



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Regionalforum für soziale Sicherheit für Europa

Warschau, Polen, 3.-5. März 2010

Demografische Herausforderungen und soziale Sicherheit

Gesellschaftliche Herausforderungen und die Fähigkeit zur Anpassung: soziale Sicherheit in einer alternden Welt

Sarah Harper
Professor für Gerontologie
Oxford Universität
Direktorin
Oxford Institute of Ageing
Grossbritannien

Demografische Herausforderungen und soziale Sicherheit

Gesellschaftliche Herausforderungen und die Fähigkeit zur Anpassung: soziale Sicherheit in einer alternden Welt

Sarah Harper
Professor für Gerontologie
Oxford Universität
Direktorin
Oxford Institute of Ageing
Grossbritannien

Demografische Alterung

2030 wird die Hälfte der Bevölkerung Westeuropas über 50 Jahre alt sein und eine Lebenserwartung in diesem Alter von weiteren 40 Jahren haben. Dies wird in der Geschichte beispiellos sein, weil es noch nie zuvor eine Weltregion mit der Hälfte der Bevölkerung über 50 Jahre gab. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verzeichneten die stärker entwickelten Länder und insbesondere Europa eine in der Geschichte der Demografie nie da gewesene Bevölkerungsalterung. In den ersten 50 Jahren dieses neuen Jahrhunderts werden weniger entwickelte Länder und Transformationsländer Vorhersagen zufolge den gleichen Übergang durchlaufen. Eine solche Bevölkerungsalterung beruht darauf, dass sowohl die Geburtenhäufigkeit als auch die Sterblichkeit außer in Afrika südlich der Sahara weltweit stetig zurückgehen. Europa erreichte die "demografische Reife" zur Jahrtausendwende, das heißt, es gab in der Region zu diesem Zeitpunkt erstmals mehr ältere Menschen (über 65 Jahre) als jüngere (unter 15 Jahre). Es wird prognostiziert, dass Asien diesen Stand der Bevölkerungsentwicklung 2040 erreichen wird und Amerika kurze Zeit darauf.

Eine solche globale Alterung geht jedoch nicht isoliert vor sich: Sie findet im Kontext der Globalisierung selbst statt, einer Welt, in der die Bewegung von Menschen und Kapital über nationale Grenzen hinweg immer weiter zunimmt. Ein wichtiger Faktor für diese Bewegung von Menschen und Kapital über Grenzen hinweg ist die Entstehung demografischer Ungleichgewichte aufgrund der unterschiedlichen demografischen Reifung von Regionen. Um den Problemen und Chancen alternder Gesellschaften angemessen Rechnung zu tragen, ist es einerseits wichtig, die Dynamik der Globalisierung zu verstehen, andererseits folglich jedoch auch die Dynamik der globalen Alterung als einer Komponente der Globalisierung.

Die Entstehung demografisch reifer Gesellschaften

Im Jahr 2000 gab es in der Europäischen Union (EU) –15 erstmals mehr über 60-Jährige als unter 15-Jährige. 2040 wird es in Asien mehr Ältere als Jüngere geben, und es wird

Sarah Harper

prognostiziert, dass 2050 die Zahl der Älteren auf der Welt die der Jüngeren übersteigen wird. Der prozentuale Anteil der Weltbevölkerung über 60 Jahre stieg zwischen 1950 und 2000 von gerade einmal 8 Prozent auf 10 Prozent; dies entsprach einer zahlenmäßigen Zunahme von 200 Millionen auf 600 Millionen ältere Erwachsene. Die absolute Zahl dürfte 2050 die 2-Milliarden-Marke erreichen – eine weitere Verdreifachung in gerade einmal 50 Jahren. Der prozentuale Anteil der über 60-Jährigen wird dann mehr als ein Fünftel der gesamten Weltbevölkerung betragen (21 Prozent). Die Zahl der ab 80-Jährigen wird noch stärker ansteigen, und zwar von 69 Millionen auf unglaubliche 379 Millionen bis 2050.

Wenngleich sich mein Vortrag hauptsächlich auf Europa konzentrieren wird, ist es wichtig, die globale Reichweite der Bevölkerungsalterung zu berücksichtigen, weil die Situation innerhalb Europas von der Bevölkerungsdynamik außerhalb der Region beeinflusst werden wird. Die Weltregion mit der raschesten Alterung ist die asiatisch-pazifische Region mit derzeit 600 Millionen Älteren. 2050 wird der Anteil der über 60-Jährigen an der prognostizierten Bevölkerung bei etwa 20 Prozent liegen, und diese werden zwei Drittel der 2 Milliarden Älteren auf der Welt ausmachen. Von zentraler Bedeutung ist die Geschwindigkeit, mit der dieser Übergang stattfindet, wobei die Alterung in den weniger entwickelten Ländern und den Transformationsländern außerordentlich rasch verlaufen wird. Während der Übergang von einer jungen zu einer reifen Bevölkerung in Europa (EU-15) etwa 120 Jahre dauerte, wird eine solche Veränderung des Verhältnisses von Jungen zu Alten in Asien in weniger als 25 Jahren vonstattengehen. In Frankreich beispielsweise zog sich der Anstieg des Anteils der Bevölkerung über 65 Jahre von 7 Prozent auf 14 Prozent über 115 Jahre hin, in Japan dagegen waren dafür lediglich 26 Jahre erforderlich.

Während sich der prognostizierte Anstieg des Anteils der über 60-Jährigen bis zum Jahr 2025 für die EU-15 auf etwa 33 Prozent beläuft, beträgt er atemberaubende 400 Prozent für Indonesien, 350 Prozent für Thailand, Kenia und Mexiko, 280 Prozent für Simbabwe und bis zu 250 Prozent für Indien, China und Brasilien. Von dieser außerordentlich hohen Geschwindigkeit der demografischen Alterung wird für die weniger entwickelten Länder und die Transformationsländer eine der größten institutionellen Herausforderungen ausgehen.

Wenn wir den Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre in den "ältesten" Ländern am Ende des 20. Jahrhunderts betrachten, liegen die 20 Länder mit den höchsten Werten abgesehen von Japan alle in Europa. Weltweit weist Italien den höchsten Anteil an Personen über 65 Jahre auf, was in erster Linie eine Folge niedriger Geburtenhäufigkeit ist. Von den EU-15-Ländern verzeichnet Italien den höchsten Anteil älterer Menschen (18,2 Prozent) und Irland den niedrigsten (11,2 Prozent). Am unteren Ende dieser Liste finden sich Australien, Kanada und die Vereinigten Staaten (zwischen 12 und 13 Prozent). Interessanterweise weisen selbst die früheren osteuropäischen Länder höhere Prozentwerte als Kanada, Australien und die Vereinigten Staaten auf; diese repräsentieren jedoch stark unterschiedlich große Bevölkerungen. Die größte Gruppe älterer Menschen in den Industrieländern lebt in den Vereinigten Staaten mit 35 Millionen Menschen über 65 Jahre, gefolgt von Japan mit fast 23 Millionen und Deutschland mit etwa 13 Millionen.

Der Altersdurchschnitt einer Gesellschaft, das heißt das Alter, das die Bevölkerung in zahlenmäßig gleich große Teile jüngerer und älterer Menschen unterteilt, liefert ein weiteres Maß. Bei allen Industrieländern liegt der Altersdurchschnitt über 32 Jahre. In manchen Ländern wird der Altersdurchschnitt im nächsten Vierteljahrhundert jedoch drastisch steigen. Italien, Brasilien, China, Mexiko und Thailand beispielsweise werden einen Anstieg des Altersdurchschnitts um mehr als 10 Jahre verzeichnen. Der höchste Altersdurchschnitt wird derzeit mit 52 Jahren für Italien prognostiziert. In Japan und den meisten anderen Industrieländern wird er 50 Jahre erreichen und in manchen asiatischen Ländern 40 Jahre. Seit den 1980er Jahren hat sich die Bevölkerungsstruktur von beispielsweise Singapur verändert: Der Anteil der Kinder ist stetig gesunken und der, der älteren Erwachsenen

gestiegen. Infolgedessen ist der Altersdurchschnitt der Bewohner des Landes im letzten Vierteljahrhundert um mehr als 10 Jahre von 24,4 Jahre im Jahr 1980 auf 35,5 Jahre heute gestiegen. Sowohl in Hongkong als auch in Korea liegt er jetzt über 35 Jahre.

Die ältesten Alten

Die Wachstumsrate der Gruppe der über 80-Jährigen ist von gleich großer Bedeutung. Mit einer jährlichen Wachstumsrate von 3,8 Prozent ist dies die am raschesten wachsende Altersgruppe auf der Welt. Niedrige Geburtenhäufigkeit zur Zeit des Ersten Weltkriegs und sinkende Sterblichkeit bei dieser Kohorte erklären dies teilweise – die Menschen, die Mitte der 1990er Jahre das 80. Lebensjahr erreichten, bildeten eine relativ kleine Geburtskohorte. In der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg stieg die Geburtenhäufigkeit wieder, sodass zur Jahrhundertwende eine wesentlich größere Geburtskohorte das 80. Lebensjahr erreichte. In gerade einmal 4 Jahren stieg damals die Wachstumsrate der Gruppe der über 80-Jährigen auf der Welt von 1,3 Prozent auf 3,5 Prozent. Die prognostizierte jährliche Wachstumsrate dieser Altersgruppe beträgt 3,9 Prozent bis 2010 und wird bis mindestens 2020 über 3 Prozent bleiben. Prognosen zufolge werden 2050 20 Prozent der ab 60-Jährigen dieser Gruppe angehören. Derzeit leben 40 Prozent der über 80-Jährigen in Asien – davon allein 16 Prozent in China, was partiell auf den sehr hohen Anteil Chinas an der Gesamtweltbevölkerung zurückzuführen ist, 30 Prozent in Europa und 13 Prozent in den Vereinigten Staaten. Für Japan wird prognostiziert, dass 2030 hervorstechende 40 Prozent seiner älteren Bevölkerung 80 Jahre oder älter sein werden. Um diesem Anstieg bei den ältesten Alten Rechnung zu tragen, erstellt die Abteilung der Vereinigten Nationen Bevölkerungsfragen jetzt Bevölkerungsprognosen, bei denen die letzte Alterskategorie die über 100-Jährigen bilden.

Für 2050 wird prognostiziert, dass sich die Bevölkerungspyramide für die Industrieländer zu zwei parallelen Linien verformt hat, was bedeuten würde, dass etwa 10 Prozent der Bevölkerung in jede Altersdekade zwischen der Geburt und 100 Jahre fallen, während sich die Bevölkerungspyramide der Transformations- und Entwicklungsländer beträchtlich begradigen wird. Über die nächsten 40 Jahre wird die Pyramide jedoch weiterhin kopflastig bleiben, wobei sich für die dominierende Bevölkerungsgruppe eine große Ausbauchung der spätadulten und dann älteren Erwachsenen immer weiter nach oben bewegt. In den Industrieländern geht dies auf die Kohorten der geburtenstarken Jahrgänge von Mitte des letzten Jahrhunderts zurück. In den weniger entwickelten Ländern und den Transformationsländern ist die Ursache die derzeitige Kohorte junger reproduktiver Frauen, die selbst im Allgemeinen aus großen horizontalen Familien mit fünf bis acht Geschwistern stammen, sich jedoch entschlossen haben, nur noch eines, zwei oder gar kein Kind zu gebären.

Die Ursachen

Eine Ursache für die globale Bevölkerungsalterung ist der Rückgang der zusammengefassten Geburtenziffer. Neben der allgemein bekannten niedrigen Geburtenhäufigkeit insbesondere in Westeuropa, wo alle Länder unter dem Reproduktionsniveau liegen, und in den Ländern des südlichen Mittelmeerraums mit einer Geburtenhäufigkeit von 1,2 und 1,3 erkennen wir, dass sich ein ähnliches Muster in Asien abzeichnet. In Singapur und Korea ist die Geburtenhäufigkeit mittlerweile unter 1,2 gefallen, und Hongkong verzeichnet mit einem Wert von unter 1 die weltweit niedrigste zusammengefasste Geburtenziffer. Das Bedeutsamste an den Werten für die Lebenserwartung bei der Geburt ist, dass nicht nur alle, die in den Industriestaaten (mit Ausnahme der früheren osteuropäischen Länder) geboren werden, älter als 75 Jahre werden dürften, sondern vor allem die mittlerweile hohe Lebenserwartung in großen Teilen Asiens und Lateinamerikas. Abgesehen von Afrika beläuft

sich die Lebenserwartung in vielen weniger entwickelten Ländern heute auf 70 Jahre oder mehr. Außerdem dürfte der anhaltende Rückgang der Sterblichkeit sowohl in den Industrieländern als auch in den Transformations- und den Entwicklungsländern bis 2050 die Lebenserwartung auf 82 beziehungsweise 75 Jahre steigen lassen und somit die Kluft zwischen den Ländergruppen verringern. Von besonderem Interesse ist der Anstieg der behinderungsfreien Lebenserwartung: Derzeit wird für Europa und die Vereinigten Staaten prognostiziert, dass sowohl Männer als auch Frauen Anfang 70 erwarten können, deutlich über 80 Jahre alt zu werden und den größten Teil dieser Zeit behinderungsfrei zu leben (Manton u.a., 2006). Die derzeitige und die prognostizierte Demografie von Russland und Mitteleuropa unterscheiden sich von denen des restlichen Europas und Asiens. Trotz prognostizierter steigender Fertilität wird ein Rückgang der Bevölkerung Russlands von 144 Millionen auf 104 Millionen im Jahr 2050 prognostiziert und ein Rückgang der Bevölkerung der Ukraine von 50 Millionen auf 30 Millionen im selben Zeitraum. Ein Großteil dieser Entwicklung ist auf gesundheitsschädliche Lebensstilfaktoren wie Alkoholkonsum und Rauchen zurückzuführen (Grogan 2006). Weil Männer davon stärker betroffen sind als Frauen, besteht auch ein deutliches Geschlechtergefälle bei der Lebenserwartung (Vereinte Nationen, 2009).

Abhängigkeitsquotienten

Wichtige Faktoren, die berücksichtigt werden müssen, sind die demografischen Abhängigkeitsquotienten: der Altenquotient, der das Verhältnis der Zahl der Personen, die älter als 65 Jahre sind (und demzufolge als unproduktiv eingestuft werden), zur Zahl der Personen ausdrückt, die zwischen 15 und 64 Jahre alt sind (und demzufolge als produktiv gelten), der Jugendquotient für das Verhältnis der Zahl der Personen unter 15 Jahren zur Zahl der Personen zwischen 15 und 64 Jahren sowie der Gesamtquotient für das Verhältnis der Zahl der Personen zwischen 15 und 64 Jahren zur Zahl der Personen außerhalb dieses Altersspektrums. Wir können die Bedeutung dieser großen Alterskategorien unter dem Gesichtspunkt produktiv/nicht produktiv erörtern oder sie einfach als indirekte Maße verwenden.

In vielen Ländern wird der Altenquotient beträchtlich steigen. Im nächsten Jahrzehnt wird es in den meisten Industrieländern einen raschen Übergang zu höheren Altenquotienten geben. In Italien wird sich der Altenquotient zwischen heute und 2050 verdoppeln und 70 zu 100 Personen im Erwerbsalter erreichen. Im Gegensatz dazu wird sich der Altenquotient im Vereinigten Königreich nur geringfügig erhöhen und 67 zu 100 erreichen. 2050 wird der Altenquotient in Italien, Spanien und Japan 70 Prozent übersteigen, dagegen in Dänemark, Island, Luxemburg, Mexiko, der Türkei und den Vereinigten Staaten unter 40 Prozent bleiben.

Wir dürfen uns jedoch nicht nur auf die Alterung *per se* und die Anstiege der Altenquotienten konzentrieren, sondern müssen die Aufmerksamkeit auch auf die Auswirkungen des Rückgangs von sowohl Sterblichkeit als auch Geburtenhäufigkeit richten, wobei in manchen Ländern der Rückgang der Jugendquotienten so stark ausfallen wird, dass dies zu sinkenden Gesamtquotienten führen wird. China ist dafür ein Beispiel. In China wird der Gesamtquotient von einem Spitzenwert von 80 Personen unter 15 Jahren und über 65 Jahren pro 100 Personen im Erwerbsalter in den 1960er und 1970er Jahren auf 60 Personen unter 15 Jahren und über 65 Jahren im Jahr 2050 zurückgehen. Derzeit ist der Quotient aufgrund der rasch zurückgehenden Geburtenhäufigkeit infolge der Ein-Kind-Politik auf einem Allzeittiefstand von lediglich 40 Personen unter 15 Jahren und über 65 Jahren pro 100 Personen im Erwerbsalter. In ähnlicher Weise erreichten die Vereinigten Staaten ihren höchsten Gesamtquotienten 1965, als es 95 Personen unter 15 Jahren und über 65 Jahren pro 100 Personen im Erwerbsalter gab.

Die Globalisierung der Bevölkerungsalterung

Weiter oben wurde bereits darauf hingewiesen, dass die globale Alterung im Kontext der Globalisierung vonstattengeht und selbst ein Faktor ist, der die Bewegung von Menschen und Kapital über Grenzen hinweg infolge der Entstehung demografischer Ungleichgewichte aufgrund der unterschiedlichen demografischen Reifung von Regionen fördert. Es ist folglich notwendig, die Dynamik der globalen Alterung als einer Komponente der Globalisierung zu verstehen und ihr auf der globalen/institutionellen, der gesellschaftlichen/institutionellen und der individuellen Ebene Rechnung zu tragen. Lassen Sie uns mit den letzten beiden beginnen.

Auf der gesellschaftlichen Ebene wird der demografische Wandel zweifellos signifikante Auswirkungen auf das Arbeitskräfteangebot, Familien- und Haushaltsstrukturen, die Nachfrage nach Gesundheits- und Wohlfahrtsleistungen, Spar- und Konsummuster, das Angebot an Wohnraum und Verkehrsmitteln, das Freizeitverhalten und das Leben in der Gemeinschaft, Netzwerke und die soziale Interaktion haben. In dem Maß, in dem Regierungen und die Politik auf die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung aufmerksam geworden sind, hat jedoch die *Hypothese der demografischen Last* Verbreitung gefunden. Danach sollen angeblich nationale Gesundheitsdienste und sogar ganze Volkswirtschaften unter der Last der Gesundheits- und Rentenansprüche zusammenbrechen, auch weil nicht wie früher Familien die ausbleibende öffentliche Bereitstellung kompensieren können. Vor allem wird die Alterung als ein ausschließliches Problem des Westens erörtert, das für weniger entwickelte Länder und Transformationsländer von geringer Bedeutung ist und durch Zuwanderung aus dem jungen Süden gelöst werden kann. Die Wirklichkeit ist jedoch wesentlich komplexer und unterliegt in hohem Maß dem Einfluss von Veränderungen der Politik. Das Verständnis der tatsächlichen demografischen Entwicklung ist jedoch von großer Bedeutung, und zwar sowohl für Individuen, die vor dem Hintergrund der Wahrscheinlichkeit, länger zu leben, ihre Lebensverläufe neu überdenken müssen, als auch für Regierungen, die geeignete politische Rahmenbedingungen planen und schaffen müssen, um den zukünftigen demografischen Veränderungen, Herausforderungen und Chancen Rechnung zu tragen. Die wichtigsten Probleme – öffentliche Ausgaben für Renten, hohe Quotienten zwischen Personen im Erwerbsalter und anderen, höhere Gesundheitskosten, geringere Verfügbarkeit von Pflege durch Angehörige und sinkender Konsum infolge von mehr Älteren und weniger Jüngeren – hängen mit den Kohorten sowie dem Verhalten zu einem gegebenen Zeitpunkt zusammen und sind nicht gleichbleibend. Außerdem handelt es sich allesamt um Phänomene, für die bei vorhandenem politischem und ökonomischem Willen Handlungskonzepte erarbeitet werden können.

Gesellschaftliche Herausforderungen und die Fähigkeit zu Anpassung an die Bevölkerungsalterung

Die Bevölkerungsalterung wird sich folglich auf das gesamte Themenspektrum der sozialen Sicherheit von der Bereitstellung von Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege, Renten sowie Leistungen bei Arbeitslosigkeit und Invalidität bis zum Einfluss der Familienstrukturen auf Leistungen für Familien auswirken. Unabhängig vom Bedarf, sei es in Bezug auf Gesundheit oder Finanzen, wird der entscheidende Faktor die Fähigkeit einer Gesellschaft sein, sich an die Bevölkerungsalterung anzupassen. Dies umfasst:

- zum einen die Fähigkeit von Personen und Haushalten, Sparverhalten, Arbeitskräfteangebot, private intergenerationelle Transfers und Investitionen in Humankapital in geeigneter Weise anzupassen, und

- zum anderen die Fähigkeit von Institutionen, die entsprechenden Anpassungen vorzunehmen, um geeignete Organisationsformen für Sparverhalten, Arbeitskräfteangebot, private intergenerationelle Transfers und Investitionen in Humankapital zu ermöglichen.

Die Weiterverfolgung sozialer Ziele angesichts der Bevölkerungsalterung

Wenn Gesellschaften versuchen, sich erfolgreich an die Bevölkerungsalterung anzupassen, stellt sich automatisch die wichtige politische Frage, welchen Einfluss nationale kollektive Ziele auf diese notwendigen gesellschaftlichen Anpassungen haben werden und inwieweit solche erforderlichen Anpassungen durch bestehende soziale Ziele gefördert oder beschränkt werden.

Das Ziel der Mehrung des allgemeinen Wohlstands

Dies ist ein vorrangiges Ziel der meisten Länder, weil der allgemeine Wohlstand die Armut mindert und sowohl den Lebensstandard als auch die Gesundheitsergebnisse der Bevölkerung verbessert, wenn auch nicht notwendigerweise die Lebensqualität. Von mancher Seite wird befürchtet, dass die Bevölkerungsalterung das Wirtschaftswachstum negativ beeinflussen wird, und die Aufgabe der Politik besteht darin, diesen Effekt zu minimieren. Wichtige Aspekte hierfür sind, den Nutzen der "demografischen Dividende" maximal auszuschöpfen und die Gesamtquotienten anzupassen, und zwar durch Maßnahmen zur Regelung des Eintritts junger Menschen in den Arbeitsmarkt und des Austritts älterer Menschen aus dem Arbeitsmarkt (zusammen mit Maßnahmen zur Förderung der Erwerbsbeteiligung von Frauen und zur Integration von Behinderten).

Das Ziel der Fairness innerhalb von und zwischen Generationen

Das Ziel der Aufrechterhaltung der Fairness innerhalb von Generationen könnte ein wichtiges Staatsziel der Rentenpolitik in vielen Ländern sein. Ziele im Kontext der Fairness zwischen Generationen werden genutzt, um politische Handlungskonzepte im Zusammenhang mit intergenerationellen Transfers zu formulieren. Dazu gehört ein Gefühl für ein angemessenes Verhältnis zwischen dem durchschnittlichen Ruhestandseinkommen und dem durchschnittlichen Erwerbseinkommen. Gleiches gilt für die Anerkennung der potenziellen Auswirkungen des Handelns der Politik auf das Wohlergehen unterschiedlicher Geburtskohorten und die Frage, ob die Politik die Belastungen aufgrund der Bevölkerungsalterung fair zwischen älteren und jüngeren Kohorten verteilt.

Eine wichtige Rolle dabei spielen das Konzept der Fairness zwischen Generationen und die Frage, ob dieses sich vor dem Hintergrund der aktuellen Bevölkerungsalterung verändert.

- Der traditionelle Generationenvertrag basiert auf einem System intergenerationaler Reziprozität, gemäß dem Erwachsene für junge Abhängige (Kinder) sorgen und diese jungen Abhängigen als Gegenleistung, wenn sie erwachsen sind, für ältere Abhängige sorgen. Dieses System wird in den meisten Gesellschaften aufrechterhalten, und zwar sowohl auf der Ebene der Familie (Eltern kümmern sich um ihre Kinder, Kinder kümmern sich um alte Eltern) als auch auf der Ebene der Gesellschaft (Erwachsene im Arbeitsmarkt unterstützen durch öffentliche Transfers sowohl ältere als auch jüngere Abhängige, indem für Erstere Gesundheitsversorgung und Einkommensunterstützung und für Letztere Gesundheitsversorgung und Bildung bereitgestellt werden).

- Für eine alternde Bevölkerung werfen sinkende Geburtenhäufigkeit und sinkende Sterblichkeit die Frage auf, ob erfolgreiche Kohorten (in Bezug auf sowohl niedrigere Geburtenhäufigkeit als auch niedrigere Sterblichkeit) die Kosten dieses Erfolgs über den *traditionellen Generationenvertrag* an nachfolgende Kohorten weiterreichen oder über einen *angepassten Generationenvertrag* selbst tragen. Dieser letztgenannte Vertrag würde ältere Kohorten verpflichten, die Kosten ihres Gewinns an Lebensjahren beispielsweise durch höhere Beiträge zu ihrem Wohlergehen nach dem Eintritt in den Ruhestand und/oder längere Erwerbstätigkeit zu tragen.

Das Ziel der Bewahrung des gesellschaftlichen Zusammenhalts

Das Ziel der Bewahrung des gesellschaftlichen Zusammenhalts wird in unterschiedlichen Gesellschaften und Kulturen in sehr unterschiedlicher Weise verfolgt. Insbesondere werden verschiedene Regierungen ein großes Gewicht auf die Zuwanderung als ein Politikinstrument zur Abschwächung der wirtschaftlichen Auswirkungen der Bevölkerungsalterung legen. Darin werden sich bis zu einem gewissen Grad ihre Migrationsgeschichte und die potenziellen sozialen Auswirkungen der Zuwanderung einer großen Zahl von Erwachsenen widerspiegeln. Beispielsweise haben das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten mit ihrer langen Geschichte der Ermutigung von Einwanderern aus allen Teilen der Welt die Migration umfassend genutzt, um die Bevölkerungsalterung zu kompensieren. Auch in Japan und Korea, die über keine solche Geschichte verfügen, wird heute damit begonnen, über die potenziellen sozialen Auswirkungen einer solchen Zuwanderung nachzudenken.

Finanzielle Absicherung

Die Politik muss Anreize schaffen, innerhalb derer persönliche und institutionelle Entscheidungen getroffen werden. Die Herausforderung, die die Bevölkerungsalterung für die Fähigkeit und die Notwendigkeit zur Anpassung bedeutet, hat eine Reihe politischer Konsequenzen. Umlagefinanzierte Systeme der sozialen Sicherheit stehen vor dem Problem einer niedrigen oder sogar potenziell negativen Rendite, wenn die Erwerbsbevölkerung nicht mehr wächst, weil eine tragfähige Rendite der Wachstumsrate der Gesamtlohnsumme entspricht. Kapitalgedeckte Systeme sind mit den Auswirkungen von Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung auf die Vermögenspreise konfrontiert. Zu den zentralen Faktoren vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung zählen die folgenden:

- *die Bedeutung der Integration öffentlicher und privater Transfers in zukünftige Systeme* einschließlich des Verständnisses der Komplementärbeziehung zwischen privaten und öffentlichen intergenerationellen Transfers und der Beziehung zwischen Transfers von unten nach oben beziehungsweise von oben nach unten. Unsere Forschungsarbeiten zum *Oxford Global Ageing Survey* zeigen beispielsweise, dass öffentliche Transfers einerseits die von unten nach oben fließenden privaten Transfers von erwachsenen Kinder zu betagteren Eltern verringern, andererseits jedoch wesentlich geringere Auswirkungen auf von oben nach unten fließende private Transfers von betagteren Eltern zu erwachsenen Kindern und Enkelkindern haben;
- *die Berücksichtigung intergenerationeller Fairness* durch die Verteilung der Wachstumserträge auf Erwerbspersonen und Rentner. Dies kann beispielsweise durch die Aufrechterhaltung einer Verknüpfung zwischen Renten und Löhnen erfolgen, sodass Rentner Anteil am Wirtschaftswachstum einer Nation haben. Eine andere Möglichkeit ist die Verknüpfung zwischen Renten und Preisanstiegen, sodass der absolute Lebensstandard von Rentnern sich nicht durch die Inflation verschlechtert. Sie könnte auch dadurch gewährleistet werden, dass Renten an die durch das

Wachstum der Gesamtlohnsumme definierte Kapazität des Systems gekoppelt werden. Oder sie könnte durch ein System aufrechterhalten werden, dass mehrere Indizes integriert;

- *die Untersuchung von Rahmenbedingungen für die Unterstützung und Förderung der individuellen Verantwortung:* Es könnte beispielsweise behauptet werden, dass die Bevölkerungsalterung eine Verteilung zwischen der Verantwortung des Staates für den Schutz der Bevölkerung vor Verarmung und der Verantwortung des Einzelnen für die Hebung des persönlichen Lebensstandards notwendig macht. Es besteht jedoch eine beträchtliche Spannbreite der Möglichkeiten zur Förderung einer solchen Verantwortung.

Gesundheitsversorgung und soziale Pflege

Ein zweites Problempaket für die Politik ergibt sich im Hinblick auf die Versorgung in Bezug auf Gesundheit und Pflege. Ein zentrale Frage ist, ob die Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen in europäischen Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)-Ländern rasch genug erfolgt, um die Bevölkerungsalterung zu kompensieren. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des dramatischen Anstiegs der Zahl der ältesten Alten innerhalb der nächsten 30 Jahre; für die EU wird prognostiziert, dass sich die Zahl der über 80-Jährigen bis 2050 verdreifachen wird (Harper, 2006).

Howse (2010) nennt die drei wichtigsten Probleme, die für die Versorgung in Bezug auf Gesundheit und Pflege von der Bevölkerungsalterung ausgehen: die Morbidität, die Art der Krankheiten und die Pflegekapazität.

- Die Bevölkerungsalterung wird große und unabhängige Auswirkungen auf die *Häufigkeit* von Krankheit und Invalidität in der Bevölkerung haben. Hierdurch entsteht ein Druck, die Gesamtgesundheitsausgaben zu erhöhen.
- Die Bevölkerungsalterung wird auch die *Arten* von Gesundheitsproblemen verändern, mit denen sich Menschen an das System wenden werden. Hierdurch entsteht ein Druck, die Allokation von Gesundheitsressourcen und die Leistungskonfiguration grundlegend zu verändern.
- Sich verändernde Abhängigkeitsquotienten werden es alternden Gesellschaften erschweren, die Pflege ihrer älteren Mitglieder bereitzustellen. Das Problem wird wahrscheinlich in Ländern verschärft, in denen die Bevölkerungsalterung mit einem absoluten Rückgang der Bevölkerung im Erwerbsalter einhergeht, weil sich dieser negativ auf die für das Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen auswirken wird.

Wir können diese nacheinander betrachten.

Gesamthäufigkeit von Krankheit und Invalidität

Für ein Verständnis der Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf Gesundheitssysteme müssen zwei Beziehungen verstanden werden:

- die Beziehung zwischen der Bevölkerungsalterung und dem Ausmaß des Gesundheitsbedarfs;

- die Beziehung zwischen steigendem Bedarf an Gesundheitsversorgung und der Höhe der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung.

Die Beziehung zwischen der Bevölkerungsalterung und dem Ausmaß des Gesundheitsbedarfs. Diese Beziehung entsteht, weil jede Person, die ein immer höheres Lebensalter erreicht, wahrscheinlich von immer schwerwiegenderen Gesundheitsproblemen als in ihren früheren Jahren betroffen sein wird. In dem Maß, in dem Gesellschaften die Lebenserwartung der Bevölkerung steigern, wird folglich der Anteil der Bevölkerung mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen steigen, es sei denn, diese Entwicklung geht mit einer ausgleichenden Verbesserung der Gesundheit nachfolgender Geburtenkohorten einher, die sich als Rückgang altersspezifischer Prävalenzraten im Zeitverlauf manifestieren.

"Wenn es sich beispielsweise herausstellt, dass Menschen länger leben, weil sie länger gesünder bleiben, ist es möglich, dass ein Anstieg der Lebenserwartung keine Nettoauswirkungen auf die Prävalenz von Krankheit und Invalidität bei der älteren Bevölkerung haben wird. Weil der Anteil der älteren Bevölkerung mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen in diesem Fall konstant bliebe, würden jegliche Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf die Krankheitshäufigkeit bei der allgemeinen Bevölkerung vollständig vom Wachstum der relativen Größe der älteren Bevölkerung abhängen." (Howse, 2010)

Wenn ein größerer Anteil der Gesamtbevölkerung in Alterskategorien fällt, die von einem steilen Anstieg des Krankheits- und Invaliditätsrisikos betroffen sind, wird die Durchschnittsperson in der allgemeinen Bevölkerung natürlich umgekehrt mehr Gesundheitsprobleme bekommen, mit denen sie sich an das Gesundheitssystem wenden wird.

Die Veränderung der behinderungsfreien Lebenserwartung wird jedoch derzeit in Frage gestellt. In manchen Ländern, vor allem in den Vereinigten Staaten, verbessert sich die behinderungsfreie Lebenserwartung rasch genug, um die Auswirkungen rückläufiger Sterblichkeit in höheren Altersgruppen auszugleichen. In anderen könnte die Lebenserwartung ohne den Bonus verbesserter Gesundheit in einem Maß steigen, dass wir vor dem Ausbruch einer Epidemie der Gebrechlichkeit stehen. Diese wurde beispielsweise von Robine und Jagger (2005) in Bezug auf eine zunehmende Zahl von Personen definiert, die so alt werden, dass sie in die Art dauerhafter und starker Abhängigkeit geraten, die mit sehr hohem Alter assoziiert wird. Selbst wenn die Verbesserungen der behinderungsfreien Lebenserwartung mit der steigenden Lebenserwartung Schritt halten, wird – wie Howse klarstellt – die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung infolge der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge den Bedarf an Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung steigen lassen.

Die Beziehung zwischen steigendem Bedarf an Gesundheitsversorgung und der Höhe der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung. Die Beziehung zwischen der Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung und dem Konsum von Gesundheitsressourcen wird von einer Fülle nicht demografischer Faktoren beeinflusst. Obwohl die Determinanten der Kosten der Gesundheitsversorgung in einer Reihe länderübergreifender Studien untersucht wurden, kam, worauf Leeson (2004) hingewiesen hat, nur eine zu dem Ergebnis, dass die *Altersstruktur* der Bevölkerung, das heißt der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre, verwendet als Indikator für die Altersstruktur, der erklärende Faktor ist. Der Nachfrage nach neuen fortschrittlichen medizinischen Anwendungen liegen vielmehr die übergeordneten Auswirkungen des Einkommens, Lebensstilmerkmale und technologische Neuerungen sowie die Auswirkungen von Umweltfaktoren zugrunde. Die Analyse von OECD-Daten (OECD, 1987) durch Seshamani und Gray (2002) ergab in der Tat, dass zumindest in den

Industrieländern die *Pro-Kopf*-Kosten der Gesundheitsversorgung bei ab 65-Jährigen gleichermaßen gestiegen sind wie bei den unter 65-Jährigen.

Die zweite wichtige Komplikation bei der Beziehung zwischen der Bevölkerungsalterung und der Höhe der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung betrifft die relative Bedeutung von Alter und Restlebenserwartung oder Todesnähe für die Bestimmung des Altersprofils der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung. Wie Howse fragt: Warum steigen die *Pro-Kopf*-Gesundheitsausgaben mit dem Alter? Weil Ältere häufiger krank sind als Jüngere? Oder weil die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung vor allem in den letzten Lebensjahren anfallen und das kalendarische Alter ein relativ guter Indikator für die Todesnähe ist? Zu der zweiten Erklärung: Der Hauptgrund dafür, dass für einen durchschnittlichen 75-Jährigen mehr ausgegeben wird als für einen durchschnittlichen 50-Jährigen, ist, dass bei Ersterem die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass er die Art von lebensbedrohender Krankheit hat, die einen großen Anstieg der Inanspruchnahme der Ressourcen für die Gesundheitsversorgung auslöst.

Wenngleich klar ist, dass die *Pro-Kopf*-Gesundheitsausgaben der ab 60-Jährigen recht steil ansteigen, haben wiederholte Analysen altersbezogener Daten zu Gesundheitsausgaben gezeigt, dass die Todesnähe als Prädiktor für den Konsum von Gesundheitsressourcen wichtiger ist als das Alter per se (beispielsweise Zweifel u.a., 2004, Seshamani und Gray, 2004). Anders ausgedrückt sind die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in der Tat vor allem auf die letzten Lebensjahre konzentriert, und zwar so stark, dass manchen Analysten zufolge die Alterung *per se* so gut wie keine Auswirkungen auf den Anstieg des Konsums von Ressourcen für die Gesundheitsversorgung mit dem Alter hat (beispielsweise Zweifel, 1999). Gray geht sogar so weit, beispielsweise zu behaupten, dass die Beziehung zwischen dem Alter und den Gesundheitsausgaben bei Berücksichtigung der statistischen Auswirkungen der Todesnähe möglicherweise sogar invers ist (Gray, 2005). Die Bevölkerungsalterung führt nicht zu einer signifikanten Erhöhung der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung, sondern verschiebt diese in ein immer höheres Alter (Heller, 2003). Zusammenfassend können wir feststellen, dass die prognostizierten Anstiege der Krankheitskosten und der Kosten der Gesundheitsversorgung deshalb nicht eine Folge von mehr älteren Menschen per se sind, sondern der *aktuellen politischen Rahmenbedingungen*, unter denen diese Kosten anfallen.

Art von Krankheit und Invalidität

Wir wollen uns nun der Art der Krankheiten zuwenden, mit denen wir es im 21. Jahrhundert zu tun haben werden, und der Rolle, welche die Bevölkerungsalterung dabei spielt, diese herbeizuführen. Dies betrifft die Verlagerung von akuten Infektionskrankheiten zu komplexer chronischer lange währende Krankheit und Invalidität: die von chronischen Krankheiten ausgehende Last (Nolte und McKee, 2008). Ob die Zunahme chronischer Krankheiten nun durch die Bevölkerungsalterung – wahrscheinlich die wichtigste Determinante in europäischen OECD-Ländern – oder durch die Zunahme in wohlhabenden Gesellschaften – wahrscheinlich die wichtigste Determinante in vielen Transformationsländern – bedingt ist, ist klar, dass sie in allen modernen Gesellschaften auf Elementen von beidem beruht (Stuckler, 2008). Darüber hinaus verzeichnen die meisten europäischen OECD-Länder jetzt auch eine Epidemie der Krankheiten des fortgeschrittenen hohen Alters und insbesondere der Demenz. Unabhängig von den Ursachen hinter dieser Zunahme wird es wegen des epidemiologischen Übergangs des Sieges über die Infektionskrankheiten, aber auch wegen der veränderten Demografie mit rückläufiger Geburtenhäufigkeit und Sterblichkeit bei jüngeren Altersgruppen zukünftig erforderlich werden, die Ressourcen für die Gesundheitsversorgung und soziale Pflege von der Infektions- und Akutmedizin zu Verhütung und Behandlung chronischer Krankheiten im höheren Lebensalter zu verlagern.

Pflegekapazität

Der dritte Faktor betrifft die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf die Fähigkeit einer Gesellschaft, sowohl Personal für die Pflege der älteren Bevölkerung als auch Steuereinkommen zu dessen Finanzierung bereitzustellen. *"Die meisten reichen Länder verfügen über gut entwickelte Mechanismen für die Verteilung der Kosten der Finanzierung der Gesundheitsversorgung in einer Weise, dass die Gesunden die Kranken unterstützen, die Jungen die Alten unterstützen und die Reichen die Armen unterstützen"* (Hurst, 2000). Howse (2010) zufolge scheint es deshalb so zu sein, dass sich verändernde Abhängigkeitsquotienten die Verteilung der Kosten der Finanzierung von Gesundheitssystemen zwischen den Generationen verschieben. Hinzu kommt, dass der demografische Wandel sowohl die informelle Pflege durch Angehörige vermindern wird, weil weniger junge Familienmitglieder zur Verfügung stehen werden, die eine solche Pflege leisten können, als auch einen negativen Einfluss auf die formelle Pflege haben wird, weil es weniger Migranten geben wird, die Pflegeleistungen erbringen können, wenn ihre Herkunftsgesellschaften zu altern beginnen. Außerdem wird dies in einer Zeit geschehen, wenn der epidemiologische Übergang zur arbeitsintensiven Versorgung chronischer Krankheiten stattfindet.

Zentrale Erkenntnisse für die Politik

Die gealterten Gesellschaften des wirtschaftlich entwickelten Nordens haben Humankapital in der Form von Arbeitsmigranten aus dem jüngeren ärmeren Süden eingesetzt, um ihre Volkswirtschaften emporzubringen. Die drastischen Rückgänge der zusammengefassten Geburtenziffern, die derzeit sowohl in Asien als auch in Lateinamerika registriert werden, bedeuten, dass diese Möglichkeit in den kommenden Jahrzehnten nicht mehr bestehen wird. Auch wenn die Substitution durch neue Technologien das Arbeitsmarktwachstum weniger notwendig machen wird, erkennen heute viele Länder, dass ältere Arbeitnehmer im Arbeitsmarkt gehalten werden müssen, und zwar nicht nur, um die Rentenlast zu verringern, sondern auch um vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden globalen Qualifikationsmangels wertvolle Qualifikationen und Erfahrungen nicht einzubüßen. Politische Handlungskonzepte, die eine gesunde aktive Lebensführung fördern, die Unterstützung körperlicher und geistiger Aktivität sowie die Fähigkeit und Bereitschaft, Qualifikationen zu halten und zu verbessern, sind wichtige Voraussetzungen dafür, sowohl ältere produktive Erwachsene im Arbeitsmarkt und im informellen Pflegesektor zu halten als auch die Belastungen durch abhängige Ältere zu verringern.

Der letzte Teil des Rätsels der Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf die zukünftige Bereitstellung sozialer Sicherheit einschließlich Gesundheitsversorgung und sozialer Pflege ist davon abhängig, dass die Wähler in Europa staatliche Maßnahmen akzeptieren, welche die unabhängige Verantwortung im Alter und für das Alter fördern. Der *Oxford Global Ageing Survey* (GLAS) liefert dazu einige Hinweise. Die untersuchten europäischen Volkswirtschaften verfügten allesamt über eine lange Geschichte und eine zeitgemäße Kultur der staatlichen Versorgung im Alter. Während fast zwei Drittel der Personen, die vor dem Eintritt in den Ruhestand stehen, angeben, der Auffassung zu sein, dass ihre Regierung die Verantwortung für ihre Versorgung im Alter übernehmen sollte, wird in diesen Ländern in Wirklichkeit weitgehend anerkannt, dass die Regierungen dazu nicht mehr in der Lage sein werden. Deshalb geht auch nur noch ein Viertel dieser Europäer davon aus, dass der Staat sie im Alter unterstützen wird. Leeson und Harper (2007) kommen zu dem Schluss, dass Europäer sich in ihrem Ansatz zur Bewältigung der Herausforderungen infolge einer alternden Bevölkerung und ihrer eigenen steigenden Lebenserwartung zunehmend reif zu verhalten scheinen. Die Einsicht wächst, dass länger zu arbeiten und mehr zu sparen wichtige Komponenten der finanziellen Sicherheit im Alter sein werden.

Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung konzentrieren sich wichtige Erkenntnisse für die Politik auf die Entwicklung breiter, kohärenter und integrierter Mehrsäulenansätze zu Arbeitsmärkten, sozialer Sicherheit sowie Gesundheitsversorgung und sozialer Pflege.

Diese sollten

- durch lebenslange Ausbildung, Bildung und Weiterbildung sowie die Bereitstellung geeigneter Arbeitsumgebungen für ältere Arbeitnehmer ein längeres Arbeitsleben ermöglichen und fördern;
- sicherstellen, dass private Familien-/Haushaltstransfers nach Möglichkeit in Alterssicherungssysteme integriert werden;
- das leibliche Wohl fördern und eine gesunde aktive Lebensführung ermöglichen, um chronische Krankheiten sowie die Kosten der Gesundheitsversorgung zu verringern und ein aktives produktives Leben so lange wie möglich zu unterstützen;
- lebenslangen Zugang zu Bildung bieten, um zu gewährleisten, dass jeder Einzelne körperlich, geistig, sozial und finanziell vorbereitet ist, größere individuelle Verantwortung für das Alter zu bewältigen.

Die meisten europäischen Länder verfügen über die Bausteine für politische Handlungskonzepte zur Bewältigung der Bevölkerungsalterung. Diese Länder gelangen jetzt in ihre Phase mit hohen Altenquotienten und müssen neben Programmen der sozialen Sicherheit ihre Gesamtquotienten angehen, indem sie unter anderem Maßnahmen zur Regelung des Eintritts von Jüngeren in den Arbeitsmarkt und des Austritts von Älteren aus dem Arbeitsmarkt ergreifen, aktives Altern unterstützen sowie gesundheitspolitische Maßnahmen und lebenslanges Lernen einführen, um ein behinderungsfreies langes Leben zu fördern.

Literatur

- Gray, A. 2005. "Population ageing and health care expenditure". *Ageing Horizons* 2: 15–20.
- Grogan, L. 2006. "Alcoholism, Tobacco, and Drug Use in the Countries of Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union". *Substance Use & Misuse* 41(4): 567-571.
- Harper, S. 2006. *Ageing Societies: Myths, Challenges and Opportunities*. Hodder Arnold. London.
- Heller, P.S. 2003. *Who Will Pay?: Coping with Aging Societies, Climate Change, and Other Long-Term Fiscal Challenges*. Washington DC: International Monetary Fund.
- Howse, K. 2010. "What kinds of policy challenge does population ageing generate for health systems?", IARU Working Paper, Oxford.
- Hurst, R. 2000. "To revise or not to revise". *Disability and Society*, 15 (7), 1083-7.
- Leeson, G.W. 2004. *The Demographics and Economics of UK Health and Social Care for Older Adults*. Oxford: Oxford Institute of Ageing, University of Oxford.
- Leeson and Harper, 2007. *Future of Retirement*, HSBC.
- Manton, K.G.; Gu, X.; Lamb, V.L. 2006. "Long-term trends in life expectancy and active life expectancy in the United States". *Population and Development Review* 32: 81-105.

- Nolte, E.; McKee, C.M. 2008. "Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis". *Health Affairs* 27(1): 58-71.
- Robine, J.-M.; Jagger, C. 2005. "The relationship between increasing life expectancy and healthy life expectancy". *Ageing Horizons* (3):14-21. 9.
- Seshamani, M.; Gray, A. 2002. "The impact of ageing on expenditures in the national health service". *Age and Ageing*, 31: 287-294.
- Seshamani, M.; Gray, A. 2004. "Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs." *Age Ageing* 33(6): 556-561.
- Stuckler, D. 2008. "Population causes and consequences of leading chronic diseases: A comparative analysis of prevailing explanations". *The Milbank Quarterly* 86(2):273-326.
- United Nations. 2009. Human Development Report – Russia
http://hdrstats.undp.org/en/countries/country_fact_sheets/cty_fs_RUS.html.
- Zweifel, P.; Felder, S. u.a. 1999. "Ageing of population and health care expenditure". *Health Economics* 8(6): 485-96.
- Zweifel, P.; Felder, S.; Werblow, A. 2004. "Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the 'Red Herring'". *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, Vol. 29, Nr. 4, pp. 652-666, Oktober 2004. Zur Verfügung: SSRN: <http://ssrn.com/abstract=605153>.