystem und seine Finanzierung. Die soziale Krankenversicherung erfüllt eine zentrale Verteilungsfunktion nicht nur von Gesunden zu Kranken, sondern auch zwischen den Generationen. Eine Untersuchung über die **intergenerative Verteilungswirkung der sozialen Krankenversicherung** (1994) stellt fest, daß das (rechnerische) Umverteilungsvolumen von den Aktiven zu den PensionistInnen im Krankenversicherungssystem 30 Prozent seines ge-

samt Gebarungsvolumens beträgt. Nur ein Viertel ihrer Ausgaben für die Gesundheit von PensionistInnen werden durch deren eigenen Beiträge aufgebracht, mehr als drei Viertel werden durch die Beiträge der Aktiven in Kranken- und Pensionsversicherung finanziert.

In einem sozialen Gesundheitssystem sind die Beiträge der Aktiven als solidarische Leistung für die höheren Gesundheitskosten der älteren Generation, aber auch der Kinder anzusehen. Der „**Generationenvertrag**“ ist nicht nur in der Pensionsversicherung, sondern **auch in der Krankenversicherung** eine wesentliche Grundlage für das Funktionieren des Sozialsystems und garantiert, daß die heute Aktiven, wenn sie selbst alt und gebrechlich sind, in den Schutz einer Gesundheitsversorgung kommen werden, die durch Beiträge und Steuern der dann berufstätigen Generation finanziert werden.

Die Grundlage des österreichischen Gesundheitssystems ist die **gesetzliche Krankenversicherung**, die als solidarische Grundversicherung konzipiert ist und **mehr als 99 %** der in Österreich lebenden Bevölkerung als Selbstversicherte oder beitragsfrei Mitversicherte **schützt**. Sie ist eine Pflichtversicherung und umfasst ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe, Krankengeld, Mutterschaftsleistungen, Vorsorge (Gesundenuntersuchung) und Rehabilitation. Dafür wurden im Jahr 1998 125 Mrd.öS ausgegeben. Der **privaten Krankenversicherung** kommt demgegenüber eine untergeordnete, **ergänzende Bedeutung** zu. Insgesamt wurden 1997 für das österreichische Gesundheitssystem 208 Mrd.öS aufgewandt, das sind 8,3 % des BIP. Damit liegt Österreich im Mittelfeld der OECD-Staaten.

## Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, ausgewählte Länder

	1969	1980	1997
Österreich	4,3 %	7,7 %	8,3 %
Deutschland	4,8 %	8,8 %	10,4 %
Italien	3,6 %	7,0 %	7,6 %
Niederlande	3,8 %	7,9 %	8,5 %
Schweden	4,7 %	9,4 %	7,5 %
Schweiz	3,1 %	6,9 %	9,7 %
USA	5,2 %	9,1 %	14,0 %
Vereinigtes Königreich	3,9 %	5,6 %	6,7 %

Quelle: OECD-Health Data, 1998

Die medizinische Versorgung Österreichs ist im internationalen Vergleich recht gut, insbesondere die **Ärztlnendichte ist sehr hoch**. Die Aufwertung der extramuralen medizinischen Versorgung im Vergleich zur klinischen Behandlung wird überall dort, wo es sich als sinnvoll erweist, weitergeführt. Dem Problem der Multimorbidität vieler alter Menschen muss in Zukunft größeres Augenmerk geschenkt werden. Der seit Anfang 1997 in Kraft stehende österreichische Krankenanstaltenplan und der Großgeräteplan sind die ersten beiden Teile eines umfassenden Gesundheitsplanes. Die Überarbeitung des Krankenanstaltenplans (1998) bezieht vor allem die Geriatrie und ihrer Entwicklung sowie die Schaffung von Hospizstationen stärker ein.

Die demografische Entwicklung hat große Bedeutung für das Gesundheitssystem und seine Finanzierung. Die soziale Krankenversicherung erfüllt eine zentrale Verteilungsfunktion nicht nur von Gesunden zu Kranken, sondern auch zwischen den Generationen. Eine Untersuchung über die **intergenerative Verteilungswirkung der sozialen Krankenversicherung** (1994) stellt fest, daß das (rechnerische) Umverteilungsvolumen von den Aktiven zu den PensionistInnen im Krankenversicherungssystem 30 Prozent seines gesamten Gebahrungsvolumens beträgt.

Ziel ist es, ein integriertes Dienstleistungssystem zu schaffen, damit vom ersten Auftreten eines Krankheitssymptomes bis hin zur Gesundung eine ununterbrochene Betreuungskette sichergestellt ist.

Sozial-(Gesundheits)politische Maßnahmen werden - angesichts der demografischen Entwicklung - immer wichtiger und sie sollen darauf abzielen, die Unabhängigkeit der Menschen im Alter zu erhalten und die Solidarität unter den Generationen zu fördern.

## 4. Pflege

Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen haben dazu geführt, daß das **Risiko, pflegebedürftig zu werden**, von einem individuellen zu einem **gesamtgemeinschaftlichen Problem** geworden ist. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen brauchen soziale Sicherheit und Hilfe.

**Mit 1. Juli 1993** wurde in Österreich ein neues und umfassendes System der Pflegevorsorge wirksam. Damit **wurde eine Lücke im System der sozialen Sicherheit geschlossen**.

Die für Bund, Sozialversicherungen und Bundesländer einheitliche Pflegevorsorge sieht in sieben Pflegegeldstufen die pauschalierte Abgeltung pflegebedingter Mehraufwendungen in Form eines Beitrages vor. Darüber hinaus umfasst die Pflegevorsorge Sachleistungen, für welche die Länder zuständig sind.

Im **Pflegegeldrecht** gelten folgende Grundsätze:

- Durch die Pflegegeldgesetze werden **alle Gruppen** von pflegebedürftigen Menschen **erfaßt**.
- Die Leistungen sind nach **finalen Grundsätzen** ausgerichtet. Gleichem Pflegebedarf entsprechen gleiche Leistungen, unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit.
- Das Pflegegeld **orientiert sich am Bedarf**. Maßgebend für die Höhe des Pflegegeldes ist ausschließlich der konkrete Betreuungs- und Hilfsbedarf.
- Das Pflegegeld hat den Zweck, pflegebedingte **Mehraufwendungen pauschal abzudecken**. Es stellt jedoch nur einen Beitrag dar.
- Auf die Gewährung des Pflegegeldes besteht ein **Rechtsanspruch**.
- Das Pflegegeld wird **unabhängig vom Einkommen** und Vermögen gewährt.

Im März 1999 bezogen ca. **310.000 Personen eine Pflegegeldleistung des Bundes oder der Länder**, davon waren über 80 % 60 Jahre oder älter. Das sind ein Sechstel aller SeniorInnen. Ca. 150.000 PflegegeldbezieherInnen waren bereits 80 Jahre oder älter, das sind 50 % aller Menschen in dieser Altersgruppe. **Zwei Drittel** aller PflegegeldbezieherInnen sind **Frauen**. Bei den PflegegeldbezieherInnen über 80 Jahre sind bereits vier Fünftel Frauen und ein Fünftel Männer.

Signifikant bei der Altersstruktur der **PflegegeldbezieherInnen des Bundes** ist der **hohe Anteil sehr alter Menschen**. 55 % der PflegegeldbezieherInnen sind älter als 80 Jahre, während nur rund 11 % jünger als 60 Jahre sind. Der relativ geringe Anteil der unter 60jährigen ergibt sich daraus, daß der Pflegegeldbezug nach dem Bundespflegegeldgesetz im wesentlichen an eine Pensions- bzw. Rentenleistung anknüpft.

Bei den **PflegegeldbezieherInnen der Länder überwiegt** im Gegensatz zum Bund **der Anteil der unter 60jährigen Menschen** (57 %). Dieser Umstand ist mit der Kompetenzlage zwischen dem Bund und den Ländern erklärbar. In die Kompetenz der Länder fallen im Erwerbsleben stehende Behinderte.

**Häusliche Pflege** wird **hauptsächlich** in und **durch die Familie erbracht**. 88 % aller Hauptbetreuungspersonen stehen in einem verwandtschaftlichen Verhältnis

zur betreuten Person. Gepflegt wird vor allem durch EhepartnerIn, Kinder, Schwiegerkinder, EnkelIn beziehungsweise Eltern. Der Großteil der pflegenden Töchter (und Söhne) ist zwischen 40 und 60 Jahre alt. Fast **80 %** der **Betreuungspersonen** von PflegegeldbezieherInnen **sind Frauen**, etwa ein Drittel von ihnen ist älter als 60 Jahre. Männer leisten fast nur in der Rolle des Ehepartners familiäre Pflegearbeit (an ihrer Ehefrau), schon seltener für pflegebedürftige Kinder. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass die Pflege, insbesondere auch in der Familie, in hoher Qualität erbracht wird und nur in wenigen Fällen eine drohende Unterversorgung festzustellen ist. Die Zufriedenheit mit der Pflegevorsorge ist bei PflegegeldbezieherInnen wie bei Angehörigen außerordentlich groß.

**Das Pflegegeld kommt v.a. unteren Einkommensgruppen zugute.** Das monatliche Nettoeinkommen der PflegegeldbezieherInnen (Pension oder Aktiv-einkommen) inklusive des Pflegegeldes lag bei mehr als der Hälfte im Jahr 1997 unter öS 12.500,- im Monat. Beinahe ein Viertel der PflegegeldbezieherInnen erhielt eine Pension unter öS 7.100,- im Monat. Zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen bezogen eine Pension unter öS 10.700,- im Monat. Nur 6 % erhielten eine Pension über öS 21.000,- und weniger als 1 % eine über öS 40.000,-.

Es war eine **Zielsetzung der Reform** der Pflegevorsorge, daß **der ambulanten Betreuung Vorrang** vor der stationären Pflege **eingerräumt werden sollte**. Den Angehörigen, die den Großteil der Pflegeleistungen erbringen, sollte durch die professionellen Dienste die nötige Unterstützung angeboten werden.

Einer Befragung durch Univ.Prof.Dr.Badelt u.a. zufolge beziehen 56 % der befragten Personen eine oder mehrere außerhäusliche soziale oder pflegerische Dienstleistungen (47 % beziehen Dienste in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus und 22 % Dienste außer Haus). Etwa ein Drittel aller PflegegeldbezieherInnen kann seit Einführung des Pflegegeldes mehr Soziale Dienste beziehen als vorher. Die Inanspruchnahme von Diensten ist vor allem abhängig von der Pflegegeldstufe, vom Gesamteinkommen der pflegebedürftigen Person (Einkommen plus Pflegegeld) und vom bestehenden regionalen Angebot.

Da die **Dienstleistungen** vor allem auf Landes- bzw. auf lokaler Ebene angeboten werden, sind **große Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern** zu beobachten. Während z.B. in Vorarlberg und Wien bereits eine lange Tradition in der Erbringung von Sozialen Diensten besteht, deuten die niedrigen Werte von Kärnten und Burgenland darauf hin, daß es in diesen Bundesländern noch eine relativ große Zahl von Regionen mit schlechter Versorgungssituation gibt.

Auch für den **stationären Bereich** werden in der Vereinbarung die Erstellung von **länderweisen Mindeststandards** urgiert. Insbesondere wird Folgendes gefordert:

- kleine, überschaubare Heime
- Integration der Heime in die Gemeinde
- Mindestausstattung der Zimmer
- Mindestangebot an Räumen und Dienstleistungen
- jederzeit Besuchsrecht
- freie Arzt/Ärztinnenwahl
- rechtlicher Schutz der HeimbewohnerInnen
- Aufsichtsregelung durch die Länder.

In der Vereinbarung haben sich die Länder verpflichtet, zur langfristigen Sicherstellung dieser Mindeststandards **Bedarfs- und Entwicklungspläne für die sozialen Dienste** zu erstellen (Art.6). In diesen Plänen soll das bestehende Defizit an Dienstleistungen festgestellt sowie eine Planung erstellt werden, wie dieses Defizit schrittweise bis zum Jahr 2010 abgedeckt wird.

Nunmehr haben alle Länder ihre Pläne vorgelegt. Zum ersten Mal liegt damit für diese Bundesländer ein umfassendes Datenmaterial über den Bereich der sozialen Dienste vor.

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) erstellte eine vergleichende Übersicht über den Ist-Stand und die Pläne.

Das Angebot an Heimplätzen ist regional nicht gleich verteilt, sondern es gibt bedeutende Unterschiede, sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen den einzelnen Bezirken. Die Spannweite zwischen der höchsten und der niedrigsten Dichte an Heimplätzen in den Bundesländern beträgt fast 100 Plätze pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren.

Die höchste Dichte an Heimplätzen mit rund 170 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren gibt es in Wien, gefolgt von Salzburg mit rund 153. Über dem österreichischen Durchschnitt liegen weiters Oberösterreich und Vorarlberg. Am unteren Ende der Skala befindet sich das Burgenland, das mit knapp 78 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren weniger als die Hälfte des Angebotes in Wien aufweist. Ebenfalls im unteren Bereich mit knapp unter 100 Heimplätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren befindet sich Kärnten, Niederösterreich und die Steiermark.

Mit der Ausdifferenzierung der (extramuralen) Pflege und der Zunahme verschiedener sozialer Dienstleistungen, die sich der Hilfe und Pflege von Menschen in ihrer gewohnten Wohnumgebung zum Ziel gesetzt haben, sind eine Fülle neuer Anforderungen und Tätigkeitsbereiche

	Pflege- und Wohnplätze in Alten- u. Pflegeheimen in Österreich	Heimplätze auf 1000 Einwohner- Innen über 75 Jahre
Burgenland	1.400	78
Kärnten	3.500	98
Niederösterreich	9.700	96
Oberösterreich	10.800	136
Salzburg	4.300	153
Steiermark	7.600	97
Tirol	4.300	120
Vorarlberg	2.200	133
Wien	21.000	171
<b>Österreich</b>	<b>64.800</b>	<b>126</b>

Quelle: BMAGS: Dienste u. Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich, Wien 1999, S. 70

entstanden. Das gilt insbesondere im **Altenbetreuungsbereich**. Dieses Tätigkeitsfeld gilt **auch aus arbeitsmarktpolitischer Sicht als Zukunftsbereich**. Das weitere Entstehen neuer Berufe und zahlreicher neuer Arbeitsplätze kann erwartet werden. Daher ist hier eine rechtzeitige Absicherung formalisierter Qualifikationen nötig.

## 5. Ältere am Arbeitsmarkt

Der rapide Wandel im Arbeitsleben, die immer schneller werdenden Halbwertszeiten von erworbenen Qualifikationen und der stärkere Konkurrenzdruck am Arbeitsmarkt haben zur Folge, daß selbst Personengruppen im erwerbsfähigen Alter immer öfter zum „alten Eisen“ gezählt werden. Der stetige Rückgang des effektiven Pensionszugangsalters ist nicht vorrangig das Resultat von gesetzlichen Maßnahmen im Pensionsbereich, sondern wurzelt primär in Prozessen des Arbeitslebens, die ältere Menschen vermehrt ins Abseits drängt.

Der **Arbeitsmarkt Älterer** ist jedenfalls ambivalent. Da sind auf der einen Seite stabile Beschäftigungsverhältnisse mit klaren Aufstiegsregelungen und - bedingt durch das Senioritätsprinzip im Gehaltssystem - auch guten Verdiensten. Auf der anderen Seite sind ältere Menschen stark von Arbeitslosigkeit, insbesondere von Langzeitarbeitslosigkeit bedroht oder betroffen. Bei älteren Arbeitslosen ist auch das Risiko, nach einer „Saisonarbeitslosigkeit“ länger arbeitslos zu bleiben, höher als in anderen Altersgruppen.

Die Erwerbsquoten sinken mit zunehmendem Alter. In den letzten 5 Jahren vor dem Antrittsalter der vorzeitigen Alterspension (Männer mit 60, Frauen mit 55 Jahren) waren im Jahre 1997 62,5 % der Männer und 61,0 % der Frauen erwerbstätig.

Vor allem auf Grund der demografischen Entwicklung steigt die Zahl der älteren unselbständig Erwerbstätigen (ab 50 Jahren) in den letzten Jahren wieder an. Sie ist zwischen 1990 und 1999 von 370.000 auf 440.000 angestiegen.

### Daten zum Arbeitsmarkt Älterer

	Erwerbsquote 1997	Einkommen 1997 Median Angestellte	Einkommen 1997 Median Arbeiter	Arbeitslosenquote 1997
<b>Männer</b>				
20 - 24 Jahre	75,2	17.000,-	18.000,-	8,5
35 - 39 Jahre	96,8	33.000,-	22.000,-	6,1*
50 - 54 Jahre	86,6	38.000,-	23.000,-	8,5
55 - 59 Jahre	62,5	40.000,-	24.000,-	11,3
<b>15 - 59 Jahre</b>	<b>84,3</b>	<b>30.000,-</b>	<b>20.000,-</b>	<b>6,9</b>
<b>Frauen</b>				
20 - 23 Jahre	70,8	16.000,-	14.000,-	7,3
35 - 39 Jahre	76,6	18.000,-	23.000,-	7,4*
50 - 54 Jahre	61,0	22.000,-	14.000,-	11,1
55 - 59 Jahre	24,4	22.000,-	14.000,-	7,6
<b>15 - 59 Jahre</b>	<b>65,2</b>	<b>18.000,-</b>	<b>13.500,-</b>	<b>7,4</b>

Quelle: Hauptverband, Abteilung Statistik der AK Wien  
\* Altersgruppe 30 - 39 Jahre

Die **Arbeitslosigkeit ist in den höheren Altersgruppen deutlich größer** als im Durchschnitt der Erwerbstätigen. Insbesondere die Langzeitarbeitslosigkeit steigt mit höherem Alter. In den vergangenen Jahren ist die Arbeitslosigkeit Älterer und die Langzeitarbeitslosigkeit in dieser Altersgruppe spürbar angestiegen.

Ältere Frauen haben am Arbeitsmarkt größere Probleme als Männer. Das **Arbeitslosigkeitsrisiko** und die durchschnittliche Dauer von Arbeitslosigkeit ist **bei Frauen zwischen dem 50. und 55. Lebensjahr höher als bei Männern**. In den höheren Altersgruppen verschiebt sich das Problem etwas zwischen den Geschlechtern, da Frauen unter gewissen Bedingungen die Möglichkeit haben, bereits mit 55 Jahren eine vorzeitige Alterspension anzutreten. Ein weiteres Problem am Arbeitsmarkt Älterer ist geringe Qualifikation. Ältere Beschäftigte mit niedrigeren Qualifikationen müssen sowohl mit einer größeren Wahrscheinlichkeit rechnen, arbeitslos zu werden, als auch damit, länger arbeitslos zu bleiben.

Die Bundesregierung ist bestrebt, ältere Beschäftigte länger in Arbeit zu halten, etwa durch das 1996 eingeführte Bonus-Malus-System oder durch die pensions- und arbeitsrechtlichen Maßnahmen der Pensionsreform 1997 (ASRÄG) und weitere arbeitsmarktpolitische Maßnahmen sowie Beschäftigungsprogramme für Ältere sowie das jüngst beschlossene Paket zur Förderung der Beschäftigung älterer Menschen.

## 6. Politische Herausforderungen

Mit der Herausbildung eines ausdifferenzierten Sozialsystems, insbesondere der Pensionsversicherung, bildete sich **im 20. Jahrhundert das "dritte Alter" als eigenständiger Lebensabschnitt** heraus.

Die Unterscheidung verschiedener Generationen hat neben der soziologischen und familienpolitischen Bedeutung auch eine eminent sozialpolitische. Da die Leistungen des österreichischen Sozialstaates über das Umlageverfahren vermittelt werden, wonach die jeweils im Erwerbsleben stehende Generation über ihre Beiträge die Auszahlung der aktuellen Pensionen ermöglicht, in der Erwartung, später ihre Pensionen von den nachrückenden Generationen finanziert zu erhalten, kommt dem „**Generationenvertrag**“ eine große sozialpolitische Bedeutung zu.

Dieser „Generationenvertrag“ ist eine stabile implizite gesellschaftspolitische Vereinbarung zwischen den

Generationen, die unabhängig von den jeweiligen wirtschaftlichen und politischen Konjunkturen ein funktionierendes Alterssicherungssystem über das Umlageverfahren garantieren soll. In diesem Zusammenhang muß daran erinnert werden, daß auch ein auf dem Kapitaldeckungsverfahren aufgebautes Alterssicherungssystem eines funktionierenden „Generationenvertrages“ bedarf, denn auch die Erträge von angespartem Kapital, dessen Abzinsung die Pension ermöglicht, müssen von der dann erwerbsaktiven Bevölkerung erwirtschaftet werden. **Stabiles gesellschaftliches Vertrauen in die zukünftige Haltbarkeit des „Generationenvertrages“ ist eine ständige Herausforderung der Sozialpolitik.**

Eine umfassendere **Einbindung alter Menschen in politische Entscheidungsprozesse** wurde in den letzten Jahren von der Politik **zunehmend als Aufgabe erkannt** und formuliert. Bei der Selbstverwaltung der Sozialversicherung wurden Beiräte eingerichtet, wo auch PensionistInnenorganisationen vertreten sind. Auch im Beirat für Renten- und Pensionsanpassung sind PensionistInnenorganisationen vertreten. Beim Bundeskanzleramt, aber auch bei vielen Landesregierungen und Gemeinden wurden SeniorInnenbeiräte eingerichtet, die eine Koordinierung der Interessenvertretungen der älteren Generation bei der Willensbildung und bei Entscheidungen gewährleisten sollen. Mit dem im Jahre 1998 verabschiedeten BundesSeniorInnengesetz wird den älteren Menschen erstmals auf gesetzlicher Basis ein Mitspracherecht gesichert.

Eine Untersuchung, die 1995 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales durchgeführt wurde, ergab **Interesse an mehr Mitsprache älterer Menschen vor allen in drei Bereichen:**

- Im Vordergrund standen die das unmittelbare Leben bestimmenden Inhalte, beispielsweise das Leben im Heim, die Organisation der Betreuung, den Umgang miteinander und mit dem Personal sowie das engere Umfeld des Heims. In ländlichen Gebieten standen in erster Linie das Gemeindeleben und damit zusammenhängende Bedarfssfelder (Wohnen, Verkehr, etc.) im Vordergrund. Von Frauen wurden spezifische, sich aus dem weiblichen Lebenszusammenhang ergebende Themen (z.B. Umgang mit dem Altern, Pflege älterer Angehöriger) genannt. Ältere Arbeitslose thematisieren vor allem die Gründe für die zunehmende Arbeitslosigkeit Älterer und die damit verbundenen Belastungen.
- Ein zweiter Bereich betrifft die **biografisch bedingten alter(n)spezifischen Probleme**, die je nach Alter ihre eigene Prägung erhalten. Die Themen „Ar-

beitslosigkeit älterer Menschen“, „Übergang in die Pension“ oder „materielle Sicherung im Alter“ beschäftigen vor allem die jüngeren SeniorInnen. Auch an Fragen der Planung von Heimen oder alternativen Versorgungsmöglichkeiten sind vor allem jüngere SeniorInnen interessiert. Schließlich sind Freizeitgestaltung, Reisen und Kultur wesentliche Themenbereiche von SeniorInnen, in denen sie mitsprechen wollen. Auch in dieser Untersuchung zeigt sich, daß die in früheren Lebensphasen entwickelten Interessen auf die Lebensgestaltung in der Pension weiterwirken oder sich sogar verstärken.

- Ein dritter Bereich betrifft **eine Fülle allgemeiner Interessen und Anliegen von SeniorInnen**, die von der finanziellen Absicherung im Alter über intergenerationellen Austausch bis zum Wunsch nach Veränderung jenes Altersbildes, das von den Medien negativ gezeichnet wird, reichen.

In der SeniorInnenpolitik können Maßnahmen, die mit einem Zeithorizont von drei oder mehr Jahrzehnten wirken sollen, nicht ausschließlich aus dem Blickwinkel der Bedürfnisse und Probleme der heute alten Menschen diskutiert werden. Neben der Frage nach der Finanzierbarkeit zukünftiger SeniorInnenpolitik erhält daher auch die Frage nach den zukünftigen Bedürfnissen und Erfordernissen und ihren möglicherweise qualitativen Unterschieden zu heutigen Gewicht.

**Viele Bereiche der staatlichen Politik sind daher nicht ausdrücklich als „SeniorInnenpolitik“ zu bezeichnen**, obwohl sie auch Anliegen der älteren Menschen betreffen. Dazu gehören vor allem die Wirtschaftspolitik, die Europapolitik oder die Umweltpolitik. Auch innerhalb der Sozial- und Gesundheitspolitik gibt es Bereiche, die auch, aber nicht hauptsächlich, als SeniorInnenpolitik fungieren. Dazu gehören etwa die ärztliche Versorgung oder die Kur- und Rehabilitationspolitik. Daneben gibt es einige Problembereiche, die altersspezifisch gelöst werden, also eine spezifische „SeniorInnenpolitik“ verlangen. Wenn man versuchen will, die **Aufgaben der „SeniorInnenpolitik“** im engeren Sinn zu umreißen, muß man drei wesentliche Bereiche unterscheiden. Es sind dies:

- Das **Gestalten der Umwelt, in der SeniorInnen leben**. Dazu gehören Maßnahmen der Verkehrs- und Infrastrukturpolitik, Siedlungspolitik und Raumordnung. Hier sind alle jene politischen Entscheidungen und Handlungen angesprochen, die alten Menschen ein komplikationsfreies Leben in ihrer gewohnten Umwelt ermöglichen oder erleichtern könnten.
- Jene **Maßnahmen** der Sozial- und Gesundheitspolitik, **die sich direkt an alte Menschen und ihre spezifischen Probleme richten**. Dazu gehören

etwa die Pensionspolitik, die Pflegevorsorge und der Ausbau der sozialen Dienste, eine speziell auf die Probleme älterer Menschen ausgerichtete Gesundheitspolitik, aber auch Maßnahmen zur Verbesserung der Situation älterer Beschäftigter am Arbeitsmarkt, aber auch die Schaffung einer altersgerechten Arbeitswelt.

- Schließlich sind jene Maßnahmen zu nennen, die eine **verstärkte Integration älterer Menschen in den politischen Willensbildungsprozess** zum Ziel haben.

**SeniorInnenpolitik ist eine typische Querschnittsmaterie**. Sie erfordert sowohl eine Kooperation verschiedener Ressorts wie eine sinnvolle Zusammenarbeit des Bundes mit Sozialversicherungsträgern, Ländern und Gemeinden. Sie ist eingebettet in die gesamte Politik und setzt einen funktionierenden Arbeitsmarkt wie ein funktionierendes Sozialsystem voraus. Je besser die Systeme materieller Sicherung funktionieren, desto effektiver kann sich die eigentliche SeniorInnenpolitik auf allen Ebenen entfalten. Daher ist die Schwerpunktsetzung der österreichischen Bundesregierung, die den Abbau der Arbeitslosigkeit und das Funktionieren der sozialen Sicherungssysteme in den Vordergrund stellt, auch eine wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche SeniorInnenpolitik in Österreich.

**Die österreichische Bundesregierung setzt ihre Schwerpunkte in der SeniorInnenpolitik** daher vor allem in folgenden Bereichen:

- **Langfristige Sicherung des Pensionssystems:** Durch die Maßnahmen der 51.ASVG-Novelle 1993 (insbesondere die Nettoanpassung und die Angleichung der Pensionsreform im Öffentlichen Dienst und der Sozialversicherung) sowie der Pensionsreform 1997 (ASRÄG mit arbeits- und sozialrechtlichen Maßnahmen zur Anhebung des faktischen Pensionsanfallsalters und der Angleichung der Pensionsbemessung von Öffentlichem Dienst und Sozialversicherung) wurden bereits Weichenstellungen für die langfristige Alterssicherung gesetzt. In Zukunft gilt es, das Alterssicherungssystem schrittweise auf diesem Wege weiterzuentwickeln und den sich ändernden wirtschaftlichen, sozialen und demografischen Rahmenbedingungen anzupassen.
- **Vermeidung von Altersarmut:** Vor allem die Entwicklung der Ausgleichszulagenrichtsätze und die weiter verbesserte Anrechnung der Kindererziehungszeiten in die Pensionsbemessung sind Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut im Alter.
- **Arbeitsmarktpolitik:** Die Stabilisierung des Arbeitsmarktes und die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit

keit ist ein Schwerpunkt der österreichischen Bundesregierung, wobei die Jugendarbeitslosigkeit, die Arbeitslosigkeit Älterer und die Langzeitarbeitslosigkeit im Vordergrund stehen. Der im April 1998 beschlossene Nationale Aktionsplan für Beschäftigung (NAP) wird in den kommenden Jahren den Arbeitsmarkt deutlich entlasten. Festzuhalten ist, daß ein hohes Beschäftigungsniveau die beste langfristige Sicherung des Sozialstaates und des Pensionssystems ist.

- **Pflegevorsorge:** Das Pflegevorsorgesystem wird laufend dem sich verändernden Bedarf angepaßt. Die mit 1.1.1999 in Kraft getretene Novelle zum Bundespflegegeldgesetz, die unter anderem eine Verbesserung in den höheren Pflegestufen bringt, ist ein weiterer Schritt in diese Richtung.
- **Mitbestimmung:** Mit dem im Jahre 1998 verabschiedeten Bundesseniorenengesetz wird den älteren Menschen auf gesetzlicher Basis verstärkt ein Mit-

spracherecht gesichert. Zusätzlich sollen im Bildungsbereich Initiativen gestärkt bzw. entwickelt werden, die älteren Menschen die Teilhabe an/sowie die Befähigung zum Umgang mit den neuen Informations- und Kommunikationsmitteln (PC, Internet) ermöglichen.

**Bundesländer:** Der Schwerpunkt der SeniorInnenpolitik der Länder liegt in der weiteren Umsetzung des **flächendeckenden Ausbaues von Pflegedienstleistungen**. Die mittlerweile von allen Bundesländern fertig gestellten Bedarfs- und Entwicklungspläne bilden eine Entscheidungsgrundlage für den weiteren Ausbau beziehungsweise für weitere Förderungsmaßnahmen, um vereinbarungsgemäß **bis zum Jahr 2010** den flächendeckenden Vollausbau zu erreichen. Die Mitbestimmung und Mitwirkungsmöglichkeiten der SeniorInnen und ihrer InteressenvertreterInnen ist in Landesseniorenbeiräten geregelt.