

François Höpflinger Lucy Bayer-Oglesby
Andrea Zumbrunn

Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter

Aktualisierte Szenarien
für die Schweiz



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

François Höpflinger
Lucy Bayer-Oglesby
Andrea Zumbrunn

Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter

Aktualisierte Szenarien für die Schweiz

Verlag Hans Huber

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

Anschrift des Autors:
François Höpflinger
Soziologisches Institut
Universität Zürich
Andreasstr. 15
CH-8050 Zürich
hoepflinger@bluemail.ch

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Daniel Berger
Bearbeitung: Christina Weiblen, Freiburg
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel. 0041 (0)31 300 4500
Fax 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2011
© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN 978-3-456-94957-4)
ISBN 978-3-456-84957-7

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

Inhalt

Zusammenfassung	7
Einleitung	17
1 Demographische Entwicklungen	19
1.1 Aktuelle demographische Szenarien für die Schweiz	19
1.2 Lebenserwartung im Alter – Trends und Szenarien	21
1.3 Haushalts- und familiendemographische Perspektiven	25
2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Alter	33
2.1 Einführung – gesunde bzw. behinderungsfreie Lebenserwartung ...	33
2.2 Selbst eingeschätzte Gesundheit – die subjektive Seite	37
2.3 Gesundheitliche Probleme und Beschwerden im Alter	39
2.4 Funktionale Einschränkungen bei zuhause lebenden älteren und alten Menschen	41
2.5 Zur Häufigkeit von Pflege- und Hilfebedürftigkeit bei zuhause lebenden älteren Menschen	46
2.6 Pflegebedürftigkeit in Alters- und Pflegeheimen	52
3 Geschätzte Pflegequoten im Alter – nach Altersgruppen und Geschlecht	55
3.1 Szenarien zur zukünftigen Zahl an pflegebedürftigen Menschen im Alter	59
3.2 Fokus: Demenzielle Erkrankungen – Häufigkeit von Demenz im Alter	62
4 Informelle Hilfe und Pflege: Familiäre und ausserfamiliäre Unterstützungsnetzwerke	67
4.1 Einführung: Differenzierung von Hilfe- und Pflegeleistungen	67
4.2 Informelle Hilfe und Unterstützung bei gesundheitlich bedingten Einschränkungen	69

4.3	Informelle Pflege innerhalb und ausserhalb des eigenen Haushalts	76
4.4	Belastungsfaktoren bei pflegenden Angehörigen	79
4.5	Fokus Demenz: Demenzielle Erkrankungen und informelle Hilfe ..	82
5	Ambulante Betreuungsformen	85
5.1	Zur ambulanten professionellen Pflege (Spitex)	85
5.2	Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen im Alter	88
5.3	Zum Verhältnis von formeller und informeller Hilfe und Pflege	90
5.4	Hindernisfreies und betreutes Wohnen	93
5.5	Fokus Demenz: Demenzentwicklung und Spitex	95
6	Betreuung in Alters- und Pflegeheimen	97
6.1	Fokus Demenz: Konsequenzen der Demenzentwicklung für die stationäre Pflege	101
7	Pflege im Alter in der Schweiz – im intereuropäischen Vergleich	105
8	Zukünftige Entwicklungen der Pflege im Alter – qualitative Trendüberlegungen	111
9	Schlussfolgerungen	119
	Angeführte Literatur	122
	Anhangstabellen	129

Zusammenfassung

Demographische Entwicklungen und Pflegebedürftigkeit im Alter

Die Zahl und der Anteil der älteren Menschen in der Schweiz (65plus) werden aufgrund des Alterns geburtenstarker Nachkriegsjahrgänge (Babyboomer) in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen. Besonders rasch zunehmen werden zudem Zahl und Anteil alter Menschen (80plus und 90plus), auch weil sich die Lebenserwartung im Alter voraussichtlich weiter erhöhen wird. Damit ist mit einer steigenden Zahl von pflegebedürftigen alten Frauen und Männern zu rechnen, selbst wenn sich gleichzeitig die Gesundheit im Alter positiv entwickelt.

Die Pflegeverhältnisse – familiale oder professionelle Pflege, ambulante oder stationäre Betreuung – werden von familiendemographischen Entwicklungen beeinflusst. Für die intergenerationelle Pflege entscheidend ist etwa die Entwicklung der Zahl an Nachkommen. In den nächsten Jahrzehnten wird sich der Anteil von kinderlosen alten Menschen und Menschen mit nur wenigen Kindern erhöhen. Aber auch in Zukunft können die meisten älteren und alten Menschen weiterhin auf Nachkommen (Kinder, Enkelkinder) zurückgreifen. Da Männer im Alter länger und häufiger in einer Partnerschaft leben als gleichaltrige Frauen, ergeben sich ausgeprägte Geschlechterdifferenzen der Lebensform im Alter. Entsprechend werden Männer im Alter deutlich häufiger haushaltsintern von der Partnerin gepflegt als umgekehrt Frauen von ihrem Partner. In Zukunft ist einerseits mit mehr hochaltrigen Paaren zu rechnen, andererseits aber auch mit mehr Zweitpartnerschaften, mehr nichtehelichen Lebensgemeinschaften sowie mehr gleichgeschlechtlichen Partnerschaften auch im Alter. Gleichzeitig führen neue Generationen häufiger individualisierte Paarbeziehungen, was die Bereitschaft erhöht, partnerschaftliche Pflege durch professionelle Pflegeleistungen zu ergänzen.

Die Zunahme der Lebenserwartung ging in der Schweiz bisher einher mit einer Ausdehnung der behinderungsfreien Lebenserwartung im Alter; eine Entwicklung, die im Einklang mit der These einer Kompression schwerer Morbidität auf eine relativ kurze Phase am Ende des Lebens steht. Allerdings ist Gesundheit bzw.

Krankheit im Alter das Resultat des Zusammenspiels einer Vielzahl von positiven wie negativen sozialen, persönlichen und genetischen Einflussfaktoren, wodurch Alternsprozesse eine ausgeprägte Heterogenität aufweisen.

Die Zunahme der Hilfebedürftigkeit mit dem Alter ist markanter als bei der Pflegebedürftigkeit, und speziell bei zuhause lebenden alten Menschen ist eine Differenzierung zwischen Pflegebedarf und Hilfebedarf zentral.

Die grosse Mehrheit der älteren Bevölkerung (65plus), aber auch eine deutliche Mehrheit der alten zuhause lebenden Personen (85plus) weist keine Schwierigkeiten auf, die grundlegenden Alltagsaktivitäten (essen, ins Bett gehen, sich an- oder auszuziehen, zur Toilette gehen, baden oder duschen) selbstständig zu erledigen. Dies hat allerdings auch mit der Tatsache zu tun, dass merkbare Einschränkungen der grundlegenden Alltagsaktivitäten einen Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erzwingen können, speziell wenn jemand allein lebt und nicht auf eine haushaltsinterne Unterstützungsperson zurückgreifen kann.

Eine Minderheit der zuhause lebenden alten Menschen ist bei alltäglichen Aktivitäten auf regelmässige Hilfe angewiesen. Ein besonders häufiger Unterstützungsbedarf besteht beim Baden oder Duschen. Insgesamt sind gut 4 % der zuhause lebenden älteren Bevölkerung (65plus) als mittelmässig bis stark pflegebedürftig zu klassifizieren, und weitere gut 6 % als höchstens leicht pflegebedürftig. Sachgemäss steigt die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit mit dem Alter an, selbst wenn Selektionseffekte (Wechsel in ein Pflegeheim bei starker Pflegebedürftigkeit) den Anteil an stark pflegebedürftigen zuhause lebenden Personen reduzieren. Fast ein Drittel der 85-jährigen und älteren zuhause lebenden Menschen leidet an funktionalen Alltagseinschränkungen, wobei gut die Hälfte davon nur leicht, die andere Hälfte jedoch mittelmässig bis stark betroffen ist.

Stärkere Einschränkungen als bei den grundlegenden Alltagsaktivitäten finden sich bei den instrumentellen Aktivitäten des Alltagslebens, wie Einkaufen, Hausarbeit, Essen zubereiten oder administrative Aufgaben. Viele hochaltrige zuhause lebende Menschen sind zwar nicht im engeren Sinne pflegebedürftig, aber in ausgewählten Tätigkeiten dennoch auf Hilfe angewiesen. Besonders häufig werden funktionale Einschränkungen vermerkt bei Kräfte raubenden Aktivitäten, wie Einkaufen und schwerer Hausarbeit oder bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel. So stösst gut ein Fünftel der 65-jährigen und älteren zuhause lebenden Menschen mindestens bei einer instrumentellen Aktivität auf starke Schwierigkeiten oder kann diese Tätigkeit nicht mehr selbstständig erledigen. Erwartungsgemäss zeigt sich eine starke Zunahme der Hilfebedürftigkeit im hohen Alter, wobei mehr als die Hälfte der 85-jährigen und älteren zuhause lebenden Personen zumindest eine instrumentelle Aktivität nicht mehr selbstständig ausüben vermag. Dies betrifft hauswirtschaftliche Aktivitäten, aber auch ausserhäusliche Tätigkeiten (Einkaufen, Verkehrsmobilität).

Obwohl im Alter primär Pflegebedürftigkeit zu einem Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung beiträgt, können auch soziale, psychische und wirtschaftliche Probleme (soziale Isolation, Depressivität, Suchtprobleme, Armut) sowie

altersbedingte Fragilität (wie erhöhtes Sturzrisiko, Sinneseinschränkungen) zu einem Übertritt in eine Alters- und Pflegeinstitution führen. Die 2008/09 durchgeführte Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI) lässt erkennen, dass gesamtschweizerisch gut drei Viertel der älteren Heimbewohnerinnen und Heimbewohner alltagsbezogen auf Pflege angewiesen sind. Fast ein Viertel ist hingegen nicht oder höchstens leicht pflegebedürftig.

Auf Grundlage der Pflegequoten¹ bei zuhause lebenden älteren Personen sowie Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeeinrichtungen können aktualisierte alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten für die ältere und alte Bevölkerung der Schweiz geschätzt werden: Während bis zur Altersgruppe 75–79 deutlich weniger als 10% pflegebedürftig sind, sind es schon mehr als 13% der 80- bis 84-jährigen und gut 34% der 85-jährigen und älteren Bevölkerung der Schweiz. Im Alter von 90 Jahren und älter ist mit einer Pflegequote von über fünfzig Prozent zu rechnen. Ausgehend von der gewählten Definition² lässt sich schätzen, dass in der Schweiz 2008 zwischen 115 000 und 119 000 ältere Menschen (65plus) als pflegebedürftig einzustufen sind. Davon ist mehr als die Hälfte älter als 84 Jahre. Im Alter sind mehr Frauen als Männer pflegebedürftig. Dies spiegelt einerseits Altersstruktureffekte (mehr Frauen als Männer erreichen ein hohes Alter) wider, andererseits überleben auch pflegebedürftige Frauen länger als gleich stark betroffene Männer.

Die aktualisierten Schätzwerte zur Pflegebedürftigkeit im Alter in der Schweiz sind tiefer als frühere Schätzwerte, speziell bei den unter 85-Jährigen. Dies hat zum einen mit der Tatsache zu tun, dass heute bessere und feinere Analysen möglich sind als noch vor zehn Jahren. Zum anderen hat sich die behinderungsfreie Lebenserwartung in der Schweiz in den letzten Jahren weiter ausgedehnt, was zu einer Kompression schwerer Pflegebedürftigkeit ins hohe Lebensalter beigetragen hat. Die neuen Schätzwerte zur altersspezifischen Pflegebedürftigkeit in der Schweiz liegen im Rahmen dessen, was in Frankreich beobachtet wurde. Sie sind etwas tiefer als die Pflegequoten in Deutschland. Deutliche Unterschiede mit Deutschland zeigen sich vor allem im hohen Alter, was auch Kohorteneffekte (Kriegsgeneration) und Wohlstandsunterschiede bei älteren Menschen widerspiegeln dürfte.

Aufgrund der steigenden demographischen Alterung ist zukünftig mit einer steigenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen im Alter zu rechnen, wobei neben der weiteren Entwicklung der Lebenserwartung im Alter auch Beginn und Dauer von Pflegebedürftigkeit im Alter bedeutsame Einflussfaktoren darstellen. Bleiben alte Menschen länger behinderungsfrei, wird der demographische Effekt (mehr alte Menschen) abgeschwächt. Umgekehrt kann ein früheres Einsetzen

1 Anteil an mittelstark bis stark pflegebedürftigen Personen

2 Pflegebedürftig ist, wer bei den fünf erfassten Aktivitäten des täglichen Lebens mindestens bei einer Aktivität eine starke Schwierigkeit aufweist oder unselbstständig ist.

oder eine erhöhte Dauer von Pflegebedürftigkeit den Effekt der demographischen Alterung verstärken. Um die Bedeutung solcher Effekte auszuleuchten, wurden vier unterschiedliche Szenarien (Referenz, pessimistisch, optimistisch, verstärkte Alterung mit hoher Lebenserwartung) berechnet.

Bleibt die Dauer von Pflegebedürftigkeit trotz steigender Lebenserwartung im Alter konstant (Szenario einer relativen Kompression schwerer Morbidität), erhöht sich die Zahl über 64-jähriger pflegebedürftiger Menschen zwischen 2010 und 2030 von gut 125 000 auf gut 182 000 Personen (was einer relative Zunahme um 46 % entspricht). Je nach Annahmen zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung ergeben sich für 2030 allerdings unterschiedliche Zahlen; knapp 170 000 Pflegebedürftige bei positiver Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung bis zu gut 230 000 betroffene Personen bei einer negativen Kombination verstärkter Alterung und verlängerter Morbidität.

Weil mehr Menschen ein sehr hohes Alter erreichen, ist mit einem deutlichen Anstieg der Zahl von demenzerkrankten alten Menschen zu rechnen. Bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten von Demenz und Benützung des Referenzszenario (A-00-2010) zur Bevölkerungsentwicklung dürfte die Zahl an älteren demenzerkrankten Personen zwischen 2010 und 2030 von 124 770 auf 218 370 Menschen ansteigen. Möglicherweise können in Zukunft verbesserte Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien, welche die alltagsrelevanten Konsequenzen hirnorganischer Erkrankungen um ein bis zwei Jahre verzögern, die Zunahme abschwächen. Aber auch bei positiver Entwicklung ist in den nächsten Jahrzehnten mit rasch steigenden Zahlen zu rechnen, speziell weil geburtenstarke Jahrgänge die risikoreichen Jahre des Alters erreichen.

Informelle Hilfe und Pflege im Alter

Zuhause lebende ältere und alte Menschen mit funktionalen Einschränkungen, die nicht allein leben, werden zu fast vier Fünfteln von ihren Haushaltsmitgliedern (zumeist Partner oder Partnerin) unterstützt. Bezüglich haushaltsübergreifenden Hilfeleistungen ergeben sich geringere Werte, und nur knapp die Hälfte älterer Menschen mit funktionalen Einschränkungen verfügt über eine ausserhäusliche informelle Unterstützung. Erwartungsgemäss steigen Hilfebedarf und erhaltene informelle Hilfe mit dem Lebensalter an. Ein deutlicher Anstieg zeigt sich vor allem nach dem 80. Altersjahr. Neben dem Alter ist auch das Bildungsniveau von Bedeutung, und ältere Personen mit geringer schulisch-beruflicher Bildung erhalten häufiger aus gesundheitlichen Gründen informelle Hilfe, primär, weil untere Bildungsschichten häufiger körperliche Beschwerden und funktionale Einschränkungen erleiden als obere Bildungsschichten.

Wird das informelle Unterstützungsnetzwerk zuhause lebender hilfebedürftiger älterer und alter Menschen untersucht, lassen sich fünf zentrale Beobachtungen festhalten:

- Erstens sinkt die relative Bedeutung der Hilfe durch den Partner oder die Partnerin mit dem Alter der hilfebedürftigen Person, wobei Männer familien-demographisch bedingt häufiger Hilfe von ihrer Ehefrau erhalten als Frauen von ihrem Ehemann.
- Zweitens gehören Töchter – sofern vorhanden – weiterhin zu den zentralen Unterstützungspersonen im Alter.
- Drittens werden Söhne weiterhin weniger häufig als Hilfspersonen angeführt als Töchter. So führen nur 29 % der älteren Hilfebedürftigen Söhne als bedeutende Unterstützungsperson an, im Vergleich zu einem Wert von 46 % bezüglich ihrer Töchter. Im hohen Alter gewinnen Söhne allerdings an Bedeutung, und bei hochaltrigen Hilfebedürftigen helfen sie ebenso häufig wie Töchter. Die Rolle der Söhne als hilfeleistende Personen zeigt im Zeitvergleich 2002–2007 eine ansteigende Tendenz, möglicherweise weil bei tiefer Geburtenrate mehr ältere Menschen keine Töchter aufweisen.
- Viertens sind Geschwister – wenn im Alter noch vorhanden – als familiäre Hilfspersonen weniger bedeutsam. Dies gilt auch für übrige Familienmitglieder, die erst im hohen Alter stärker hervortreten. Dabei dürfte es sich neben Schwiegertöchtern primär um erwachsen gewordene Enkelkinder handeln. Die familiäre Hilfe konzentriert sich stark auf Partner bzw. Partnerin, Töchter und – ansteigend – Söhne. Die Kernfamilie steht bei der informellen Hilfe somit im Zentrum.
- Fünftens wird eine ausserfamiliäre Hilfe (Freunde, Nachbarn) nur in einer Minderheit der Fälle angeführt. Dennoch ist das ausserfamiliäre Hilfpotenzial – durch Nachbarn, Bekannte und Freunde – nicht unbeträchtlich. Gut ein Fünftel der Hilfebedürftigen erwähnt Hilfeleistungen durch Nachbarn, und ein Viertel führt Hilfeleistungen von Bekannten bzw. Freunden an.

Eine intensive familiäre Pflege eines Partners oder Elternteils ist mit vielfältigen Belastungen verbunden. So weicht die subjektive Gesundheitseinschätzung pflegender Angehöriger negativ von derjenigen der gleichaltrigen Referenzbevölkerung ab. Dies gilt vor allem für pflegende Töchter und Söhne. Auch die psychische Befindlichkeit pflegender Angehöriger ist geringer als bei der Referenzbevölkerung. Chronischer Stress ist vor allem bei intensiv pflegenden Angehörigen häufig, wobei pflegende Töchter stärker unter chronischem Stress leiden als pflegende Partnerinnen oder Partner, die dafür häufiger von sozialer Isolation berichten. Pflegende Angehörige konsumieren signifikant mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel und Antidepressiva als die Referenzbevölkerung. Als besonders belastend wird eine demenzielle Erkrankung eines Angehörigen erlebt. Der fortschreitende Verlauf demenzieller Erkrankungen stellt pflegende Angehörige vor grosse Herausforderungen, da sich die Pflegesituation ständig ändert. Da ein demenzkranker Mensch im Verlauf der Erkrankung immer mehr von seinen kognitiven Fähigkeiten und seiner Selbstständigkeit im Alltag einbüsst, verändert sich sukzessive auch die emotionale und soziale Beziehung zwischen einem pflegenden

Angehörigen und der demenzkranken Person. Eine detaillierte Analyse von Pflegesituationen weist allerdings darauf hin, dass körperliche und psychische Belastungen pflegender Angehörige unterschiedlichen Einflussgrössen unterliegen: Für eine hohe körperliche Belastung scheinen primär das Alter der pflegenden Person sowie kontextuelle Rahmenbedingungen der Pflege – wie Dauer des Pflegeverhältnisses, hohes Zeitinvestment in die Pflege, soziale Isolation und Überlastung – verantwortlich zu sein. Für eine hohe psychische Belastung hingegen scheinen in erster Linie geringe individuelle Ressourcen bedeutsam zu sein.

Eine ökonomische Aufrechnung der informellen Pflegeleistungen ist heikel, da der ökonomische Wert einer unbezahlten Pflegestunde nach unterschiedlichen Methoden (Marktkosten- oder Opportunitätskostenrechnung) berechnet werden kann. Trotzdem lassen sich einige grobe Schätzwerte festlegen. Ausgehend von den Kosten, welche der öffentlichen Hand entstehen würden, wenn die unbezahlte Pflege durch spezialisierte Fachkräfte erfolgen müsste, lässt sich für 2007 ein Total von 2.1 Mrd. Franken für Pflege und Betreuung von Haushaltsmitgliedern sowie zusätzlich von 1 Mrd. Franken für die unbezahlte Pflege von Verwandten und Bekannten aus anderen Haushalten festhalten. Der gesamte Geldwert unbezahlter Betreuung und Pflege erwachsener Personen im eigenen oder fremden Haushalt übertrifft die Kosten der Spitexdienste bei weitem.

Formelle Hilfe und Pflege im Alter – ambulant und stationär

Die professionelle ambulante Pflege (Spitex) hat sich schon seit geraumer Zeit zu einer zentralen Säule der Pflege im Alter entwickelt, und es steht zu erwarten, dass der Bedarf nach professionellen ambulanten Pflegeleistungen weiter ansteigen wird. Dazu tragen nicht nur demographische Faktoren bei, bedeutsam sind auch neue Werthaltungen wie der Wunsch, möglichst lange selbstständig wohnen zu können. Auch eine weitere Ausdehnung der behinderungsfreien Lebenserwartung kann zur Folge haben, dass die Nachfrage nach ambulanter Hilfe und Pflege stärker anwächst als die Nachfrage nach stationärer Pflege. Weitere Strategien zur Stärkung ambulanter Pflege im Alter sind der Bau hindernisfreier Wohnungen und der Ausbau von Formen des betreuten Wohnens.

Aktuell erhält mehr als ein Viertel der über 80-jährigen Bevölkerung Spitex-Leistungen, wobei die Intensität der Betreuung eng mit gesundheitlich bedingten Beschwerden und funktionalen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten verbunden ist. Von Bedeutung ist auch die Haushaltsform, und wer im Alter allein lebt, benützt die Spitex häufiger. Das Verhältnis von informeller (familiärer) Hilfe und formell professioneller Hilfe (Spitex) verändert sich somit in Abhängigkeit von Pflegebedarf und Wohnform: Bei allein lebenden pflegebedürftigen alten Menschen erlaubt oft nur eine Zusammenarbeit von Spitex und informellem Netz, dass diese in der angestammten Wohnung verbleiben können. Bei Personen, die

mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen leben, ist es häufiger der Fall, dass zuerst nur informelle Hilfe geleistet wird, aber bei zunehmender Pflegebedürftigkeit ergibt sich auch hier ein verstärkter Trend zur Kombination verschiedener Unterstützungsformen. Gerade auch bei demenziellen Erkrankungen erlaubt häufig nur eine Kombination von intensiver Angehörigenpflege und professioneller Pflege ein Verbleiben zuhause.

Was sich empirisch nicht bestätigt, ist die hie und da geäußerte Vermutung, dass ein Ausbau professioneller Unterstützung zu einer Verdrängung informeller Unterstützung beiträgt. Die Zufriedenheit pflegender Angehöriger mit der Spitex ist allgemein sehr hoch. Offene Konflikte und Meinungsverschiedenheiten scheint es nur selten zu geben, und wenn, entstehen sie am häufigsten aufgrund eines häufigen Wechsels der Spitex-Mitarbeitenden.

Bei starker Pflegebedürftigkeit oder ausgeprägter Demenzerkrankung wird eine ambulante Pflege schwierig, wenn nicht unmöglich, und ein Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung wird unumgänglich. Der Wunsch, im Alter möglichst lange selbstständig zu bleiben, ein Ausbau pflegerisch-betreuter Wohnformen und eine längere behinderungsfreie Lebenserwartung haben allerdings dazu beigetragen, dass sich das Alter eines Eintritts in eine stationäre Einrichtung erhöht hat; ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim erfolgt damit immer häufiger erst im hohen Alter. So leben von den 80- bis 84-Jährigen noch gut 90 % zuhause, aber anschliessend steigt eine stationäre Versorgung rasch an, und die 95-jährigen und älteren Menschen leben zu gut 45 % in einer Alters- und Pflegeeinrichtung. Alters- und Pflegeheime entwickeln sich immer mehr zu Einrichtungen für Menschen im hohen Alter bzw. für Menschen gegen Lebensende. Die Vielfalt der Beschwerden und Krankheiten bei hochaltrigen Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen erfordern vom Heim- und Pflegepersonal nicht nur hohe Pflegequalifikationen, sondern auch gute Fachkenntnisse geriatrischer Erkrankungen. Häufig sind Herz- und Kreislaufprobleme, Bluthochdruck, aber auch demenzielle Erkrankungen. Diagnostizierte Depressionen zeigen sich bei mehr als einem Viertel der Heimbewohnerschaft, auch weil depressive Symptome bei körperlichen Einschränkungen früher und häufiger zu einem Heimeintritt führen. Eine beträchtliche Minderheit der alten Heimbewohner und Heimbewohnerinnen leidet zudem an Rheumaerkrankungen, Diabetes, Osteoporose sowie an Seh- und Hörbehinderungen. Was sich hingegen nicht bestätigt, ist die oft geäußerte Vermutung, dass es sich bei Menschen im Heim mehrheitlich um sozial isolierte alte Menschen handelt. Bei der Mehrzahl der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen handelt es sich zwar um pflegebedürftige alte Menschen, aber keineswegs um sozial isolierte Menschen, und die Pflege im Heim ist in den meisten Fällen besser als dies negativen Klischees vom Heimalltag entspricht.

Die weitere Entwicklung der Zahl von Heimbewohnern hängt einerseits davon ab, in welchem Masse stationäre Alters- und Pflegeeinrichtungen durch ambulante Pflegestrukturen, teilstationäre Angebote oder betreute Wohnformen ersetzt werden können. Namentlich in deutschsprachigen Kantonen mit einem relativ

hohen Anteil an Alters- und Pflegeheimbewohnern lassen sich ambulante Pflegestrukturen noch ausbauen. Andererseits ist entscheidend, ob es dank Gesundheitsförderung und medizinischen Fortschritten gelingt, die behinderungsfreie Lebenserwartung weiter auszudehnen. Wenn relativ weniger alte Menschen erst spät in eine Pflegeeinrichtung wechseln, so sind diese im Allgemeinen stärker pflegebedürftig. Damit erhöhen sich die qualitativen Anforderungen an die Pflege im Heim. Zu erwarten ist daher einerseits ein weiterer Anstieg des Eintrittsalters in Alters- und Pflegeeinrichtungen, mit der Folge, dass diese noch häufiger mit hochaltrigen und multimorbiden Menschen gegen Lebensende konfrontiert sein werden. Andererseits dürften Zahl und Anteil an demenziell erkrankten Heimbewohnern in vielen Alters- und Pflegeeinrichtungen weiter ansteigen, was spezielle Herausforderungen an die Wohn- und Pflegebedingungen stellt. Zusätzlich ist anzumerken, dass die Ausschliesslichkeit von ambulanter und stationärer Pflege alter Menschen unter dem Gesichtspunkt neuer Konzepte einer integrierten Versorgungsstruktur immer fragwürdiger wird. Entsprechend wurden in manchen Regionen teilstationäre bzw. teilambulante Angebote wie Tageskliniken, Alterswohnungen in Heimmnähe sowie Formen betreuten Wohnens systematisch ausgebaut. Ähnlich wie beim Wohnen, wo die Alternative «Daheim oder Heim?» selbst für pflegebedürftige Menschen überholt ist, entspricht auch bei der Pflege alter Menschen die klassische Gegenüberstellung von ambulanter und stationärer Pflege immer weniger der Realität.

Pflege im Alter – im intereuropäischen Vergleich

Wohlstandsbedingt gehört die Bevölkerung der Schweiz zu den europäischen Bevölkerungen, die von einer insgesamt ausgedehnten behinderungsfreien Lebenserwartung zu profitieren vermögen. Bezogen auf die Pflege im Alter ist zum einen auffallend, dass die Schweiz im intereuropäischen Vergleich zu den Ländern gehört, in denen relativ viele alte Menschen stationär gepflegt werden. Dies führt dazu, dass gut 80 % der öffentlichen Ausgaben der Schweiz für die Langzeitpflege für institutionelle Pflegeleistungen aufgewendet werden. Zum anderen gehört die Schweiz zu den Ländern, in denen die privaten Ausgaben für die Langzeitpflege dominieren, und im Unterschied zu anderen europäischen Ländern werden familiäre Pflegeleistungen nicht direkt öffentlich unterstützt (etwa via Pflegeversicherung oder Pflegegeld).

Sozial- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen bestimmen nicht nur das Verhältnis von ambulanter und stationärer Langzeitpflege, sondern auch die Häufigkeit und Intensität informeller intergenerationeller Hilfe- und Pflegeleistungen. So hat das Ausmass an Sozialausgaben einen positiven Einfluss auf die Häufigkeit einer intergenerationellen Hilfe. In europäischen Ländern mit mehr Sozialausgaben helfen mehr Kinder der mittleren Generation ihren alten Eltern, dies aber häufig wenig intensiv. In Ländern mit tiefen Sozialausgaben helfen

weniger Angehörige, aber wenn sie helfen, engagieren sie sich intensiv. Ein intereuropäischer Vergleich zeigt daher bedeutsame Unterschiede zwischen nord- und südeuropäischen Ländern, wobei die Häufigkeit der Hilfe an alten Eltern sich von Nord (häufig) nach Süd (selten) bewegt, wogegen die Intensität der Hilfe von Süd (hoch) nach Nord (niedrig) verläuft. Im Nord-Süd-Vergleich bildet die Schweiz bezüglich Hilfeintensität einen gewissen «Sonderfall»: trotz mittlerer geografischer Lage wird am wenigsten zeitintensiv geholfen. In der Schweiz helfen erwachsene Kinder ihren alten Eltern relativ oft, dies aber wenig intensiv. In Italien wird hingegen weniger häufig geholfen, aber wenn intergenerationelle Hilfe geleistet wird, ist diese Hilfe oft sehr zeitintensiv. Die festgestellten Zusammenhänge deuten weniger auf eine Verdrängung familialer Hilfe durch professionelle Angebote als auf eine Spezialisierungstendenz zwischen Familie, Staat und Markt: Wenn ein umfassendes professionelles Dienstleistungsangebot zur Verfügung steht, spezialisiert sich die Familie auf sporadische, kurzfristige und weniger zeitintensive Hilfen (während zeitintensive Leistungen professionalisiert werden).

Auch bei den intergenerationellen Pflegeleistungen (im Sinne körperbezogener Leistungen, wie Baden, Waschen, Anziehen) zeigen sich Nord-Süd-Unterschiede: Von Süden nach Norden nimmt die Bedeutung der Familie und Freunde in der Pflege alter Menschen ab. Eine informelle intergenerationelle Pflege ist in den familial orientierten südeuropäischen Staaten stärker verbreitet. Umgekehrt erhalten im Norden professionelle Pflegeleistungen ein grösseres Gewicht in der Organisation der Pflege. Der intereuropäische Vergleich lässt eine negative Beziehung zwischen Angehörigenpflege und professioneller Pflege erkennen: je stärker die professionelle Pflege in einem Land ausgebaut ist, desto weniger häufig pflegen Angehörige. In Schweden, Dänemark, den Niederlanden und der Schweiz erhalten Personen vorwiegend professionelle ambulante Pflegeleistungen. In Belgien und Frankreich sowie etwas seltener in Deutschland und Österreich übernehmen sowohl Verwandte und Bekannte als auch professionelle Dienstleister eine wichtige Rolle in der Altenpflege. In den südeuropäischen Staaten werden zuhause lebende ältere Menschen hingegen vorwiegend privat gepflegt. In der Schweiz ist eine Pflege durch Kinder seltener als in den Nachbarländern. Gleichzeitig ist aber die Vorliebe für staatliche Pflege in der Schweiz ähnlich gering wie in Deutschland oder Italien, was in der Schweiz zu einer besonders ausgeprägten Diskrepanz zwischen Familienideologie und Pflegerealität beiträgt.

Werden die im europäischen Ländervergleich festgestellten Beziehungen zwischen wohlfahrtsstaatlichen Strukturen und intergenerationeller Solidarität (Hilfe, Pflege) zusammengefasst, zeigt sich folgendes Gesamtmuster: Ein ausgebauter Wohlfahrtsstaat – mit sozialer Absicherung älterer Menschen und junger Familien – trägt dazu bei, dass intergenerationelle Hilfeleistungen – von Jung zu Alt und von Alt zu Jung – tendenziell zunehmen, wogegen konkrete intergenerationelle Pflegeleistungen seltener werden, da diese häufiger von professionellen Diensten übernommen werden. Mit anderen Worten: Intensive intergeneratio-

nelle Aufgaben – wie Pflegeleistungen – werden an sozialstaatliche Einrichtungen ausgelagert, wogegen sich die weniger intensiven gegenseitigen Hilfeleistungen zwischen den Generationen verstärken. Ein Ausbau sozialstaatlicher Angebote reduziert die intergenerationelle Solidarität nicht, sondern führt zu einer verstärkten Spezialisierung intergenerationaler Austauschbeziehungen (Pflege durch Professionelle, Hilfe durch Angehörige).

Werden aktuelle und zukünftig zu erwartende demographische, soziale, pflegerische und medizinische Entwicklungen betrachtet, lässt sich feststellen, dass alle einen Trend unterstützen, bei dem ambulante professionelle Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter verstärkt nachgefragt werden und stationäre Pflege später und häufiger gegen Lebensende beansprucht wird. Gleichzeitig zeichnen sich qualitative Veränderungen der Pflege im Alter ab, etwa dank Telemedizin oder Spezialisierungstendenzen, die dazu beitragen, dass die ambulante professionelle Pflege sowohl mehr sozialmedizinische Aufgaben als auch mehr Koordinations- und Vermittlungsfunktionen zwischen diversen Hilfesystemen (Angehörige, Ärzte, Spitäler) zu leisten hat.

Wirtschaftliche Trends – wie Globalisierung, wirtschaftliche Ungleichheiten, sozialpolitische Sparmassnahmen – werden in Zukunft verstärkt zu einer Koexistenz oder Konkurrenz privater und öffentlicher Angebote beitragen. Ebenso ist zu erwarten, dass grenzüberschreitende Angebote (Pflege im Ausland, Pflegende aus dem Ausland) eine verstärkte Bedeutung erhalten. Viele bisherige Grenzziehungen im Alterspflegebereich – lokal versus international, privat versus öffentlich, ambulant versus stationär, formell versus informell und andere – werden sich damit nicht vollständig auflösen, aber zumindest stark verwischen.

Einleitung

Im Rahmen eines Mandats des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums haben François Höpflinger und Valérie Hugentobler vor einigen Jahren zwei Analysen zur Pflege im Alter in der Schweiz ausgearbeitet:

- a) Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern: Huber 2003 (frz.: Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21e siècle; 2. Auflage: 2004).
- b) Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz, Bern: Huber 2005 (frz.: Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives, Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène 2006).

Beide Forschungsarbeiten basierten auf den im Jahr 2000 ausgearbeiteten Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik und damals lückenhaften familiendemographischen, epidemiologischen und gesundheitsbezogenen Daten (wobei die zweite Forschungsarbeit Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 einbezog).

In den letzten Jahren wurden einerseits vom Bundesamt für Statistik neue Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz (2010–2060) erarbeitet, die unter anderem auch den merkbaren Anstieg der Lebenserwartung im Alter berücksichtigen (vgl. Bundesamt für Statistik 2010a). Die aktualisierten Bevölkerungsszenarien lassen erkennen, dass vor allem die Zahl über 90-jähriger Menschen stärker angestiegen ist und ansteigen wird, als dies frühere Szenarien vorsahen, und die erhöhte Langlebigkeit weist bedeutsame Auswirkungen auf die Pflege im Alter auf.

Andererseits wurde die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) ausgebaut, die Statistik sozialmedizinischer Institutionen (SOMED) verbessert und eine Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI) organisiert, was differenziertere Analysen zur Pflegebedürftigkeit im Alter erlaubt. In den letzten Jahren wurden zudem neuere Studien zur Häufigkeit demenzieller Erkrankungen durchgeführt, die namentlich die Prävalenz-

raten von Demenzerkrankungen im hohen Alter genauer erfassen (EuroCoDe 2009).

Zusätzlich zeichnen sich einige epidemiologische und pflegerische Verschiebungen ab, die in den nächsten Jahren bestimmend sein werden. Zu erwähnen sind namentlich drei neue Trendperspektiven:

- Erstens lässt sich vermuten, dass zwar die Lebenserwartung ohne starke Behinderungen weiter ansteigen wird, dass dies aber nicht mit einem Anstieg beschwerdefreier Lebensjahre einhergehen muss bzw. einhergehen wird. Ein verstärktes Auseinanderfallen von beschwerdefreien und behinderungsfreien Lebensjahren im Alter dürfte bedeutsame Folgen für das Gesundheits- und Versorgungssystem aufweisen.
- Zweitens kam es in den letzten Jahren zu einer weiteren Verschiebung von stationärer zu ambulanter Pflege. Ein Eintritt in eine Pflegeeinrichtung erfolgt später, und zudem wurde die traditionelle Trennung von ambulanter und stationärer Pflege im Alter durch neue Pflegemodelle – wie dezentrale Pflegegruppen, betreutes Wohnen, teilstationäre Angebote – aufgeweicht bis aufgehoben.
- Drittens zeichnen sich im Verhältnis von informeller und formeller Hilfe und Pflege bedeutsame soziale Veränderungen ab; sei es aufgrund neuer Partnerschaftsmodelle bei alten Paaren oder sei es aufgrund familiendemographischer Entwicklungen (weniger Nachkommen u. a.). Das informelle Pflegepotenzial verändert sich auch in Richtung einer stärkeren Bedeutung ausserfamiliärer Unterstützung. Gleichzeitig lässt sich ein Trend in Richtung einer verstärkten Spezialisierung informeller und formeller Unterstützung (informelle Hilfe durch Angehörige, formelle Pflege durch Fachpersonen) feststellen, was zu neuen Hilfe- und Pflegearrangements im Alter beitragen kann.

Neue demographische, familiale und gesellschaftliche Trends, aber auch eine bessere Datenlage machen eine Aktualisierung und Konsolidierung der Analysen zu Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in der Schweiz notwendig, auch als Grundlagen für kantonale und kommunale Planungen.

1 Demographische Entwicklungen

1.1

Aktuelle demographische Szenarien für die Schweiz

Wird die zahlenmässige Entwicklung der älteren Bevölkerung betrachtet, ist primär die weitere Entwicklung der Lebenserwartung von zentraler Bedeutung, speziell wenn wir die Zeitperiode einbeziehen, da die zukünftigen Alten schon geboren sind und wir damit die Ausgangsbevölkerung kennen. Die zahlenmässige Entwicklung älterer Menschen wird daneben durch internationale Ab- und Zuwanderung beeinflusst. Die Zahl in der Schweiz zu pflegenden Menschen kann sich verringern, wenn pensionierte ältere Ausländer und Ausländerinnen in ihre Heimatländer zurückkehren oder wenn sich mehr alte Schweizer und Schweizerinnen im Ausland pflegen lassen. Trends zur Globalisierung von Medizin und Pflege verstärken solche Entwicklungen, zumindest bei Teilgruppen der älteren Bevölkerung. Umgekehrt kann sich die Zahl von Pflegefällen in der Schweiz erhöhen, wenn Auslandschweizer und Auslandschweizerinnen bei Pflegebedürftigkeit in die Schweiz zurückkehren oder wenn schweizerische Seniorenresidenzen und private Pflegeheime sich auf eine internationale Kundschaft ausrichten.

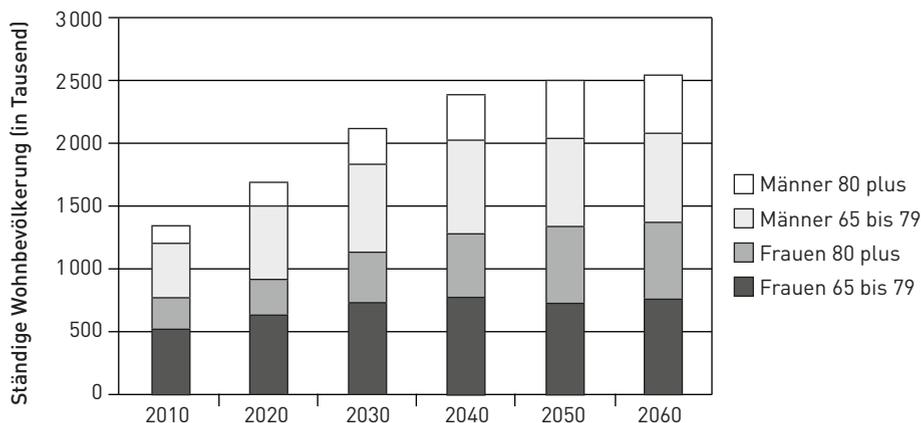
Gesamtschweizerisch ist die Alterswanderung – mit Ausnahme der Rückwanderung älterer ausländischer Arbeitskräfte in ihre Heimatländer – für die zukünftige zahlenmässige Entwicklung der Altersbevölkerung weniger bedeutsam als die Entwicklung der Lebenserwartung im Alter. Kantonal und kommunal können Zu- und Abwanderungsprozesse im Alter jedoch merkbare Auswirkungen aufweisen, auch weil in den letzten Jahrzehnten die räumliche Mobilität der älteren Wohnbevölkerung der Schweiz deutlich angestiegen ist. So stieg der Anteil von Haushalten mit Referenzpersonen im Alter von 60 bis 74 Jahren, die innerhalb der letzten fünf Jahre ihren Wohnort wechselten, zwischen 1970 und 2007 von 8 % auf gut 20 %. Auch bei den über 74-jährigen privat wohnenden Personen hat sich der Anteil der Menschen, die ihren Wohnort ändern, zwischen 1970 und 2007 erhöht, von 5 % auf 16 % (vgl. Farago, Brunner 2005, Höpflinger 2009).

Der relative Anteil älterer Menschen – das heisst ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung – wird zusätzlich durch Geburtenniveau und Migrationsbilanz beeinflusst. Ein erhöhtes Geburtenniveau, ebenso wie eine starke Einwanderung junger Menschen in die Schweiz, reduziert die demographische Alterung. Aufgrund des Alterns geburtenstarker Nachkriegsjahrgänge – der so genannten «Babyboomer» – wird die Schweiz allerdings unabhängig von anderen Einflussfaktoren in den nächsten Jahrzehnten einen starken Anstieg von Zahl und Anteil an älteren und alten Menschen erleben.

Nach dem aktualisierten Referenzszenario (A-00-2010-2060) des Bundesamtes für Statistik dürfte sich der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen an der schweizerischen Wohnbevölkerung zwischen 2010 und 2030 von 17.1 % auf 24.2 % erhöhen, um anschliessend weiter anzusteigen, auf 28.3 % im Jahre 2060. Ein besonders rascher Anstieg wird sich bei der Zahl hochaltriger Menschen ergeben, und der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen an der schweizerischen Wohnbevölkerung dürfte nach dem aktualisierten Trendszenario zwischen 2010 bis 2030 von 4.9 % auf 7.8 % ansteigen, um 2060 einen Wert von 11.9 % zu erreichen (vgl. Bundesamt für Statistik 2010a).

Abbildung 1 illustriert die nach dem aktualisierten Referenzszenario zu erwartende absolute Zunahme der über 65-jährigen Wohnbevölkerung der Schweiz bis 2060. Ein deutlicher Anstieg ist für alle angeführten Altersgruppen zu erwarten. Die Zahl an «jungen Alten» (65–79 Jahre) steigt namentlich aufgrund des Alterns geburtenstarker Jahrgänge (Babyboomer) deutlich an. Die Zahl an alten und vor allem hochaltrigen Menschen steigt vor allem rasch an, wenn sich die Lebenserwartung weiter erhöhen wird. Für die Pflege im Alter ist vor allem der erwartete Anstieg der Zahl hochaltriger Frauen und Männer eine zentrale Kenngrösse. Da Frauen weiterhin eine höhere Lebenserwartung aufweisen als Männer, wird auch in Zukunft das Alter – und vor allem das hohe Alter – mehrheitlich weiblich geprägt sein.

Aufschlussreich ist ein Vergleich des neuesten Szenarios mit früheren Bevölkerungsszenarien, und zwar bezogen auf die für die Pflege im Alter besonders interessierende Gruppe der alten Menschen in der Schweiz. So haben die im Jahre 2000 berechneten Szenarien (vgl. Bundesamt für Statistik 2002) schon bis 2010 den zahlenmässigen Anstieg an hochaltrigen Menschen unterschätzt, weil zwischen 2000 und 2008 die Zunahme der Lebenserwartung stärker ausfiel als damals erwartet wurde. Entsprechend wurde für 2030 im Trendszenario A-00-2000-2060 eine Zahl von 67 400 90-jährigen und älteren Menschen vorausgeschätzt, wogegen im aktuellen Trendszenario A-00-2010-2060 davon ausgegangen wird, dass 2030 147 900 Menschen in diese Alterskategorie fallen werden. Selbst das Szenario A-10-2000-2060 – welches von einer starken Zunahme der Lebenserwartung ab 65 ausging – kam zu tieferen Werten. Bevölkerungsszenarien sind vor allem längerfristig immer mit einer beträchtlichen Unsicherheit verbunden, aber ein Sachverhalt der letzten Jahrzehnte bezüglich Bevölkerungsszenarien war eine bedeutsame Unterschätzung des Anstiegs der Lebenserwartung (sowie



Quelle: BFS-Szenario A-00-2010

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerung 65plus gemäss dem mittleren BFS-Szenario A-00-2010, Schweiz, 2010–2060

häufig auch eine Unterschätzung von Einwanderung). Die Entwicklung der Lebenserwartung im Alter ist und bleibt ein Schlüsselfaktor bei der Einschätzung des Pflegebedarfs der Zukunft, und da eine starke Zunahme hochaltriger Menschen – auch wegen des Alterns geburtenstarker Jahrgänge – höchstwahrscheinlich ist, ist mit einer steigenden Zahl an Pflegefällen und steigenden Pflegekosten zu rechnen.

1.2

Lebenserwartung im Alter – Trends und Szenarien

Seit Ende des 19. Jahrhunderts ist die durchschnittliche Lebenserwartung in der Schweiz nahezu ununterbrochen gestiegen, von gut 40 Jahren (1876) auf über 80 Jahre (2009: 79.8 Jahre für Männer, 84.4 Jahre für Frauen). Zwischen 1876 und 1950 betrug der jährliche Zuwachs im Schnitt 4 bis 5 Monate. Von 1950 bis 2000 fiel der jährliche Anstieg mit rund 3 Monaten pro Jahr etwas geringer aus (vgl. Bundesamt für Statistik 2009a). Der Anstieg der Lebenserwartung der letzten Jahrzehnte war im Wesentlichen auf einen Rückgang der Sterberaten bei Personen im AHV-Alter zurückzuführen. Entsprechend hat sich die Lebenserwartung von 65-jährigen Männern und Frauen deutlich erhöht, und 2008 lag die durchschnittliche Lebenserwartung 65-jähriger Männer bei 19.0 Jahren und diejenige 65-jähriger Frauen bei 22.2 Jahren.

In diesem Zusammenhang hat sich auch das häufigste Sterbealter (als modales Sterbealter bezeichnet) wesentlich erhöht, seit 1876/80 bis 2001/02 von 70 auf

84 Jahre bei Männern und von 70 auf 88 Jahre bei Frauen. Auch das höchste Sterbealter hat sich seit den 1950er Jahren nach oben bewegt. Das in der Schweiz erreichte Höchstalter – welches zwischen 1880 und 1920 bei 102 Jahren lag – erhöhte sich bis 1960 auf 104 Jahre, und es beträgt derzeit 110 Jahre, mit höheren Werten bei Frauen als bei Männern (vgl. Robine, Paccaud 2005).

Obwohl Männer weiterhin eine tiefere Lebenserwartung aufweisen als Frauen, hat sich in der Schweiz die Differenz zwischen der durchschnittlichen Lebenserwartung von Frauen und jener von Männern in den letzten Jahrzehnten wieder verringert, von 6.7 Jahren in der Periode 1978/83 auf nur noch 4.6 Jahre (2009). Einer der Gründe ist (rauchbedingte) Lungenkrebssterblichkeit, die bei Frauen häufiger wurde, bei Männern hingegen eine abnehmende Tendenz zeigte. Gleichzeitig haben sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede von Unfallmortalität und Suizidraten etwas reduziert, auch wenn Männer weiterhin deutlich höhere Risiken aufweisen.

Die weitere Entwicklung der Lebenserwartung wird umstritten diskutiert. Einerseits können medizinische Fortschritte, aber auch soziale Entwicklungen – wie besseres Bildungsniveau neuer Generationen alter Menschen – zu einer weiteren Erhöhung der Lebenserwartung beitragen. Andererseits zeigen sich negative gesundheitliche Trends, wie vermehrtes Übergewicht (was in öffentlichen Diskussionen oft zur Annahme beiträgt, dass die Lebenserwartung wieder sinken wird). Offen ist auch, ob die weitere Zunahme der Lebenserwartung im hohen Lebensalter nicht allmählich auf eine obere biologische Grenze stossen wird. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass die bisherige Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung primär damit zusammenhing, dass mehr Menschen die biologisch mögliche Lebensspanne erreichen, dass sich aber – soweit bekannt – die maximale Lebensspanne des Menschen während der letzten Jahrtausende weniger verändert hat (vgl. Crews 1990).

Die Bestimmung einer Obergrenze der menschlichen Lebensspanne («maximal life-span») ist bis heute ein umstrittenes Unterfangen geblieben, und die entsprechenden Schätzwerte haben sich in den letzten Jahren ständig erhöht. Ende der 1970er-Jahre wurde eine Höchstlebenserwartung von 80.3 Jahren für Frauen und 73.8 Jahren für Männer geschätzt (Bourgeois-Pichat 1978). Zu Beginn der 1990er-Jahre postulierte Olshansky aufgrund der bisherigen Entwicklung der Sterberaten eine Obergrenze von 82 Jahren bei Männern und von 88 Jahren bei Frauen (Olshansky et al. 1990). Neuere Studien, basierend auf Zwillingstudien, gehen hingegen von einer oberen maximalen Lebensspanne der Gattung Mensch von 93-94 Jahren aus (vgl. Yashin, Iachine 1997). Diese Schätzung basiert allerdings auf einer grundsätzlich unveränderten genetisch-biologischen Konstitution der Menschen. Ob zukünftige genbiologische Entwicklungen die menschliche Lebensspanne zu erhöhen vermögen, ist noch offen (vgl. Stuckelberger 2008).

Zu beachten ist in jedem Fall, dass menschliches Altern ein komplexes, multifaktoriell bedingtes Phänomen darstellt und dass verschiedene biologische Alternstheorien zur Diskussion stehen (vgl. Schachtschabel 2004). Von Bedeu-

tung für Absterbeprozesse ist auch die Feststellung, dass wichtige Dimensionen menschlichen Alterns das Ergebnis kumulativer Prozesse – im Sinne einer Akkumulation schädlicher Einflüsse – darstellen. Kombiniert mit verringerten Reservekapazitäten im Alter führt dies letztlich zum Tod. Nach dieser Sichtweise können die altersspezifischen Sterberaten ein Mass für die im entsprechenden Alter angehäuften Schädigungen darstellen. Die Tatsache, dass die Sterberaten altersbezogen exponentiell ansteigen, unterstützt eine solche Betrachtungsweise (welche auch eine obere Grenze der menschlichen Lebensspanne postuliert). Die grosse Streuung der Lebensdauer innerhalb eines einzelnen Geburtsjahrgangs weist darauf, dass viele soziale und genetische Einzelfaktoren die individuelle Lebenserwartung von Menschen beeinflussen. Studien bei Zwillingen deuten darauf hin, dass ein Viertel der Gesamtunterschiede in der Lebensdauer verschiedener Menschen auf genetische Faktoren zurückzuführen sein dürfte (vgl. McGue, Vaupel et al. 1993). Die übrigen drei Viertel hängen mit sozialen und sozioökonomischen Faktoren (wirtschaftliche Lage, Wohnqualität, bildungsbezogene Unterschiede von Gesundheit und Gesundheitsverhalten, Lebensform) zusammen (vgl. Höpflinger 2002). Das Verhältnis von sozialen und genetisch-biologischen Einflussfaktoren verändert sich allerdings im Lauf des Lebens: Um 70 oder 80 Jahre alt zu werden, ist primär entscheidend, gute soziale und individuelle Faktoren aufzuweisen, die ein vorzeitiges Altern und Sterben verhindern. Um anschliessend 90 Jahre oder gar 100 Jahre alt zu werden, sind verstärkt genetisch-konstitutive Stärken relevant.

Zur Abschätzung der zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung können unterschiedliche Methoden eingesetzt werden. Eine zunehmend verwendete Methode, um zukünftige Entwicklungen abzuschätzen, besteht darin, eine oder mehrere bedeutsame Todesursachen auszuschliessen. Es wird untersucht, was ein Wegfallen bestimmter Todesursachen bedeuten würde. Die Haupttodesursachen im Alter bei Frauen wie Männer sind heute primär langsam verlaufende degenerative Erkrankungen. So sind 60% der Sterbefälle bei über 60-Jährigen auf Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebskrankungen zurückzuführen, und ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung im Alter hängt entsprechend stark von der Entwicklung degenerativer Krankheitsrisiken ab. Allerdings ist bei der Interpretation entsprechender Szenarien zu berücksichtigen, dass, wenn eine Todesursache (z. B. Herzinfarkt) wegfällt, Menschen gehäuft, wenn auch später, an anderen Krankheiten sterben. Für die Schweiz hat Raymond Kohli (2008) auf der Grundlage der Sterblichkeit 1998/2003 entsprechende Schätzwerte errechnet: Ein Wegfall von Herz-Kreislauf-Krankheiten könnte bei Männern die Lebenserwartung maximal – wenn die vermiedenen Todesfälle nicht durch andere Erkrankungen oder andere Todesursachen kompensiert würden – um 4.6 Jahre und bei Frauen um 4.5 Jahre erhöhen. Ein Wegfall der Tumormortalität könnte die Lebenserwartung bei Männern um maximal 3.7 Jahre und bei Frauen um maximal 3.0 Jahre steigern. Ein Wegfallen der Sterbefälle durch Verkehrsunfälle würde hingegen die Lebenserwartung nur um 0.3 Jahre (Männer) bzw. 0.1 Jahre (Frauen) erhöhen,

und eine Reduktion der Suizidalität auf Null würde zu einer maximalen Zunahme der Lebenserwartung um 0.6 Jahre (Männer) bzw. 0.2–0.3 Jahre (Frauen) führen (vgl. Kohli 2008: 62). Die zukünftige Lebenserwartung – wie schon die Entwicklung der letzten Jahrzehnte – ist somit eng mit Entwicklungen bezüglich Krebs-erkrankungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten verbunden.

Auf der anderen Seite wurde der Anstieg der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten durch einen erhöhten Tabakkonsum gebremst. Ohne Tabakkonsum wäre die Lebenserwartung der Frauen ein halbes Jahr höher und diejenige der Männer sogar um fast zwei Jahre höher als beobachtbar (vgl. Kohli 2008). Eine Reduktion des Tabakkonsums kann damit ebenfalls einen nicht unbeträchtlichen Effekt auf die Lebenserwartung der Zukunft aufweisen. Auch die festgestellte Zunahme von Übergewicht bei jüngeren wie älteren Menschen ist ein weiterer Einflussfaktor, der erneut zu einer Reduktion der Lebenserwartung der Bevölkerung oder zumindest ausgewählter Bevölkerungsgruppen führen kann. Übergewicht spielt vor allem wegen der Zusammenhänge von Körpergewicht mit Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes und (bestimmten) Krebserkrankungen bei der Entwicklung der Langlebigkeit der kommenden Jahre eine bedeutsame Rolle. Allerdings ist der Einfluss von Übergewicht auf die Langlebigkeit nicht immer eindeutig, da die Zusammenhänge zwischen Adipositas und Herz-Kreislauf-Krankheiten komplexer sind als zuerst angenommen.

Insgesamt betrachtet wird für die nächsten Jahrzehnte – unabhängig von der benützten Methode – mit einer weiter ansteigenden Lebenserwartung im Alter ausgegangen. Gestützt auf Vorausschätzungen der künftigen wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Projektionen zur Entwicklung der Lebenserwartung bei der Geburt von 2002–2030 für mehrere Weltregionen erstellt. Laut dieser Analyse, die von einem stabilen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Entwicklung und Sterblichkeit ausgeht, dürfte die Lebenserwartung bei Geburt in Ländern mit hohem Einkommen bei Männern und Frauen bis 2030 überall um weitere 4–5 Jahre ansteigen (vgl. Mathers, Loncar 2006). John Bongaarts (2006) berechnete – basierend auf einer Aufgliederung der Sterblichkeitsfaktoren für die Schweiz – für das Jahr 2050 für Männer eine Lebenserwartung von 84–85 Jahren und für Frauen von 90 Jahren (vgl. Bundesamt für Statistik 2009a: Tab. 5). In den aktuellen Szenarien des Bundesamts für Statistik (2010a) wird für Männer im Jahr 2060 eine Lebenserwartung von minimal 83.0 und maximal 89.0 Jahren erwartet. Für Frauen wird 2060 mit minimal 87.5 und maximal 92.5 Lebensjahren gerechnet.

Eine weitere Zunahme der Lebenserwartung – gerade auch bei der älteren Bevölkerung – ist somit wahrscheinlich, wobei aus heutiger Sicht bei Männern ein Anstieg der Lebenserwartung ab Geburt von gegenwärtig fast 80 Jahre bis 2050/2060 auf zwischen 85 Jahre und 88 Jahre wahrscheinlich sein dürfte. Für Frauen ist in der gleichen Periode ein Anstieg von aktuell 84,5 Jahre auf gut 88 bis 92 Jahre durchaus erwartbar. In jedem Fall werden Langlebigkeit und Hochaltrigkeit in Zukunft noch weitaus bedeutsamer sein als dies schon heute der Fall ist,

mit bedeutsamen Auswirkungen auf Rentensysteme, Erbvorgänge, Demenzerkrankungen und Pflegeaufwendungen. Entscheidend für den Bedarf nach Pflege im Alter ist allerdings nicht nur die weitere Entwicklung der Lebenserwartung insgesamt, sondern bedeutsam ist auch die Entwicklung der gesunden bzw. behinderungsfreien Lebenserwartung.

1.3

Haushalts- und familiendemographische Perspektiven

Die Pflegeverhältnisse – haushaltsintern oder haushaltsextern, familial oder professionell – ihrerseits werden durch Haushaltsstrukturen und familiendemographische Entwicklungen beeinflusst. Bedeutsam sind Entwicklung von Zahl und Anteil an Paarhaushaltungen oder Einpersonenhaushaltungen, da eine innerhäusliche Pflege vom Vorhandensein eines Partners oder einer Partnerin abhängig ist. Bei allein lebenden pflegebedürftigen Menschen sind fehlende haushaltsinterne Hilfe- und Pflegeleistungen durch haushaltsexterne Unterstützungsangebote zu ersetzen. Familiendemographisch bedeutsam ist auch die Entwicklung des Anteils alter Menschen, die keine Nachkommen aufweisen und die deshalb nicht auf informelle intergenerationelle Hilfeleistungen zählen können. Familiendemographisch bedingte Veränderungen der informellen Unterstützungsnetzwerke können sowohl den Bedarf nach ambulanten professionellen Dienstleistungen als auch die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen beeinflussen.

Haushaltsstrukturen und Partnerschaft im Alter – Trends: Was die demographische Entwicklung der Privathaushalte bis 2030 betrifft, lassen sich gesamtschweizerisch folgende Trends erwarten (vgl. Bundesamt für Statistik 2008):

- Erstens wird sich der bisherige Trend fortsetzen, dass sich die Zahl der Privathaushalte und die Zahl an Personen unterschiedlich rasch entwickeln. Von 2005 bis 2030 dürfte die Zahl von Menschen in privaten Haushaltungen nach dem Haushaltsszenario AM-00-2005-2030 um 9 % ansteigen, die Zahl privater Haushalte jedoch um 20 %. Darin spiegelt sich ein Trend zu immer kleineren Haushaltungen wider. In diesem Rahmen dürften Zahl und Anteil von Paaren mit Kindern weiter sinken. Dies ist zu einem wesentlichen Teil darauf zurückzuführen, dass die Generation der Babyboomer immer häufiger ein Alter erreicht, in dem ihre Kinder das Elternhaus endgültig verlassen haben. Dadurch erhöht sich die Zahl älterer Paare, welche erneut zu zweit leben.
- Zweitens weist die demographische Alterung der Bevölkerung nach Ansicht des Bundesamts für Statistik (2008) eine weniger erwartete Auswirkung auf: Insofern die Kinder der Babyboom-Generation ihr Elternhaus verlassen, wird zunächst die Anzahl der älteren Paare ohne Kinder ansteigen. Danach, mit

steigendem Alter, erfahren mehr Personen dieser Generation eine Verwitwung, was zu einer Zunahme der Zahl allein lebender älterer Personen beiträgt. Daneben dürfte auch eine Zunahme von allein stehenden älteren Personen zu erwarten sein, die mit ihrem alten Vater oder ihrer alten Mutter zusammenleben. Es wird mehr Personen geben, die entweder nie verheiratet waren, ehemalige allein erziehende Mütter (mit inzwischen erwachsenen Kindern) oder verwitwete Menschen, die mit ihrer hochbetagten Mutter oder ihrem hochbetagten Vater zusammen leben; etwa weil grössere Wohnungen oder Einfamilienhäuser ein Zusammenleben älterer Einzelpersonen mit alten Eltern erleichtern oder weil steigende Wohn- und Pflegekosten ein intergenerationelles Zusammenziehen im Alter erzwingen. Der Trend zum intergenerationellen Zusammenleben – bisher sinkend – dürfte sich bei einigen Gruppen eher erhöhen (auch wenn das Muster einer multilokalen Generationenbeziehung im Alter weiterhin dominieren wird).

- Drittens haben Partnerschaften trotz Veränderungen des Eheverhaltens (mehr nicht-eheliche Lebensgemeinschaften) und erhöhter Scheidungshäufigkeit keinen Bedeutungsverlust erfahren, und dies gilt auch für Menschen im höheren Lebensalter. Der Wert einer engen dyadischen Beziehung ist in modernen Gesellschaften ungebrochen. Geändert haben sich primär Form und Funktionsweise von Paarbeziehungen. Die Angaben in **Tabelle 1** unterstreichen die bekannte Tatsache, dass Männer im höheren Lebensalter deutlich häufiger in einer Partnerbeziehung leben als gleichaltrige Frauen. Dies ist auf drei Faktoren zurückzuführen: Erstens leben Frauen durchschnittlich länger als Männer, wodurch Frauen häufiger eine Verwitwung erleiden. Zweitens wählen Männer zumeist eine jüngere Partnerin, was den Effekt der geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung auf das Verwitwungsrisiko verstärkt. Drittens gehen ältere Männer nach einer Scheidung oder Verwitwung häufiger als gleichaltrige Frauen eine neue Partnerbeziehung ein; auch weil sie im Alter als demographische Minderheit mehr «Heiratschancen» aufweisen.

Zahl und Anteil alter bzw. langjähriger Paare sind in den letzten Jahrzehnten angestiegen; ein Trend, der sich in den nächsten Jahren fortsetzen wird. Diese Entwicklung ist auf drei Faktoren zurückzuführen: Erstens hat sich die Lebenserwartung von Frauen wie Männern weiter erhöht, wodurch sich die Chancen verbessert haben, gemeinsam – als Paar – alt zu werden. Zweitens sind späte Zweitbeziehungen häufiger geworden. In manchen Fällen wird allerdings im Alter keine neue Ehe eingegangen, sondern unverheiratet zusammen gelebt, und Daten, die sich nur auf den Zivilstand abstützen, vermitteln ein verfälschtes Bild. Drittens gehören die heute alten Frauen und Männer – die zumeist in den Nachkriegsjahrzehnten ihre Familie gegründet haben – zu den ehe- und familienfreundlichen Geburtsjahrgängen. Familiensoziologisch betrachtet war die Ehe- und Familienentwicklung der Nachkriegsjahrzehnte eine historische Sondersituation, basierend auf der

Tabelle 1: Partnerbeziehung nach Alter und Geschlecht

	Anteil in einer Partnerschaft *					
	Altersgruppen:					
	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90plus
Männer:						
2000	84 %	81 %	76 %	69 %	58 %	43 %
2010	83 %	83 %	78 %	71 %	62 %	48 %
2020 extrapoliert	82 %	82 %	80 %	72 %	63 %	51 %
Frauen:						
2000	63 %	53 %	37 %	24 %	13 %	6 %
2010	64 %	56 %	43 %	30 %	18 %	8 %
2020 extrapoliert	63 %	56 %	46 %	35 %	22 %	12 %

* verheiratete Personen und nicht verheiratet zusammenlebende Personen, aber ohne eingetragene Partnerschaften.

Quelle: Eigene Berechnungen: Anteil verheiratete Personen gemäss Volkszählung und Statistiken der Bevölkerungsbewegung. Angaben zu nicht verheirateten Paaren: Daten des schweizerischen Haushaltspanels (SHP).

Kombination einer Monopolstellung des bürgerlichen Ehe- und Familienmodells und einem raschen Anstieg des Wohlstandsniveaus, der es auch Frauen und Männern in Arbeiterberufen und unteren Angestellten ermöglichte, sich «ihren Traum von einem glücklichen Familienleben» zu erfüllen (vgl. Leimgruber, Fischer 1999, Schweizerisches Landesmuseum Zürich 2008).

In den nächsten Jahren zeichnet sich somit weniger ein Generationenwandel in der Richtung ab, dass weniger Männer und Frauen eine Partnerschaft pflegen (auch wenn die ausgeprägten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alleinleben bestehen bleiben). Veränderungen zeichnen sich primär in der Form von Partnerschaften ab: mehr Zweitpartnerschaften, mehr nicht eheliche Lebensgemeinschaften sowie mehr gleichgeschlechtliche Partnerschaften. Auch in den partnerschaftlichen Strukturen zeichnen sich Wandlungen ab, und zwar in der Richtung, dass neue Generationen häufiger eine stärker individualisierte Partnerschaft pflegen, wodurch etwa getrennte Ferien oder getrennte Schlafzimmer häufiger werden, ebenso wie stärker partnerschaftlich organisierte Partnerschaften.

Familiendemographische Entwicklungen – Angehörige im Alter: Werden Fragen der familialen Pflege hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen angesprochen, herrschen in der Öffentlichkeit vielfach pessimistische Vorstellungen vor, indem von einem Zerfall familialer Solidarität die Rede ist oder davon ausgegangen wird, dass viele ältere Menschen keine Angehörigen mehr hätten. Da im höheren Lebensalter die inzwischen erwachsenen Kinder zumeist nicht bei ihren Eltern wohnen, sagen haushaltsbezogene Daten über die Zahl lebender Kinder wenig aus.

Im Rahmen der Schweizerischen Haushaltspanel-Erhebung wurde nach der Zahl an engen Verwandtschaftsbeziehungen gefragt: «Zu wie vielen Verwandten, die nicht im gleichen Haushalt leben wie Sie, haben Sie eine gute und enge Beziehung?» Die Daten der Erhebung 2007 belegen, dass die meisten älteren Menschen mehrere Verwandte mit guten und engen Kontakten anführen. Durchschnittlich werden von älteren Befragten zwischen 5 bis 7 gute Verwandtschaftskontakte angezeigt. Die grosse Mehrzahl kann auch heute auf ein – allerdings unterschiedlich breites – Angehörigennetz zurückgreifen. Nur eine Minderheit älterer Männer und Frauen gibt an, ohne Angehörige bzw. ohne gute Kontakte zu Angehörigen zu sein. So geben von den über 74-jährigen zuhause lebenden Frauen und Männern nur 15 % an, keine guten und engen Kontakte zu Verwandten zu pflegen; entweder weil keine Verwandte mehr leben oder weil man sich mit allen Verwandten zerstritten hat. Bei Pflegebedürftigkeit im Alter kann das Fehlen unterstützender Angehöriger ein Motiv für einen Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung sein.

Zusätzliche Informationen zum Verwandtschaftsnetz im Alter vermitteln die 2003 und 2008 durchgeführten Age-Wohnumfragen, in der über 59-jährige Personen aus der deutschsprachigen Schweiz nach dem Vorhandensein von Kindern, Enkelkindern und Geschwistern gefragt wurden (vgl. Höpflinger 2009).

Die Daten in **Tabelle 2** belegen, dass die meisten älteren und alten Menschen weiterhin auf Nachkommen (Kinder und Enkelkinder) zurückgreifen können. Sofern Kinder vorhanden sind, erwähnen gut 95 % der älteren Eltern enge und nahe Kontakte zumindest zu einem der Kinder, und dies unabhängig von Alter oder Wohnform. Der weiterhin hohe Anteil alter Menschen mit Nachkommen wird durch eine intereuropäische Erhebung bei über 50-jährigen Personen (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe SHARE 2004) bestätigt. Es zeigt sich, dass in der Schweiz gut siebzig Prozent der 60- bis 79-Jährigen zwei oder mehr Kinder und mehr als achtzig Prozent der über 70-Jährigen zwei oder mehr Enkelkinder aufweisen (vgl. Kohli et al. 2005: Table 4A.9). Die hie und da geäusserte Befürchtung, dass aufgrund der demographischen Entwicklung (Geburtenrückgang) schon heute viele ältere Menschen keine Nachkommen mehr hätten, wird durch die empirischen Daten relativiert. Dies hat viel damit tun, dass es sich bei der gegenwärtig alten Bevölkerung noch um ehe- und familienfreundliche Geburtsjahrgänge handelt, und die 1930–1940 geborenen Frauen verblieben weniger häufig kinderlos als frühere und spätere Geburtsjahrgänge (vgl. Fux 2005).

Tabelle 2: Vorhandensein von Kindern und Enkelkindern bei über 59-jährigen Personen in der deutschsprachigen Schweiz 2003 und 2008

		Zuhause lebende 60plus-jährige Befragte nach Alter:					Heimbewohner- Innen
		Alter:	60–64	65–69	70–74	75–79	80plus
Haben Kind(er)	2003	82 %	87 %	89 %	89 %	84 %	68 %
	2008	72 %	81 %	84 %	87 %	84 %	78 %
Haben Enkelkind(er)	2003	56 %	71 %	78 %	79 %	79 %	59 %
	2008	48 %	64 %	77 %	79 %	78 %	75 %
N:	2003	205	205	210	158	234	236
	2008	232	229	200	145	207	232

Quelle: Age-Wohnumfragen 2003 und 2008 (eigene Auswertungen).

Im Zeitvergleich 2003 und 2008 wird deutlich, dass sich der Anteil der Kinderlosen in der jüngsten Altersgruppe (60- bis 64-Jährige) erhöht hat, weil jüngere Geburtsjahrgänge häufiger kinderlos verblieben. Während die 1939–43 Geborenen erst zu 18 % kinderlos verblieben, sind es bei den 1944–48 Geborenen schon 28 %. Entsprechend weisen jüngere Generationen auch seltener (biologische) Enkelkinder auf. Ein Fehlen von Nachkommen betrifft heute zwar primär jüngere Generationen, dürfte aber zukünftig für die Pflege im Alter bedeutsam werden, da ein Fehlen eines intergenerationellen familialen Hilfe- und Pflegepotenzials entweder durch Hilfeleistungen seitens ausserfamiliärer Gruppen (Freunde, Nachbarn) oder durch eine verstärkte Benützung professioneller Dienste kompensiert werden muss. Dies ist aber ein Zukunftsproblem, das erst in zwanzig Jahren die Alterspflege vermehrt beschäftigen wird, mit Ausnahme urbaner Zentren, wo der Anteil an kinderlosen alten Menschen schon jetzt höher liegt als in mehr ländlich-gewerblichen Regionen.

Ein bedeutsames Merkmal der familialen Generationenbeziehungen in der Schweiz besteht in der Tatsache, dass eine lange Tradition getrennten Wohnens und Haushaltens familialer Generationen vorliegt und das Modell der so genannten «multilokalen Mehrgenerationenfamilie» dominiert. Die grosse Mehrheit der zuhause lebenden älteren Menschen in der Schweiz lebt gegenwärtig in Eingenerationenhaushalten, wozu auch der Ausbau des wohlfahrtsstaatlichen Generatio-

nenvertrags (AHV u. a.) beigetragen hat. Auch hochaltrige Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr leben grossmehrheitlich nicht mit ihren Kindern im gleichen Haushalt zusammen. Nur bei grösserer Nachkommenschaft kommt ein intergenerationelles Zusammenleben leicht häufiger vor, namentlich bei alten Männern nach einer Verwitwung. Während nur 5 % der 80-jährigen und älteren Männer mit 1–2 Kindern im Haushalt eines ihrer Kinder leben, sind es 8 % der 80-jährigen und älteren Männer mit 3 und mehr Kindern (vgl. Sauvain-Dugerdil 2005). Im intereuropäischen Vergleich gehört die Schweiz – zusammen mit Deutschland, den Niederlanden und Skandinavien – zu den europäischen Ländern mit vergleichsweise wenig 80-jährigen und älteren Personen, die bei ihren Kindern leben. Häufiger ist intergenerationelles Zusammenleben im Alter in Südeuropa (Italien, Spanien, Portugal, Griechenland) sowie Polen (vgl. Huber, Rodrigues et al. 2009: 51). Hilfe und Unterstützung durch Angehörige – und namentlich durch Töchter und Söhne – erfolgen in der Schweiz zumeist nicht innerhalb, sondern ausserhalb des Haushalts hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen. Informelle Pflegeleistungen innerhalb eines Haushalts betreffen vor allem Pflege durch den Partner oder die Partnerin.

Enge soziale Beziehungen zu Angehörigen können auch bei grosser Wohnentfernung gepflegt werden, etwa durch regelmässige telefonische und elektronische Kontakte. Hingegen sind alltagsbezogene informelle Hilfeleistungen eng mit der Wohnortsnähe der Angehörigen verknüpft (vgl. Brandt 2009: 27). Dies gilt noch stärker für Pflegeleistungen, da eine intensive alltagsbezogene Pflege bei grosser Wohnentfernung erschwert oder unmöglich wird, und in allen Studien zeigen sich negative Beziehungen zwischen alltäglichen intergenerationellen Pflegeleistungen und der Wohnentfernung von Angehörigen. Bei hoher Wohnentfernung der Kinder ist eine Pflege durch professionelle Pflegekräfte signifikant häufiger. Umgekehrt steigt bei hoher Wohnentfernung zwischen alten Eltern und ihren Kindern das Risiko, dass keine informelle familiäre Pflege erfolgt (vgl. Haberkern 2009: Tabelle 7.2).

Für intensive familiäre Hilfe- und Pflegebeziehungen besonders geeignet erweist sich ein intergenerationell nahes Zusammenwohnen – nicht im gleichen Haushalt, aber im gleichen Haus. Häufiger als ein gemeinsames intergenerationelles Haushalten ist entsprechend auch in der Schweiz ein intergenerationelles Wohnen im gleichen Haus, aber in getrennten Haushalten. Nach der SHARE-Studie 2004 ist dies in der Schweiz bei gut einem Achtel aller 70-jährigen und älteren Menschen mit Nachkommen der Fall. Gleichzeitig lebt nur eine Minderheit von gut einem Fünftel der 70- bis 79-jährigen und gut dreissig Prozent der 80-jährigen und älteren zuhause lebenden Personen mehr als 25 km von einem ihrer Kinder entfernt (vgl. Kohli; Künemund; Lüdicke 2005: Table 4A12). Die Beziehung zwischen intergenerationeller Wohnentfernung und Pflegebedarf kann allerdings wechselseitig sein, indem ein Unterstützungsbedarf alter Eltern dazu beitragen kann, dass sie einen Wohnort in der Nähe helfender Angehöriger suchen. So wird von älteren Eltern ein intergenerationelles Zusammenrücken

häufiger geplant und realisiert, wenn gesundheitliche Einschränkungen das Alltagsleben beeinträchtigen, da intergenerationelle Hilfe durch geographische Nähe erleichtert wird (vgl. Höpflinger 2009: 118 f.).

Die meisten älteren und alten Menschen in der Schweiz haben somit auch heute zumindest ein Kind in ihrer Nähe. Der Anteil alter Eltern mit Kindern im Ausland ist gegenwärtig noch gering, wenn auch anwachsend. Häufiger ist – vor allem bei Ausländern – die umgekehrte Situation, dass die alten Eltern im Ausland verblieben sind. Oder pointierter formuliert: Eine internationale Trennung alter Eltern und pflegebereiter Nachkommen ist aktuell weniger ein Problem, welches alte Eltern in der Schweiz betrifft, als im Herkunftskontext verbliebene alte Eltern von in der Schweiz lebenden Ausländern. Zukünftig wird der Anteil kinderloser alter Menschen ansteigen, aber auch in den nächsten Jahrzehnten kann die grosse Mehrheit alter Menschen auf gute Angehörigenkontakte zählen (und familiäre Solidarität ist weiterhin sehr ausgeprägt).

2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Alter

2.1

Einführung – gesunde bzw. behinderungsfreie Lebenserwartung im Alter

«Die Gesundheit im Alter ist das Resultat des Zusammenspiels einer Vielzahl von positiven wie negativen Einflussfaktoren. Die Einwirkungen dieser Faktoren akkumulieren sich von der Kindheit über die Jugend und das Erwachsenenalter bis ins Alter. Die im Determinantenansatz beinhaltete Lebenslaufperspektive berücksichtigt und betont zwei für gesundheitspolitische Massnahmen zentrale Punkte: erstens, die Gesundheit im Alter wird über das ganze Leben bestimmt, und zweitens, der individuelle gesundheitliche Zustand ist so unterschiedlich wie die individuellen Biografien der älteren Menschen.» (Kickbusch et al. 2009: 130). Im höheren Lebensalter werden gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden häufiger, wobei neben dem Alter – wie angeführt – soziale und lebensgeschichtliche Faktoren das gesundheitliche Befinden entscheidend beeinflussen. So tragen frühere berufliche Belastungen dazu bei, dass etwa älter gewordene ausländische Arbeitskräfte im Rentenalter häufig mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben, wie mit Rückenproblemen oder Gelenk- und Gliederschmerzen (vgl. Effionayi-Mäder, Wyssmüller 2008). Speziell bei älteren Migranten aus Balkanländern wird im Alter ein besonders schlechter Gesundheitszustand festgestellt (vgl. Bolzman et al. 2004).

Bedeutsam für den zukünftigen Bedarf nach Pflegeleistungen im Alter ist nicht nur die weitere Entwicklung der Lebenserwartung, sondern auch die Entwicklung der gesunden bzw. behinderungsfreien Lebensjahre. Der Effekt der demographischen Alterung und namentlich der steigenden Lebenserwartung auf den Bedarf nach Pflegeleistungen wird abgeschwächt, wenn Menschen nicht nur länger leben, sondern auch länger gesund verbleiben bzw. später pflegebedürftig werden. Umgekehrt kann eine Ausdehnung der Lebenserwartung in schlechter Gesund-

heit die gesundheitspolitischen Effekte der demographischen Alterung zusätzlich verschärfen (vgl. Eberstadt, Groth 2008).

Die Lebenserwartung als Gesundheitsindikator ist nur in Gesellschaften aussagekräftig, wo Erkrankungen, wie etwa Infektionskrankheiten, rasch zum Tode führen. In Gesellschaften, in denen primär chronische und degenerative Erkrankungen – das heisst Krankheiten, die nicht oder erst später tödlich sind – auftreten, ist ein Anstieg der Lebenserwartung auch bei schlechterem Gesundheitszustand der Bevölkerung denkbar, etwa wenn mehr kranke Menschen dank Medizin und Pflege länger überleben. Gesundheitspolitisch angestrebt wird keine Ausdehnung kranker Lebensjahre, sondern eine Ausdehnung gesunder Lebensjahre. Deshalb wurde in den letzten Jahren vermehrt versucht, die Qualität der Lebensjahre zu erfassen (für die Schweiz vgl. Höpflinger 2003, 2004). Dabei werden allerdings unterschiedliche Konzeptualisierungen verwendet, die methodische Unterschiede aufweisen (vgl. Bundesamt für Statistik 2009a):

- a) **Gesunde Lebenserwartung** («healthy life expectancy»): Erfasst wird die Anzahl der Lebensjahre, die in guter Gesundheit verbracht werden. Da Gesundheit ein breites Konzept mit verschiedenen Dimensionen darstellt, existieren unterschiedliche Definitionen einer Lebenserwartung in guter Gesundheit. In der Praxis wird die Lebenserwartung in guter Gesundheit oft als allgemeiner Begriff für Indikatoren verwendet, die Daten zur Sterblichkeit und zur Krankheitshäufigkeit (Morbidity) in einer einzigen Kennzahl verbinden. Der Indikator der gesundheitsbereinigten Lebenserwartung («health-adjusted life expectancy») – wie er von der Weltgesundheitsorganisation WHO (vgl. Mathers, Murray et al. 2001) benützt wird – misst die bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre (wobei die nicht krankheitsfreien Lebensjahre von der gesamten Lebenserwartung abgezogen werden).
- b) **Beschwerdefreie Lebenserwartung** («painless life expectancy»): Gemessen wird die Zahl an Lebensjahren ohne massive körperliche Beschwerden (bezogen etwa auf Gelenk- und Gliederschmerzen, Rücken- und Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen usw.). Bisher noch kaum erfasst, dürfte die beschwerdefreie Lebenszeit – auch im Rahmen pharmakologischer Entwicklungen und neuer Konzepte palliativer Pflege – an Bedeutung gewinnen. Gerade im höheren Lebensalter ist Beschwerdefreiheit – auch bei körperlichen Einschränkungen – eine zentrale Dimension von Lebensqualität.
- c) **Behinderungsfreie Lebenserwartung** («disability-free life expectancy»): Dieser Indikator ist ein Mass für die Zahl der Lebensjahre, die ohne funktionale Alltagseinschränkungen verbracht werden. Diese Masszahl kombiniert Daten zur altersspezifischen Sterblichkeit und zur altersspezifischen Häufigkeit funktionaler Einschränkungen. Umgekehrt erfasst die Lebenserwartung mit Behinderung («disabled life expectancy») die durchschnittliche Anzahl von Jahren, die mit gesundheitlich bedingten funktionalen Alltagseinschränkungen verbracht

werden. Durch den Vergleich des Verhältnisses zwischen behinderungsfreier Lebenserwartung und gesamter Lebenserwartung kann im Zeitvergleich überprüft werden, ob es zu einer relativen Ausdehnung oder im Gegenteil zu einer Verkürzung (Kompression) schwerer Morbidität im Alter gekommen ist.

Im Zusammenhang mit Fragen der Pflegebedürftigkeit im Alter und den damit verbundenen ambulanten und stationären Pflegeleistungen wird in der Schweiz primär die behinderungsfreie Lebenserwartung berechnet, wobei behinderungsfrei/behindert auf der Grundlage von Skalen zur Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens («activity of daily living», ADL-Skala) gemessen wird. Die **Tabelle 3** zeigt die berechnete durchschnittliche Lebenserwartung ohne funktionale Behinderungen und die durchschnittliche Lebenserwartung mit funktionalen Alltagsbehinderungen für Männer und Frauen im Alter von 65 Jahren in der Schweiz.

Deutlich wird zum einen, dass Frauen im Alter zwar mehr behinderungsfreie Jahre geniessen können als Männer, dass sie aber gleichzeitig auch länger behindert verbleiben. Zum anderen wird sichtbar, dass der Gewinn an behinderungsfreier Lebenserwartung mit 65 Jahren in den letzten Jahrzehnten in etwa parallel zu derjenigen der Restlebenserwartung anstieg, und zwar bei beiden Geschlechtern. Die simultane Erhöhung der beiden Indikatoren deutet darauf hin, dass die 65-jährige und ältere Bevölkerung in der Schweiz häufig lange behinderungsfrei

Tabelle 3: Zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung nach 65 in der Schweiz

	1981/82	1997/99	2002	2008*
Männer im Alter von 65 Jahren				
Lebenserwartung total	14.6	16.7	17.5	19.0
Behinderungsfreie Lebensjahre	11.5	13.0	14.6	16–17
Jahre mit Behinderungen	3.1	3.7	2.9	2–3
Frauen im Alter von 65 Jahren				
Lebenserwartung total	18.5	20.6	21.1	22.2
Behinderungsfreie Lebensjahre	12.2	16.3	15.9	17–18
Jahre mit Behinderungen	6.3	4.3	5.2	4–5

Quelle: Bundesamt für Statistik 2009a: Tabelle 3.

* Schätzung auf Grundlage aktuellster Daten zum Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung

altert, wobei gesundheitlich bedingte Einschränkungen des Alltagslebens vielfach erst im hohen Alter auftreten. Nach 1981/82 kam es zu einer leichten Kompression schwerer Morbidität, und der Anteil der behinderungsfreien Lebenserwartung an der gesamten Restlebenserwartung ab 65 stieg bei den Männern leicht und bei den Frauen deutlich an. Vor allem bei Frauen hat sich der Anteil der behindert verbrachten Rentenjahre substanziell reduziert, wogegen die Kompression schwerer Morbidität bei Männern geringer ausfiel.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die günstige Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz einherging mit einer positiven Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung. Mit anderen Worten: Die behinderungsfreie Lebenserwartung mit 65 Jahren stieg in den letzten dreissig Jahren ebenso an wie der Anteil der behinderungsfrei verbrachten Jahre an der Restlebenszeit. Diese Entwicklung steht im Einklang mit der These einer Kompression schwerer Morbidität auf eine relativ kurze Phase am Ende des Lebens, zumindest für eine bedeutsame Gruppe älterer Frauen und Männer. Da diese Entwicklung primär von der Häufigkeit chronischer Erkrankungen im Alter abhängig ist, die funktionale Einschränkungen (Behinderungen) nach sich ziehen, können sich dahinter verschiedene Prozesse verbergen: Die behinderungsfreie Lebenserwartung kann einerseits ansteigen, weil Menschen länger gesund verbleiben und chronische Erkrankungen im Alter nicht oder später eintreten. Andererseits kann das gleiche Ergebnis die Folge davon sein, dass chronische Erkrankungen – dank sekundärer Prävention, medizinischer Interventionen und besserer Rehabilitation – weniger häufig oder später zu funktionalen Alltagseinschränkungen führen (wie dies etwa zeitweise in Frankreich beobachtet wurde (vgl. Robine et al. 1997).

Die zukünftige Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung im Alter hängt primär von der Entwicklung wichtiger degenerativer Erkrankungen (namentlich von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebsmorbidity) ab. Ein Ausschuss schwerer Morbidität aufgrund der wichtigsten degenerativen Erkrankungen könnte in Westeuropa zu einer Erhöhung der behinderungsfreien Lebenserwartung um rund 5 Jahre – gegenüber dem Stand von 2000 – führen (vgl. Fries 2005). Umgekehrt kann eine zunehmende Häufigkeit schweren Übergewichts (Adipositas) und den damit verbundenen Begleiterkrankungen (wie Diabetes) zu einer Wende des Langzeittrends im Bereich der Behinderungshäufigkeit führen. Die aktuellen Trends von Adipositas könnten weltweit eine Einbusse an Lebenserwartung in guter Gesundheit von 2,8 Jahren nach sich ziehen, und eine von 1985–2002 durchgeführte und bis 2020 extrapolierte Analyse des Adipositas-Trends bei US-Amerikanerinnen und US-Amerikanern mittleren Alters deutet darauf hin, dass die Behinderungsquoten zusätzlich um 1 % steigen, wenn die Adipositas-Häufigkeit nicht sinkt (vgl. Sturm et al., 2004).

Damit kann sich aufgrund einer gleichzeitigen Entwicklung zu ungesunder Lebensweise (zu wenig Bewegung, ungesunde Ernährung) und steigender sozialmedizinischer Interventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten eine verstärkte Diskrepanz zwischen der Lebenserwartung mit leichter Morbidität und der

Lebenserwartung mit schwerer Morbidität ergeben. Oder in anderen Worten: Die nähere Zukunft des Alters kann durchaus darin bestehen, dass Menschen zwar noch länger leben, sie aber – etwa wegen häufigerem Übergewicht – länger ungesund verbleiben, ohne dass sie – wegen guter Pflege und guter medizinischer Versorgung – mehr behinderte Lebensjahre erleiden. Es ist auf jeden Fall zentral – und für die Pflegeangebote wichtig – zwischen leichter Morbidität und schwerer Morbidität – die zu alltagsrelevanten funktionalen Einschränkungen beiträgt – zu differenzieren. Zudem zeichnet sich aktuell eine gewisse Zweiteilung der Pflegebedürftigkeit im Alter ab: Auf der einen Seite findet sich eine grosse Gruppe von Menschen, die lange behinderungsfrei verbleiben und erst gegen Lebensende eine oft relativ kurze Phase von Pflegebedürftigkeit erfahren. Auf der anderen Seite existiert eine Minderheit älterer Menschen, die längere Zeit behindert und pflegebedürftig verbleiben (etwa demenzerkrankte Menschen ohne kardiovaskuläre Risiken).

2.2

Selbst eingeschätzte Gesundheit – die subjektive Seite

Werden ältere Menschen direkt gefragt, schätzen sie ihre Gesundheit häufig als gut bis sehr gut ein. Dies gilt namentlich für zuhause lebende ältere und alte Männer und Frauen. Im Zeitvergleich 1992/93 und 2007 hat sich der Anteil der zuhause lebenden Frauen und Männer, die ihre Gesundheit positiv beurteilen, namentlich bei den unter 80-Jährigen leicht erhöht, wogegen die Werte bei den über 80-jährigen zuhause lebenden Personen stabil blieben oder leicht sanken (**Tab. 4**). Klare geschlechtsspezifische Differenzen der subjektiven Gesundheitseinschätzung sind 2007 – mit Ausnahme der Gruppe der 70- bis 74-Jährigen –

Tabelle 4: Zuhause lebende ältere Frauen und Männer in subjektiv guter Gesundheit 1992/93 und 2007

Altersgruppe:	Frauen		Männer	
	1992/93	2007	1992/93	2007
65–69 J.	71 %	82 %	78 %	82 %
70–74 J.	68 %	66 %	74 %	78 %
75–79 J.	61 %	67 %	74 %	70 %
80–84 J.	66 %	62 %	74 %	68 %
85plus J.	62 %	56 %	63 %	59 %

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 2007 (gewichtete Daten)

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

nicht ersichtlich, was früheren Studien widerspricht, die eine schlechtere gesundheitliche Selbsteinschätzung älterer Frauen feststellten (vgl. Stuckelberger, Höpflinger 1996). Bei einem Geschlechtervergleich der subjektiven Gesundheit ist allerdings zu berücksichtigen, dass Frauen im Alter ihre Gesundheit mit der Gesundheit anderer Frauen (und nicht mit der Gesundheit von Männern) vergleichen. Dasselbe gilt für Männer. Das Fehlen geschlechtsspezifischer Unterschiede in der gesundheitlichen Selbsteinschätzung darf daher nicht als Hinweis auf das Fehlen gesundheitlicher Unterschiede zwischen Frauen und Männer interpretiert werden.

Bei der Interpretation von Angaben zur selbst eingeschätzten Gesundheit ist zusätzlich zu beachten, dass die eigene Gesundheit von älteren Menschen nicht an diagnostisch-medizinischen Kriterien gemessen wird. Massgeblich sind vielmehr altersspezifische Normvorstellungen und der Vergleich mit gleichaltrigen Personen («Im Vergleich damit, was für mein Alter erwartbar ist, bin ich noch ganz gesund», «Ich habe zwar meine Altersbeschwerden, aber im Vergleich zu anderen Leuten meines Alters bin ich gesundheitlich noch gut dran»). Mit steigendem Alter werden die Erwartungen an eine gute Gesundheit oft reduziert. Das gesundheitliche Wohlbefinden älterer Menschen unterliegt einer starken Subjektivität. Daher schätzen sich auch alte Menschen, die diverse Beschwerden und gesundheitliche Probleme aufweisen, als relativ gesund ein (vgl. Perrig-Chiello, Sturzenegger 2003). Entsprechend ergeben die Antworten auf die Frage nach dauerhaften gesundheitlichen Problemen («Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?») ein weniger positives Bild: Obwohl 72% der 65-jährigen und älteren zuhause lebenden Befragten ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, verneinen nur 55% das Vorhandensein eines dauerhaften gesundheitlichen Problems oder einer dauerhaften Krankheit. Mehr als zwei Fünftel (44%) erwähnen eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem. Dabei ist aufschlussreich, dass 53%, die bei dieser Frage mit «Ja» antworten, ihre subjektive Gesundheit trotzdem als gut bis sehr gut einschätzen. Die gesundheitliche Selbsteinschätzung stimmt gerade im Alter nicht mit der objektiven Gesundheit überein, sondern die gesundheitliche Selbsteinschätzung ist eng mit dem psychischen Wohlbefinden einer Person verknüpft. In diesem Zusammenhang kann auch eine gute medizinische Versorgung und Pflege bedeutsam sein: Wer bei dauerhaften gesundheitlichen Problemen oder einer Erkrankung eine gute Versorgung und Pflege erhält, fühlt sich subjektiv besser (da die gesundheitlichen Probleme als bewältigbar wahrgenommen werden).

2.3

Gesundheitliche Probleme und Beschwerden im Alter

Im höheren Lebensalter steigt die Häufigkeit chronischer gesundheitlicher Probleme, die direkt oder indirekt zu Pflegebedürftigkeit führen können. Ein häufiges Morbiditätsrisiko im Alter sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und mehr als dreissig Prozent der über 75-Jährigen leiden an ischämischen Herzkrankheiten (wobei Männer davon häufiger betroffen sind als Frauen). Gut zwölf Prozent der über 75-jährigen Bevölkerung erleben einen Schlaganfall («stroke»), was oft zu vorübergehender, teilweise aber auch zu längerer Pflegebedürftigkeit führt. Auch Diabetes gehört zu den relativ häufigen irreversiblen Krankheiten im Alter, ebenso wie Arthrose (vgl. Monod-Zorzi, Seematter-Bagnoud et al. 2007). Ein Zehntel der über 75-jährigen Bevölkerung leidet an starkem Übergewicht (Body Mass Index von 30 und mehr), und die Werte bei den nachkommenden Generationen liegen noch höher. Im Zeitvergleich 1992–2007 zeigen sich eher steigende Werte: Während 1992 45 % der 65- bis 74-Jährigen einen Body Mass Index von 25 und mehr aufwiesen, waren dies 2007 schon 52 %. Übergewicht und vor allem starkes Übergewicht aufgrund von Bewegungsmangel und Fehlernährung gehören zu den wachsenden Risikofaktoren des Alters, wobei hier eine aktive Gesundheitsförderung besonders wirksam sein kann (vgl. dazu Bundesamt für Statistik 2007).

Nicht unbeträchtlich ist im Alter das Risiko depressiver Symptome, die von Frauen häufiger angeführt werden als von Männern (vgl. Adam 1998, Seidl et al. 2004). Depressive Symptome im Alter sind gesundheitspolitisch relevant, weil sie kognitive Einbussen und gesundheitlich bedingte Pflegebedürftigkeit verstärken. Zudem können Depressionen im Alter – namentlich auch bei Männern – zur Selbsttötung führen.

Ein Teil der gesundheitlichen Probleme – wie Diabetes (erwähnt von 12 % der 65-jährigen und älteren zuhause lebenden Befragten) – führt bei entsprechender Behandlung und Ernährung nicht zu Einbussen der Lebensqualität. Andere chronische Krankheiten können vor allem längerfristig und in Kombination mit dem Auftreten weiterer Erkrankungen zu verschlechtertem Wohlbefinden und verstärkter Hilfs- und Pflegebedürftigkeit beitragen. Herzinsuffizienz im Alter kann beispielsweise zu einem erhöhten Bedarf nach Haushalts- und Einkaufshilfe oder Transportdiensten beitragen usw.

Im Allgemeinen sind starke körperliche Beschwerden und Wohlbefinden negativ assoziiert. Körperliche Beschwerden – wie auch psychische Belastungen (Depressivität u. a.) – können zentrale Auslöser für einen erhöhten Hilfe- und Pflegebedarf darstellen, sei es im Rahmen medizinisch-pflegerischer Schmerzbehandlung, sei es als Bestimmungsfaktor für Medikamentenkonsumentum oder als Einflussfaktor für einen erhöhten Wunsch und Bedarf nach alltagsbezogener Unterstützung.

Mit steigendem Lebensalter werden körperliche Beschwerden häufiger und ausgeprägter. Mehr als ein Drittel (37 %) der 65-jährigen und älteren zuhause

lebenden Personen kennt keine oder kaum Beschwerden, wobei dieser Anteil von der jüngsten Altersgruppe (65–69 J.) bis zur höchsten Altersgruppe (85plus J.) deutlich sinkt, von 42 % auf 29 %. Gut ein Drittel (34 %) erwähnt einige Beschwerden, und mehr als ein Fünftel (29 %) starke Beschwerden, und ab dem 80. Altersjahr betrifft es über ein Drittel der zuhause lebenden Personen.

Bei Häufigkeit und Intensität körperlicher Beschwerden zeigen sich klare geschlechtsspezifische Unterschiede, und zwar in der Richtung, dass Frauen nach 65 häufiger starke körperliche Beschwerden anführen als gleichaltrige Männer (vgl. **Tab. 5**). Geschlechtsspezifische Mortalitätsunterschiede können diese Unterschiede verstärken, indem Männer bei gleicher Morbiditätsintensität früher sterben als Frauen. Frauen leben zwar länger und teilweise auch länger gesund als Männer, aber gleichzeitig ist bei Frauen auch die Lebenszeit mit starken Beschwerden länger als bei Männern. Deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich namentlich bezüglich Gelenk- und Gliederschmerzen, Rücken- oder Kreuzschmerzen sowie bezüglich Schlafstörungen (was mit dazu beiträgt, dass Frauen häufiger Schlafmittel einnehmen als Männer).

Tabelle 5: Ausmass an körperlichen Beschwerden (ohne Fieber) nach Geschlecht 2007

	Zuhause lebende Männer im Alter von:					
	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	Total 65plus
Beschwerden:						
– keine/kaum	52 %	47 %	45 %	41 %	39 %	47 %
– einige	31 %	37 %	30 %	35 %	33 %	33 %
– starke	17 %	16 %	25 %	24 %	28 %	20 %
	Zuhause lebende Frauen im Alter von:					
	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	Total 65plus
Beschwerden:						
– keine/kaum	33 %	31 %	27 %	28 %	23 %	29 %
– einige	36 %	35 %	36 %	29 %	33 %	34 %
– starke	31 %	34 %	37 %	43 %	44 %	37 %

Index aus den Fragen zu Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall/Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schmerzen im Brustbereich (jeweils in den letzten 4 Wochen). Ausschlusskriterium: Fieber (in den letzten 4 Wochen).

Quelle: SGB 2007 (telefonischer Teil, gewichtete Daten).

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

Zusätzlich ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede je nach Bildungsniveau, und ältere Menschen mit geringer schulisch-beruflicher Bildung leiden häufiger unter körperlichen Beschwerden als ältere Menschen mit hohem Bildungsniveau. So klagten 37 % der 65-jährigen und älteren Befragten mit nur obligatorischer Schulbildung über starke Schmerzen, im Vergleich zu 29 % der älteren Befragten mit mittlerem Bildungsniveau (Sekundarstufe II) oder 20 % der älteren Menschen mit tertiärer Bildung. Auch das Alter und die letzte Lebensphase werden sozio-ökonomisch mitgeprägt, und «End-of-Life-Interviews» lassen beispielsweise erkennen, dass besser ausgebildete alte Menschen ihr letztes Lebensjahr mit weniger Einschränkungen verbringen als weniger gut ausgebildete Personen, die gleichzeitig auch früher versterben (vgl. Andersen-Ranberg, Robine et al. 2008).

Im Zeitvergleich 1992/93 bis 2007 hat sich der Anteil älterer Männer und Frauen mit starken Beschwerden wenig verändert. Allerdings hat sich in diesen Jahren das Durchschnittsalter der Rentnerbevölkerung weiter erhöht, wodurch gleich bleibende Raten auf eine Verschiebung starker Beschwerden nach oben, ins hohe Alter, hindeuten. Insgesamt zu vermuten ist, dass sich angesichts der steigenden Lebenserwartung nach 65 keine klare Ausdehnung der beschwerdefreien Lebensjahre ergab, im Unterschied zu den behinderungsfreien Lebensjahren. Dies hat einerseits damit zu tun, dass dank medizinischer und pflegerischer Entwicklung alte Menschen mit Beschwerden länger selbstständig verbleiben. Andererseits führen pharmakologische Fortschritte wie auch Entwicklungen in der Schmerzbehandlung dazu, dass körperliche Beschwerden weniger oder später zu funktionalen Einschränkungen führen.

2.4

Funktionale Einschränkungen bei zuhause lebenden älteren und alten Menschen

Eine Frage in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 bezog sich allgemein darauf, ob und in welchem Masse eine Person gesundheitlich bedingt beim normalen Alltagsleben Einschränkungen erlebt: «Wie sehr sind Sie zumindest während der letzten 6 Monate durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt gewesen? Würden Sie sagen, Sie sind stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt oder nicht eingeschränkt gewesen?»

Sachgemäss erhöht sich der Anteil der sich im Alltag eingeschränkt fühlenden Personen mit steigendem Alter. Während sich 26 % der 65- bis 69-jährigen als etwas oder stark eingeschränkt einstufen, sind dies 61 % der 85-jährigen und älteren zuhause Lebenden (was auf einen steigenden Hilfebedarf deutet). Auch bezüglich gesundheitlich bedingter Alltagseinschränkungen werden – wie bei den körperlichen Beschwerden – geschlechtsspezifische Unterschiede sichtbar,

wobei dies schon ab 70 Jahren deutlich wird. Offen bleibt bei dieser Frageform einerseits, welche Form von alltagsrelevanten Einschränkungen auftreten, und andererseits, welche Alltagsaktivitäten konkret davon betroffen sind. Zusätzliche Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung vermitteln zu beiden Aspekten detaillierte Informationen.

Sensorische Einschränkungen – Seh- und Hörbehinderungen: Im höheren Lebensalter können sensorische Einbussen das Leben erschweren oder im Extremfall sogar ein selbstständiges Leben verunmöglichen. Dies gilt insbesondere für Seheinschränkungen. Insgesamt leiden 7% der 65-jährigen zuhause lebenden Personen an leichten Sehbehinderungen, und 2% leiden an starken Sehbehinderungen. 1% ist sogar nicht mehr in der Lage, auch mit Brille, ein Buch oder eine Zeitung zu lesen. Vor allem im Alter nach 80 nimmt der Anteil an zuhause lebenden sehbehinderten Menschen zu. Stark sehbehindert oder erblindet sind gut 8% der 80- bis 84-jährigen Personen und sogar 10% der über 84-jährigen Befragten, im Vergleich zu erst 3% der 75- bis 79-jährigen Personen. Bei guter Organisation eines Haushalts können sehbehinderte alte Menschen selbstständig verbleiben, aber sie benötigen vermehrt Hilfe beim Einkaufen, beim Putzen sowie bei der Essenzubereitung oder bei administrativen Fragen. Zudem können Seheinschränkungen wegen eingeschränkten Aussenkontakten zu Vereinsamung führen. Auch Höreinbussen können zu sozialer Isolation und Vereinsamung zuhause lebender alter Frauen und Männer beitragen, und im Alter treten alltagsrelevante Höreinbussen häufiger auf, selbst wenn heute in vielen Fällen Hörgeräte gute Dienste leisten. Aber noch können nicht alle Höreinbussen technologisch kompensiert werden. Während 7% der 65- bis 69-Jährigen – allenfalls mit Hörgerät – leichte bis starke Schwierigkeiten vermelden, einem gewöhnlichen Gespräch mit zwei weiteren Personen zu folgen, sind dies schon 18% der 80- bis 84-Jährigen und gar 31% der 85-jährigen und älteren Menschen. Merkbare Höreinbussen treten bei Männern leicht häufiger bzw. früher auf als bei Frauen. So erwähnen etwa 18% der 75- bis 79-jährigen Männer leichte bis starke Hörprobleme, im Vergleich zu 10% der gleichaltrigen Frauen. Höreinschränkungen im Alter erfordern eine spezielle Schulung von Pflegefachpersonen, da bei Schwerhörigkeit die Gefahr kommunikativer Missverständnisse und einer «sekundären Baby-Sprache» («secondary baby-talk»), gekennzeichnet durch einfache Sätze und bevormundende Sprachformen, besteht (vgl. Sachweh 1998).

Einschränkungen des Gehvermögens: Ein merkbarer Hilfe- und Pflegebedarf im Alltag entsteht insbesondere bei Einschränkungen der körperlichen Mobilität, da Einschränkungen des Gehvermögens ein selbstständiges Einkaufen, den selbstständigen Besuch eines Arztes, einer Apotheke oder sogar ein selbstständiges Haushalten (Putzen, Staubsaugen, Waschen usw.) erschweren oder verhindern. Mobilitätseinschränkungen verlangen häufig vermehrte Hilfe beim Ankleiden oder bei der täglichen Körperpflege. Mobilitätseinschränkungen – noch stärker

als sensorische Einbussen wie Hörverlust – sind oft ein Grund, um in eine Alters- und Pflegeeinrichtung oder betreute Wohnform zu ziehen.

Vor allem nach dem Alter von 80 Jahren werden Einschränkungen des Gehvermögens bei zuhause lebenden Menschen häufiger. Oft sind solche Einschränkungen des Gehvermögens mit anderen körperlichen Einschränkungen und Beschwerden assoziiert, und aufgrund von Einschränkungen des Gehvermögens bedingte Unbeweglichkeit kann weitere negative Folgen – wie Gewichtszunahme und Verlust an Muskelkraft – aufweisen bzw. eine intensivere Pflege (Fusspflege, Massage, angepasste Ernährung usw.) erfordern.

In der höchsten Altersgruppe (85plus) sind mehr zuhause lebende Frauen als Männer von Mobilitätseinschränkungen betroffen. Während in dieser Altersgruppe 13 % der Männer klar gehbehindert sind, sind es 22 % der Frauen. Dieser Unterschied kann einerseits Altersstruktureffekte (höheres Alter der Frauen) widerspiegeln, andererseits können Mobilitätseinschränkungen bei Männern – namentlich wenn sie allein leben – rascher einen Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erzwingen als bei Frauen, die gewohnt sind, Haushaltsarbeiten auch unter erschwerten Bedingungen zu erledigen. Im Zeitvergleich 1992/93–2007 ist der Anteil der gehbehinderten zuhause lebenden alten Frauen (85plus) signifikant angestiegen, von 16 % auf 22 %. Dies weist darauf, dass heute mehr alte Frauen auch mit Gehbehinderungen zuhause verbleiben als früher; sei es, weil mehr hindernisfreie Alterswohnungen gebaut wurden, oder sei es, weil es auch in der Schweiz zu einem Ausbau betreuter Wohnformen kam. Ein Ausbau hindernisfreier, rollstuhlgängiger Wohnungen wie auch betreute Wohnformen dürften dazu beitragen, dass sich Zahl und Anteil alter Menschen, die mit Geheinschränkungen zuhause wohnen, weiter erhöhen dürften.

Einschränkungen der basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten im

Alter: Die bisher diskutierten Daten lassen erkennen, dass trotz oft langer subjektiver Gesundheit ältere und vor allem alte Menschen häufig unter gesundheitlichen Problemen, Beschwerden und sensorischen Einschränkungen leiden. Was die bisher analysierten Daten nicht zeigen, ist, in welchen Alltagsaktivitäten alte Menschen Einschränkungen erfahren. Dafür sind spezifischere Fragen zu konkreten Alltagsaktivitäten notwendig. Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 wurden erstmals 5 Items zu basalen Alltagsaktivitäten («activity of daily living» ADL) und 8 Items zu instrumentellen Aktivitäten des Alltagslebens («instrumental activity of daily living» IADL) erfragt. Damit lässt sich das von der WHO entwickelte Konzept der funktionalen Gesundheit (vgl. INSOS Schweiz 2009) empirisch klarer abstützen.

Basale Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL-Items): Die grosse Mehrheit der älteren Bevölkerung (65plus), aber auch eine deutliche Mehrheit der alten zuhause lebenden Personen (85plus) weist keine Schwierigkeiten auf, die basalen Alltagsaktivitäten (wie Essen, ins Bett gehen, sich an- oder ausziehen, zur Toilette

gehen, Baden oder Duschen) selbstständig zu erledigen (vgl. Tabelle A im Anhang). Dies hat viel mit der Tatsache zu tun, dass merkbare Einschränkungen der basalen Alltagsaktivitäten vielfach einen Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erfordern, speziell wenn jemand allein lebt und nicht auf eine hausinterne Unterstützungsperson zurückgreifen kann.

Eine Minderheit der zuhause lebenden alten Menschen ist hingegen bei alltäglichen Aktivitäten auf regelmässige Hilfe angewiesen. Ein besonders häufiger Hilfebedarf besteht beim Baden oder Duschen, wogegen nur relativ wenige alte zuhause lebende Menschen beim Essen auf externe Hilfe angewiesen sind, primär, weil Unselbstständigkeit beim Essen zumeist zu einem Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung führt. Auf den ersten Blick sind Frauen bei basalen Alltagsaktivitäten häufiger als gleichaltrige Männer auf Hilfe angewiesen, aber dies spiegelt weitgehend einen Altersstruktureffekt (höheres Durchschnittsalter der Frauen) wider.

Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL-Items): Neben der Selbstständigkeit oder Unselbstständigkeit in den basalen Alltagsaktivitäten wurde im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 nach der Fähigkeit zur selbstständigen Erledigung instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens nachgefragt. Angesprochen sind Aktivitäten, die ebenfalls wichtig sind, die jedoch nicht basalen Alltagscharakter aufweisen. Einige der angeführten Tätigkeiten – wie Wäsche waschen, Hausarbeit erledigen, sich um Finanzen kümmern – müssen nicht täglich erfolgen, und andere Tätigkeiten – wie öffentliche Verkehrsmittel benützen oder Einkaufen – erfordern das Verlassen der eigenen Wohnung. Die Fähigkeit zu telefonieren ist zwar wichtig für Kontakte nach aussen, aber mit Ausnahme von Notsituationen nicht immer notwendig. Vor allem handelt es sich bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens – im Gegensatz zu basalen Alltagsaktivitäten – um Tätigkeiten, deren Erfüllung stark von einer guten Passung individueller Kompetenzen und Umweltfaktoren abhängig ist. Oder in anderen Worten: Schwierigkeiten können nicht nur aufgrund individueller funktionaler Einschränkungen, sondern auch aufgrund einer schlechten Umweltgestaltung entstehen, wie Fehlen naher Einkaufsmöglichkeiten, komplizierte Steuerformulare oder nicht hindernisfrei gebaute Verkehrsmittel usw.

Bei den instrumentellen Aktivitäten (wie Einkaufen, Hausarbeit, Essen zubereiten, administrative Aufgaben) ergeben sich im Alter tatsächlich stärkere Einschränkungen, und der entsprechende Hilfebedarf alter Menschen ist vielfach ausgeprägt (vgl. Tabelle B im Anhang). So sind mehr als zwei Fünftel der 85-jährigen und älteren zuhause lebenden Personen nicht mehr in der Lage, schwere Hausarbeit zu leisten, und ein Sechstel ist selbst bei leichter Hausarbeit von Hilfe abhängig. Ein Viertel ist nicht mehr in der Lage, selbstständig einzukaufen, und dreizehn Prozent können ihr Essen nicht mehr selbstständig zubereiten (was etwa zur Inanspruchnahme von Mahlzeitendiensten führt). Auch selbstständig zu waschen ist im hohen Lebensalter oft nicht mehr möglich, wie auch gut ein

Fünftel der befragten alten Menschen bei der Verwaltung ihrer Finanzen Hilfe benötigt.

Bei Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten können ambulante Hilfeleistungen durch Angehörige, Spitex oder Pro Senectute, aber auch durch engagierte Seniorengruppen (Senioren helfen Senioren) entscheidend für das weitere Verbleiben in der angestammten Wohnung sein. Einige Einschränkungen instrumenteller Aktivitäten können – zumindest teilweise – durch technische Lösungen kompensiert werden, wie etwa durch altersangepasste Telefone (vgl. www.fst.ch), hindernisfrei zugängliche öffentliche Verkehrsmittel, ein Einkaufen via Internet oder vorgefertigte Menüs usw.

Funktionale Einschränkungen in einem Tätigkeitsbereich sind häufig mit Einschränkungen in anderen Tätigkeitsbereichen verknüpft. Gesundheitlich bedingte Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten – die teilweise ausserhäuslichen Charakter aufweisen – und der basalen alltäglichen Aktivitäten sind bei älteren Menschen hoch interkorreliert, und die Korrelation zwischen den Werten der ADL-Skala und der IADL-Skala liegt bei der zuhause lebenden Bevölkerung von 65 Jahren und älter bei 0.72.

Im Alter scheinen Frauen insgesamt häufiger an funktionalen Einschränkungen zu leiden, aber dies kann einen Altersstruktureffekt widerspiegeln. Eine multivariate Analyse bei 65-jährigen und älteren Befragten unter Einbezug der drei Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsniveau (3-stufig) belegt, dass bei den Einschränkungen der basalen Alltagsaktivitäten nur das Alter (in Jahren) einen statistisch klar signifikanten Effekt aufweist, nicht jedoch Geschlecht und Bildungsniveau. Dies impliziert umgekehrt, dass ADL-Skalen – aufgrund der Konzentration auf basale Aktivitäten des täglichen Lebens – relativ bildungs- und geschlechtsneutrale Messinstrumente zur funktionalen Gesundheit im Alter darstellen.

Auch bei den Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten verwischen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede, wenn Alter (in Jahren) und Bildungsniveau kontrolliert werden. Das (chronologische) Alter bleibt statistisch signifikant, aber auch das Bildungsniveau. Einschränkungen bei den instrumentellen Alltagsaktivitäten sind bei AHV-Rentnern mit tiefer Bildung (nur obligatorische Schule) ausgeprägter als bei Personen mit mittlerer Bildung oder tertiärer Ausbildung. Die Fähigkeit, im Alter instrumentelle Aktivitäten zu erfüllen, ist bildungsabhängig bzw. von den kognitiven Fähigkeiten abhängig. Dies gilt in besonders starkem Masse für finanzielle Fragen, aber auch bezüglich selbstständigen Einkaufens.

2.5

Zur Häufigkeit von Pflege- und Hilfebedürftigkeit bei zuhause lebenden älteren Menschen

Die Angaben zu Einschränkungen der basalen Alltagsaktivitäten (ADL) und der instrumentellen Aktivitäten (IADL) können dazu verwendet werden, um die Häufigkeit (Prävalenz) von Pflege- und Hilfebedürftigkeit bei zuhause lebenden älteren und alten Menschen zu bestimmen. Dabei ist eine klare und offen gelegte Operationalisierung zentral, da die Häufigkeit von Pflege- und Hilfebedürftigkeit stark von der Definition und den gewählten Kategorisierungen abhängig ist.

Im Folgenden werden Pflege- und Hilfsbedürftigkeit wie folgt definiert:

- a) *Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit*: Die Erfassung von Pflegebedürftigkeit basiert auf den Fragen zu den basalen Alltagsaktivitäten. Es handelt sich hier um ein funktionales Pflegebedürftigkeitskonzept (und nicht um eine medizinische Definition). So benötigt etwa eine Person mit Diabetes regelmässig medizinische Betreuung und eventuell Pflege, sie kann aber vielfach ihr Alltagsleben ohne Einschränkungen erfüllen. Als stark pflegebedürftig werden Personen eingestuft, welche mindestens eine der fünf erfragten basalen Alltagsaktivitäten nicht mehr selbstständig erfüllen können. Als mittelmässig pflegebedürftig werden Personen kategorisiert, welche alle fünf basalen Alltagsaktivitäten noch selbst bewältigen können, aber bei mindestens einer Aktivität starke Schwierigkeiten ihrer Ausübung anführen. Als leicht pflegebedürftig eingestuft werden Personen, welche mindestens bei einer basalen Aktivität leichte Schwierigkeiten angeben, aber keine starken Schwierigkeiten anführen.
- b) *Operationalisierung von Hilfebedürftigkeit*: Hilfebedürftigkeit – im Unterschied zu Pflegebedürftigkeit – wird als Hilfebedarf bei instrumentellen Aktivitäten des Alltagslebens erfasst. Als stark hilfebedürftig werden Personen eingestuft, welche mindestens eine der acht erfragten instrumentellen Aktivitäten nicht mehr selbstständig erfüllen können. Als mittelmässig hilfebedürftig werden Personen kategorisiert, die bei mindestens einer instrumentellen Aktivität starke Schwierigkeiten in ihrer Ausübung anführen, aber keine Aktivität nicht mehr selbstständig erledigen können. Als leicht hilfebedürftig werden Personen eingestuft, welche bei mindestens einer instrumentellen Aktivität leichte Schwierigkeiten aufweisen, aber keine starken Schwierigkeiten anführen.

Häufigkeit von leichter bis starker Pflegebedürftigkeit zu Hause: In **Tabelle 6** sind Häufigkeit leichter bis starker Pflegebedürftigkeit – im Sinne funktioneller Einschränkungen basaler Alltagsaktivitäten – angeführt. Insgesamt sind gut 4 % der zuhause lebenden älteren Bevölkerung (65plus) als mittelmässig bis stark pflegebedürftig zu klassifizieren, und weitere gut 6 % als höchstens leicht pflegebedürftig.

Tabelle 6: Häufigkeit von leichter bis starker Pflegebedürftigkeit bei zuhause lebenden älteren Personen – nach Alter und Geschlecht 2007

Zuhause lebende Befragte	Altersgruppe					
	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	65plus
Bei basalen Alltagsaktivitäten:						
– leicht pflegebedürftig	3.1 %	4.5 %	6.1 %	8.6 %	14.2 %	5.9 %
– mittelmässig pflegebedürftig	0.3 %	0.9 %	1.6 %	2.1 %	5.5 %	1.4 %
– stark pflegebedürftig	0.5 %	1.4 %	2.0 %	4.5 %	12.1 %	2.6 %
Mittelmässig bis stark pflegebedürftig	0.8 %	2.3 %	3.6 %	6.6 %	17.6 %	4.0 %
Männer	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	65plus
Bei basalen Alltagsaktivitäten:						
– leicht pflegebedürftig	3.8 %	3.7 %	5.0 %	6.2 %	10.8 %	4.8 %
– mittelmässig pflegebedürftig	0.1 %	0.4 %	2.8 %	2.0 %	4.0 %	1.2 %
– stark pflegebedürftig	0.4 %	1.9 %	2.4 %	2.3 %	7.4 %	1.9 %
Mittelmässig bis stark pflegebedürftig	0.5 %	2.3 %	5.2 %	4.3 %	11.4 %	3.1 %
Frauen	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	65plus
Bei basalen Alltagsaktivitäten:						
– leicht pflegebedürftig	2.5 %	5.1 %	6.9 %	10.3 %	15.7 %	6.6 %
– mittelmässig pflegebedürftig	0.5 %	1.3 %	0.9 %	2.1 %	6.1 %	1.6 %
– stark pflegebedürftig	0.6 %	1.0 %	1.6 %	6.0 %	14.3 %	3.2 %
Mittelmässig bis stark pflegebedürftig	1.1 %	2.3 %	2.5 %	8.1 %	20.4 %	4.8 %

Quelle: SGB 2007 (gewichtete Daten, Antworten zu den ADL-Items).

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

In der intereuropäischen SHARE-Erhebung 2004 wurde – ebenfalls basierend auf ADL-Kriterien – festgestellt, dass nahezu 11 % der über 50-jährigen zuhause Lebenden mit mindestens einer körperlichen Einschränkung leben. Allerdings ergeben sich beträchtliche Unterschiede zwischen Ländern, mit den höchsten Pflegebedürftigkeitswerten in Spanien (13 %) und vergleichsweise geringen Werten in den Niederlanden und der Schweiz. In der Schweiz berichteten nur etwas mehr als sechs Prozent der 50-jährigen und älteren Befragten von funktionalen Alltagseinschränkungen (vgl. Haberkern 2009: 89). Bezogen auf die Vergleichsgruppe der 50-jährigen und älteren Personen kommen wir mit den SGB-Daten 2007 auf relativ analoge Werte von 6 % mit alltagsbezogenen funktionalen Einschränkungen (wobei 4 % mittelstarke bis starke Einschränkungen erfahren). Für die relativ gute funktionale Gesundheit der Schweizer Befragten können gute wirtschaftliche und sozialpolitische Rahmenbedingungen angeführt werden. «Sowohl ein hohes Bildungsniveau als auch ein breiter Wohlstand scheinen sich positiv auf die körperliche Verfassung im Alter auszuwirken. In die gleiche Richtung weist auch eine hohe Erwerbsquote der ab 50jährigen.» (Haberkern 2009: 93).

Sachgemäss steigt die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit mit dem Alter an, selbst wenn Selektionseffekte (Wechsel in ein Pflegeheim bei starker Pflegebedürftigkeit) den Anteil an stark pflegebedürftigen zuhause Lebenden reduzieren. So sind gut 5 % der 80- bis 84-jährigen und 12 % der 85-jährigen und älteren Befragten stark pflegebedürftig, das heisst, sie können mindestens eine basale Alltagstätigkeit nicht mehr selbstständig erfüllen. Am häufigsten betrifft dies selbstständig baden bzw. duschen sowie sich selbstständig an- und ausziehen. Weitere 6 % der 85-jährigen und älteren Befragten sind mittelmässig pflegebedürftig und 14 % leicht pflegebedürftig. Insgesamt leidet fast ein Drittel der 85-jährigen und älteren zuhause lebenden Personen an funktionalen Alltagseinschränkungen, wobei gut die Hälfte davon nur leicht betroffen ist, die andere Hälfte jedoch mittelmässig bis stark betroffen ist.

Der geschlechtsspezifische Vergleich zeigt auf den ersten Blick, dass Frauen namentlich über 80 häufiger von funktionalen Alltagseinschränkungen betroffen sind. Werden Altersstruktureffekte jedoch sorgfältig kontrolliert, verwischen sich die geschlechtsbezogenen Differenzen. Im Alter leiden zuhause lebende Frauen primär häufiger an basalen Alltagseinschränkungen als Männer, weil sie durchschnittlich älter sind. Auch Unterschiede in der Häufigkeit einer Partnerbeziehung können bedeutsam sein, da bei starker Pflegebedürftigkeit ein Verbleiben in der bisherigen privaten Wohnung vor allem möglich ist, wenn eine pflegende Partnerin oder ein pflegender Partner vorhanden ist. So zeigt sich, dass von den allein lebenden 85-jährigen und älteren Befragten nur 15 % mittel bis stark pflegebedürftig sind, dies aber für 45 % der nicht allein lebenden hochaltrigen Befragten gilt. Der Effekt der Lebensform (allein lebend, nicht allein lebend) ist allerdings nur im hohen Alter bedeutsam. Wir beobachten somit einen interaktiven Effekt von Hochaltrigkeit und Lebensform. Dies hat damit zu tun, dass hohes Alter – und die damit verbundene Fragilisierung – bei funktionalen Einschränkungen

eine erhöhte pflegerische Unterstützung erfordert, etwa weil Risiken (wie Sturzrisiko) oder Multimorbidität mehr Pflegeleistungen erfordern. Ob jemand im gleichen Haushalt wohnt, hat vor allem im hohen Alter einen entscheidenden Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, zuhause gepflegt zu werden, und da Männer im Alter häufiger mit einer Partnerin leben als Frauen mit einem Partner, kann dies zu geschlechtsspezifischen Unterschieden der Pflegesituation beitragen.

Das Risiko von Pflegebedürftigkeit bei gegebenem Alter wird auch durch soziale Faktoren beeinflusst, und das Pflegebedürftigkeitsrisiko im Alter ist nach vielen Studien negativ mit hohem Einkommen und vor allem hoher Bildung korreliert (vgl. Jungbauer-Gans 2006). Tatsächlich zeigen sich im bivariaten Vergleich deutliche Bildungsunterschiede der funktionalen Alltagseinschränkungen bei den zuhause lebenden 65-jährigen und älteren Befragten: Befragte mit hoher Bildung (Tertiärstufe) sind zu 2 % mittel bis stark pflegebedürftig und zu 4 % höchstens leicht pflegebedürftig. Bei mittlerem Bildungsniveau (Sekundarstufe II) sind 4 % mittel bis stark eingeschränkt und 5 % leicht. Noch höhere Werte ergeben sich bei Personen mit tiefem Bildungsniveau (nur obligatorische Schule). Hier sind 6 % mittel bis stark pflegebedürftig und 9 % leicht eingeschränkt. Da das Bildungsniveau bei alten Menschen (und vor allem bei alten Frauen) kohortenbedingt tiefer liegt als bei jüngeren AHV-Rentnern, kann dies eine Scheinbeziehung darstellen. Tatsächlich verwischen sich die bildungsbezogenen ADL-Unterschiede, wenn Geschlecht und Alter statistisch kontrolliert werden. Dabei können auch Selektionseffekte dazu beitragen, dass sich entsprechende Bildungseffekte bei der zuhause lebenden Altersbevölkerung abschwächen; sei es, dass bildungsferne Personen früher sterben und die Hochaltrigen primär aus bildungshohen Personen bestehen; sei es, dass bildungsferne (und damit oft einkommensschwächere) Personen im Alter häufiger in eine Alters- und Pflegeeinrichtung wechseln.

Häufigkeit von leichter bis starker Hilfebedürftigkeit zuhause: Die Daten in **Tabelle 7** illustrieren – analog zur vorherigen Analyse – den Anteil zuhause lebender älterer und alter Frauen und Männer, die bei den erfragten instrumentellen Aktivitäten als leicht bis stark hilfebedürftig einzustufen sind. Deutlich wird, dass gut ein Fünftel der 65-jährigen und älteren zuhause lebenden Menschen mindestens bei einer instrumentellen Aktivität auf starke Schwierigkeiten stösst oder dazu nicht mehr in der Lage ist. Gut ein weiteres Siebtel ist leicht hilfebedürftig, speziell bei Tätigkeiten, die viel Kraft brauchen (wie schwere Hausarbeit).

Im hohen Alter nimmt Hilfebedürftigkeit zu, und mehr als die Hälfte (51 %) der 85-jährigen und älteren zuhause lebenden Personen vermag zumindest eine instrumentelle Aktivität nicht mehr selbstständig auszuüben. Dies betrifft vor allem Kräfte raubende hauswirtschaftliche Aktivitäten, aber auch ausserhäusliche Aktivitäten (Einkaufen, Verkehrsmobilität). Der Anstieg an Hilfebedürftigkeit mit dem Alter ist markanter als bei der Pflegebedürftigkeit, weil Hilfebedürftigkeit unter günstigen Umständen keinen Wegzug in eine Alters- und Pflegeeinrichtung

Tabelle 7: Häufigkeit von leichter bis starker Hilfebedürftigkeit bei zuhause lebenden älteren Personen – nach Alter und Geschlecht 2007

Zuhause lebende Befragte:	Altersgruppe					
	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	65plus
Bei instrumentellen Aktivitäten:						
– nicht hilfebedürftig	83.3%	70.9%	62.6%	51.4%	24.1%	66.0%
– leicht hilfebedürftig	8.1%	14.1%	16.4%	18.5%	14.6%	13.5%
– mittelmässig hilfebedürftig	1.4%	4.7%	4.8%	6.2%	10.6%	4.5%
– stark hilfebedürftig	7.2%	10.3%	16.2%	23.9%	50.7%	16.0%
<hr/>						
Zuhause lebende Männer :	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	65plus
Bei instrumentellen Aktivitäten:						
– nicht hilfebedürftig	84.4%	74.4%	66.7%	58.7%	26.6%	71.0%
– leicht hilfebedürftig	6.9%	13.0%	15.0%	17.0%	20.7%	12.5%
– mittelmässig hilfebedürftig	0.9%	2.9%	2.6%	5.3%	12.8%	3.1%
– stark hilfebedürftig	7.8%	9.7%	15.7%	19.0%	39.9%	13.4%
<hr/>						
Zuhause lebende Frauen :	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	65plus
Bei instrumentellen Aktivitäten:						
– nicht hilfebedürftig	82.3%	67.9%	59.7%	46.4%	22.9%	62.3%
– leicht hilfebedürftig	9.1%	15.1%	17.4%	19.6%	11.9%	14.3%
– mittelmässig hilfebedürftig	1.9%	6.2%	6.4%	6.9%	9.7%	5.4%
– stark hilfebedürftig	6.7%	10.8%	16.5%	27.1%	55.5%	18.0%

Quelle: SGB 2007 (gewichtete Daten, Antworten zu den IADL-Items)

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

erfordert. Wer altersbedingt keine öffentlichen Verkehrsmittel mehr benutzen kann, bleibt zuhause (was eine soziale Isolation verstärken kann). Wer Probleme mit dem Einkaufen hat, delegiert dies an Dritte oder kauft weniger ein, was unter Umständen dazu führt, dass sich die Ernährung verschlechtert. Wer beim Putzen oder Saubermachen Mühe hat, benützt unter Umständen nur noch einen Teil der Wohnung. Noch mehr als bei Einschränkungen der basalen Alltagsaufgaben sind Ausmass und Umgang mit Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten im Alter mit persönlichen Anpassungsstrategien, informellen Hilfenetzen, aber auch mit der Qualität von Wohnung, Wohnumgebung und Infrastruktur verknüpft.

Wie bei Pflegebedürftigkeit zeigen sich auch bei Hilfebedürftigkeit im hohen Alter auf den ersten Blick deutliche Geschlechterunterschiede, die sich aber nach Kontrolle anderer Faktoren (wie Altersstruktur, Bildungshintergrund, Lebensform) auflösen. Die Haushaltsform hat nach Kontrolle der Altersverteilung keinen klaren Effekt, da – im Unterschied zu basalen Alltagsaktivitäten – bei instrumentellen Aktivitäten haushaltsexterne Hilfe oder Delegation an Dritte gut möglich ist, etwa Einkaufen via Internet oder Einkaufshilfe, Delegation der Wäsche an die Tochter oder Nachbarin usw. Hingegen zeigt sich ein deutlicher Bildungseffekt, der auch nach Kontrolle von Alter bzw. Kohortenzugehörigkeit signifikant verbleibt. So sind fast dreissig Prozent der älteren Befragten mit tiefer Bildung mittel bis stark hilfsbedürftig, im Vergleich zu vierzehn Prozent der älteren Befragten mit hoher Bildung. Eine Detailanalyse zeigt, dass Bildungsunterschiede bei nahezu allen instrumentellen Aktivitäten – vom Einkaufen, Haushalten bis zur Regelung finanzieller Fragen und der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel – bedeutsam sind. Inwiefern die Bildungsunterschiede soziale Ressourcenunterschiede – von Einkommen bis zu Wohneigentum – oder Unterschiede der körperlichen und physischen Verfassung widerspiegeln, bleibt offen.

Funktionale Einschränkungen der basalen Alltagsaktivitäten wie auch der instrumentellen Aktivitäten sind signifikant mit einer erhöhten psychischen Belastung assoziiert. Dabei können sich wechselseitige Effekte ergeben: Funktionale Einschränkungen des Alltagslebens können zu Niedergeschlagenheit, Entmutigung, Verstimmung usw. beitragen, wie umgekehrt depressive Stimmungen die funktionale Selbstständigkeit im Alter untergraben. In jedem Fall sind Pflege- und Hilfebedürftigkeit im Alter nicht nur ein physisches Problem, sondern oft auch mit psychischen Belastungen assoziiert: Wer sich psychisch belastet fühlt, ist oft stärker pflege- und hilfsbedürftig, wie umgekehrt eine starke Pflege- und Hilfebedürftigkeit auch psychisch als belastend empfunden wird.

2.6

Pflegebedürftigkeit in Alters- und Pflegeheimen

Da im Alter primär Pflegebedürftigkeit zu einem Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung führt, ist es nicht erstaunlich, dass eine grosse Mehrheit der Bewohner und Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen stark pflegebedürftig ist. Allerdings können auch soziale und wirtschaftliche Probleme (soziale Isolation oder Hilflosigkeit nach einer Verwitwung, Armut im Alter, Abriss einer Altwohnung usw.) sowie altersbedingte Fragilität (wie erhöhtes Sturzrisiko, Sineseneinschränkungen) zu einem Übertritt in eine Alters- und Pflegeinstitution beitragen (vgl. Guilley 2005). Auch psychische Probleme und Suchtverhalten im Alter können zu einem vorzeitigen Heimeintritt führen. Entsprechend ist eine nicht unbeträchtliche Minderheit alter Heimbewohner und Heimbewohnerinnen nicht oder noch nicht im eigentlichen Sinne pflegebedürftig. Zu dieser Situation kann es auch kommen, wenn ein (Ehe)-Paar bei Pflegebedürftigkeit des Partners bzw. der Partnerin gemeinsam in eine Alterseinrichtung wechselt.

Die **Tabelle 8** zeigt die Verteilung älterer Heimbewohner und Heimbewohnerinnen (65plus) nach Pflegestufen bzw. Pflegebedarf.

Bei der Auswertung der Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI 2008/09) wurden Selbstständigkeit bzw. Unselbstständigkeit bei fünf Aktivitäten des täglichen Lebens (selbstständig essen, selbstständig ins/aus dem Bett steigen, von einem Sessel aufstehen, selbstständig zur Toilette gehen, selbstständig baden oder duschen) zur Kategorisierung der Pflegestufe einbezogen.¹ Die Definition der Pflegestufen wurde analog gehandhabt wie vorher bei den zuhause lebenden älteren Menschen (um anschliessend die Pflegequoten im Alter unabhängig von der Wohnform zu berechnen):

Als nicht pflegebedürftig gelten Heimbewohner und Heimbewohnerinnen, die in allen fünf Alltagsaktivitäten ohne jegliche Einschränkung leben, und dies sind immerhin gut dreizehn Prozent der Heimbewohnerschaft. Als leicht pflegebedürftig eingestuft sind Personen, die bei mindestens einer Alltagsaktivität leichte Schwierigkeiten (aber keine starken Schwierigkeiten) aufweisen. Dies sind weitere elf Prozent der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen. Fast ein Viertel (24 %) der heutigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im Alter ist damit alltagsbezogen nicht pflegebedürftig, sondern soziale und wirtschaftliche Gründe oder psychische Probleme führen hier zu einer institutionellen Betreuung. Gleichzeitig ist anzuführen, dass Heimstrukturen (wie hindernisfreie Gestaltung, pflegerische Umgebung) dazu beitragen, dass Personen, die zuhause hilfe- und pflegebedürftig wären, im Heimalltag besser zurecht kommen, weil sie von einer altersangepassten Wohn- und Pflegeumwelt profitieren.

1 Der sechste ADL-Item (sich selbstständig im Zimmer/in der Institution bewegen) wurde, um den Vergleich zu den zuhause lebenden Personen zu gewährleisten, hier nicht berücksichtigt.

Tabelle 8: Ausmass an Pflegebedürftigkeit älterer und alter Menschen, die in einem Alters- und Pflegeheim leben

	Altersgruppe:		
	65–79 J.	80plus J.	65plus J.
A) EGBI 2008/09¹			
Pflegestufe:			
nicht pflegebedürftig	12.5 %	13.4 %	13.3 %
leicht pflegebedürftig	14.1 %	10.0 %	10.7 %
mittelmässig pflegebedürftig	10.1 %	9.5 %	9.6 %
stark pflegebedürftig	63.3 %	67.2 %	66.4 %
B) SOMED 2008²			
Pflegebedarf:			
kein oder geringer Pflegebedarf	17.9 %	19.9 %	19.5 %
leichter bis starker Pflegebedarf	82.1 %	80.1 %	80.5 %

1 gewichtete Daten, Antworten zu den ADL-Items

2 N = 74 709 (gültige Werte zur Pflegestufe); Alters- und Pflegeheime mit Durchschnittsalter < 65 Jahre ausgeschlossen (N APH = 43; N Bewohner = 590).

Quelle: EGBI: Bundesamt für Statistik, *Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI) 2008/09*, SOMED 2008: Bundesamt für Statistik, *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2008*, Neuchâtel: BFS, *Analyse: Obsan 2010*.

Als mittelmässig pflegebedürftig gelten Heimbewohner und Heimbewohnerinnen, die bei zumindest einer der fünf erfassten Alltagsaktivitäten mit starken Schwierigkeiten konfrontiert sind; und als stark pflegebedürftig sind Personen einzustufen, die eine oder mehrere basale Alltagsaktivitäten nicht mehr selbstständig erfüllen können. Dies betrifft gut zwei Drittel der heutigen Heimbewohnerschaft, und wenn wir mittel/stark zusammenfassen, lässt sich feststellen, dass gut drei Viertel (76 %) der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen alltagsbezogen auf Pflege angewiesen sind.²

Ergänzende Informationen zum Pflegebedarf von Heimbewohnern vermittelt seit 2006 auch die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED). Seit

2 Die binäre Variable zur Pflegebedürftigkeit (mittel/stark pflegebedürftig) wird in der Folge zur Berechnung der Pflegebedürftigkeitsquoten in der 65-jährigen und älteren Gesamtbevölkerung eingesetzt.

ihrer Revision im Jahr 2006 werden neben administrativen Informationen zu den Institutionen auch individuelle Daten zur Bewohnerschaft und zum Personal erhoben. Neu ist auch eine Erfassung der Pflegestufe gemäss Erhebungsinstrument der jeweiligen Institution. Dies ermöglicht Auswertungen der entsprechenden Daten nach Alter, Geschlecht, Institution, Herkunftsgemeinde und Pflegestufe. Da in den Schweizer Alters- und Pflegeheimen allerdings neun verschiedene Erhebungsinstrumente mit 4 bis 44 Pflegestufen eingesetzt werden (Stand SOMED 2008), können die einzelnen Pflegestufen zwischen den Kantonen nicht direkt miteinander verglichen werden. Hingegen lässt jedes Instrument die Unterscheidung zwischen zwei Stufen zu (kein oder geringer Pflegebedarf, leichter bis starker Pflegebedarf). Zudem zeigt eine Auswertung der Daten 2007 und 2008 nach Institution und Pflegestufe, dass die Datenqualität des Parameters «Pflegestufe» in einigen Kantonen noch ungenügend ist. Bei rund 10 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen fehlen die Angaben zur Pflegestufe. Nach Standortkanton der Heime variiert der Anteil zwischen 1 % (Tessin) und 55 % (Appenzell-Innerrhoden), nach Herkunftskanton zwischen 1 % (Tessin) und 45 % (Appenzell-Innerrhoden). Für die vorliegende Auswertung in Tabelle 8 wurde angenommen, dass die Bewohner mit fehlenden Daten zur Pflegestufe die gleiche Verteilung bezüglich Pflegestufen aufweisen wie die Bewohner mit gültigen Werten. Von dieser Annahme ausgehend, lässt sich festhalten, dass gut ein Fünftel der älteren Heimbewohnerschaft höchstens einen geringen Pflegebedarf aufweist und bei gut vier Fünfteln besteht ein leichter bis starker Pflegebedarf.

Auch wenn beide Datenquellen nicht deckungsgleich sind, zeigt sich insgesamt die – nicht überraschende – Tatsache, dass eine klare Mehrheit der Alters- und Pflegeheimbewohnerschaft pflegebedürftig ist, aber dass eine nicht unbeträchtliche Minderheit aus sozialen, psychischen oder wirtschaftlichen Gründen in einer Alters- und Pflegeeinrichtung lebt.

3 Geschätzte Pflegequoten im Alter – nach Altersgruppen und Geschlecht

Nach der Analyse der Pflegequoten (= Anteil an mittelstark bis stark pflegebedürftigen Personen) bei zuhause lebenden älteren Personen und bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeeinrichtungen können die gesamten Pflegequoten – unabhängig von der Wohnform – erarbeitet werden. Damit lässt sich festhalten, wie häufig in der Schweiz Pflegebedürftigkeit im Alter insgesamt auftritt. In **Tabelle 9** sind Schätzungen für die Zahl an älteren und alten pflegebedürftigen Menschen für die Schweiz sowie altersspezifische Pflegequoten aufgeführt.

Das Risiko von Pflegebedürftigkeit steigt – erwartungsgemäss – mit dem Alter an: Während bis zur Altersgruppe 75–79 deutlich weniger als zehn Prozent pflegebedürftig sind, sind dies schon mehr als 13% der 80- bis 84-jährigen und gut 34% der 85-jährigen und älteren Bevölkerung der Schweiz.¹ Eine Schätzung für das hohe Alter deutet darauf hin, dass im hohen Alter von 90 Jahren und älter mit einer Pflegebedürftigkeit von über fünfzig Prozent zu rechnen ist.

Zusammengerechnet ergeben sich gemäss Pflegequoten in Tabelle 9 in der Schweiz für das Jahr 2008 um die 115 000 pflegebedürftige Frauen und Männer im Alter von 65 Jahren und höher. Die Eingrenzung der oberen Alterskategorie (85plus) führt allerdings zu einer gewissen Ungenauigkeit, da die Zahlen für das hohe Alter nicht differenziert sind. Für eine Berechnung der Pflegequote von über 90-Jährigen genügen in der Schweiz die empirischen Daten jedoch nicht. In einem zusätzlichen Szenarium werden deshalb für die Personen ab 90 Jahren die

1 Bei den 65-bis 69-Jährigen dürften die Werte eher zu tief sein, was damit zusammenhängt, dass ein Teil der 65- bis 69-jährigen Pflegebedürftigen (oft älter gewordene behinderte Menschen) nicht in Alters- und Pflegeheimen, sondern in heilpädagogischen Einrichtungen lebt und wohnt (die in unserer Analyse unberücksichtigt blieben). Der richtige Wert für die 65- bis 69-Jährigen dürfte deshalb eher bei 2% als bei 1.4% liegen.

Tabelle 9: Geschätzte Pflegequoten im Alter und Zahl an älteren Pflegebedürftigen 2008

	Altersgruppen				
	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus
Pflegebedürftige in %*					
Total	1.4%	3.5%	6.3%	13.3%	33.9%
Männer	1.1%	3.4%	7.2%	9.0%	23.3%
Frauen	1.7%	3.6%	5.7%	15.9%	38.2%
Pflegebedürftige Personen*					
Total	5 044	10 306	15 767	24 998	59 023
Männer	1 848	4 547	7 657	6 362	12 463
Frauen	3 242	5 758	8 237	18 676	46 156

* In Alters- und Pflegeheimen sowie zu Hause gepflegte Personen.
Bevölkerungsbasis: BFS, ESPOP 2008.

Quelle für die Zahl an Pflegebedürftigen bzw. Pflegequoten: BFS, SOMED 2008, BFS, ESPOP 2008, BFS, SGB 2007, BFS; EGBI 2008/09, Analyse: Obsan/Höpflinger 2010.

Detaillierte Herleitung vgl. Tabelle D im Anhang.

französischen Pflegequoten der Enquête HID (vgl. Duée, Rebillard 2006a) übernommen (vgl. Tabelle E im Anhang). Werden die Daten nicht nur nach fünf, sondern nach sechs Altersgruppen differenziert bzw. die Pflegequoten der 85–89 und 90plus-Jährigen differenziert, erhöht sich die Zahl der als pflegebedürftig einzustufenden Menschen leicht (für 2008 auf 118 574 Personen). Ausgehend von der gewählten Definition (pflegebedürftig ist, wer bei den fünf erfassten ADL-Kriterien mindestens eine starke Schwierigkeit aufweist oder diese Tätigkeit nicht mehr selbstständig erfüllen kann), lässt sich somit schätzen, dass 2008 in der Schweiz zwischen 115 000 und 119 000 Menschen (65plus) pflegebedürftig waren. Davon war mehr als die Hälfte älter als 84 Jahre.

Im Alter sind mehr Frauen als Männer pflegebedürftig, auch weil mehr Frauen als Männer ein hohes Lebensalter erreichen. Im höheren Lebensalter sind zudem – mit Ausnahme der Altersgruppe 75–79 – auch die Pflegequoten von Frauen höher, etwa weil mehr Frauen bei Pflegebedürftigkeit länger überleben als gleich stark betroffene Männer. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei kardiovaskulären Risiken können beispielsweise dazu führen, dass Frauen im Alter häufiger an langjähriger Herzinsuffizienz leiden, wogegen Männer häufiger durch Herzinfarkte betroffen sind. In jedem Fall können geschlechtsspezifische Unterschiede

der Pflegequoten diverse Ursachen aufweisen, und bei der Gruppe 85plus ist zusätzlich zu beachten, dass auch Unterschiede der Altersverteilung von Bedeutung sind. Frauen sind nicht primär deshalb im hohen Alter häufiger pflegebedürftig als Männer, weil sie ein höheres Risiko aufweisen, pflegebedürftig zu werden, sondern primär, weil sie häufiger als Männer ein sehr hohes Alter erreichen und zudem auch bei Pflegebedürftigkeit oft länger überleben.

Von den Pflegebedürftigen im Alter 65plus werden 43 % zu Hause gepflegt und 57 % stationär in einer Alters- und Pflegeeinrichtung (vgl. Bayer-Oglesby, L., Höpflinger F. 2010). Damit liegt der Anteil der stationär gepflegten Pflegebedürftigen deutlich höher als in vielen anderen europäischen Ländern (vgl. Huber, Rodrigues et al. 2009). Ein Grund liegt in einer langen sozialpolitischen Tradition einer kommunalen Altersversorgung – mit starkem Ausbau stationärer Einrichtungen – in der Schweiz, namentlich in deutschschweizerischen Kantonen. Ein weiterer Grund ist eine geringe Tradition von Mehrgenerationen-Haushaltungen in der Schweiz; einem Land, wo eher multilokale Mehrgenerationen-Familien (je selbstständiges Leben und Wohnen jeder Generation) zur Norm gehören (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger, Suter 2008).

Die aktualisierten Schätzwerte der altersspezifischen Pflegequoten sind tiefer als frühere Schätzungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums basierend auf internationaler Literatur (vgl. Bayer-Oglesby 2009a, 2009b) und für die unter 85-Jährigen auch tiefer als die Schätzwerte zur Pflegebedürftigkeit, basierend auf Daten um 2000 (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003; vgl. **Tab. 10**).

Die Unterschiede sind zum einen auf die Tatsache zurückzuführen, dass aktuell deutlich bessere und feinere Analysen möglich sind als noch vor zehn Jahren. So liegen neu detaillierte Daten zur funktionalen Gesundheit für zuhause lebende und im Heim wohnende Personen vor. Zum anderen hat sich auch die behinderungsfreie Lebenserwartung in der Schweiz in den letzten zehn Jahren weiter ausgedehnt, was zu einer relativen Kompression von Pflegebedürftigkeit ins hohe Lebensalter beigetragen hat.

Die neuen Schätzwerte zur altersspezifischen Pflegebedürftigkeit in der Schweiz liegen im Rahmen dessen, was in Frankreich beobachtet wurde. Sie sind jedoch etwas tiefer als die Pflegequoten in Deutschland (vgl. **Tab. 10**). Deutliche Unterschiede mit Deutschland zeigen sich vor allem im hohen Alter. Die höheren Pflegequoten – gemäss Pflegeversicherung – bei deutschen Personen im hohen Alter können Kohorteneffekte (Kriegsgeneration) widerspiegeln, aber auch Wohlstandsunterschiede der älteren Bevölkerung, und tatsächlich liegt nach dem European Social Survey 2008/09 die subjektive Lebens- und Gesundheitseinschätzung der älteren Bevölkerung in der Schweiz über dem Niveau Deutschlands. Zusätzlich können aber auch finanzielle Anreize (Vorhandensein einer Pflegeversicherung) ihren Effekt auf die erfassten Pflegequoten aufweisen. Pflegebedürftigkeit im Alter ist bekanntlich nicht nur das Resultat des Zusammenwirkens verschiedener alters- und krankheitsbezogener Einschränkungen, sondern auch ein sozialer Prozess, der damit verbunden ist, wie Pflegebedürftigkeit im

Alter gesellschaftlich und sozialpolitisch wahrgenommen und geregelt wird. Die angeführten Pflegequoten spiegeln den Stand der Forschung wie auch den wahrgenommenen funktionalen Gesundheitszustand im Alter wider (und sind deshalb immer wieder kritisch zu diskutieren). Entsprechend ist auch bei der nachfolgenden Diskussion der zukünftig zu erwarteten Zahl an pflegebedürftigen alten Menschen von unterschiedlichen Szenarien auszugehen.

Tabelle 10: Geschätzte Pflegequoten 2008 – im europäischen und zeitlichen Vergleich

Basis	Altersgruppen						
	65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	85–89	90plus
Frühere Schätzwerte							
Schweiz: Schätzung Obsan							
Männer	2.7	4.6	8.0	13.4		22.8	40.4
Frauen	2.5	4.6	8.2	18.4		33.4	62.8
Schweiz: Schätzung für 2000							
Insgesamt	2.5	5–6	8–10	18–20	30–35	–	–
Aktualisierte Schätzwerte							
Schweiz 2008 (neu)							
Insgesamt	1.4	3.5	6.3	13.3	33.9	26.3	54.6*
Männer	1.1	3.4	7.2	9.0	23.3	16.0	41.5*
Frauen	1.7	3.6	5.7	15.9	38.2	31.0	59.2*
Internationale Vergleiche							
Deutschland 2007							
Insgesamt	2.6	4.8	10.0	20.0	44.7	37.2	61.6
Männer	2.8	4.8	8.9	15.6	30.8	27.5	38.9
Frauen	2.5	4.9	10.7	22.2	49.5	40.7	68.8
Frankreich (Enquête HID 99)							
Männer	2.5	4.2	7.5	11.0		18.6	41.5
Frauen	2.5	4.2	6.0	14.5		27.0	59.2

* Zahlen von Enquête HID, da N für 90plus in SGB 2007 und EGBI 08/09 für Analysen zu gering.

Quelle: Deutschland: Pflegestatistik, vgl. Statistisches Bundesamt 2008; Frankreich: Duée, Rebillard 2004, 2006a, 2006b; Schätzung Obsan: vgl. Bayer-Oglesby 2009a, 2009b; Schweiz Schätzung 2000, vgl. Höpfinger, Hugentobler 2003.

3.1

Szenarien zur zukünftigen Zahl an pflegebedürftigen Menschen im Alter

Aufgrund der steigenden demographischen Alterung ist zukünftig mit einer steigenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen im Alter zu rechnen, wobei das Ausmass des demographischen Effekts stark von der weiteren Entwicklung der Lebenserwartung im Alter abhängig ist. Entscheidend für die zukünftige Entwicklung sind auch Beginn und Dauer von Pflegebedürftigkeit im Alter. Bleiben alte Menschen länger behinderungsfrei, wird der demographische Effekt (mehr alte Menschen) abgeschwächt. Umgekehrt kann ein früheres Einsetzen oder eine erhöhte Dauer von Pflegebedürftigkeit den Effekt der demographischen Alterung verstärken. In der internationalen Literatur werden im Wesentlichen drei denkbare Szenarien diskutiert (vgl. Bundesamt für Statistik 2009a; Seematter-Bagnoud, Paccaud 2008):

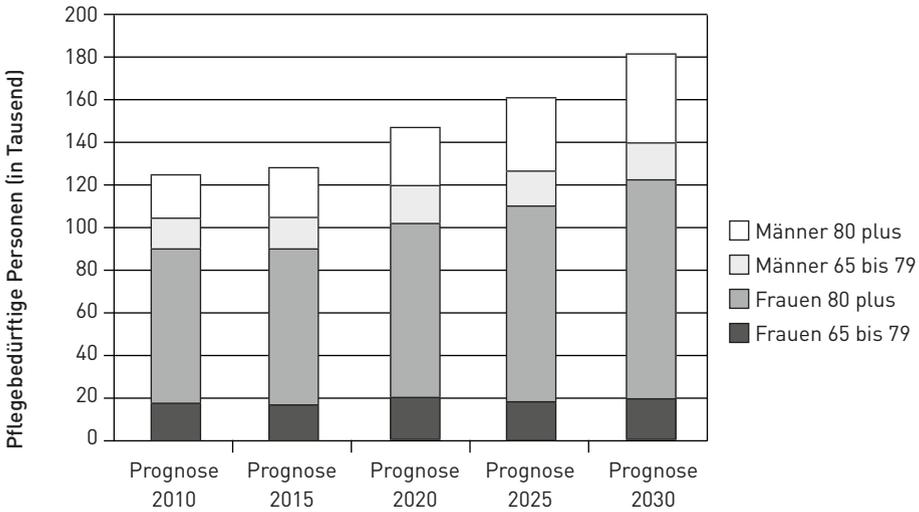
- a) *Szenario I* (Referenzszenario) geht davon aus, dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit im Alter gleich bleibt und die gewonnenen Lebensjahre behinderungsfreie Lebensjahre sind (relative Kompression schwerer Morbidität).
- b) *Szenario II* (pessimistisch) geht von konstanten Pflegequoten aus, das heisst, Pflegebedürftigkeit tritt im Durchschnitt im gleichen Alter ein wie heute und die Dauer der Pflegebedürftigkeit nimmt entsprechend der steigenden Lebenserwartung zu (Verlängerung der Phase schwerer Morbidität).
- c) *Szenario III* (optimistisch) postuliert, dass das durchschnittliche Alter des Beginns von Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben wird und dass der Aufschub grösser ist als der Zuwachs an Lebensjahren insgesamt. Damit würde die Dauer von Pflegebedürftigkeit im Alter verkürzt (absolute Kompression der Morbidität).

Im Folgenden werden zur Einschätzung der zukünftigen Entwicklung alle drei Szenarien einbezogen. Dazu wird noch ein viertes Szenario berechnet, das vom Alternativszenario *Verstärkte Alterung mit hoher Lebenserwartung bei Geburt* des Bundesamts für Statistik (2010a) ausgeht:

- d) *Szenario IV* (pessimistisch mit verstärkter Alterung) basiert auf dem Alternativszenario des Bundesamts für Statistik und konstanten Pflegequoten.

Während Szenario IV die wahrscheinlich obere Grenze der Zahl der zu erwartenden pflegebedürftigen Menschen im Alter ausweist, dürfte Szenario III die untere plausible Grenze anführen. Die anderen Szenarien bewegen sich dazwischen. Alle vier Szenarien werden jeweils mit den neuen Pflegequoten 2008 nach fünf bzw. sechs Altersgruppen berechnet.²

2 Die Annahmen zur Zunahme der Lebenserwartung ab 2010 nach Geschlecht und Altersgruppe sind in Tabellen F und G im Anhang aufgeführt, vgl. auch Menthonnex 2009.



Quelle: BFS, ESPOP 2008; BFS, SOMED 2008; BFS, SGB 2007; Menthonnex 2009
BFS, Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen, 2008/09.

Abbildung 2: Entwicklung der Pflegebedürftigen 65plus, 2010–2030 Referenzszenario 1b (6AK)

Abbildung 2 zeigt die zahlenmässige Entwicklung pflegebedürftiger Menschen (65plus) in der Schweiz, wenn vom Referenzszenario ausgegangen wird (steigende Lebenserwartung im Alter, aber gleich bleibende Dauer von Pflegebedürftigkeit bzw. relative Kompression schwerer Morbidität).

Nach diesem Szenario würde sich die Zahl von älteren pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz von gut 125 000 Personen im Jahr 2010 bis 2030 auf gut 182 000 Personen erhöhen (was eine relative Zunahme um 46 % bedeutet). Der relative Anteil an 80-jährigen und älteren Pflegebedürftigen in dieser Gruppe steigt in diesem Szenario an, von 74 % (2010) auf knapp 80 % (2030). In anderen Worten: Es dürfte in Zukunft nicht nur mehr pflegebedürftige Menschen – mehrheitlich Frauen – geben, sondern sie werden in vielen Fällen auch älter sein (was z. B. das Risiko von Multimorbidität erhöht).

Von Bedeutung für die zu erwartende Entwicklung ist sowohl die Entwicklung der Lebenserwartung als auch die Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung im Alter. Je nach sozialmedizinischen und sozio-demographischen Trends können sich merkbare Unterschiede in der zahlenmässigen Zunahme an pflegebedürftigen Menschen im Alter ergeben. Die **Tabelle 11** zeigt die Spannweite der möglichen Entwicklungen bis 2030. Diese reicht von knapp 170 000 Pflegebedürftigen im Jahr 2030 bei positiver Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung (Szenario II) bis zu gut 230 000 betroffenen Personen bei einer Kombination verstärkter Alterung und verlängerter Morbidität (Szenario IV).

Tabelle 11: Entwicklung der Zahl an Pflegebedürftigen (65plus) in der Schweiz nach vier Szenarien, 2010-2030

		2010	2015	2020	2025	2030	Zunahme 2010 bis 2030 in %
Szenario I (Referenz)	mit 5 AK	120 841	123 209	140 436	151 703	167 941	39.0 %
	mit 6 AK	124 885	127 575	147 077	161 060	181 914	45.7 %
Szenario II (pessimis- tisch)	mit 5 AK	120 841	137 748	156 811	178 957	208 099	72.2 %
	mit 6 AK	124 885	144 523	166 475	191 788	221 972	77.7 %
Szenario III (optimistisch)	mit 5 AK	120 841	123 575	135 309	146 346	162 128	34.2 %
	mit 6 AK	124 885	127 575	141 949	155 704	176 101	41.0 %
Szenario IV (verstärkte Alterung)	mit 5 AK	121 084	139 134	159 645	183 763	215 758	78.2 %
	mit 6 AK	125 170	146 244	170 144	198 252	232 299	85.6 %

Anmerkungen

5 AK: Pflegequoten für 5 Altersgruppen (bis 85plus) berechnet, vgl. Tabelle D im Anhang.

6 AK: Pflegequoten für 6 Altersgruppen (85-89, 90plus) berechnet, vgl. Tabelle E im Anhang.

Unter Berücksichtigung der durchgeführten Analysen zur Gesundheit im Alter und der deutlichen Kohorteneffekte im Sinne einer besseren Lebensqualität, erhöhter psychischer Gesundheit und besserer sozio-ökonomischer Verhältnisse für eine grosse Mehrheit nachkommender Generationen alter Menschen sowie verstärkter sozialmedizinischer Interventionsmöglichkeiten auch im Alter erscheinen Szenario II und IV eher zu pessimistisch geprägt. Insgesamt erscheinen die beiden Zukunftsszenarien I und III wahrscheinlicher zu sein. Eine Zunahme der Zahl an über 64-jährigen pflegebedürftigen Frauen und Männer ist in den nächsten Jahrzehnten schon demographisch bedingt unabwendbar, aber der Anstieg zwischen 2010 und 2030 dürfte unter 50 % bleiben, und bei Ausschöpfung vorhandener Möglichkeiten primärer wie sekundärer Prävention von Pflegebedürftigkeit im Alter kann der Effekt der demographischen Alterung auf den Pflegebedarf in bedeutsamer Weise gebremst werden.

3.2

Fokus: Demenzielle Erkrankungen – Häufigkeit von Demenz im Alter

Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten geriatrischen Erkrankungen im Alter, und aufgrund der steigenden Zahl hochaltriger Menschen stellen demenzielle Erkrankungen in ihren vielfältigen Formen eine zentrale gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung in einer Gesellschaft langlebiger Menschen dar. Demenzen umfassen ein breites Spektrum von Erkrankungen, die mit gravierenden kognitiven und das Gedächtnis betreffenden Einbussen einhergehen. Diese Einbussen führen zu merkbaren Einschränkungen der Alltagsfunktionen betroffener Menschen, und sie können eine vollständige Unselbstständigkeit nach sich ziehen. Zur Diagnose einer Demenz – etwa vom häufigsten Typ Alzheimer – gehört, «dass neben Gedächtnisdefiziten, die als Kardinalsymptom einer Demenz bezeichnet werden können, mindestens eine weitere kognitive Domäne beeinträchtigt sein muss und beide Einbussen so deutlich sind, dass sie die Alltagskompetenzen des Patienten erheblich mindern.» (Brand, Markowitsch 2005: 14–15).

Obwohl auch früh demenzielle Erkrankungen auftreten – die oft klar genetische Ursachen aufweisen – sind Demenzerkrankungen weitgehend eine «Alterskrankheit». Inzidenzraten wie auch Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen steigen mit dem Lebensalter nahezu exponentiell an. Inzidenzanalysen weisen zumindest für hoch entwickelte Ländern analoge altersbezogene Entwicklungen demenzieller Störungen nach. Während in der Altersgruppe 65–69 ein jährliches Neuerkrankungsrisiko von 0.3–0.4% besteht, liegt der Wert bei den 70- bis 74-Jährigen schon bei 0.8–0.9%, um bei den nächsten 5-Jahres-Altersgruppen weiter anzusteigen: auf 1.8–1.9% bei den 75- bis 79-Jährigen und 3.4–3.9% bei den 80- bis 84-Jährigen. Bei den 85- bis 89-Jährigen liegt die jährliche Inzidenzrate schon bei 5.3–6.5%, um bei den 90-jährigen und älteren Personen einen Wert von 8 bis 10% zu erreichen (vgl. Bickel 2002; Gao et al. 1998). Altersstandardisierte Studien liessen bisher weder signifikante Kontextunterschiede noch Kohorteneffekte der Inzidenz von Demenz nachweisen (zumindest in den letzten Jahrzehnten), was auf eine enge Beziehung des Risikos hirnorganischer Störungen mit dem chronologischen Alter deutet. Oder in anderen Worten: Es gibt heute nicht mehr ältere Menschen mit Demenzerkrankungen, weil das Krankheitsrisiko angestiegen ist, sondern primär, weil heute mehr Menschen ein Alter erreichen, bei dem demenzielle Störungen häufiger auftreten.

Methodische Unterschiede in der Messung demenzieller Störungen sowie Unterschiede der Erhebungsverfahren führen zu Variationen in der Berechnung von Prävalenzraten, namentlich bei hochaltrigen Personen. In früheren Studien – etwa der ersten Berliner Altersstudie (vgl. Helmchen et al. 1996: 199) – wurde eine Abflachung des Anstiegs der Prävalenzraten bei den Höchstbetagten beobachtet, und oberhalb von 90 Jahren schien die Prävalenzrate von Demenz zeit-

Tabelle 12: Demenzielle Störungen pro 100 Personen, nach EuroCoDe (European Collaboration on Dementia)

	Altersgruppen							
	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95plus
Männer	0.2	1.8	3.2	7.0	14.5	20.9	29.2	32.4
Frauen	0.9	1.4	3.8	7.6	16.4	28.5	44.4	48.8
Total	0.6	1.6	3.5	7.4	15.7	26.0	41.0	46.3

Quelle: EuroCoDe 2009.

weise deutlich hinter dem Modell einer exponentiellen Zunahme der Demenzprävalenz zurück zu bleiben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 167). Es blieb allerdings unklar, inwiefern diese zeitweise festgestellte Abflachung auf genetische und soziale Selektionseffekte (nur Gesunde überleben so lange) zurückging, oder ob dies auch mit Stichprobenverzerrungen bei Höchstbetagten assoziiert war.

Eine weiter steigende Lebenserwartung im Alter, welche zur Normalisierung eines hohen Lebensalters beiträgt, ebenso wie sozialmedizinische Entwicklungen, können dazu beitragen, dass sich auch bei gleich bleibenden altersspezifischen Inzidenzraten von Demenz die altersspezifischen Prävalenzraten erhöhen: Wenn mehr Menschen ein hohes Alter (von 90 Jahren und mehr) erreichen, wird Hochaltrigkeit sozial wie genetisch weniger selektiv, wodurch sich Plafonierungseffekte von Demenz im hohen Alter abschwächen oder ganz verschwinden. Gleichzeitig können sozialmedizinische Fortschritte dazu beitragen, dass alte Menschen mit Demenz – aufgrund relativ guter körperlicher Verfassung und Pflege – länger überleben als früher. Eine Meta-Analyse von 21 neueren europäischen Prävalenzstudien zur Demenz weist jedenfalls darauf hin, dass solche Prozesse dazu führen, dass aktualisierte Prävalenzraten im hohen Alter deutlich höher liegen als dies noch vor zehn Jahren der Fall war (vgl. Eurocode 2009). Auch bessere Stichproben von hochaltrigen Menschen tragen zu genaueren Prävalenzwerten bei, namentlich für Menschen ab 90 Jahren (**Tab. 12**).

Während die Prävalenzraten von Demenz bei jüngeren Altersgruppen in etwa gleich blieben bzw. sich nur leicht erhöht haben (aufgrund längerer Lebenserwartung früh demenziell betroffener Menschen), ergeben sich in den oberen Altersgruppen deutlich höhere Prävalenzwerte, namentlich bei hochaltrigen Frauen: «While dementia prevalence rates for all men and for women up to age 85 largely confirmed previous findings, age-specific prevalence rates were higher than previously documented in the female «oldest old» age groups, rising to over 50% in those over 95 years.» (Alzheimer Europe 2009: 1).

Das Verschwinden von Plafonierungseffekten wie auch eine erhöhte Lebenserwartung demenzbetroffener Frauen und Männer erhöhen die geschätzte Zahl hochaltriger Demenzkranker wesentlich. Dabei ist anzumerken, dass – soweit ersichtlich – die höheren altersspezifischen Prävalenzraten demenzieller Störungen bei alten Frauen primär die Tatsache widerspiegeln, dass Frauen auch bei Demenzerkrankungen länger überleben als Männer (und weniger ein höheres altersspezifisches Risiko). Werden die aktualisierten altersspezifischen Prävalenzraten auf die Altersbevölkerung umgerechnet, ergeben sich deutlich höhere Zahlen von demenzerkrankten älteren Menschen (65plus): Nach alten Prävalenzraten lag die Zahl an demenzerkrankten älteren Menschen in der Schweiz im Jahre 2010 bei 105 270 Personen, nach neuen Prävalenzraten hingegen bei 124 769 Personen, wovon mehr als ein Fünftel (21.1 %) über 90-jährig war.

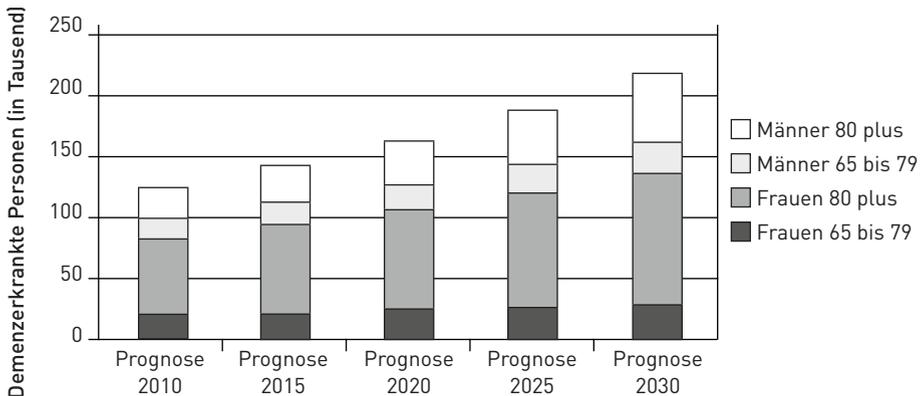
Demographisch bedingt (= Zunahme an alten und sehr alten Menschen) ist in den nächsten Jahrzehnten mit einer deutlichen Zunahme der Zahl von demenzerkrankten Menschen zu rechnen. Aus **Abbildung 3** geht hervor, dass bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten und dem Bevölkerungsszenario A-00-2010 (mittleres Szenario) die Zahl an demenzerkrankten Frauen und Männer (65plus) zwischen 2010 und 2030 von 124 770 auf 218 370 Menschen ansteigt.

Wie die Pflegebedürftigen sind auch die an Demenz erkrankten Menschen eine mehrheitlich weibliche Personengruppe. Aufgrund höherer Lebenserwartung sind Frauen sowohl als demenziell erkrankte Personen als auch als Angehörige von Demenzkranken von dieser Alterserkrankung stärker betroffen als Männer. Gleichzeitig sind demenzielle Erkrankungen zunehmend mehr Erkrankungen, die hochaltrige Menschen betreffen. Der Anteil der 90-jährigen und älteren Demenzerkrankten dürfte sich nach diesem Szenario von gegenwärtig 21 % bis 2030 auf 27 % erhöhen.

Sollte sich bis zum Jahr 2030 der Eintritt von Demenz um zwei Jahre verzögern – sei es wegen neuer Medikamente, sei es wegen besserer Hirnleistungen neuer Generationen – würde eine verminderte Zunahme resultieren (auf 164 000 Personen). Wie realistisch ein solches Szenario ist, speziell für Demenz im hohen Alter, bleibt aktuell noch offen.

Präventive medizinische Mittel gegen Demenz sind zwar noch Jahre von der Realisierung entfernt, aber längerfristig wahrscheinlich. Präventive Mittel werden voraussichtlich zuerst für Demenzformen entwickelt und praktiziert, welche eindeutig genetisch bestimmt sind. In der Folge dürften in einer ersten Phase der Entwicklung primär früh eintretende Demenzformen verhindert werden, was die Altersverteilung der Demenzerkrankten weiter nach oben verschieben kann.

Neben der Prävention demenzieller Erkrankungen besteht eine zweite Entwicklungsmöglichkeit in der zeitlichen Verzögerung der Symptome und alltagsrelevanter Auswirkungen krankhafter hirnorganischer Veränderungen. Schon jetzt vermögen Medikamente sowie gezieltes Gedächtnistraining das Auftreten alltagsrelevanter kognitiver Einbussen zu verzögern. Da zudem die zukünftigen Rentnergenerationen eine bessere Ausbildung und verstärkte Lernbiographien



Quelle: BFS-Szenario A-00-2010, EuroCoDe 2009.

Abbildung 3: Entwicklung der Personen mit Demenz 65plus, 2010–2030 (konstante Prävalenzraten)

aufweisen, sind sie auch eher in der Lage, hirnorganisch bedingte kognitive Alltagsseinbussen länger zu kompensieren. In der Folge dürften Demenzerkrankungen künftig insgesamt eher später zu Pflegebedürftigkeit führen. Eine solche Entwicklung dürfte verschiedene Auswirkungen aufweisen:

- a) längere Selbstständigkeit auch bei hirnorganischen Abbauprozessen und deshalb eine teilweise verlangsamte Zunahme stark pflegebedürftiger Demenzerkrankter
- b) ein weiterer Anstieg im durchschnittlichen Alter pflegebedürftiger demenzerkrankter Menschen
- c) eine ethisch und individuell oft schwierig zu bewältigende Phase zwischen Demenzdiagnose, die immer früher möglich wird und alltagsrelevanten kognitiven Einbussen. Je länger Krankheitsdiagnose und krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit auseinanderfallen, desto höher ist der ambulante Beratungsbedarf.
- d) eine längere Phase mit leichten bis mittelschweren Demenzgraden, was die Anforderungen an Pflege und Betreuung erhöht, da leicht bis mittelschwer demenzerkrankte Menschen oftmals schwieriger zu betreuen sind als stark demenzerkrankte Menschen; etwa aufgrund von Stimmungs- und Aktivitätsschwankungen, der bewussten Realisierung kognitiver Einbussen usw.

Kurz- und mittelfristig ist es durchaus wahrscheinlich, dass die Zahl demenzerkrankter Menschen geringer sein wird als dies lineare Projektionen andeuten. Möglicherweise können in Zukunft verbesserte Behandlungs- und Rehabilita-

tionsstrategien, welche die alltagsrelevanten Konsequenzen hirnerkrankungen um ein bis zwei Jahre verzögern, den demographischen Effekt abschwächen. Aber auch bei positiver Entwicklung ist – zumindest in den nächsten Jahrzehnten – mit rasch steigenden Zahlen zu rechnen, speziell wenn die geburtenstarken Jahrgänge die risikoreichen Jahre des Alters erreichen.

4 Informelle Hilfe und Pflege: Familiale und ausserfamiliale Unterstützungsnetzwerke

4.1

Einführung: Differenzierung von Hilfe- und Pflegeleistungen

Zur Analyse und Diskussion informeller Unterstützungsleistungen zugunsten älterer und alter Menschen erweist sich eine konzeptuelle Differenzierung zwischen Hilfe- und Pflegeleistungen als sinnvoll. Erstens sind viele alte Menschen zwar in einigen Alltagsaktivitäten auf Hilfe angewiesen, ohne jedoch im engeren Sinne pflegebedürftig zu sein. Zweitens handelt es sich bei informellen Hilfeleistungen und informellen Pflegeleistungen um Leistungen, die unterschiedlichen Bestimmungskonstellationen unterliegen, wie in Detailanalysen der SHARE-Erhebung 2004 zu intergenerationaler Hilfe und intergenerationaler Pflege sichtbar wurde (vgl. Brandt 2009, Haberkern 2009):

Hilfeleistungen werden als spezifische, inhaltlich oft begrenzte Unterstützungsleistungen verstanden. Zumeist handelt es sich um Hilfe bei der alltäglichen Lebens- und Haushaltsführung. Differenziert wird häufig nach zwei Kategorien von Hilfeleistungen; einerseits praktische Hilfe im Haushalt (z. B. kleine Reparaturen, Gartenarbeit, Einkaufen, Wohnungsreinigung) und andererseits Hilfe mit Behörden und Ämtern, zum Beispiel beim Ausfüllen von Formularen, bei finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten.

Pflegeleistungen hingegen sind körperbezogene und häufig sozialmedizinisch anspruchsvolle Leistungen. Pflege muss vor Ort erfolgen und häufig regelmässig sein (wogegen Hilfeleistungen sporadisch sein können). Wenn von informeller Pflege die Rede ist, geht es primär um Pflege im Sinne einer Unterstützung bei basalen Alltagsaktivitäten und weniger um eine medizinische Pflege im fachbezogenen Sinne, auch wenn Angehörige alter Menschen nicht selten einfache medizinische Leistungen (wie Hilfe bei Medikamenteneinnahme, Wechsel von Verbänden, Fusspflege usw.) übernehmen.

Zugleich sollte vermieden werden, generell von Angehörigenhilfe bzw. Angehörigenpflege zu sprechen. Wichtig ist es, genauer zu analysieren, welche Personen wie häufig informelle Hilfe- oder Pflegeleistungen übernehmen. Die Regeln von Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter sind bei Partnerschaften grundsätzlich anders als bei intergenerationellen Hilfeleistungen durch Töchter oder Söhne. Ebenso unterliegen familiale Hilfeleistungen anderen Bestimmungsfaktoren als ausserfamiliale Hilfe durch Freunde oder Nachbarn.

Auch zum Verhältnis von informeller Hilfe und Pflege durch Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn und formeller Hilfe und Pflege durch bezahlte Fachpersonen bestehen teilweise falsche Modellvorstellungen. Im Rahmen traditioneller Denkmodelle werden informelle und formelle Hilfe als substitutive bzw. sich gegenseitig konkurrierende Hilfesysteme eingestuft: Formelle Hilfe ist notwendig, wenn informelle Hilfe nicht mehr vorhanden ist oder nicht mehr genügt. Die Grundannahme ist, dass ein Ausbau formeller Hilfeleistungen zur Verdrängung («crowding out») informeller bzw. familialer Hilfe und Pflege beiträgt. Neue Denkmodelle betonen eher den ergänzenden Charakter informeller und formeller Hilfe und Pflege: Beide Formen haben ihre Stärken und Schwächen, und optimal – vor allem bei starkem Unterstützungsbedarf – ist das Prinzip von Co-Pflege (gemeinsam getragene Pflege durch Angehörige und Professionelle; vgl. Blüher 2004).

Empirisch zeigen sich nicht selten Formen der gegenseitigen Ergänzung informeller und formeller Hilfe und Pflege. Speziell bei starker Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter treten informelle und formelle Unterstützungsleistungen häufig gemeinsam auf. Der gesellschaftliche Trend verläuft gleichzeitig in Richtung einer verstärkten Spezialisierung beider Hilfesysteme: Familienmitglieder, aber auch Freunde und Nachbarn konzentrieren sich stärker auf informelle Hilfeleistungen, wogegen professionelle Anbieter und Fachpersonen primär körperbezogene Pflegeleistungen (Grund- und Behandlungspflege) übernehmen. Oder in anderen Worten: Der gesellschaftliche Trend geht in Richtung einer starken informellen Hilfe, gekoppelt mit ausgebauter formeller Pflege, wodurch sich Familienmitglieder und ausserfamiliale Netze auf informell lösbare Hilfeleistungen konzentrieren, wogegen professionelle Fachpersonen sich stärker auf Leistungen der Grund- und Behandlungspflege beschränken. Diese Spezialisierungstendenz zeigt sich namentlich bei intergenerationeller Hilfe und Pflege im Alter. Auch bei ausserfamilialer informeller Unterstützung – durch Freunde, Nachbarn, Freiwillige – scheint vermehrt eine Spezialisierungstendenz aufzutreten, indem etwa Nachbarschaftshilfe ausgebaut wird, wogegen körperbezogene Pflegeaufgaben durch ambulante professionelle Dienste (Spitex) erfüllt werden. Weniger eindeutig ist der Trend zur Spezialisierung bei Partnerbeziehungen. Bei engen und langjährigen Partnerschaften ist – je nach Partnerschaftsmodell – eher ein substitutives Verhältnis oder ein Modell der Co-Pflege zwischen partnerschaftlicher und formeller Unterstützung feststellbar.

4.2

Informelle Hilfe und Unterstützung bei gesundheitlich bedingten Einschränkungen

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 wurden verschiedene Fragen zur informellen Unterstützung bei gesundheitlich bedingten funktionalen Einschränkungen gestellt. Allerdings ist zu beachten, dass sich diese Fragen stark auf informelle Hilfeleistungen bei instrumentellen Alltagsaktivitäten – und weniger auf sozialmedizinische Pflegeleistungen – bezogen (auch wenn Körperpflege bei den Kategorien der informellen Hilfe einbezogen wurde).

Bei Personen, die mindestens bei einer alltäglichen Aktivität oder einer instrumentellen Aktivität eine leichte bis starke Schwierigkeit oder Unmöglichkeit zur selbstständigen Ausführung erwähnten, wurde nachgefragt, ob sie bei persönlichen Aktivitäten oder Aktivitäten im Haushalt, bei denen sie Mühe hätten, unterstützt würden bzw. unterstützt werden könnten. Diese Frage wurde differenziert gestellt nach Unterstützungspersonen (Verwandte, Freunde), die nicht im gleichen Haushalt leben, sowie bei Personen in Mehrpersonenhaushaltungen bezüglich Unterstützungspersonen im gleichen Haushalt.

Zuhause lebende ältere und alte Menschen mit funktionalen Einschränkungen, die nicht allein leben, werden zu fast vier Fünfteln (78 %) von ihren Haushaltmitgliedern (zumeist Partner oder Partnerin) unterstützt. Nur in einem Zehntel der Fälle wird keine Unterstützung erwartet, etwa weil auch der Partner oder die Partnerin gesundheitlich geschwächt ist. Dies ist leicht häufiger bei Frauen als bei Männern der Fall, weil bei manchen Ehepaaren der Mann älter ist als die Frau. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass Männer im Alter von 65 Jahren und älter häufiger (zu 86 %) als ältere Frauen (zu 60 %) in einem Mehrperson-Haushalt leben. Wird nach Bildungsniveau differenziert, zeigen sich nur verhältnismässig geringe Unterschiede in der Wahrnehmung innerhäuslicher Unterstützung (und diese Unterschiede verschwinden, wenn das Geschlecht mitkontrolliert wird).

Geht es hingegen um haushaltsübergreifende informelle Hilfe, ergeben sich geringere Werte, und eine haushaltsübergreifende informelle Unterstützung in alltäglichen Angelegenheiten wird weniger häufig angeführt als eine haushaltsinterne Hilfe. Nahezu die Hälfte (49 %) der älteren Befragten mit funktionalen Einschränkungen verfügt über eine ausserhäusliche informelle Unterstützung. Um die dreissig Prozent (29 %) führen ein informelles Hilfepotenzial an («können unterstützen»), und zu leicht mehr als einem Fünftel (22 %) wird kein informelles ausserhäusliches Hilfepotenzial erwähnt. Hilfebedürftige ältere Männer werden weniger häufig durch Verwandte oder Freunde unterstützt, sie nehmen aber häufiger eine potenzielle informelle Hilfe wahr als Frauen. Dies hängt primär mit der Tatsache zusammen, dass Männer im Alter häufiger durch ihre Partnerin Hilfe erhalten, und sie damit konkret weniger ausserhäusliche Hilfsangebote rekrutieren müssen. Feststellbare Unterschiede nach Bildungsniveau spiegeln

primär die Tatsache wider, dass ältere Menschen mit tiefem Bildungsstatus häufiger funktional eingeschränkt sind und deshalb stärker auf Unterstützung angewiesen sind. Der Anteil derjenigen, die keine informelle Unterstützung aufweisen, variiert hingegen kaum nach Bildungsniveau oder Geschlecht.

Im schriftlichen Teil der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 wurden – wie in früheren Erhebungsjahren – gesundheitlich bedingte informelle Hilfeleistungen in den letzten 12 Monaten nachgefragt.¹ Diejenigen Befragten, die diese Frage bejahten, wurden anschliessend danach befragt, ob sie in den letzten 7 Tagen entsprechende informelle Hilfe erhalten hätten. Sofern dies der Fall war, wurden Art der Hilfe und hilfeleistende Personen erhoben.

Erwartungsgemäss steigen Hilfebedarf und erhaltene informelle Hilfe mit dem Lebensalter an. Ein deutlicher Anstieg zeigt sich vor allem nach dem 80. Altersjahr. Gut ein Fünftel der 80- bis 84-Jährigen erwähnte, in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen informelle Hilfe erhalten zu haben, und bei den über 85-Jährigen war es mehr als ein Drittel (vgl. **Tab. 13**). Bezogen auf die letzten 7 Tage zeigt sich ein analoger Altersanstieg, und 23 % der 85-jährigen und älteren zuhause lebenden Befragten erwähnen entsprechende informelle Hilfeleistungen. Neben dem Alter ist auch das Bildungsniveau von Bedeutung, und ältere Personen mit geringer schulisch-beruflicher Bildung erhalten häufiger aus gesundheitlichen Gründen informelle Hilfe, weil untere Bildungsschichten im Alter häufiger an körperlichen Beschwerden und funktionalen Einschränkungen leiden als obere Bildungsschichten.

Im Zeitvergleich 1997–2007 zeigen sich namentlich bei den 75- bis 84-Jährigen sinkende Werte, was primär damit zusammenhängt, dass sich das gesundheitliche Befinden in dieser Altersgruppe tendenziell verbessert hat. Wenn Menschen im Alter länger behinderungsfrei verbleiben, reduziert sich der gesundheitlich bedingte Hilfebedarf. Abnehmende Werte informeller Hilfe in ausgewählten Altersgruppen dürfen deshalb nicht automatisch als Hinweis auf eine abnehmende informelle Solidarität interpretiert werden.

Im Alter am häufigsten genutzt werden informelle Hilfeleistungen zum Einkaufen und beim Haushalten. Aber auch Hilfeleistungen bei Krankentransporten, bei der Kranken- und Körperpflege und bei der Zubereitung von Mahlzeiten sowie administrative Hilfeleistungen werden oft erwähnt. Relativ selten angeführt werden hingegen finanzielle Hilfeleistungen, die Vermittlung von Hilfe oder eine Hilfe zur Betreuung anderer Familienmitglieder. Im Durchschnitt profitierten hilfebedürftige ältere Menschen im Jahre 2007 von 3.3 unterschiedlichen Hilfeleistungen.

1 Bei der Frage nach erhaltener Hilfe in den letzten 12 Monaten ist damit zu rechnen, dass ein Teil der weiter zurückliegenden Hilfeleistungen vergessen blieb oder umgekehrt, dass auch weiter zurückliegende Hilfe erwähnt wurde (telescoping-Effekt).

Tabelle 13: Gesundheitlich bedingte informelle Hilfe

Frage: Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn bekommen, z. B. Hilfe wie Einkaufen, Pflege, Essen zubereiten oder bringen, usw? Wenn ja: Haben Sie – für sich selber – in den letzten 7 Tagen solche Hilfe bekommen?

		Zuhause lebende Bevölkerung im Alter von:					
		65–69	70–74	75–79	80–84	85plus	65plus
Aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten:							
– in den letzten 12 Monaten	1997	6 %	11 %	15 %	25 %	37 %	15 %
	2002	6 %	11 %	18 %	26 %	38 %	13 %
	2007	6 %	9 %	12 %	18 %	34 %	12 %
– in den letzten 7 Tagen	1997	3 %	5 %	7 %	17 %	28 %	6 %
	2002	2 %	5 %	8 %	14 %	23 %	7 %
	2007	2 %	4 %	5 %	11 %	23 %	6 %

Quelle: SGB 2007 (schriftlicher Teil, gewichtete Daten) SGB 1997: telefonischer Teil.

Im direkten Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Frauen häufiger als Männer informelle Hilfe erhalten beim Einkaufen, bei Haushaltsarbeiten und administrativen Aufgaben, wogegen Männer eher informelle Hilfe bei der Zubereitung von Mahlzeiten und bei der Körperpflege benötigen bzw. erhalten. Insgesamt – bezogen auf die Summe aller Hilfeleistungen – geben Frauen mehr erhaltene Hilfeleistungen an als Männer. Allerdings spiegeln die Geschlechterdifferenzen – neben traditionellem Rollenverhalten – auch Altersstruktur- und Lebensform-Effekte wider (Frauen sind älter und leben häufiger allein). Auch Unterschiede nach Bildungsniveau können durch Drittfaktoren beeinflusst werden, etwa weil ältere Geburtsjahrgänge häufiger ein tiefes Bildungsniveau aufweisen als jüngere Geburtsjahrgänge. Insgesamt variiert das Hilfemuster jedoch wenig nach Bildungsstatus (und nach Kontrolle von Geschlechts- und Altersverteilung verwischen sich soziale Unterschiede in Art und Häufigkeit der erhaltenen Hilfe zusätzlich).

Interessanter als die Art der informellen Hilfe ist sicherlich die Frage, wer informelle Hilfe leistet. Hier liegt der grosse Vorteil der Schweizerischen Gesundheitsbefragung darin, dass differenziert nach unterschiedlichen hilfeleistenden Personen nachgefragt wurde. Die **Tabelle 14** vermittelt genauere Informationen zu den hilfeleistenden Personen nach Alter der hilfebedürftigen Personen.

Tabelle 14: In den letzten 7 Tagen aus gesundheitlichen Gründen erhaltene informelle Hilfe: Hilfeleistende Personen 2007

Frage: Und wer hat hauptsächlich diese Hilfe geleistet? (Bitte alles Zutreffende ankreuzen!)

A) In % aller zuhause lebenden Personen							
Angekreuzt:	Zuhause lebende Befragte im Alter von					65plus:	
	65-69	70-74	75-79	80-84	85plus	2007	2002
- Ehemann, Ehefrau, Partner/in	1.6	2.1	1.9	1.2	2.1	1.8	2.5
- Tochter	0.6	1.9	1.9	6.0	9.8	2.7	2.5
- Sohn	0.5	1.3	2.2	2.0	9.2	1.7	1.5
- Schwester	0.1	0.2	0.1	0.4	0.2	0.2	0.3
- Bruder	0.1	0.2	0.0	0.4	0.2	0.1	0.3
- andere Familienmitglieder	0.2	0.3	0.6	1.4	4.9	0.8	1.0
- Nachbar(in)	0.3	0.9	0.7	2.0	4.4	1.1	1.3
- Bekannte(r), Freund(in)	0.5	1.0	1.2	3.3	4.5	1.5	1.8

B) In % derjenigen, die in den letzten 7 Tagen informelle Hilfe ankreuzten							
Angekreuzt:	Zuhause lebende Bevölkerung im Alter von					65plus:	
	65-69	70-74	75-79	80-84	85plus	2007	2002
- Ehemann, Ehefrau, Partner/in	73	54	40	11	9	31	37
- Tochter	26	49	40	58	44	46	37
- Sohn	23	32	25	19	42	29	22
- Schwester	3	5	2	4	1	3	5
- Bruder	5	5	0	4	1	3	5
- andere Familienmitglieder	9	7	13	14	22	14	15
- Nachbar(in)	14	22	15	19	20	19	19
- Bekannte(r), Freund(in)	21	26	25	32	20	25	26
Durchschnittliche Zahl von hilfeleistenden Personen	1.7	2.0	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7

Quelle: SGB 2007 (schriftlicher Teil, gewichtete Daten).

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

Von den Befragungsdaten ausgehend, lassen sich sechs zentrale Beobachtungen zum informellen Hilfenetz festhalten:

- Erstens sinkt die relative Bedeutung der Hilfe durch den Partner oder die Partnerin mit dem Alter der hilfebedürftigen Person, wobei ältere Männer familiendemographisch bedingt häufiger Hilfe von ihrer Ehefrau erhalten als umgekehrt. So erhalten drei Fünftel der hilfebedürftigen Männer Hilfe von ihrer Partnerin, aber nur ein Fünftel der hilfebedürftigen Frauen von ihrem Partner. Dies spiegelt primär die Tatsache wider, dass Männer im Alter häufiger in einer Partnerbeziehung leben als gleichaltrige Frauen. Sofern eine Partnerin oder ein Partner besteht, ist die Partnerin bzw. der Partner in den allermeisten Fällen die eigentliche Hauptpflegeperson oder bei abnehmenden Kräften die zentrale Ansprechperson. Die Art und Form der Partnerpflege wird stark durch die Paarbiographie bestimmt, und je enger die Partnerschaft ist, desto exklusiver konzentriert sich die Alterspflege auf die Partnerin oder den Partner. Im Zeitvergleich 2002–2007 ist die partnerschaftliche Hilfe eher rückläufig, obwohl sich – wie früher gezeigt wurde – der Anteil alter Menschen mit Partnerin oder Partner nicht reduziert hat. Möglicherweise spielt hier eine Rolle, dass bei alten, langjährigen Paaren sowohl der Mann als auch die Frau hilfebedürftig werden (vgl. auch Backes 2008).
- Zweitens nehmen mit steigendem Alter einer hilfebedürftigen Person die Töchter – sofern vorhanden – eine wichtigere Rolle ein: Während nur 2 % der 70- bis 79-jährigen zuhause Lebenden eine Tochter als hilfeleistende Person erwähnen, sind dies gut 6 % der 80- bis 84-jährigen und fast 10 % der 85-jährigen und älteren zuhause Lebenden. Für 46 % der älteren Hilfebedürftigen sind Töchter bedeutsame Hilfspersonen, und im Zeitvergleich 2002–2007 zeigt sich ein ansteigender Trend. Eine Hilfe durch Töchter wird bei hilfebedürftigen alten Eltern mit tiefem Bildungsniveau häufiger erwähnt (57 %) als bei Eltern mit hohem Bildungsniveau (35 %). Dies dürfte primär darauf zurückzuführen sein, dass gesundheitlich bedingte Hilfebedürftigkeit bei tiefer Bildung häufiger bzw. früher auftritt als bei hoher Bildung. Zusätzlich können auch schichtspezifische Unterschiede der Familiengrösse (weniger Kinder in oberen Bildungsschichten) relevant sein.
- Drittens werden Söhne – klassischerweise – weiterhin weniger häufig als Hilfspersonen angeführt als Töchter. So führen nur 29 % der älteren Hilfebedürftigen Söhne als bedeutsame Hilfsperson an, im Vergleich zu einem Wert von 46 % bezüglich Töchtern. Im hohen Alter gewinnen Söhne allerdings an Bedeutung, und bei hochaltrigen Hilfebedürftigen helfen sie ebenso häufig wie Töchter. Die Rolle der Söhne als hilfeleistende Person zeigt im Zeitvergleich 2002–2007 eine ansteigende Tendenz, möglicherweise weil bei tiefer Geburtenrate mehr ältere Menschen keine Töchter aufweisen. Im Unterschied zur Hilfe bei Töchtern zeigen sich bei der Hilfe durch Söhne keine klaren Unterschiede

nach Bildungsniveau des hilfebedürftigen Elternteils. Dagegen werden Söhne von Befragten in städtischen Gebieten leicht häufiger als hilfeleistende Personen angeführt (33 %) als in ländlichen Gebieten (21 %), möglicherweise weil in städtischen Regionen moderne familiale Rollenvorstellungen und wenig Nachkommen häufiger auftreten.

- Viertens sind Geschwister – wenn im Alter noch vorhanden – als familiale Hilfepersonen weniger bedeutsam. Die entsprechenden Werte sind sehr tief. Dies gilt auch für übrige Familienmitglieder, die erst im hohen Alter – und in höheren Bildungsschichten – stärker hervortreten. Dabei dürfte es sich neben Schwiegertöchtern primär um erwachsen gewordene Enkelkinder handeln. Aber auch im hohen Alter erwähnen nur gerade 22 % der hilfebedürftigen Personen andere Familienmitglieder als hilfeleistende Personen. Die familiale Hilfe konzentriert sich stark auf Partner bzw. Partnerin, Töchter und – ansteigend – Söhne. Die Kernfamilie steht bei der informellen Hilfe eindeutig im Zentrum.
- Fünftens wird eine ausserfamiliale Hilfe – durch Nachbarn und Freunde – in einer beträchtlichen Minderheit der Fälle angeführt. Gut ein Fünftel der Hilfebedürftigen erwähnt Hilfeleistungen durch Nachbarn, und ein Viertel führt Hilfe durch Bekannte bzw. Freunde an. Hilfeleistungen durch Nachbarn werden in der französischsprachigen Schweiz häufiger angeführt (28 %) als in der deutschsprachigen Schweiz (14 %). Dies kann damit zusammenhängen, dass in vielen Westschweizer Regionen die Nachbarschaftshilfe früher und besser organisiert und vernetzt wurde als in manchen deutschschweizerischen Regionen. Analoge sprachregionale Unterschiede bezüglich informeller Freiwilligenarbeit wurden in den SAKE-Modulen zur Freiwilligenarbeit und im Freiwilligenmonitor 2006 festgestellt (vgl. Farago 2007: 40; Stadelmann-Steffen, et al. 2007: 82–83).
- Sechstens werden häufig mehrere informelle Hilfeleistende erwähnt. So wurden 2007 – analog wie 2002 – durchschnittlich 1.7 hilfeleistende Personen angeführt. Befragte mit mittlerem und höherem Bildungsniveau erwähnen durchschnittlich mehr hilfeleistende Personen (1.8 bzw. 1.7) als Befragte mit tiefem Bildungsniveau (1.4). Dies weist darauf hin, dass das soziale Hilfenetz mit steigendem sozialem Status tendenziell breiter wird. Es ist allerdings nochmals darauf zu verweisen, dass die angeführten Angaben primär Hilfeleistungen im weitesten Sinne – und weniger Pflegeleistungen im engeren Sinne – umfassen. Oft sind informelle Hilfeleistungen breiter gestreut als informelle Pflegeleistungen (wo eher das Prinzip vorherrscht, dass eine Hauptpflegeperson die Verantwortung trägt).

Wird zusätzlich untersucht, welche Leistungen von wem erbracht werden, zeigen sich einige Unterschiede (wobei bei einigen Personengruppen – wie den

Geschwistern – aufgrund der geringen Häufigkeit informeller Hilfe die Fallzahlen für eine Detailanalyse zu gering sind). Betrachten wir die vorher angeführten Gruppen hilfeleistender Personen, zeigt sich folgendes Muster informeller Hilfeleistungen:

- Partner bzw. Partnerin – soweit vorhanden – leisten vor allem alltagsrelevante Hilfeleistungen. Helfende Ehemänner helfen am häufigsten beim Einkaufen sowie beim Haushalten. Helfende Ehefrauen sind häufiger bei der Kranken- und Körperpflege und bei der Zubereitung von Mahlzeiten aktiv. Bei den übrigen Hilfeleistungen zeigen sich weniger Unterschiede.
- Helfende Töchter leisten ebenfalls primär Hilfe bei Haushaltstätigkeiten und beim Einkaufen. Körperpflege steht nicht im Zentrum, selbst wenn gut 37 % der Hilfebedürftigen auch diesbezüglich intergenerationelle Hilfe von Töchtern erhalten. Töchter sind die Angehörigen, die am meisten bezüglich «Gesellschaft leisten» angeführt werden (was auf eine enge emotionale Verbundenheit deuten kann). Insgesamt sind hilfeleistende Töchter mit durchschnittlich fast vier Hilfeleistungen relativ stark engagiert.
- Söhne ihrerseits helfen insgesamt weniger häufig, aber wenn sie helfen, ist der Leistungskatalog im Vergleich zu helfenden Töchtern relativ ähnlich. Die Unterschiede der Leistungsart zwischen helfenden Söhnen und helfenden Töchtern sind gering, und es ist beispielsweise nicht der Fall, dass hilfeleistende Söhne sich vor allem administrativ und hilfevermittelnd engagieren, sondern sie übernehmen – wenn sie ihren alten Eltern helfen – ebenso häufig Haushaltsarbeiten oder Tätigkeiten der Pflege wie Töchter. Dies kann die Folge davon sein, dass Söhne oft alten Eltern helfen, wenn keine Töchter helfend zur Verfügung stehen, und in dieser Situation werden sie mit den gleichen Hilfebedürfnissen konfrontiert wie helfende Töchter.
- Andere Familienmitglieder helfen – wenn sie helfen – primär bei haushaltsübergreifenden Aktivitäten (Einkaufen, Krankentransporte, administrative Fragen).
- Das Hilfeprofil von Nachbarn und Freunden – die jeweils im Durchschnitt gut vier Hilfeleistungen erbringen – ist ähnlich. Auch bei Nachbarschafts- und Freundeshilfe stehen Einkaufshilfe und Hilfe im Haushalt im Zentrum (und bei Nachbarn auch administrative Hilfen).

Es zeigt sich somit ein vielfältiges Muster informeller Hilfeleistungen für ältere Menschen mit gesundheitlich bedingten funktionalen Alltagseinschränkungen. Es dominieren dabei klar haushaltsbezogene Hilfeleistungen (Einkaufen, Hilfe im Haushalt u. ä.), wogegen körperlich-pflegerische Leistungen weniger im Vordergrund stehen (mit Ausnahme hilfeleistender Partnerinnen). Auch finanzielle Hilfe oder die Vermittlung von Hilfe steht weniger im Zentrum informeller Hilfeleistungen.

4.3

Informelle Pflege innerhalb und ausserhalb des eigenen Haushalts

Zusätzliche Informationen zur informellen Pflege vermittelt das Spezialmodul der schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2007 zum Thema «Unbezahlte Arbeit», mit dem sowohl Daten zu Haus- und Familienarbeit und freiwilligen Tätigkeiten als auch Angaben zur Pflege und Betreuung von behinderten bzw. pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern und zur informellen Pflege von Erwachsenen ausserhalb des eigenen Haushalts erhoben wurden.

Nach Angaben aus der SAKE 2007 leben 1.4% der Bevölkerung der Schweiz mit einer älteren behinderten oder pflegebedürftigen Person im gleichen Haushalt. Dabei handelt es sich zu 75% um einen Partner oder eine Partnerin. Der durchschnittlich angeführte Zeitaufwand für die Pflege des pflegebedürftigen älteren Haushaltsmitgliedes liegt bei 13.4 Stunden pro Woche. Personen mit nur obligatorischem Schulabschluss wohnen häufiger mit einer pflegebedürftigen älteren Person zusammen als Personen mit höheren Bildungsstufen, was darauf schliessen lässt, dass Pflege zu Hause sozialen Milieuunterschieden unterliegt (vgl. Karrer 2009).

Mit steigendem Alter steigt der Anteil derjenigen, die im eigenen Haushalt eine pflegebedürftige Person zu betreuen haben, ebenso wie der durchschnittliche Zeitaufwand für die Pflege (vgl. **Tab. 15**). So sind 5% der 65- bis 74-Jährigen und nahezu 10% der 75- bis 84-Jährigen mit einem pflegebedürftigen Haushaltsmitglied konfrontiert, zumeist ein pflegebedürftig gewordener Partner oder eine kranke Partnerin. Und alte Menschen (85plus) sind zu mehr als einem Fünftel mit oft intensiven Pflegeleistungen im eigenen Haushalt belastet. Mehrheitlich handelt es sich um alte Frauen, die ihren Partner pflegen. Aber im hohen Alter steigt auch der Anteil von Männern an, die zu Hause ihre Partnerin pflegen. In einer Minderheit der innerhäulichen Pflegesituationen handelt es sich um andere Konstellationen (alte Schwester, die pflegebedürftigen Bruder pflegt, pensionierte Söhne bzw. Töchter, die ins Haus alter Eltern ziehen, um sie dort zu pflegen; vgl. Stutz, Strub 2006; Perrig-Chiello et al. 2010).

Neben innerhäulicher informeller Pflege werden zusätzlich bedeutsame ausserhäuliche informelle Hilfe- und Pflegeleistungen erbracht. Im Jahr 2007 gaben 2.2% der Bevölkerung an, erwachsene Verwandte oder Bekannte ausserhalb des eigenen Haushalts zu pflegen (vgl. **Tab. 16**).² Ein ähnlicher Wert (2.0%) wurde in der Erhebung 2004 festgestellt (vgl. Schön-Bühlmann 2005: 277). Dabei

2 Aus erhebungstechnischen Gründen wurde bei der ausserhäulichen informellen Pflege das Alter der gepflegten Person nicht erfasst, so dass sich die Angaben in Tabelle 16 nicht nur auf ältere Pflegebedürftige beziehen.

Tabelle 15: Pflege älterer Haushaltsmitglieder 2007

	Anteil an Personen, die mit einer pflegebedürftigen Person ab 65 Jahren in einem Haushalt leben:	Angeführter durchschnittlicher Zeitaufwand für Pflege (Stunden pro Woche):
Total Bevölkerung 15plus J.	1.4 %	13.4
Pfleger Person:		
– jünger als 65-jährig	0.4 %	10.4
– 65–74-jährig	5.1 %	14.5
– 75–84-jährig	9.8 %	13.7
– 85-jährig und älter	21.5 %	22.8

Quelle: Schweiz. Arbeitskräfteerhebung, (SAKE) Auswertungen BFS *.

* Wir danken Frau Schön-Bühlmann vom Bundesamt für Statistik für die Auswertungen der SAKE.

Tabelle 16: Ausserhäusliche informelle Pflege von Verwandten und Bekannten 2007

	Beteiligungsquoten für ausserhäusliche Pfl egetätigkeiten:			Durchschnittlicher Zeitaufwand (Stunden pro Woche):		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Insgesamt	1.1 %	3.3 %	2.2 %	2.7	4.9	4.4
Alter der pflegenden Person:						
– 15–39-jährig	0.5 %	1.1 %	0.8 %	1.5	2.8	2.4
– 40–64-jährig	1.6 %	4.7 %	3.1 %	2.8	5.3	4.7
– 65plus-jährig	1.3 %	4.5 %	3.1 %	3.7	5.0	4.8

Quelle: Schweiz. Arbeitskräfte-Erhebung 2007, Auswertungen BFS.

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbunni; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

handelt es sich in etwa zu gleichen Teilen um Pflege von Verwandten und um Pflege von nicht-verwandten Personen (Bekannte, Freunde, Nachbarn). Allerdings wird Verwandten intensiver geholfen als Bekannten, was sich daran zeigt, dass der durchschnittliche Zeitaufwand für die ausserhäusliche Pflege von Verwandten mit 5.9 Wochenstunden deutlich höher liegt als bei der ausserhäuslichen Pflege von Bekannten (2.7 Wochenstunden).

Frauen leisten nicht nur – mit einer Beteiligungsquote von 3.3 % – mehr ausserhäusliche Pflegeleistungen als Männer (Beteiligungsquote: 1.1 %), sondern sie helfen auch intensiver. Während etwa Männer für die ausserhäusliche Pflege von Bekannten und Verwandten (zumeist alte Elternteile) durchschnittlich 2.7 Stundenwochen anführen, sind dies bei den ausserhäuslich pflegenden Frauen mit durchschnittlich 4.9 Stundenwochen fast doppelt so viele Einsatzstunden.

Die Häufigkeit und Intensität ausserhäuslicher Pflege erhöht sich vor allem nach dem 40. Altersjahr, primär aufgrund des Alterns der eigenen Eltern. Im höheren Alter (65plus) kann sich die Häufigkeit einer ausserhäuslichen familialen Pflege, etwa wegen Absterbens der Elterngeneration, wieder reduzieren, aber nicht die Intensität, da die noch überlebenden Elternteile stärker pflegebedürftig werden. Im höheren Alter erhöht sich zudem die Pflege zugunsten von Bekannten, weil auch alte Freunde und Bekannte mehr informelle Hilfe und Pflege erfordern. Bedeutsam ist die Feststellung, dass pensionierte Frauen und Männer nicht nur einseitig Hilfe erhalten, sondern sie erbringen auch viele informelle Pflegeleistungen.

Was die ausserhäusliche intergenerationelle Hilfe- und Pflege zugunsten alter Elternteile betrifft, zeigt sich in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 einerseits, dass alte Mütter häufiger und länger informelle Hilfe durch ihre erwachsenen Kinder erhalten als Väter, was sowohl sozio-demographische Faktoren (Mütter leben länger und sind im Alter häufiger verwitwet) als auch bindungsbezogene Aspekte (engere Beziehung zu Müttern) widerspiegelt. Andererseits wird erneut deutlich, dass sich Frauen – als Töchter – häufiger engagieren als Männer als Söhne. Allerdings betrifft dies primär die Beziehung zu den Müttern, was den immer wieder festgestellten Einfluss der Geschlechterkombination zwischen Hilfe leistenden und Hilfe erhaltenen Familienmitgliedern unterstreicht: «Müttern wird deutlich mehr geholfen, und Töchter helfen etwas mehr als Söhne, so dass die Tochter-Mutter-Dyade auch in punkto Hilfe hervortritt. Darauf folgen Sohn-Mutter und Tochter-Vater-Beziehungen, das niedrigste Hilfeniveau findet sich bei Hilfe von Söhnen an ihre Väter.» (Brandt 2009: 80). Am häufigsten intergenerationell – zugunsten alter Elternteile – engagiert sind Töchter im Alter von 45 bis 64 Jahren. Im Rentenalter sind die Eltern hingegen oft schon verstorben. Oder in anderen Worten: Hilfe- und Pflegeleistungen zugunsten alter Elternteile fallen oft in späten Erwerbsjahren an, was bei Frauengenerationen, die beruflich stark engagiert sind, zu einem zweiten familial-beruflichen Vereinbarkeitskonflikt (Beruf versus Pflege) beitragen kann (vgl. Lettke 2002, Perrig-Chiello, Höpflinger 2005).

Eine ökonomische Aufrechnung der informellen Pflege – innerhäuslich und ausserhäuslich – ist heikel, weil der ökonomische Wert einer unbezahlten Pflege-stunde nach unterschiedlichen Methoden (Marktkosten- oder Opportunitätskostenrechnung) berechnet werden kann. Gleichzeitig ist die Pflege eines Haushaltsmitglieds mit der Pflege von Personen aus anderen Haushalten nicht direkt vergleichbar. Trotzdem lassen sich einige (grobe) Schätzwerte festhalten, und ausgehend von den Kosten, welche der öffentlichen Hand entstehen würden, wenn die unbezahlte Pflege durch spezialisierte Fachkräfte erfolgen müsste, lässt sich für 2007 ein Total von 2.1 Mrd. Franken für Pflege und Betreuung von Haushaltsmitgliedern sowie zusätzlich von 1 Mrd. Franken für die unbezahlte Pflege von Verwandten und Bekannten aus anderen Haushalten festhalten. Der gesamte Geldwert unbezahlter Betreuung und Pflege erwachsener Personen im eigenen oder fremden Haushalt übertrifft damit die Kosten der Spitexdienste bei weitem (vgl. Zumbrunn, Bayer-Oglesby 2010). Dazu kommen informelle Hilfeleistungen im weiteren Sinne, und für 2004 wurde der Geldwert aller informeller Dienst- und Pflegeleistungen auf 4.3 Mrd. eingeschätzt (vgl. Schön-Bühlmann 2005). Auch europäische Vergleichsstudien lassen erkennen, dass in der Schweiz bei der ambulanten Betreuung alter Menschen die informellen Pflegeleistungen die professionellen Pflegeleistungen bei weitem übertreffen (vgl. Mestheneos, Triantafillou 2005).

4.4

Belastungsfaktoren bei pflegenden Angehörigen

Eine 2009 in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführte Erhebung bei 322 pflegenden Angehörigen (110 Ehepartnerinnen, 62 Ehepartner, 80 Töchter, 34 Söhne, 14 Schwiegertöchter, 22 andere Pflegekonstellationen) vermittelt aktuelle Informationen zur körperlichen und psychischen Belastung pflegender Angehöriger (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger, Schnegg 2010): Die subjektive Gesundheits-einschätzung pflegender Angehöriger weicht negativ von derjenigen der gleichaltrigen Referenzbevölkerung gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2007 ab. Dies gilt vor allem für pflegende Töchter und Söhne. Auch die psychische Befindlichkeit pflegender Angehöriger ist geringer als bei der Referenzbevölkerung. Über 60 % der befragten Hauptpflegepersonen berichteten in der letzten Woche niedergeschlagen gewesen zu sein und fast 80 % waren nach eigenen Angaben in dieser Zeit angespannt und nervös. Chronischer Stress ist vor allem bei intensiv pflegenden Angehörigen häufig, wobei pflegende Töchter stärker unter chronischem Stress leiden als etwa pflegende Partnerinnen oder Partner, die dafür häufiger von sozialer Isolation betroffen sind. Pflegende Angehörige konsumieren entsprechend signifikant mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel und Antidepressiva als die Referenzbevölkerung. Dies zeigt sich insbesondere bei pflegenden Partnern und Partnerinnen, die altersbedingt oft ebenfalls an Beschwerden leiden. Wird die

Diskrepanz zwischen gewünschtem Zeitaufwand für die Pflege und tatsächlich aufgewendetem Zeitinvestment untersucht, zeigt sich, dass vor allem Partner und Partnerinnen bei weitem mehr Zeit investieren, als sie eigentlich möchten. Die Diskrepanz ist bei pflegenden Partnerinnen ausgeprägter als bei pflegenden Partnern und bei pflegenden Töchtern höher als bei pflegenden Söhnen.

Eine multivariate Analyse der Pflegesituationen weist darauf hin, dass körperliche und psychische Belastung pflegender Angehörige unterschiedlichen Einflussgrößen unterliegen: Für eine hohe körperliche Belastung (verschlechterte Gesundheitseinschätzung, hohe Beschwerdenlast und vermehrte Arztbesuche) scheinen primär das Alter der pflegenden Person sowie kontextuelle Rahmenbedingungen der Pflege – wie Dauer des Pflegeverhältnisses, hohes Zeitinvestment in die Pflege, soziale Isolation und Überlastung – verantwortlich zu sein. Für eine hohe psychische Belastung (tiefes Wohlbefinden, hoher chronischer Stress) hingegen scheinen in erster Linie geringe individuelle Ressourcen bedeutsam zu sein. Bedeutsame Einflussvariablen auf die psychische Belastung sind ineffiziente Copingstrategien, eine negative Einschätzung der eigenen Kindheit und eine geringe Hilfsbereitschaft. Relevant ist auch das Gefühl, dass die Pflege zu viele negative Auswirkungen auf das eigene Leben und die sozialen Kontakte aufweist. Auch der Wunsch nach weniger Zeitinvestment in die Pflege und eine geringe Zufriedenheit mit der Pflegesituation sind von Bedeutung. Keine Rolle scheinen hingegen das Alter und der Grad der Pflegebedürftigkeit des gepflegten Angehörigen sowie die Dauer des Pflegeverhältnisses, das effektive Zeitinvestment und die angebotenen Entlastungsmöglichkeiten zu spielen.

Entsprechend dem Pflegesetting (Partnerpflege, Pflege eines Elternteils) und den individuellen Ressourcen ergeben sich unterschiedliche Pflegeverhältnisse. Eine Clusteranalyse bezüglich Pflegebelastung und Wohlbefinden liess vier Typen pflegender Angehöriger erkennen:

- a) Resiliente Partner bzw. Partnerinnen: Trotz hohem Pflegeaufwand und kaum Entlastungsmöglichkeiten berichten diese Personen über ein hohes Wohlbefinden und eine hohe Lebenszufriedenheit.
- b) Stark belastete Pflegende: Sie erleben als pflegende Partner, Töchter oder Söhne eine enorme Belastung ohne Entlastungsmöglichkeiten, und sie erfahren dadurch eine deutliche Beeinträchtigung ihrer Lebenszufriedenheit und ihres Wohlbefindens.
- c) Belastete weibliche Pflegende (Partnerinnen und Töchter), die ein deutlich eingeschränktes Wohlbefinden erwähnen, obwohl die zeitliche Belastung durch die Pflege weniger hoch ist als in den zwei vorherigen Gruppen.
- d) Wenig belastete Pflegende: Hier handelt es sich um pflegende Kinder mit unterschiedlich stark hilfe- und pflegebedürftigen Eltern. Der Zeitaufwand für die Pflege ist im Vergleich zu den anderen Gruppen am geringsten, und das Wohlbefinden wird durch die Pflege nicht beeinträchtigt.

Bei dieser Stichprobe von vergleichsweise intensiv pflegenden Angehörigen wurden in erster Linie Liebe und Zuneigung als treibende Pflegemotive geltend gemacht, gefolgt von Gefühlen persönlicher moralischer Verpflichtung bzw. von Verpflichtung allgemein und der Notwendigkeit zur informellen Pflege. Die angeführten Pflegemotive variieren je nach Geschlecht: Bei pflegenden Partnern sind Gefühle der Verpflichtung ebenso wichtig wie Liebe und Zuneigung, wogegen bei pflegenden Partnerinnen Liebe und Zuneigung klar die angeführten Hauptmotive sind und erst in zweiter Linie moralische Verpflichtungen. Auch bei pflegenden Kindern zeigen sich klare Geschlechterunterschiede. So wird von pflegenden Söhnen an erster Stelle die moralisch-ethische Verpflichtung genannt, an zweiter Stelle die Aussage, dass die Pflege ihnen ein gutes Gefühl vermittele und erst an dritter Stelle Liebe und Zuneigung. Bei pflegenden Töchtern werden hingegen mit höchster Priorität Liebe und Zuneigung angeführt, gefolgt von moralischer Verpflichtung und einem guten Gefühl.

Im intereuropäischen Vergleich mit den Eurofamcare-Daten 2003/05 (vgl. Döhner et al. 2007) wird deutlich, dass die Motivstruktur pflegender Angehöriger in der Schweiz sowohl Ähnlichkeiten wie Diskrepanzen zu derjenigen in anderen europäischen Ländern aufweist: Ähnlich ist, dass die emotionale Bindung bei allen ein zentrales Pflegemotiv darstellt. Unterschiedlich ist das Ausmass des Sichverpflichtet-Fühlens, wo die Schweizer – ähnlich wie die Deutschen – hohe Werte aufweisen, im Gegensatz zu Italienern und Schweden. Von pflegenden Angehörigen in der Schweiz wird zudem die Kategorie «keine Alternative» im intereuropäischen Vergleich am häufigsten geltend gemacht, was mit der Tatsache zusammenhängt, dass die Pflegekosten (und vor allem die Kosten einer Langzeitpflege) in der Schweiz stärker als in anderen Ländern privat getragen werden müssen und Angehörigenpflege kaum eine direkte finanzielle Unterstützung erhält (vgl. Huber, Rodrigues et al. 2009).³

3 Indirekt kann Angehörigenpflege zuhause via Hilflosenentschädigung der AHV/IV mitfinanziert werden. Während vor dem AHV-Alter eine Hilflosenentschädigung bei ambulanter Betreuung doppelt so hoch ist wie bei stationärer Betreuung, ist dies bei Personen, die im AHV-Alter eine Hilflosenentschädigung erhalten, nicht der Fall.

4.5

Fokus Demenz: Demenzielle Erkrankungen und informelle Hilfe

Viele demenzerkrankte Menschen werden zuhause gepflegt, unter starkem Engagement von Angehörigen (Ehepartnerin, Ehepartner, Töchter, Söhne). Eine ökonomische Analyse nach Marktkostenansatz geht davon aus, dass im Jahre 2007 die informelle Pflege und Betreuung demenzerkrankter Menschen einer wirtschaftlichen Leistung von nahezu 2.8 Mrd. Franken entsprach (vgl. Ecoplan 2010: Tab. 6.1).

Der fortschreitende Verlauf demenzieller Erkrankungen stellt pflegende Angehörige vor grosse Herausforderungen, auch weil sich die Pflegesituation ständig ändert. Da ein demenzkranker Mensch im Verlaufe der Erkrankung immer mehr von seinen kognitiven Fähigkeiten und seiner Selbstständigkeit im Alltag einbüsst, verändert sich sukzessive die emotionale und soziale Beziehung zwischen einem pflegenden Angehörigen und der demenzkranken Person. Ein zentraler Verlust in einer langjährigen Partnerbeziehung ist namentlich der Verlust des Partners oder der Partnerin als Gegenüber und Ansprechperson. Töchter und Söhne ihrerseits erleben, dass die Persönlichkeitszüge der Mutter oder des Vaters von der Krankheit überlagert werden und sich die Rollen vertauschen (die Mutter wird von ihren Kindern abhängig). Eine von Caroline Moor am Zentrum für Gerontologie durchgeführte Studie bei 67 pflegenden Angehörigen (Befragung) und demenzkranken Familienmitgliedern (Beobachtungstagebücher) bestätigt, dass sich Angehörige unabhängig vom Schweregrad der Demenz am stärksten durch den Beziehungsverlust belastet fühlen: «Einen nahe stehenden Menschen mit Demenz zu begleiten, erleben viele Angehörige als ein langsames Abschiednehmen. Neben den vielfältigen Betreuungsaufgaben, die im Verlaufe der Zeit zunehmen – zunächst eher organisierende und beaufsichtigende, dann zunehmend konkret helfende und pflegende Aufgaben – müssen Angehörige auch Persönlichkeitsveränderungen und Verluste in der Beziehung zum Familienmitglied ertragen, bis hin zum Eindruck, dass man ihn oder sie in gewisser Weise als Partner bzw. Elternteil verloren hat. Obwohl diese Veränderungen zweifellos auch eine Chance und Bereicherung bedeuten können, ist dieser Prozess grundsätzlich schmerzlich und wird von vielen Angehörigen auch nach jahrelanger Betreuung als sehr belastend erlebt.» (Zentrum für Gerontologie 2010: 21). Als psychisch weniger belastend erfahren Enkelkinder die Demenz, da sie die Demenzerkrankung eines Grosselternteils als weniger bedrohlich erleben. Allerdings sind Enkelkinder nur relativ selten in Pflegesettings bei Demenz beteiligt, obwohl damit positive Erfahrungen gemacht wurden (vgl. Philipp-Metzen 2008, 2010).

Eine qualitative Untersuchung bei 61 Angehörigen von Demenzpatienten der Schweiz liess erkennen, dass der Umgang mit der Demenz milieuspezifisch variiert. So erfolgt eine Untersuchung der Krankheit umso früher, je höher der Bildungsstatus des Patienten ist, was zu einem positiven Zusammenhang zwischen

MMS-Status und Bildungsstatus bei der Erstabklärung beiträgt (Karrer 2009: 43). Auch die soziale Wahrnehmung der Erkrankung variiert milieuspezifisch: «Der Beginn der Demenz scheint unten im sozialen Raum stärker an funktionalen Einschränkungen festgemacht zu werden (Autofahren, Telefonieren, Kochen), während man oben eher kommunikative und intellektuelle Veränderungen erwähnt.» (Karrer 2009: 49). Angehörige aus oberen sozialen Milieus empfinden die Krankheit als gravierender als die (meisten) Befragten aus unteren sozialen Milieus. So beklagen betroffene Partnerinnen aus dem oberen Bereich des sozialen Raums stärker den gesellschaftlichen Statusverlust ihres Mannes. In unteren sozialen Milieus werden die oft schon geringen Ansprüche nach unten angepasst, und Angehörige halten es häufiger als in oberen Milieus als ihre Aufgabe, sich selbst und allein um den Partner zu kümmern (Karrer 2009: 80).

Der allmähliche Verlust an Selbstständigkeit bei Demenzerkrankungen bedingt zunehmende Unterstützung, was pflegende Angehörige in steigendem Masse in Anspruch nimmt. Sekundäre Symptome der Demenz – wie Depression, Aggression, Angst, Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr, Halluzinationen – sind häufig zusätzliche Belastungsfaktoren. In der Studie des Zentrums für Gerontologie (2010) bezeichneten sich vier von fünf befragten Partnerinnen und Partner als praktisch rund um die Uhr gefordert. Vielen war es nicht möglich, ihre Betreuungsarbeit zeitlich genau zu quantifizieren (z. B. keine Pflege, aber ständige Begleitung nötig, Präsenz rund um die Uhr). Die restlichen schätzten ihren Aufwand auf durchschnittlich acht Stunden pro Tag ein. Knapp die Hälfte der 56 befragten Partnerinnen und Partner fühlte sich durch die Betreuung ziemlich belastet. Der Einsatz pflegender Töchter und Söhne mit demenzerkranktem Elternteil variierte in dieser Studie zwischen mehrmals im Monat bis mehrmals täglich, und er umfasste neben der Betreuung oft auch die Koordination von weiteren Betreuungspersonen und die Übernahme administrativer Aufgaben.

Häufig wird durch eine Demenzerkrankung das Alltagsleben pflegender Angehöriger stark eingeschränkt, und familiäre Pflege geht vielfach auf Kosten von Erwerb, Freizeit und sozialen Kontakten (vgl. Kesselring 2004). Angehörige pflegen ein demenzkrankes Familienmitglied nicht selten über ihre Belastungsgrenzen hinaus. Damit steigt das Risiko, dass betreuende Angehörige selbst erkranken und zu «hidden patients» werden. Emotionale Störungen mit Symptomen von Angst, Depression und Erschöpfung sind bei pflegenden Angehörigen nicht selten (vgl. Wettstein 2005). Die Studie des Zentrums für Gerontologie (2010) bei pflegenden Angehörigen liess einerseits erkennen, dass – um ihre Lebensqualität zu erhalten und einer Erschöpfung vorzubeugen – Angehörige vielfach mehr Zeit für sich selbst und ihre eigenen Interessen benötigen würden. Andererseits waren Belastungsgefühle und Depressivität umso geringer, je zufriedener pflegende Partnerinnen und Partner mit dem jeweiligen Pflegearrangement waren (wobei das, was als gutes Pflegearrangement gilt, individuell variiert). Als statistisch starke Prädiktoren für eine höhere Lebensqualität pflegender Partnerinnen und Partner erwiesen sich zudem eine geringere Depressivität des demenzerkrankten

Partners und eine positive Bewertung der erhaltenen praktischen Hilfe durch das Umfeld.

Allerdings empfand knapp jeder zweite befragte Angehörige seine Bedürfnisse nach Entlastung nur zur Hälfte bis gar nicht abgedeckt. Gut die Hälfte der Angehörigen wünschte sich mehr Entlastung bei der Betreuung. Wichtige Entlastungsangebote wie Spitex, Tagesheim, Ferienmöglichkeiten und Angehörigengruppen waren den meisten befragten Angehörigen zwar bekannt, wurden aber im Bedarfsfall nicht immer genutzt (Zentrum für Gerontologie 2010: 33). Besonders wertvoll erscheinen niederschwellige und situationsadäquate Hilfs- und Entlastungsangebote, wie Angebote zur Ablösung, Nachtruhe, Ferien u. a. (vgl. Dufay et al. 2003). Eine Evaluationsstudie einer Tag-Nacht-Station für demenzerkrankte Menschen zeigte, dass körperliche und psychische Erschöpfung und Schlafschwierigkeiten der pflegenden Angehörigen sowie Inkontinenz des demenzerkrankten Partners oder Elternteils zentrale Gründe für eine Inanspruchnahme einer temporären Entlastungspflege waren (vgl. Oppikofer 2009). Eine Schulung von Angehörigen demenzerkrankter älterer Menschen kann ebenfalls positive Effekte auf das emotionale Wohlbefinden und die wahrgenommene Lebensqualität pflegender Angehöriger aufweisen. Gleichzeitig erleichtert eine Angehörigen-schulung die (zeitweise) Ablösung und Entlastung der betreuenden Person, etwa durch Nachbarschaftshilfe oder durch Inanspruchnahme spezieller Angebote für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen (vgl. Wettstein, König et al. 2005).

5 Ambulante Betreuungsformen

Die ambulante, spitalexterne Pflege (Spitex) hat sich schon seit geraumer Zeit zu einer zentralen Säule der Pflege im Alter entwickelt, und es ist zu erwarten, dass der Bedarf nach professionellen ambulanten Pflegeleistungen weiter ansteigen wird. Dafür verantwortlich sind nicht nur demographische Faktoren, sondern auch Werthaltungen (Wunsch, möglichst lange zuhause wohnen zu können) und neue Wohnformen (mehr hindernisfreie Wohnungen, Ausbau betreuter Wohnformen; vgl. Hagmann 2008). Auch eine weitere Ausdehnung der behinderungsfreien Lebenserwartung kann zur Folge haben, dass die Nachfrage nach ambulanter Betreuung stärker anwächst als die Nachfrage nach stationärer Betreuung. Dies ist vor allem der Fall, wenn alte Menschen zwar länger behinderungsfrei verbleiben, aber nicht unbedingt länger beschwerdefrei.

5.1

Zur ambulanten professionellen Pflege (Spitex)

Im Jahr 2008 widmeten sich nach der Spitex-Statistik¹ in der Schweiz 28 744 Personen, die umgerechnet 12 480 Vollzeitstellen besetzten, der ambulanten Pflege und Betreuung von gesamtschweizerisch 210 840 Klienten und Klientinnen. Die im Jahr 2008 12,7 Mio. verrechneten Spitex-Stunden bezogen sich zu 62 % auf pflegerische Leistungen und zu 37 % auf hauswirtschaftliche Leistungen. 1 % der Stunden wurde für weitere Leistungen eingesetzt. Für Spitex-Dienstleistungen wurden im Jahre 2008 1282 Mio. Franken aufgewendet, was rund 2 % der Kosten im Gesundheitswesen entsprach. Die Daten der Spitex-Statistik verdeutlichen, in welchem Masse Leistungen der Spitex heute primär älteren Menschen zugute kommen (vgl. **Tab. 17**). So waren 2008 nur 25 % der Spitex-Klienten jünger als

1 Die Spitex-Statistik erfasst sowohl privatrechtlich-gemeinnützige wie auch öffentlich-rechtliche Spitex-Organisationen. Nicht einbezogen sind hingegen privatrechtlich-erwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen.

Tabelle 17: Leistungen der Spitex für ältere Menschen in der Schweiz

	Jahr 2000		Jahr 2008	
	65–79 J.	80plus J.	65–79 J.	80plus J.
Fälle (Personen) insgesamt *	77 800	110 900	84 679	139 931
– davon: Pflegeleistungen (KLV-Leist.)	43 500	62 200	47 023	76 591
Verrechnete Stunden pro Klient/Klientin	37	48	38	50
% -Anteil der jeweiligen Altersgruppe:				
– bezogen auf Klientschaft	30 %	42 %	28 %	47 %
– bezogen auf verrechnete Stunden	27 %	50 %	26 %	55 %
% -Anteil Pflege (KLV-Leistungen)				
– bezogen auf Klientschaft	56 %	56 %	56 %	55 %
– bezogen auf verrechnete Stunden	49 %	52 %	61 %	66 %
Leistungen der Spitex pro 100 Personen	9.5	38.1	9.3	38.6

* Zu beachten: Eine Person, die gleichzeitig mehrere Spitex-Leistungen bezieht, wird mehrfach gezählt.

Quellen: *Spitex-Statistiken 2000 und 2008.*

65 Jahre. 28 % waren 65–79 Jahre alt und 47 % waren 80-jährig und älter. Da im höheren Alter die Spitex-Leistungen oft intensiver werden, liegt der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen bei den verrechneten Spitex-Stunden höher, bei 55 %.

In den letzten Jahren kam es zu einer verstärkten Schwerpunktbildung der Spitex auf pflegerische Leistungen, die von den Krankenkassen finanziert werden. So stieg die durchschnittliche Zahl an Pflegestunden pro Klient zwischen 1998 und 2008 von 37 auf 48 Stunden, wogegen die hauswirtschaftlichen Leistungen pro Klient im gleichen Zeitraum von 57 auf 43 Stunden sanken. Der Trend dürfte auch in Zukunft in die Richtung gehen, dass pflegerisch-medizinische Dienstleis-

tungen verstärkt professionell geleistet werden, wogegen hauswirtschaftliche Leistungen vermehrt informell (Angehörige, Nachbarn, organisierte Freiwilligenarbeit) oder alternativ durch private Anbieter übernommen werden.

Nach der Statistik 2008 entfielen auf 100 65- bis 79-jährige Personen 9.3 Leistungen der Spitex. Bei den 80-jährigen und älteren Menschen waren es sogar 38.6 Spitex-Leistungen pro 100 Personen. Bei diesen Zahlen ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der Spitex-Statistik eine Person, die gleichzeitig mehrere Leistungen bezieht, mehrfach gezählt wird. Werden Doppelzählungen abgezogen, beanspruchen um die 7 % der 65- bis 79-jährigen Personen ambulante Leistungen der Spitex, und bei den 80-jährigen und älteren Menschen sind es etwa 26 bis 27 %. Oder in anderen Worten: Mehr als ein Viertel der 80-jährigen und älteren Menschen der Schweiz beansprucht professionelle ambulante Leistungen (Pflegeleistungen, hauswirtschaftliche Leistungen). Die ambulante professionelle Pflege nimmt vor allem im so genannten «fragilen Rentenalter» eine zentrale Stellung ein. Das fragile Alter ist jene Phase, in der körperliche Risiken und Einschränkungen des Alters zwar sichtbar werden, ein selbstständiges Leben im eigenen Haushalt unter günstigen Wohn- und Pflegebedingungen jedoch weiterhin gut möglich ist. Die Zunahme der Lebenserwartung älterer Menschen wie auch das spätere Einsetzen von Pflegebedürftigkeit führen dazu, dass die Zahl von Frauen und Männern im fragilen Rentenalter in den nächsten Jahrzehnten besonders stark ansteigen wird. Medizinische Fortschritte (wie Medikamente, die das Eintreten alltagsrelevanter hirnorganischer Störungen verzögern, oder gesundheitsfördernde Programme zur Reduktion von Sturzfrakturen usw.) können die zeitliche Ausdehnung des fragilen Rentenalters – im Verhältnis zur Phase starker Pflegebedürftigkeit – zusätzlich verstärken. Nach einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums dürfte sich bei unverändertem Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung gesamtschweizerisch die Zahl der pflegerisch wie hauswirtschaftlich betreuten Spitex-Klientschaft (2008: 210 840 Personen) bis 2020 auf gut 330 000 Personen und bis 2030 sogar auf rund 400 000 Personen erhöhen. Bei verbessertem Gesundheitszustand reduziert sich der Anstieg leicht, auf 320 000 Klienten (2020) bzw. 380 000 Klienten (2030) (vgl. (Jaccard Ruedin, Weaver 2009).

In öffentlichen Diskussionen wird häufig von einer substitutiven Beziehung zwischen ambulanter und stationärer Pflege gesprochen, in dem Sinn, dass ein Ausbau der ambulanten Pflege Einweisungen in stationäre Alters- und Pflegeeinrichtungen reduziert oder zumindest verzögert. Entsprechende Analysen (vgl. Jaccard Ruedin, Weber et al. 2006) belegen, dass dies primär für die Gruppe der 80-jährigen und älteren Personen – und nicht für die 65- bis 79-Jährigen – gilt. In Kantonen mit intensiver Inanspruchnahme der Spitex-Dienste ist die Quote der Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeeinrichtungen im hohen Alter vergleichsweise geringer. Allerdings ist auch im hohen Alter (80plus) die Spitex nur für eine begrenzte Gruppe von pflegebedürftigen Personen eine klare Alternative zum Pflegeheim. Bei hoher Pflegebedürftigkeit ist eine ambulante Pflege zuhause

oft nur bei guter Kombination von informeller (familiärer) und formeller Pflege möglich. Eine wesentliche Bedeutung für die Entscheidung, ob und wie lange pflegebedürftige alte Menschen zuhause gepflegt werden, hat das Pflegepotenzial der Angehörigen (vgl. Schwarzmann 2004).

Gleichzeitig ist anzumerken, dass die Dichotomie von ambulanter und stationärer Pflege alter Menschen unter dem Gesichtspunkt moderner Konzepte einer integrierten Versorgungsstruktur fragwürdig wird (vgl. Rosenbrock, Kümpers 2009). Tatsächlich wurde die Zusammenarbeit zwischen Spitex und Heimen in den letzten Jahren in vielen Regionen verstärkt. In diversen Alters- und Pflegeheimen sind Spitex-Dienste sowie medizinische bzw. paramedizinische Praxen untergebracht, was den Übergang von heimexterner zu heiminterner Pflege erleichtert. Parallel dazu wurden in manchen Regionen teilstationäre bzw. teilambulante Angebote – wie Tageskliniken, Alterswohnungen in Heimnähe sowie Formen betreuten Wohnens – systematisch ausgebaut. Gerade für Menschen im hohen Lebensalter kann eine Kombination ambulanter und stationärer Gesundheits- und Pflegestrukturen optimal sein, speziell beim Auftreten multipler Krankheitssymptome. Ähnlich wie beim Wohnen, wo die Alternative «Daheim oder Heim?» selbst für pflegebedürftige Menschen allmählich obsolet wird, entspricht auch bei der Pflege alter Menschen die klassische Gegenüberstellung von ambulanter und stationärer Pflege immer weniger der Realität. Parallel dazu steigt aufgrund des Alterns von Menschen mit Migrationshintergrund auch der Bedarf nach Unterstützungsangeboten für ältere Migrantinnen und Migranten, dies namentlich in grösseren Städten mit höherem Anteil an nicht in der Schweiz geborenen alten Menschen (vgl. Kobi 2008).

5.2

Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen im Alter

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 wurde danach gefragt, ob die befragte Person in den letzten 12 Monaten Spitex-Leistungen beansprucht hat oder nicht. Der grobe Zeitrahmen von einem Jahr führt allerdings dazu, dass ein Teil der Spitex-Leistungen vergessen bleibt, namentlich, wenn es sich um eine einmalige Leistung handelte, die schon länger zurück liegt. Die «Ja»-Antworten tendieren deshalb dazu, die Inanspruchnahme der Spitex zu unterschätzen (was im Vergleich mit den Daten der Spitex-Statistik auffällt). Die Fragen nach Leistungsart (Pflege, Haushaltshilfe, anderes, z. B. Mahlzeitendienst, Fahrdienst, mit Möglichkeit von Mehrfachantworten) lassen erkennen, dass Pflege und Haushaltshilfe im Zentrum stehen: 53 % der älteren Spitex-Kundinnen erhielten Pflegeleistungen und 55 % Haushaltshilfe. 24 % erwähnen zusätzlich noch andere Leistungen (Mahlzeitendienste, Fahrdienste).

Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung bestätigen, dass die Spitex vor allem im Alter von 80 Jahren und älter beansprucht wird, wobei mit

steigendem Alter eine regelmässige Nutzung der Spitex häufiger wird. Dies trägt dazu bei, dass im hohen Alter mehr Befragte angeben, die Spitex in den letzten 7 Tagen beansprucht zu haben. Bei den über 84-jährigen zuhause lebenden Menschen sind dies gut 20%. Die Zahl der angeführten Betreuungsstunden in den letzten 7 Tagen variiert individuell stark, speziell in den höheren Altersgruppen. Dies zeigt sich in hohen Standardabweichungen bzw. einer deutlichen Differenz zwischen Mittelwerten und Median. Die 65-jährigen und älteren Befragten, die in den letzten 7 Tagen die Spitex beansprucht haben, nennen durchschnittlich 6.3 Betreuungsstunden. Der Medianwert liegt allerdings bei 2 Stunden: Die Hälfte erhält weniger als 2 Stunden, die andere Hälfte mehr als 2 Stunden. Die Betreuungsintensität ist eng mit funktionalen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten verbunden, und die Korrelation zwischen den Spitex-Betreuungsstunden und funktionalen Einschränkungen basaler Alltagsaktivitäten liegt bei 0.42. Etwas geringer ist die Korrelation (0.27) zwischen Spitex-Betreuungsstunden und Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten. Das angegebene Haushaltseinkommen einer befragten älteren Person und die Inanspruchnahme von Spitex sind nicht signifikant assoziiert, und es lässt sich nicht feststellen, dass ärmere ältere Menschen Spitex-Leistungen weniger beanspruchen als wohlhabendere ältere Menschen.

Eine durchgeführte logistische Regression zur Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen in den letzten 12 Monaten verdeutlicht ebenfalls, dass die Benützung der Spitex durch 65-jährige und ältere Befragte hoch signifikant assoziiert ist mit gesundheitlich bedingten Beschwerden und mit funktionalen Einschränkungen bei den basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten. Auch nach Kontrolle gesundheitlicher Variablen zeigt sich ein hoch signifikanter Alterseffekt, und je älter Menschen sind, desto häufiger werden Spitex-Dienste beansprucht (wahrscheinlich weil im hohen Alter neben hauswirtschaftlich-pflegerischen Leistungen auch vermehrt sozialmedizinische Leistungen bedeutsam werden). Keine Bedeutung für die Beanspruchung von Spitex-Leistungen weist das Ausmass an psychischen Belastungen auf, und eine hohe psychische Belastung führt – wenn die funktionale Gesundheit statistisch kontrolliert wird – nicht zu einer häufigeren Inanspruchnahme der Spitex. Das Fehlen einer entsprechenden Beziehung kann allerdings auch darauf zurückzuführen sein, dass starke psychische Probleme – namentlich depressive Symptome – bei funktionalen Einschränkungen häufig zu einem Wechsel in eine stationäre Alterseinrichtung beitragen.

Von den einbezogenen sozialen Variablen (Bildungsniveau, Geschlecht, Lebensform) erweist sich nur das Leben in einem Ein-Personen-Haushalt als signifikante Einflussgrösse auf die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen: Wer im Alter allein lebt, benützt bei gleichen funktionalen Einschränkungen die Spitex häufiger, weil haushaltsbezogene Hilfe- und Pflegeleistungen durch andere Haushaltsmitglieder wegfallen. Dagegen sind Geschlecht und Bildungsniveau für die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen im Alter irrelevant, und direkte geschlechtsspezifische oder bildungsbezogene Unterschiede verschwinden, wenn

der funktionale Gesundheitszustand kontrolliert wird. Indirekte Effekte von Geschlecht und Bildungsstatus ergeben sich allerdings insofern, als Geschlecht und Bildung die funktionale Gesundheit im Alter beeinflussen.

5.3

Zum Verhältnis von formeller und informeller Hilfe und Pflege

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 wurde sichtbar, dass Leistungen der Spitex häufig in Kombination mit familialer Hilfe genutzt wurden. So erhielten 2002 gut 69 % der älteren Menschen, die in den letzten 12 Monaten Leistungen der Spitex beanspruchten, gleichzeitig Hilfeleistungen aus dem sozialen Netz (Verwandte, Freunde, Nachbarn; vgl. Calmonte 2003). 2007 lagen die entsprechenden Werte etwas tiefer, bei 60 %. Leistungen der Spitex werden oft komplementär zu informeller Hilfe erbracht. Eine in den späten 1990er-Jahren in Genf und im Wallis durchgeführte Längsschnittstudie verdeutlichte, dass vor allem im hohen Alter (80–89 J.) informelle und formelle Hilfe- und Pflegeleistungen häufig kombiniert auftreten (vgl. Lalive d'Épinay et al. 2001). Im hohen Alter kommt es bei zuhause lebenden Menschen nicht zur Verdrängung informeller Hilfe durch professionelle Leistungen, sondern primär zu einer Ergänzung informeller durch professionelle Hilfe.

Im Folgenden soll das Verhältnis von informeller Hilfe und formell-professioneller ambulanter Pflege (Spitex) genauer untersucht werden: Wie oft wird nur informell geholfen bzw. nur formell, und wie häufig sind Kombinationen informeller und formeller Hilfeleistungen?

Die Unterstützungsarrangements bei funktionalen Alltagseinschränkungen werden von zwei Faktoren mitbestimmt, die bei der Analyse des Verhältnisses von informeller und formeller Hilfe und Pflege immer zu berücksichtigen sind: Bedeutsam ist erstens die Wohn- und Lebensform, und bei Menschen in Mehrpersonenhaushaltungen steht eindeutig die Hilfe und Pflege durch Haushaltsmitglieder (Partner, Partnerin, im Haushalt lebende Verwandte) im Vordergrund. Relevant ist zweitens auch der Schweregrad der funktionalen Alltagseinschränkungen, da Spitex-Leistungen vor allem bei stärkeren gesundheitlichen Problemen regelmässig beansprucht werden. Entsprechend ergibt sich die Tendenz, dass eine kombinierte Unterstützung (formell und informell) vor allem auftritt, wenn sich starke funktionale Einschränkungen der basalen oder instrumentellen Alltagsaktivitäten ergeben, wogegen bei geringen Alltagseinschränkungen primär das informelle Hilfenetz genutzt wird. Nehmen die funktionalen Einschränkungen zu, wird – teilweise zusätzlich zur informellen Hilfe – auch formelle Hilfe angefordert, weil bei stärkeren Alltagseinschränkungen im Alter neben hauswirtschaftlichen und pflegerischen Fragen oft auch medizinische Probleme (wie Herz- und Kreislaufbeschwerden, Bluthochdruck, Diabetes u. a.) auftreten, die

eine professionelle medizinische Betreuung erfordern. Gleichzeitig werden professionelle Angebote (wie Spitex) weniger oder erst bei starken funktionalen Einschränkungen genutzt, wenn eine pflegende Person im Haushalt lebt. Dies zeigt sich darin, dass Personen in Mehrpersonenhaushaltungen bei gleichen funktionalen Alltagseinschränkungen signifikant seltener Spitex-Leistungen beanspruchen als allein lebende alte Personen. Hilfeform und Hilfebedarf sind eng miteinander verknüpft, wobei informelle und formelle Hilfeleistungen sich vor allem bei verstärkter Hilfebedürftigkeit vermehrt ergänzen. Eine Kombination formeller und informeller Hilfe findet sich am ehesten bei zuhause lebenden Menschen mit starken funktionalen Einschränkungen (auch weil nur ein breites informell-formelles Unterstützungsnetz ein Verbleiben zuhause überhaupt noch ermöglicht).

Eine Detailanalyse der Unterstützungsarrangements nach der Schwere funktionaler Alltagseinschränkungen und der Lebensform (allein lebend, nicht allein lebend zeigt folgendes Muster (vgl. Tab. C im Anhang):

Bei allein lebenden älteren Menschen mit leichter bis mittelstarker Pflegebedürftigkeit wird zu einem Drittel (33 %) nur informelle haushaltsexterne Unterstützung in Anspruch genommen. Bei fast einem Drittel (30 %) werden informelle und formelle Hilfeleistungen kombiniert, und nahezu ein Siebtel (13 %) beansprucht nur formelle Hilfe. Gut ein Viertel (24 %) der leicht bis mittelstark pflegebedürftigen allein Lebenden beansprucht (noch) keine Hilfeleistungen. Mit steigender Pflegebedürftigkeit wird kombiniert informell-formelle Hilfe häufiger, und von den zuhause lebenden stark pflegebedürftigen allein Lebenden erhalten 54 % Spitex-Leistungen und haushaltsexterne informelle Unterstützung gleichzeitig. Eine ausschliesslich informelle Hilfe und Unterstützung wird seltener. Auch der Anteil derjenigen, die keine Hilfe erhalten, sinkt, und nur 5 % der stark pflegebedürftigen allein Lebenden führen keine Unterstützung an (wobei offen bleibt, ob diese Personen tatsächlich keine Unterstützung erhalten oder erhaltene Unterstützungsleistungen vergessen haben).

Bei nicht allein lebenden Personen – zumeist Menschen mit Partner bzw. Partnerin – zeigen sich andere Unterstützungsarrangements: Fast die Hälfte (48 %) der leicht bis mittelstark pflegebedürftigen nicht allein Lebenden erhalten ausschliesslich Unterstützung durch Haushaltsmitglieder, und dies gilt auch für mehr als ein Drittel (36 %) der stark pflegebedürftigen nicht allein Lebenden. Eine kombiniert informell-formelle Unterstützung ist bei nicht allein lebenden pflegebedürftigen Personen somit weniger häufig als bei allein Lebenden, ebenso eine ausschliesslich formelle Unterstützung. Dennoch erhält mehr als ein Fünftel (22 %) der pflegebedürftigen nicht allein Lebenden Unterstützung von allen drei angeführten Netzen (Spitex, haushaltsinterne und haushaltsexterne informelle Hilfe).

Eine sich wechselseitig ergänzende Beziehung zwischen formeller und informeller Unterstützung ergibt sich vor allem bei allein lebenden, aber stark pflegebedürftigen alten Menschen, wo oft nur ein gemeinsames Zusammenarbeiten von

Spitex und informellem Netz ein Verbleiben in der angestammten privaten Wohnung ermöglicht. Bei Personen, die mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenleben, ist es häufiger der Fall, dass nur haushaltsinterne informelle Hilfe – durch Haushaltsmitglieder – geleistet wird, aber bei zunehmender Pflegebedürftigkeit ergibt sich auch hier ein verstärkter Trend zur Kombination verschiedener Unterstützungsformen. Das Verhältnis von informeller (familiärer) Hilfe und formell professioneller Hilfe verändert sich systematisch, in Abhängigkeit von Hilfe- und Pflegebedarf und Wohnform. Was sich nicht bestätigt, ist die oft geäußerte Vermutung, dass ein Ausbau professioneller Unterstützung zu einer Verdrängung informeller Unterstützung beiträgt.

Im Rahmen der SwissAgeCare-Studie 2010 wurden 311 Paar-Interviews (pflegende Angehörige – Spitex-Mitarbeitende) durchgeführt (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger, Schnegg 2010). Dieser Paar-Vergleich lässt erkennen, dass bezüglich der Einschätzung des Grades an Hilfebedürftigkeit und bezüglich Verhaltensauffälligkeiten der gepflegten Person zwischen pflegenden Angehörigen und Spitex-Mitarbeitenden eine grosse Übereinstimmung besteht. Nur in 4 % der Fälle unterscheiden sich Einschätzung zwischen informell Hilfeleistenden und den Professionellen um mehr als eine Pflegestufe (z. B. leicht hilfepedürftig versus stark hilfepedürftig). Grössere Differenzen zeigen sich bei der Beurteilung der Gesundheit der pflegenden Angehörigen, wo die Fremdeinschätzung durch die Spitex-Mitarbeitenden signifikant negativer ist als die Selbsteinschätzung der pflegenden Angehörigen. Bedeutsame Unterschiede der Wahrnehmung ergeben sich auch bei Fragen zur Motivation eines pflegenden Angehörigen: Spitex-Mitarbeiterinnen nehmen bei allen Pflegesettings Liebe und Zuneigung als hauptsächliche Pflegemotive wahr, gefolgt von moralischer Verpflichtung. Unterschätzt werden von den Spitex-Mitarbeiterinnen hingegen die Motive Notwendigkeit («keine Alternative»), die Kostenfragen («um hohe Kosten zu vermeiden»), religiöse Überzeugungen und Zufälle. Es scheint, dass Spitex-Mitarbeiterinnen die Motivlage pflegender Angehöriger eher zu idealistisch einschätzen und Sachzwänge zu wenig in Betracht ziehen.

Die Zufriedenheit pflegender Angehöriger mit der Spitex ist allgemein hoch, wobei pflegende Partner und Partnerinnen zufriedener sind als pflegende Söhne oder Töchter. Offene Konflikte und Meinungsverschiedenheiten scheint es nur selten zu geben, und wenn, entstehen sie am häufigsten aufgrund eines häufigen Wechsels der Spitex-Mitarbeitenden. Die Spitex-Mitarbeitenden berichten allerdings häufiger von Meinungsverschiedenheiten und Konflikten als die pflegenden Angehörigen. Am häufigsten angeführt als Ursache für Konflikte bzw. Meinungsunterschiede wird ein häufiger Wechsel der Pflegepersonen, gefolgt von Kommunikationsproblemen und fehlender Zeit aufgrund eines hohen Leistungsdrucks.

5.4

Hindernisfreies und betreutes Wohnen

Mit steigenden funktionalen Einschränkungen wird eine gute Passung zwischen Wohnumwelt und individuellen Fähigkeiten für ein selbstständiges Leben in einem privaten Haushalt zentraler (vgl. Mollenkopf, Oswald, Wahl 2007). Allerdings sind altersgerechte bzw. behinderungsfreie Wohnungen in Europa noch die Ausnahme (vgl. Laferrère 2009: 16). Auch in einer 2008 durchgeführten Wohnumfrage bei 1013 über 59-jährigen zuhause lebenden Personen in der deutschsprachigen Schweiz wurde deutlich, dass nur ein Viertel (25 %) der Befragten ihre aktuelle Wohnung als behindertengerecht einstufte. Etwas weniger als ein Drittel (31 %) bejahte die Frage nach der Rollstuhlgängigkeit ihrer Wohnung mit Einschränkungen, und zwei Fünftel (42 %) erachteten ihre aktuelle Wohnung im Fall einer Mobilitätseinschränkung als ungeeignet. Zugangstreppe und Treppe innerhalb der Wohnung wurden am häufigsten als hinderliche Faktoren angeführt. Auch die Gestaltung des Badezimmers, zu enge Türrahmen oder zu hohe Türschwellen sowie eine ungeeignete Küche wurden häufig als Hindernisse wahrgenommen (vgl. Höpflinger 2009). Spezifische architektonische Richtlinien vermitteln konkrete Hinweise, wie hindernisfreies und altersgerechtes Bauen zu gestalten ist (vgl. Bohn 2010). Bedenkt man, dass Bewohner hindernisfrei geplanter Wohnungen tendenziell einem niedrigeren Unfallrisiko ausgesetzt sind und länger selbstständig in ihrer Wohnung bleiben können, sind solche Wohnungen «durch eingesparte Heilungs- und ambulante Pflegekosten sowie später notwendige Heimeintritte auch volkswirtschaftlich von Bedeutung» (Bohn 2008: 183). Trotz klarer Grundsätze über Mindestanforderungen entsprechen weiterhin viele Neubauten nicht allen Kriterien einer hindernisfreien Bauweise, und eine 2007 durchgeführte Falluntersuchung von dreizehn innovativen Wohnanlagen liess erkennen, «dass selbst neuere Wohnanlagen, die explizit für ältere Menschen konzipiert wurden, die Mindestanforderungen noch nicht umfassend erfüllen» (Huber, Hugentobler, Walthert-Galli 2008: 165).

Eine weitere Strategie zur Stärkung ambulanter Pflege im Alter sind Formen des betreuten Wohnens. Betreutes Wohnen im Alter – auch «begleitetes Wohnen» oder «Wohnen mit Service» genannt – beinhaltet eine Kombination von hindernisfrei gebauter Wohnung mit ambulanten Hilfs- und Betreuungsangeboten. Im hohen Lebensalter – namentlich bei verstärkter Fragilität – öffnet sich häufig eine Bedürfnisschere: Während der Wunsch nach Selbstständigkeit unverändert hoch bleibt, entsteht aufgrund altersspezifischer Beschwerden, Erkrankungen und funktionaler Beeinträchtigungen eine wachsende Abhängigkeit von Hilfe- und Pflegeleistungen. Hilfebedürftige alte Menschen möchten in dieser Situation mehrheitlich weder in ein Alters- oder Pflegeheim noch zu ihren erwachsenen Kindern ziehen. In verschiedenen Ländern – namentlich in Deutschland – entstanden Formen des betreuten Wohnens vorerst als ein Angebot mit dem Charakter einer «Zwischenstufe» zwischen Altersheim und eigenständigem Haushalt,

angeboten für hilfebedürftige, aber nicht schwer pflegebedürftige alte Menschen, die nicht auf Angehörigenpflege zurückgreifen können (vgl. Lind 2005; Saup 2001, 2003). Teilweise wurde und wird betreutes Wohnen aber auch als eigentliche Alternative zu Altersheimen und der Gefahr einer Überversorgung verstanden.

Die Gründe für einen Umzug in eine betreute bzw. begleitete Wohnform sind vielfältig, aber im Allgemeinen spielen aktuelle oder drohende gesundheitliche Einschränkungen, die beim Verbleiben in der bisherigen Wohnung zu einer Einschränkung der Selbstständigkeit führen würden, eine zentrale Rolle. Die deutschen Untersuchungen von Winfried Saup (2001, 2003) belegen, dass viele Bewohner betreuter Alterswohnungen schon beim Umzug von dauerhaften gesundheitlichen Beschwerden betroffen sind (namentlich Geh- und Bewegungsprobleme, Herz- und Kreislaufprobleme sowie Seh- und Höreinschränkungen).

Betreute Wohnformen bestehen idealerweise aus einer engen Verflechtung der Kernelemente «hindernisfreie Wohnung» und «Dienst- bzw. Serviceleistungen» (Betreuung, Beratung, hauswirtschaftliche Hilfe und eventuell Pflegeleistungen) zu einem Sozialgebilde, das sich in wichtigen Aspekten von traditionellen Heimstrukturen unterscheidet: Beim Wohnen unterscheiden sich betreute Wohnformen vom traditionellen Heim dadurch, dass im betreuten Wohnen die Bewohner und Bewohnerinnen über eine abgeschlossene private Wohnung – inklusive Bad und Küche – verfügen. Bei den Dienst- und Serviceleistungen besteht der Unterschied zu traditionellen Alterseinrichtungen darin, dass die einzelnen Bewohner und Bewohnerinnen selbst darüber entscheiden, welche Dienstleistungen sie in welcher Intensität in Anspruch nehmen. Es ist allerdings anzumerken, dass auch in Alters- und Pflegeheimen zunehmend mehr Dienstleistungen à la carte angeboten werden.

Betreute Wohnformen und Wohnen mit Service im Alter haben unweigerlich grosse Vorteile. Es zeigen sich aber auch einige Problemfelder. Ein zentrales Spannungselement des Modells des betreuten Wohnens ist die Frage des Verbleibens oder einer Verlegung bei ständiger Pflegebedürftigkeit von Bewohnern. Mit steigendem Alter der Bewohnerschaft stellt sich diese Frage immer dringlicher, da betreutes Wohnen bei schwerer Pflegebedürftigkeit und namentlich bei schwerer Demenzerkrankung an Grenzen stösst. Die Hauptgründe für einen Wegzug aus einer betreuten Wohnform – in eine stationäre Pflegeeinrichtung – sind schwere körperliche Pflegebedürftigkeit sowie eine fortgeschrittene demenzielle Erkrankung (vgl. Lind 2005, Saup, Eberhard 2005). Auch schwere depressive Symptome oder Suchtprobleme im Alter erschweren oder verunmöglichen ein Wohnen in betreuten Wohnformen.

Seit einigen Jahren werden vermehrt Überlegungen und Anstrengungen unternommen, betreutes Wohnen auch bei schwerer Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen, beispielsweise durch den Ausbau von Pflegewohngruppen innerhalb betreuter Wohnsiedlungen. Tatsächlich zeigen neuere Konzepte («very sheltered housing», «assisted living»), dass auch leichte bis mittelschwere Pflege

in Konzepte betreuten Wohnens integrierbar sind. Unter Umständen kann man damit selbst den Bedürfnissen demenzkranker Menschen gerecht werden (vgl. Eberhard, Saup 2006). Dabei kann auch eine stärkere Anbindung betreuter Wohnsiedlungen an eine Pflegeeinrichtung oder die Errichtung benachbarter Pflegewohngruppen sinnvoll sein, weil damit der Wechsel von einer betreuten Wohnform in eine stationäre Pflegeeinrichtung erleichtert wird.

In jedem Fall führen neue Wohn- und Pflegeformen – vom Wohnen mit Service bis hin zu pflegerisch-orientiertem betreutem Wohnen – zu einer Aufweichung bzw. Verwischung der traditionellen Zweiteilung «ambulant versus stationär», und es entstehen ambulant-professionelle Pflegestrukturen, die einer individualisierten Altersgesellschaft besser entsprechen.

5.5

Fokus Demenz: Demenzentwicklung und Spitex

Da viele demenzerkrankte ältere Menschen zuhause gepflegt werden, wird auch die Spitex häufig mit demenziellen Erkrankungen konfrontiert. Eine 2009 in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführte Erhebung bei pflegenden Angehörigen und Spitex-Mitarbeitenden liess erkennen, dass bei regelmässigen Pflegeverhältnissen, in denen Angehörige und Spitex gleichermassen engagiert sind, fast die Hälfte der informell-formell gepflegten alten Menschen wahrnehmbare Gedächtnisprobleme aufwies. Allerdings lag nur bei gut der Hälfte dieser Fälle eine ärztliche Demenzdiagnose vor, sei es, weil keine Demenzabklärung vorgenommen wurde, oder sei es, weil es sich um nicht-demenziell bedingte Gedächtnisprobleme handelte (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger, Schnegg 2010).

Bei stärkeren demenziellen Erkrankungen erlaubt häufig nur eine Kombination von intensiver Angehörigenpflege und professioneller Pflege ein Verbleiben zuhause. Eine frühere Studie (Volz et al. 1998), die Angehörige von zuhause gepflegten Demenzpatienten befragte, illustrierte, dass 39% der zuhause betreuten demenzerkrankten Menschen auch Spitex-Leistungen beanspruchten. Zu einem ähnlichen Ergebnis – 45% der zuhause betreuten Demenzkranken beziehen Spitex-Leistungen – gelangte für 2007 auch die Ecoplan-Studie (vgl. Ecoplan 2010). In dieser Studie wurden die Spitex-Kosten von Demenz für das Jahr 2007 auf rund 302 Mio. Franken geschätzt, was knapp einem Viertel der gesamten Spitex-Ausgaben entsprach. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Spitex der Zukunft noch häufiger mit demenzerkrankten Menschen konfrontiert werden. Dieser Trend kann verstärkt werden, wenn Medikamente entwickelt und verwendet werden, welche das Fortschreiten der Demenzerkrankung bremsen und damit eine längere ambulante Pflege ermöglichen.

Wie angeführt, ist gerade bei demenziellen Erkrankungen eine enge Zusammenarbeit von informellem und formellem Unterstützungsnetzwerk zentral: «Insgesamt ist die Schnittstellenproblematik bei Demenzerkrankungen von

grosser Bedeutung, weil eine Vielzahl von Akteuren zusammenwirken müssen. Um individuelle Fortschritte erzielen zu können, sollte daher der Entwicklung und Etablierung eines auf Autonomie und Sicherheit gerichteten Case Managements mit Einschluss des familiären und nachbarschaftlichen Umfelds Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dadurch können die bekannten Elemente wirksamer oder entlastender Therapien effektiv eingesetzt werden.» (Martin 2005: 269).

Sofern keine Angehörigen vorhanden sind, wird eine ambulante professionelle Pflege nicht nur teuer, sondern verhaltensbedingt zumeist verunmöglicht. Dasselbe gilt auch für pflegerisch orientierte Formen des betreuten Wohnens. «Betreutes Seniorenwohnen ist für Demenzerkrankte langfristig keine Alternative zu einer Versorgung in einer stationären Einrichtung.» (Saup, Eberhard 2005: 147). Vor allem in Phasen der Demenzerkrankung, die mit Verhaltensstörungen verbunden sind, gelangen ambulante Formen der Betreuung an Grenzen, und dies gilt oft auch für die Angehörigenpflege zuhause.

6 Betreuung in Alters- und Pflegeheimen

In den letzten Jahrzehnten fand ein grundlegender Wandel von Altersheimen zu Pflegeheimen statt: 1973 verteilten sich die Heimplätze für ältere Menschen zu 71 % auf Altersheime und zu 29 % auf Pflegeheime (vgl. Eidgenössische Kommission für Altersfragen 1979). Bis 2007 war der Anteil der Altersheime im klassischen Sinne an der Gesamtzahl der in der Statistik sozialmedizinischer Einrichtungen erfassten Alters- und Pflegeheime auf 4 % gesunken (vgl. Bundesamt für Statistik 2009c). Pflegeheime sind berechtigt, Pflegeleistungen zu Lasten der Krankenversicherung zu erbringen und in Rechnung zu stellen, Altersheime hingegen nicht¹. Trotzdem beherbergen heute auch die meisten Altersheime Personen mit Pflegebedarf, so dass die Altersheime in die Berechnung der Betreuungsrate einbezogen werden.

Wie die Angaben in **Tabelle 18** verdeutlichen, zeigt die Betreuungsrate (Anteil an Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen an der gesamten Wohnbevölkerung) erst ab dem Alter von 80 Jahren einen deutlichen Anstieg. Von den 80- bis 84-Jährigen leben noch gut 90 % zuhause, aber anschliessend steigt eine stationäre Versorgung rasch an, und wer ein hohes Alter von 95 Jahren und mehr erreicht, lebt zu gut 45 % in einer Alters- und Pflegeeinrichtung.

Da Männer im Alter häufiger in einer Partnerschaft leben und bei Pflegebedürftigkeit oft von ihrer Ehefrau gepflegt werden, ist ein Heimaufenthalt im hohen Alter häufiger ein Frauenschicksal. Dazu trägt zusätzlich auch die höhere Lebenserwartung der Frauen bei. Entsprechend verbringen heute vor allem Frauen ihren letzten Lebensabschnitt in Alters- und Pflegeeinrichtungen, die auch dank einem hohen Frauenanteil beim Pflegepersonal weiblich geprägte Lebenswelten darstellen.

1 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) SR 832.10, Art. 39 Abs. 3. Zu rechtlichen Fragen zum Heimaufenthalt und dessen Finanzierung vgl. Breitenschmid, Gächter 2010.

Tabelle 18: Anteil von Personen, die in einem Alters- und Pflegeheim leben nach Alter und Geschlecht: Schweiz 2002 und 2008

Altersgruppe	Betreuungsrate 2002 (in %)			Betreuungsrate 2008 (in %)		
	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen
- 65-69 J.	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8
- 70-74 J.	1.6	1.5	1.8	1.6	1.4	1.7
- 75-79 J.	4.0	3.0	4.7	3.7	2.9	4.4
- 80-84 J.	10.4	7.3	12.3	9.6	6.5	11.4
- 85-89 J.	23.5	16.5	26.7	21.7	14.6	25.2
- 90-94 J.	39.7	29.2	43.3	38.1	26.7	42.5
- 95 J. u. ä.	56.4	42.8	59.8	45.0	32.3	48.6
65plus Jahre	6.8	4.1	8.8	6.5	3.8	8.5
80plus Jahre	19.8	12.9	23.2	18.4	11.7	21.9
85plus Jahre	30.4	21.0	34.3	27.9	18.5	32.1

Quelle: Bundesamt für Statistik, *Statistik der sozialmedizinischen Einrichtungen 2002 und 2008 (Bewohnerschaft am 31.12)*, ESPOP 2002 und 2008 (Bevölkerung am Jahresende).

Analysen: Obsan 2010.

Im Zeitvergleich 2002–2008 hat sich die Betreuungsrate bei Personen unter 94 Jahren leicht reduziert und bei Personen über 94 Jahren deutlich reduziert. Ein Heimeintritt wurde seltener bzw. erfolgt später. Anzuführen sind allerdings ausgeprägte interkantonale Unterschiede im Anteil alter Menschen in stationären Einrichtungen. So ist eine stationäre Betreuung im Alter in vielen Regionen der Zentral- und Ostschweiz deutlich höher als in den meisten Regionen der Westschweiz, was auf unterschiedliche Sozialtraditionen und gesundheits- und pflegepolitische Strategien zur Versorgung im Alter zurückzuführen ist (vgl. Jaccard Ruedin, Weber et al. 2006 und Bayer-Oglesby, Höpfinger et al. 2010).

Heime sind heute Orte, wo sich Krankheiten und Beschwerden des Alters kumulieren. Wie früher angeführt wurde, ist eine grosse Mehrheit (76%) der heutigen Heimbewohner und Heimbewohnerinnen mittelmässig bis stark pflegebedürftig. In **Tabelle 19** wird angeführt, an welchen diagnostizierten Krankheiten betagte Personen in Institutionen leiden (wobei zu beachten ist, dass vor allem im hohen Alter Mehrfachdiagnosen häufig sind).

Tabelle 19: Häufigste Diagnosen bei älteren und hochaltrigen Personen in Institutionen 2008/09

	Insgesamt	65–79 J.	80plus J.
Herz-Kreislauf-Probleme	49 %	37 %	52 %
Bluthochdruck	47 %	44 %	48 %
Demenz	39 %	30 %	41 %
Depression	26 %	32 %	24 %
Rheumaerkrankungen	24 %	18 %	26 %
Diabetes	19 %	22 %	19 %
Osteoporose	17 %	12 %	18 %
Schlaganfall erlitten	13 %	17 %	12 %
Sehbehinderung	12 %	11 %	18 %
Niereninsuffizienz	10 %	6 %	11 %
Lungenerkrankung	10 %	11 %	10 %
Hörbehinderung	9 %	3 %	17 %
Blutarmut	7 %	7 %	7 %
Krebserkrankung	7 %	4 %	8 %
Psychose	7 %	16 %	4 %
Parkinson	6 %	7 %	5 %

Gewichtete Daten. Es sind mehrere Diagnosen/Krankheiten gleichzeitig möglich.

Quelle: Bundesamt für Statistik, Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI) 2008/09, Analyse: BFS, Sektion der Gesundheit der Bevölkerung und Obsan.

Häufig bei Heimbewohnern sind Herz- und Kreislaufprobleme, Bluthochdruck, aber auch demenzielle Erkrankungen. Diagnostizierte Depressionen zeigen sich bei mehr als einem Viertel, wobei fast ein Drittel der jüngeren Altersgruppe (65–79 J.) daran leidet, was damit zusammenhängt, dass depressive Symptome bei gleichen körperlichen Einschränkungen früher zu einem Heimeintritt führen.² In der jüngeren Altersgruppe sind auch psychotische Symptome

2 Der umgekehrte Fall, dass ein Heimeintritt zu depressiven Symptomen beiträgt, kommt vor, ist aber nicht die dominante Kausalität (primär gilt: Depressionen führen zu Heimeintritt und nicht umgekehrt).

überdurchschnittlich häufig, und ein vorzeitiger Wechsel in eine stationäre Einrichtung kann auch durch psychische Probleme ausgelöst werden. Recht häufig sind auch Formen von Delirium (vgl. von Gunten, Mosimann 2010). Eine beträchtliche Minderheit der Heimbewohnerschaft leidet an Rheumaerkrankungen, Diabetes, Osteoporose (vor allem bei Frauen häufig) sowie im hohen Alter an Seh- und Hörbehinderungen. Die Vielfältigkeit der Beschwerden und Krankheiten hochaltriger Heimbewohner und Heimbewohnerinnen erfordern vom Heim- und Pflegepersonal nicht nur gute Kenntnisse der Pflege (inkl. palliative Care), sondern auch Fachkenntnisse zu geriatrischen Erkrankungen.

Der Wunsch, im Alter möglichst lange selbstständig zu verbleiben, der Ausbau ambulanter Pflegeleistungen (Spitex) und pflegerisch-betreuter Wohnformen sowie eine längere behinderungsfreie Lebenserwartung haben in den letzten Jahrzehnten dazu beigetragen, dass sich das Alter eines Eintritts in eine stationäre Einrichtung erhöht hat. Ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim erfolgt immer häufiger erst im hohen Alter. Damit verbunden ist ein Trend, dass Alters- und Pflegeheime häufiger zum Sterbeort werden. Während 1986 erst 14 % aller Sterbefälle in einem Alters- und Pflegeheim erfolgten, waren es 2001 schon 34 % (vgl. Fischer et al. 2004), und 2007 verstarben 51 % der 75-jährigen und älteren Verstorbenen in einem Pflegeheim; von den 90-jährigen und älteren Verstorbenen waren es sogar 75 %. Der durchschnittliche Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung – vom Eintritt bis zum Tod – hat sich tendenziell verkürzt, und er beträgt durchschnittlich gut 2 bis 2½ Jahre (durchschnittlich 4.6 Jahre ohne vorherigen Spitalaufenthalt und 1.4 Jahre mit vorherigem Spitalaufenthalt; vgl. Bundesamt für Statistik 2009b). Alters- und Pflegeheime entwickeln sich immer mehr zu Einrichtungen für Menschen im hohen Alter bzw. für Menschen gegen Lebensende, was die Beachtung einer ethisch-verantwortlichen Sterbekultur erfordert (vgl. Wilkening, Kunz 2003).

Was sich bei der Erhebung zur Gesundheit betagter Personen in Institutionen (EGBI) nicht bestätigt, ist die oft geäußerte Vermutung, dass es sich bei Menschen im Heim mehrheitlich um sozial isolierte alte Menschen handelt. Nach dieser Erhebung haben nur 2 % keine Angehörigen mehr, und die Mehrheit (55 %) erhält mindestens ein Mal pro Woche Besuch von Familienmitgliedern oder Freunden (vgl. Bundesamt für Statistik 2010c).

Bei der Mehrzahl der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen handelt es sich zwar um pflegebedürftige alte Menschen (gegen Lebensende), aber keineswegs um sozial isolierte Menschen, und die Pflege im Heim ist in den meisten Fällen besser als dies negativen Vorstellungen vom Heimalltag entspricht. In der stationären Pflege werden heute vermehrt lebensweltorientierte Ansätze umgesetzt, mit dem Ziel, Alters- und Pflegeheime als Orte des Wohnens und Lebens zu gestalten. Eine lebensweltorientierte Pflege pflegebedürftiger alter Menschen versteht sich idealerweise als eine Pflege, welche ihre Lebensgeschichte und Lebensweise berücksichtigt und gezielt auf die Bedürfnisse und noch vorhandenen Kompetenzen pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet ist. Dies bedeutet einen Paradigmenwechsel

von einer defizitorientierten und bevormundenden Versorgung alter Menschen zur Verankerung hilfreicher Arrangements der Pflege. Wesentlich ist dafür das «Normalisierungsprinzip» im Sinne einer Orientierung an normalen Alltagsroutinen und Lebensrhythmen in Pflegeeinrichtungen. Die Wirklichkeit heutiger Heime ist vielfältiger, als dies tief verankerten negativen Klischees entspricht.

Die weitere Entwicklung der Zahl von Heimbewohnern hängt einerseits damit zusammen, in welchem Masse stationäre Alters- und Pflegeeinrichtungen durch ambulante Pflegestrukturen, teilstationäre Angebote oder betreute Wohnformen ersetzt werden (können). Namentlich in deutschsprachigen Kantonen mit einem relativ hohen Anteil an Alters- und Pflegeheimbewohnern lassen sich ambulante Pflegestrukturen ausbauen. Allerdings stösst eine ambulante Pflege bei multimorbiden hochaltrigen Menschen an Grenzen, und eine stationäre Pflege erweist sich bei pflegeintensiven oder komplexen Fällen als kosteneffizienter als eine gleichwertige ambulante Betreuung, wie eine Studie im Kanton Tessin aufzeigt (vgl. Jaccard Ruedin, Marti et al. 2010). Andererseits ist entscheidend, ob es dank Gesundheitsförderung und medizinischer Fortschritte gelingt, Pflegebedürftigkeit im Alter zu verhindern bzw. die behinderungsfreie Lebenserwartung weiter auszudehnen. Bei gleich bleibenden Pflegebedürftigkeitsquoten im Alter dürfte die Zahl von Bewohnern sozialmedizinischer Einrichtungen stärker ansteigen als bei einer Ausdehnung der behinderungsfreien Lebenserwartung (vgl. Weaver, Jaccard Ruedin et al. 2008 und Bayer-Oglesby, Höpflinger et al. 2010). Allerdings ist zu beachten, dass, wenn alte Menschen erst sehr spät in eine Pflegeeinrichtung wechseln, sie im Allgemeinen stärker pflegebedürftig sind und sich damit die Anforderungen an die Pflege im Heim qualitativ erhöhen. Zu erwarten ist einerseits eher ein weiterer Anstieg im Eintrittsalter in eine stationäre Einrichtung, mit der Folge, dass Alters- und Pflegeeinrichtungen noch häufiger mit hochaltrigen und multimorbiden Menschen gegen Lebensende konfrontiert sein werden. Andererseits dürften Zahl und Anteil an demenziell erkrankten Heimbewohnern in vielen Alters- und Pflegeeinrichtungen weiter ansteigen, was spezielle Herausforderungen an die Wohn- und Pflegebedingungen stellt. Ansteigend ist zudem auch die Zahl an pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund, für die spezifische Pflegeheimangebote – mit Pflegepersonal, das ihre Sprache spricht – sinnvoll sein können.

6.1

Fokus Demenz: Konsequenzen der Demenzentwicklung für die stationäre Pflege

Demenzielle Erkrankungen im Alter – allein oder in Kombination mit anderen Erkrankungen – sind schon heute ein zentrales Thema der stationären Pflege. Die 2008/09 durchgeführte Erhebung zum Gesundheitszustand alter Menschen in Alters- oder Pflegeeinrichtungen liess erkennen, dass zwei Fünftel der über

65-jährigen Heimbewohner und Heimbewohnerinnen an einer diagnostizierten Demenzerkrankung litten. Weitere sechs Prozent litten an einer Parkinson-Erkrankung (vgl. Bundesamt für Statistik 2010c). In Pflegezentren kann der Anteil an demenzkranken Menschen noch deutlich höher liegen.

Angesichts der demographischen Entwicklung wird die Zahl demenzerkrankter alter Menschen in Alters- und Pflegeeinrichtungen weiter ansteigen, weil eine ambulante Pflege speziell bei fortgeschrittener Demenzerkrankung an Grenzen stösst. Eine stationäre Versorgung wird zumeist unumgänglich, wenn eine erkrankte Person aufgrund ihrer kognitiven Einbussen rund um die Uhr beaufsichtigt werden muss oder sekundäre Symptome der Demenz – Angst, Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr, Halluzinationen – auftreten. Auch die Kombination von hirnorganischen Störungen mit anderen Störungen (Depression, körperlich-funktionale Einschränkungen usw.) kann eine stationäre Pflege erfordern.

Dies zwingt Alters- und Pflegeeinrichtungen vermehrt zu Überlegungen einer demenzgerechten Pflege und Wohnsituation: «Aus Praxis und Forschung weiss man, dass klassische Heimstrukturen für Menschen mit Demenzerkrankungen ungünstig sind, weil sie überfordern (grosse, unübersichtliche Einheiten mit schwieriger Orientierung usw.), zu Stresssituationen führen (schmale und schlecht beleuchtete Flure und Sackgassen, verschlossene Schränke und Türen usw.) oder gefährden können (Sturz- und Weglaufgefahr.» (Welter, Hürlimann et al. 2006: 12). Gleichzeitig verändern sich viele Faktoren mit dem Krankheitsverlauf, was flexible Pflegestrukturen und Flexibilität erlaubende Wohnbedingungen voraussetzt.

Demenzerkrankte Menschen kommen im Allgemeinen am besten in einem geschützten Rahmen zurecht. Pflegewohngruppen, die eine Ausrichtung auf Alltagsaktivitäten erlauben, erleichtern es, verbliebene Kompetenzen zu mobilisieren und emotionale Zugänge zu öffnen. Auch erleichtern Pflegewohngruppen den Einbezug von Angehörigen in die Betreuung. Nach bisher durchgeführten Vergleichsstudien erwiesen sich dezentralisierte Pflegestationen und überschaubare Wohngruppen als die am besten geeigneten Wohnformen für demenzerkrankte Menschen (vgl. Reggentin, Dettbarn-Reggentin 2006). In den letzten Jahrzehnten wurden deshalb europaweit demenzgerechte Versorgungsstrukturen und Wohnformen aufgebaut, die einerseits eine kontinuierliche professionelle Betreuung bieten, die andererseits aber auch ein gemeinschaftsbezogenes Zusammenleben der Demenzkranken ermöglichen, in Anlehnung an vertraute Wohnformen, in der Sicherheit, Nähe und Geborgenheit vermittelt werden (vgl. Reggentin, Dettbarn-Reggentin 2006: 39).

Ob demenzerkrankte Menschen gemischt – zusammen mit nicht demenzerkrankten pflegebedürftigen Menschen – oder spezialisiert betreut werden sollen, wird kontrovers diskutiert. Im Rahmen der segregativen Betreuung geht man davon aus, dass demenzkranke Bewohner und Bewohnerinnen besondere psychosoziale Bedürfnisse haben, die eine von anderen Bewohnergruppen getrennte, spezielle Versorgung erforderlich machen (vgl. Weyerer, Schäufele, Hendlmeier 2005: 87).

Um eine Segregation demenzerkrankter Menschen zu vermeiden, wird heute teilweise mit teilintegrativen Wohn- und Betreuungsformen gearbeitet, in der demenzerkrankte Menschen zwar grundsätzlich mit anderen pflegebedürftigen Menschen in einer Alters- und Pflegeeinrichtung leben, tagsüber zu bestimmten Zeiten aber in einer speziellen Gruppe betreut werden.

Noch mehr als bei körperlich-funktional bedingter Pflegebedürftigkeit ist bei der Pflege demenzerkrankter Frauen und Männer auf Strukturen zu achten, die Wohnen und Pflegen optimal verbinden. Viele Verhaltensprobleme und emotionale Störungen bei an Demenz erkrankten Menschen sind durch eine der Krankheit nicht angemessen gestaltete Wohnumgebung mit verursacht. Demenzerkrankte alte Menschen verlieren zunehmend die Fähigkeit, ihre Handlungen zu kontrollieren und sich an die Umwelt anzupassen (vgl. Welter, Hürlimann et al. 2006: 37). Die zentralen Qualitätskriterien für die Gestaltung der räumlichen Wohn- und Pflegeumwelt demenzerkrankter Menschen beziehen sich auf Fragen von Sicherheit, Orientierung, Privatheit, Autonomie und die Gestaltung des sozialen Milieus (vgl. Becker, Kruse et al. 2005). Das heute immer stärker betonte Konzept der Milieugestaltung zielt darauf, das Wohnumfeld so zu gestalten, dass es einerseits Wohnlichkeit ausstrahlt und andererseits alltagsbezogene Aktivitäten (wie Rüsten, Kochen, Waschen usw.) fördert und die Lebensgeschichte der Bewohner und Bewohnerinnen berücksichtigt. «Die Kernstücke einer milieuorientierten Versorgung stellen die Gemeinschaftsbezüge und die gemeinsam genutzten Räume dar. Sie sollen das soziale Verhalten stabilisieren, soziales Erleben stimulieren und soziale Sicherheit erzeugen.» (Reggentin, Dettbarn-Reggentin 2006: 103).

Was die bauliche und wohnliche Gestaltung demenzgerechter Lebensverhältnisse betrifft, gelten allgemein alle Regeln für hindernisfreies Bauen und Wohnen (schwollenlose Türen, rollstuhlgängige Badezimmer usw.). Noch stärker als bei körperlich-funktionalen Einschränkungen sind jedoch bei Demenzwohngruppen die Symptome und Auswirkungen hirnorganischer Störungen räumlich und gestalterisch zu berücksichtigen (vgl. Held, Ermini-Fünfschilling 2006; Welter, Hürlimann et al. 2006). Die räumliche Orientierung wird durch überschaubare und wohnlich gestaltete Lebensbereiche erleichtert. Die verminderten kognitiven Fähigkeiten sollten gestalterisch kompensiert werden, etwa durch klare farbliche Markierungen, die verschiedene Wohnbereiche abtrennen. Auch offene, grosszügige und frei zugängliche Räume (Korridore, Aufenthaltsbereiche), wo «etwas läuft» und es etwas zu sehen gibt, sowie verschiedene wählbare Aufenthalts- und Sitzbereiche scheinen Menschen mit Demenzerkrankungen eher zu motivieren, sich zu bewegen, als geschlossene Räume oder Nischen. Wohnküchen mit Gerüchen und sichtbaren Utensilien können der Passivität entgegenwirken, ebenso wie eine klare alltagsbezogene Tagesstruktur. Sicherungssysteme – wie das von der Stiftung für elektronische Hilfsmittel entwickelte System Quo Vadis II (vgl. www.fst.ch) – können ein Weglaufen verhindern. Wichtig ist auch genügend Bewegungsraum, da Wahrnehmung und Bewegung eng miteinander verbunden sind.

Umherlaufen und «Herumnesteln» sind oft Versuche, sich selbst und die Umwelt wahrzunehmen (zu spüren) und in Kontakt (in Berührung) zu bleiben. Bewegung fördert das Denken und verringert die Anspannung, wogegen zu wenig Bewegungsspielraum Angst und Aggression begünstigt. Sinnvoll sind deshalb längere Rundläufe im Innern, aber auch Bewegungsräume durch speziell angelegte Gärten (ohne giftige Pflanzen). Solche Bewegungsräume werden wichtiger, da der Anteil an demenzerkrankten alten Menschen ohne starke körperliche Einschränkungen ansteigt. Zwar führen die hirnorganischen Prozesse oft zum Verlust der bewussten Selbstidentität, aber weil das implizite und emotionale Gedächtnis bei demenzkranken Menschen oft noch lange funktioniert, kann Bekanntes eine gefühlsmässige Vertrautheit stützen. Dies kann durch die Möglichkeit, Teile der eigenen Wohnungseinrichtung und damit der eigenen Lebensgeschichte mitzubringen, gefördert werden. Dinge aus der Vergangenheit oder die gleiche Möblierung wie zuhause können emotionale Geborgenheit vermitteln. Da sich Verhaltensweisen und Gefühlsaspekte demenzerkrankter Menschen mit dem Krankheitsverlauf ändern, ist zudem eine Flexibilität erlaubende Wohngestaltung zentral, die kurzfristige Anpassungen der Pflege und Wohnbedingungen ermöglicht.

7 Pflege im Alter in der Schweiz – im intereuropäischen Vergleich

Obwohl der demographische Wandel wie auch der Wandel des Alterns und der Pflegestrukturen über die Landesgrenzen hinweg beobachtbare Prozesse darstellen, ergeben sich in einigen Bereichen dennoch länderspezifische Differenzen, die zum Teil auf wohlfahrtsstaatliche Unterschiede zurückzuführen sind. Im Folgenden werden zentrale Merkmale der Pflege im Alter in der Schweiz intereuropäisch eingeordnet.

Wohlstandsbedingt gehört die Schweiz zu den europäischen Ländern, in denen die Menschen von einer insgesamt langen Lebenserwartung zu profitieren vermögen, und auch die behinderungsfreie Lebenserwartung im Rentenalter ist ausgedehnt. Die im Rahmen des European Social Surveys 2008/09 erhobenen Befragungsdaten aus 26 europäischen Ländern zeigen, dass zumindest die zuhause lebende ältere Bevölkerung (65plus) der Schweiz zu den europäischen Bevölkerungen mit einer der höchsten subjektiven Gesundheitseinschätzung und sehr hohen Werten bezüglich allgemeiner Lebenszufriedenheit und individuellen Glücksgefühlen gehören. Die subjektive Gesundheitseinschätzung älterer Befragter zeigt in der Schweiz analog gute Werte wie in skandinavischen Ländern oder den Niederlanden. Sie ist leicht höher als etwa in Deutschland oder Frankreich und deutlich besser als in süd- und osteuropäischen Ländern. Analoges zeigt sich bei allgemeiner Lebenszufriedenheit und Glücksgefühlen im Alter, wo die Schweizer Befragten nach den dänischen Befragten die zweithöchsten Werte anführen. Auch bezüglich funktionaler Einschränkungen im höheren Lebensalter gehört die Schweiz nach den SHARE-Daten zu den europäischen Ländern mit relativ geringen Anteilen von über 50-Jährigen, die an körperlichen Beeinträchtigungen leiden: In der Schweiz und den Niederlanden leiden nur etwas mehr als 6 % der 50-jährigen und älteren Befragten an körperlichen Beeinträchtigungen. In Frankreich und Italien sind es über 10 %, und der höchste Wert wurde in Spanien gemessen (13 %; vgl. Haberkern 2009: 89).

Bezogen auf die Alterspflege ist zum einen auffallend, dass die Schweiz im intereuropäischen Vergleich zu den Ländern gehört, in denen ein relativ hoher

Anteil der pflegebedürftigen Menschen stationär gepflegt wird, was umgekehrt einschliesst, dass der Anteil der zuhause gepflegten Pflegebedürftigen in der Schweiz international betrachtet relativ tief liegt. Der Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung, die institutionelle Pflege erhält, zeigte in der Periode 2004/07 nach Island (9.3%) in der Schweiz mit 6.6% den international zweithöchsten Wert, vor den Niederlanden (6.5%) und Schweden (6.0%). In den Nachbarländern der Schweiz werden deutlich weniger ältere Menschen stationär betreut (Deutschland: 3.8%, Frankreich: 3.1%, Italien 2.0% und Österreich 3.3%; vgl. Huber, Rodrigues et al. 2009: 72). Der ausgeprägte Ausbau stationärer Pflege in der Schweiz trägt dazu bei, dass gut 80% der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege für institutionelle Pflegeleistungen aufgewendet werden (vgl. Huber, Rodrigues et al. 2009: 98). Diese Kostenverteilung wird durch die Tatsache verstärkt, dass sich die institutionelle Alterspflege in der Schweiz stark auf die Gruppe der 80-jährigen und älteren Menschen – oft Menschen mit multimorbid bedingter Pflegebedürftigkeit – konzentriert. Die starke Ausrichtung der stationären Pflege auf das hohe Alter bedeutet auch, dass in der Schweiz der Anteil an alten Menschen, die ihr Leben in einem Alters- und Pflegeheim beenden, höher ist als in vielen anderen europäischen Ländern (vgl. Höpflinger 2007).

Zum anderen gehört die Schweiz zu den Ländern, in denen die privaten Ausgaben für die Pflege klar dominieren: «Factoring private spending can change the overall picture of expenditure on long-term care. Nowhere else is this truer than in Switzerland, whose reliance on private expenditure is the highest, both in percentage of GDP and the share of total (public plus private) expenditure. Considering private expenditure, Switzerland devotes as many resources to long-term care as Norway or Iceland, the difference being the public-private mix of these resources. Whilst Switzerland is the most extreme case, private households also contribute heavily to finance long-term care in the United States, notably through users's fees.» (Huber, Rodrigues et al. 2009: 117). Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern werden familiäre Pflegeleistungen nicht direkt öffentlich unterstützt, etwa via Pflegeversicherung oder Pflegegeld. Staatliche Pflegebudgets/-gelder für familiäre Pflege gibt es in Dänemark, Deutschland, Niederlanden, Österreich, Schweden und Italien. Kleine finanzielle Unterstützung an pflegende Angehörige existiert in England und Finnland. In den südeuropäischen Ländern wird primär die familiäre Versorgung – mit gesetzlichen familialen Verpflichtungen – betont (vgl. Haberkern, Szydlík 2008).

Sozial- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen bestimmen nicht nur das Verhältnis von ambulanter und stationärer Langzeitpflege, sondern auch Häufigkeit und Intensität intergenerationeller Hilfe- und Pflegeleistungen. Die Wechselbeziehungen von familialer Hilfe und Pflege und Wohlfahrtsregimes wurden im Rahmen der intereuropäischen SHARE-Studie (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europa) erstmals klar herausgearbeitet:

a) Intergenerationelle Hilfeleistungen zugunsten alter Eltern

Europaweit sind ein Viertel aller Kind-Eltern-Beziehungen (von Befragten im Alter von 50 Jahren und mehr) von Hilfeleistungen geprägt. An erster Stelle stehen Haushaltsarbeiten, Reparaturen und Gartenarbeiten. An zweiter Stelle stehen Haushaltstätigkeiten in Kombination mit Hilfen im Umgang mit Behörden und Ämtern. In Europa variiert die Häufigkeit der Hilfebeziehungen zwischen Kind-Eltern-Dyaden von 13 % in Spanien bis 37 % in Dänemark. Die Schweiz liegt mit 22 % in der Mitte (vgl. Brandt 2009: 70-71). Bei der Hilfeintensität (geleistete Stunden) kehrt sich das Bild: Praktische Hilfe zwischen familialen Generationen ist in den Mittelmeerländern am zeitintensivsten, wogegen die Hilfeintensität in skandinavischen Ländern deutlich geringer ausfällt. Der intereuropäische Vergleich zeigt somit bedeutsame Unterschiede zwischen nord- und südeuropäischen Ländern, wobei die Häufigkeit der Hilfe an alten Eltern sich von Norden (häufig) nach Süden (selten) bewegt, wogegen die Intensität der Hilfe von Süden (hoch) nach Norden (niedrig) verläuft. Im Norden Europas wird häufiger, aber weniger intensiv geholfen, wogegen im Süden weniger häufig geholfen wird, die helfenden Kinder dies jedoch intensiver tun. Im Nord-Süd-Vergleich bildet die Schweiz bezüglich Hilfeintensität insofern einen gewissen «Sonderfall», da trotz mittlerer geografischer Lage am wenigsten zeitintensiv – nämlich durchschnittlich nur 2 Stunden pro Woche – geholfen wird, etwa im Vergleich zu 8.7 Stunden in Italien. Oder in anderen Worten: In der Schweiz helfen erwachsene Kinder ihren alten Eltern relativ oft, dies aber wenig intensiv. In Italien wird weniger häufig geholfen, aber wenn intergenerationelle Hilfe geleistet wird, ist diese Hilfe oft zeitintensiv (vgl. Brandt 2009: 71–72).

Martina Brandt (2009:75 ff.) belegt in ihrer multivariaten Analyse der SHARE-Daten 2004, dass das Ausmass an Sozialausgaben (in % des Bruttoinlandprodukts) einen positiven Einfluss auf die intergenerationelle Häufigkeit von Hilfeleistungen, nicht aber auf die intergenerationelle Hilfeintensität aufweist: In europäischen Ländern mit mehr Sozialausgaben helfen mehr Kinder der mittleren Generation ihren alten Eltern, und zwar vor und nach statistischer Kontrolle familialer Strukturmerkmale. Noch ausgeprägter ist die Korrelation zwischen dem Marktangebot bzw. dem Beschäftigungsanteil in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und der intergenerationellen Hilfe an alten Eltern. In Ländern mit stärkerem Ausbau professioneller Dienstleistungen wird intergenerationell deutlich häufiger geholfen. Bei der intergenerationellen Hilfeintensität zeigt sich hingegen ein entgegengesetztes Muster, und je stärker der Staat interveniert, desto geringer ist die Hilfeintensität.

Die festgestellten Zusammenhänge deuten weniger auf eine Verdrängung familialer Hilfe durch professionelle Angebote als auf eine Spezialisierungstendenz zwischen Familie, Staat und Markt: Wenn ein umfassendes professionelles Dienstleistungsangebot zur Verfügung steht, spezialisiert sich die Familie auf sporadische, kurzfristige und weniger zeitintensive Hilfen. Es wird familial häufiger, aber weniger intensiv geholfen.

b) Intergenerationelle Pflegeleistungen zugunsten alter Eltern

In allen europäischen Ländern bestätigt sich die gleiche hierarchische Stellung potenzieller Pflegepersonen (vgl. Haberkern 2009: 99ff): An erster Stelle stehen Partner/in sowie Töchter/Söhne, erst danach kommen weitere Verwandte, Freunde und Bekannte. Erwartungsgemäss ergibt sich ein negativer Zusammenhang zwischen (körperbezogener) Pflege durch Partner oder Partnerin und Pflege durch erwachsene Kinder, wobei selbst in Mehrkindfamilien eine regelmässige Pflege zumeist nur von einem Kind geleistet wird. Töchter beteiligen sich an der Pflege alter Eltern unabhängig von der Zahl an Brüdern und Schwestern. Söhne übernehmen jedoch deutlich seltener Pflegeaufgaben, wenn sie Schwestern haben. Erst mit steigendem Pflegebedarf werden die alltäglichen Pflegeaufgaben vermehrt auf mehrere Nachkommen aufgeteilt.

Auch bei den intergenerationellen Pflegeleistungen zeigen sich Nord-Süd-Unterschiede. Von Süden nach Norden gehend, nimmt die Bedeutung von Familie und Freunden in der Pflege alter Menschen ab. Eine informelle intergenerationelle Pflege ist in familialistisch orientierten südeuropäischen Staaten stärker verbreitet. Umgekehrt erhalten im Norden professionelle Pflegeleistungen ein grösseres Gewicht in der Organisation der Pflege. Die Detailanalyse von Klaus Haberkern (2009: 120 ff.) bestätigt den Einfluss wohlfahrtsstaatlicher Regelungen, und zwar in Richtung eines substitutiven Verhältnisses von familialer und professioneller Pflege. Zwischen Angehörigenpflege und professioneller Pflege wird eine negative Beziehung sichtbar, und je stärker die professionelle Pflege in einem Land ausgebaut ist, desto weniger häufig pflegen Angehörige: «In Staaten mit einem höheren Angebot an ambulanten Pflegeleistungen werden deutlich weniger Personen von Angehörigen oder Bekannten gepflegt ($r = -0.83$). Gleichzeitig wirkt sich offenbar die gesetzliche Verpflichtung der Kinder zur Unterstützung bedürftiger Eltern signifikant aus: In diesen Ländern werden nämlich fünf Mal so viele Personen von ihren Kindern gepflegt. In Schweden, Dänemark, den Niederlanden und der Schweiz erhalten Personen vorwiegend professionelle ambulante Pflegeleistungen. In Belgien und Frankreich sowie etwas seltener in Deutschland und Österreich übernehmen sowohl Verwandte und Bekannte als auch professionelle Dienstleister eine wichtige Rolle in der Altenpflege. In den südeuropäischen Staaten werden zu Hause lebende ältere Menschen hingegen vorwiegend privat gepflegt.» (Haberkern, Szydlík 2008: 91). So erhalten in den skandinavischen Ländern, den Niederlanden und der Schweiz weniger als zwei Prozent der über 64-jährigen Eltern von ihren Kindern persönliche Pflegeleistungen. In Südeuropa sind sie hingegen mit fünf bis zehn Prozent deutlicher stärker an der Pflege alter Eltern beteiligt.

Speziell auch im Vergleich zu den Nachbarländern (Deutschland, Frankreich, Österreich und Italien) ist das Pflegesystem alter Menschen der Schweiz durch weniger verbreitete familiäre Pflege und eine ausgebaut ambulante und stationäre Pflege charakterisiert. Die Pflegerealität der Schweiz zeigt damit mehr Gemeinsamkeiten mit nordeuropäischen Ländern, während in den kulturellen Normen

eine starke Nähe zu familienbasierten Pflegemodellen vorherrscht. Die Schweiz ist insofern ein gewisser Sonderfall, als die Pflege durch Kinder seltener ist als in den Nachbarländern. Gleichzeitig ist aber die Präferenz für staatliche Pflege in der Schweiz ähnlich gering wie in Deutschland oder Italien, wo deutlich mehr Kinder alte Elternteile pflegen. In der Schweiz zeigt sich damit eine besonders ausgeprägte Diskrepanz zwischen Familienideologie und Pflegerealität.

Werden die in Europa im Ländervergleich festgestellten Beziehungen zwischen wohlfahrtsstaatlichen Strukturen und intergenerationeller Solidarität (Hilfe, Pflege) zusammengefasst, zeigt sich folgendes Gesamtmuster: Ein ausgebauter Wohlfahrtsstaat – mit sozialer Absicherung älterer Menschen und junger Familien – trägt dazu bei, dass intergenerationelle Hilfeleistungen – von Jung zu Alt und von Alt zu Jung – tendenziell häufiger werden, wogegen konkrete intergenerationelle Pflegeleistungen seltener werden, da sie häufiger von professionellen Diensten übernommen werden. Oder in anderen Worten: Intensive intergenerationelle Aufgaben – wie Pflegeleistungen – werden an sozialstaatliche Einrichtungen ausgelagert, wogegen sich die weniger intensiven gegenseitigen Hilfeleistungen zwischen den Generationen verstärken. Ein Ausbau sozialstaatlicher Angebote reduziert die intergenerationelle Solidarität nicht, sondern führt zu einer verstärkten Spezialisierung intergenerationeller Austauschbeziehungen (Pflege durch Professionelle, Hilfe durch Angehörige). Eine Professionalisierung speziell intensiver und intimer Pflegeleistungen erhöht im Übrigen die intergenerationelle Beziehungsqualität zwischen alten Eltern und ihren erwachsenen Kindern, da Nachkommen von heiklen und intensiven Pflegeaufgaben entlastet werden und alte pflegebedürftige Eltern weniger von ihren Töchtern und Söhnen abhängig werden.

8 Zukünftige Entwicklungen der Pflege im Alter – qualitative Trendüberlegungen

Im Folgenden wird diskutiert, welche gesellschaftlichen, sozialmedizinischen und gesundheitlichen Einflussfaktoren den Bedarf nach und die Struktur von Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter in den nächsten Jahrzehnten beeinflussen können. Dabei geht es weniger darum, mögliche Entwicklungen quantitativ einzuordnen als wahrscheinliche Trends zu bestimmen.

Bedarf und Form der Pflege im Alter können zusätzlich zu den direkt demographischen Entwicklungen (mehr alte und hochaltrige Menschen) durch folgende Gruppen von Einflussfaktoren bestimmt werden:

- a) epidemiologisch-gesundheitlicher Wandel
- b) sozialer und wohnbezogener Wandel
- c) familiendemographische und familiäre Veränderungen
- d) wirtschaftliche und finanzielle Rahmenbedingungen
- e) sozialmedizinische und sozio-technische Entwicklungen.

Bei allen Wandlungsdimensionen kann zusätzlich differenziert werden, inwiefern diese Veränderungen:

- a) den Bedarf nach Hilfe- und Pflegeleistungen allgemein erhöhen oder reduzieren. Wenn etwa mehr Menschen länger gesund verbleiben, reduziert sich der Pflegebedarf und einige Hilfeleistungen werden weniger notwendig, wenn hindernisfreie und pflegeleichte Wohnungen gebaut werden.
- b) zu einer deutlichen Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege beitragen. Dies kann etwa durch den Ausbau von Formen betreuten Wohnens, aber auch durch den Ausbau informeller Nachbarschafts- und Freiwilligenhilfe gefördert werden. Auch medizinische Entwicklungen können ein längeres Verbleiben zuhause ermöglichen.

- c) zu einer Verlagerung von informeller zu formeller Pflegeleistungen führen, etwa weil Angehörige Pflegeleistungen vermehrt an Professionelle delegieren. Umgekehrt können finanzielle Restriktionen dazu beitragen, dass professionelle Hilfeleistungen später beansprucht werden.

Ein klarer Blick in die Zukunft wird durch zwei – in Planungen oft vergessene – Sachverhalte erschwert: Erstens ergeben sich oft interaktive Effekte verschiedener Einflussfaktoren. Beispielsweise kann eine höhere Wohneigentumsquote dazu beitragen, dass alte Menschen sich länger zuhause pflegen lassen, dass aber gegen Lebensende dennoch eine stationäre Pflege notwendig sein wird, weil keine Mittel für eine Anpassung der Wohnung an eine starke Pflegebedürftigkeit vorhanden sind. Zweitens zeigen sich in einer hoch individualisierten Gesellschaft mit hoher Heterogenität der Lebenssituationen und der Alternsprozesse gleichzeitig gegensätzliche Trends. So ist es beispielsweise durchaus denkbar, dass sich bei einigen Gruppen alter Menschen neue Formen der Co-Pflege zwischen Angehörigen und Spitex ergeben, wogegen andere Gruppen alter Menschen traditionell dyadische informelle Pflegebeziehungen verteidigen. Die Heterogenität der Lebenslagen im Alter und der Alternsprozesse erhöhen den Bedarf nach zielgruppenspezifischen Lösungen.

Im Folgenden werden einige wahrscheinliche Trends angesprochen. Der Zeithorizont bezieht sich auf die nächsten zwei bis drei Jahrzehnte (was einschliesst, dass in vielen Bereichen auch von einer starken Kontinuität auszugehen ist):

a) Epidemiologisch-gesundheitlicher Wandel

Wie durchgeführte Modellrechnungen verdeutlichen, reduziert ein Anstieg der behinderungsfreien Lebenserwartung den demographischen Effekt einer verlängerten Lebenserwartung auf den Bedarf nach Langzeitpflege in bedeutsamer Weise (vgl. Weaver, Jaccard Ruedin et al. 2008).

Eine verstärkte Gesundheitsförderung im Alter ist möglich. Gleichzeitig können auch Kohorteneffekte – wie erhöhtes Bildungsniveau nachkommender Rentnergenerationen – dazu beitragen, dass mehr alte Menschen später pflegebedürftig werden. Damit kann der demographisch bedingte Anstieg von notwendigen Pflegeleistungen – und namentlich der Bedarf nach stationären Pflegeplätzen – gebremst, aber wahrscheinlich nicht aufgehoben werden. Oder in anderen Worten: Auch bei günstiger Entwicklung (deutliche Kompression schwerer Pflegebedürftigkeit) ist in den nächsten Jahrzehnten mit einem steigenden Pflegebedarf zu rechnen, und zwar einfach, weil auch bei günstiger Gesundheitsentwicklung im Alter mehr Frauen und Männer ein sehr hohes Alter erreichen, wo sich etwa die Risiken demenzbedingter Pflegebedürftigkeit rasch erhöhen.

Werden die aktuellen Daten zur gesundheitlichen Situation der zuhause lebenden älteren Bevölkerung betrachtet, zeigt sich, dass viele ältere und alte Menschen sich subjektiv als gesund einstufen. Gleichzeitig erwähnen viele sich

gesund fühlende ältere und alte Menschen merkbare körperliche Beschwerden. Ein realistisches Zukunftsszenario könnte deshalb so aussehen: Es ergibt sich eine weitere relative oder sogar absolute Kompression schwerer Morbidität, aber eine relative oder sogar absolute Ausdehnung leichter Morbidität. Oder anders formuliert: Mehr ältere und alte Menschen bleiben länger behinderungsfrei und sie werden später alltagsbezogen pflegebedürftig, aber dies ist nicht von einer Ausdehnung der beschwerdefreien Lebenserwartung begleitet. Eine Ausdehnung der behinderungsfreien, aber nicht der beschwerdefreien Lebensjahre würde den Bedarf nach ambulanten professionellen Leistungen – und vor allem von pflegerisch-medizinischen Leistungen – stark erhöhen. Für Alters- und Pflegeheime würde eine solche Entwicklung umgekehrt einschliessen, dass sich der Trend nach einem erhöhten Eintrittsalter weiter verstärkt, wobei gleichzeitig mehr alte Menschen mit multimorbiden Erkrankungen gegen Lebensende eine stationäre oder zumindest semi-stationäre Pflege benötigen (das heisst die Zunahme der Zahl an Pflegeplätzen wird gebremst, aber die Intensität der Pflege wird erhöht).

Denkbar ist, wenn auch erst mittelfristig, dass mehr demenzerkrankte Menschen länger zuhause gepflegt werden können, weil dank besserem Bildungshintergrund oder Medikamenten, welche den Verlauf der Demenz verlangsamen, mehr Menschen mit hirnorganischen Störungen länger leicht bis mittelschwer demenzkrank verbleiben und später schwer demenzkrank werden. Erhöht sich die Phase leichter bis mittelschwerer Demenzerkrankung gegenüber der Phase schwerer Demenz, können demenzerkrankte Menschen länger zu Hause betreut werden, aber gleichzeitig ist die Betreuung und Pflege leicht bis mittelschwer demenzerkrankter alter Menschen (die etwa starke Stimmungs- und Verhaltensschwankungen erfahren) anspruchsvoller. Generell ist davon auszugehen, dass die ambulante Pflege in Zukunft noch stärker als bisher mit Fragen von Demenzerkrankungen (in ihren vielfältigen Formen) konfrontiert sein wird.

Kohortenveränderungen (neue Generationen, die ins Alter treten) kombiniert mit epidemiologisch-medizinischen Wandlungen, die dazu beitragen, dass behinderte oder suchtkranke Menschen länger überleben, werden die ambulante Alterspflege der Zukunft häufiger mit Situationen konfrontieren, wo sucht- oder behindertenbedingte funktionale Einschränkungen im höheren Lebensalter durch altersbezogene Einschränkungen und Abbauprozesse überlagert und verstärkt werden. Auch bei Menschen mit psychischen Behinderungen können sich frühere Behinderungen und altersbedingte Einschränkungen in komplexer Weise kombinieren. Dadurch ergeben sich erhöhte Ansprüche an die Pflege älter werdender behinderter, psychisch kranker oder suchtkranker Menschen.

Der epidemiologisch-gesundheitliche Wandel dürfte insgesamt betrachtet die Ansprüche an die informelle und formelle ambulante Pflege erhöhen. Vor allem eine Kombination von starker demographischer Alterung (aufgrund von Langlebigkeit) und steigender Diskrepanz zwischen behinderungsfreien und beschwerdefreien Lebensjahren im Alter kann im ambulanten Bereich einen

enormen Nachfragesprung auslösen, und zwar vor allem bezüglich anspruchsvoller sozialmedizinischer und pflegerischer Leistungen.

b) Wohnbezogener Wandel und Pflege im Alter

Das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Pflege im Alter wird nicht allein durch gesundheitliche Faktoren bestimmt, sondern für die Entscheidung, ob bei gegebenen funktionalen Alltagseinschränkungen weiterhin zuhause gelebt wird oder ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim ins Auge gefasst wird, spielen wohnbezogene Faktoren eine wesentliche Rolle. Zu erwähnen sind namentlich folgende Einflussfaktoren:

- Menschen mit Wohneigentum verbleiben länger zu Hause, auch weil Wohneigentümer mehr Freiheiten aufweisen, ihre Wohnung altersgerecht einzurichten. Da sie oft eine hohe Wohnqualität geniessen, sind sie zudem oft wenig motiviert, in eine Alters- und Pflegeeinrichtung umzuziehen. Wohneigentümer sind oft – wenn auch nicht immer – finanziell besser gestellt, und sie können sich deshalb häufiger private Hilfe- und Pflegeleistungen leisten. Umgekehrt müssen Wohneigentümer – aufgrund ihres höheren steuerbaren Vermögens – einen grösseren Teil der Pflege selber finanzieren (und Menschen mit Wohneigentum haben keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV). Ein Umzug in ein Alters- und Pflegeheim bedeutet bei Wohneigentum oft den Verkauf des Hauses oder der Eigentumswohnung (was die Motivation zu einem Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung reduziert).
- Hindernisfreie Wohnungen, aber auch neue Formen von «smart-homes» und ein guter Zugang zur Wohnung dank Lift erlauben ein längeres Verbleiben zu Hause, auch bei starken funktionalen Einschränkungen. Je mehr altersgerechte bzw. hindernisfreie Wohnungen existieren, desto eher zeigt sich eine Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege. Denselben Effekt haben Wohnformen mit Service, und ein Ausbau von Formen betreuten Wohnens kann ebenfalls zu einer Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege beitragen. Betreute Wohnformen lösen zudem die klassische Trennung zwischen ambulanter und stationärer Pflege auf, speziell wenn betreute Wohnungen in der Nähe eines Pflegezentrums liegen (wodurch auch eine Übergangspflege erleichtert wird).

Daneben gibt es wohnbezogene Einflussfaktoren, die einen Umzug in ein Alters- und Pflegeheim oder in ein Alterszentrum (im Sinne von Push-Faktoren) begünstigen. Anzuführen ist ein Verlust an Nachbarschaftsbeziehungen wegen Zuzug neuer Bewohner. Ein Umzug in eine Alters- und Pflegeeinrichtung wird wahrscheinlicher, wenn sich alte Menschen aufgrund sozialer Veränderungen in ihrer eigenen Nachbarschaft fremd und unsicher fühlen. Auch eine alltagsrelevante Verdünnung der Infrastruktur (Wegfall von Quartierläden, Poststellen usw.) kann dazu beitragen, dass sich alte Menschen in eine betreute Alters- und Pflegewohn-

form anmelden. In Bergkantonen können klimatische Bedingungen (viel Schnee im Winter) einen Umzug in ein Alterszentrum begünstigen (und der Anteil älterer Menschen in Alters- und Pflegeheimen ist in Bergkantonen relativ hoch).

In wirtschaftlich dynamischen urbanen Gebieten kann es zeitweise zu einer sozialen Verdrängung älterer Mieter und Mieterinnen kommen. Ein Abbau günstiger Mietwohnungen (die durch teure Eigentumswohnungen ersetzt werden) oder langwierige Umbauten und Renovationen von Genossenschaftssiedlungen können einen Wechsel in eine Altersinstitution erzwingen.

Die wohnbezogenen Push-Faktoren weg von zuhause variieren, aber vereinfacht lassen sich heute zwei gegensätzliche Push-Faktoren unterscheiden: In peripheren ländlichen Bergregionen können klimatische Hindernisse (steile Zugangswege, viel Schnee im Winter) und eine Verdünnung der Infrastruktur (Verlust an Dorfläden, Poststellen u. a.) zu einem Umzug in ein Alters- und Pflegeheim beitragen. In dynamisch-urbanen Regionen können rascher Wandel der Nachbarschaft, Gefühl der Unsicherheit sowie Abbau günstiger Wohnungen einen Zuzug in stationäre Alterseinrichtungen begünstigen.

Das Verhältnis von ambulanter und stationärer Pflege im Alter wird somit durch wohnregionale Faktoren (Wohneigentumsquote, Anteil an hindernisfreien Wohnungen, Umnutzung von Wohnraum, Wandel der Nachbarschaft) beeinflusst, und regionale Szenarien zum Bedarf nach stationären Angeboten – wie auch zum Bedarf nach ambulanten Dienstleistungen – sollten wohnbezogene Einflussfaktoren berücksichtigen.

c) Familiendemographische und familiale Veränderungen und neue Trends von informeller und formeller Unterstützung

Die bisherigen Analysen haben gezeigt, dass Befürchtungen vor einem Rückgang des familialen Pflegepotenzials übertrieben sind. Der Anteil von alten Menschen in einer Partnerbeziehung ist eher steigend als sinkend, und auch der Anteil alter Menschen ohne Nachkommen steigt erst allmählich. Familiendemographische Prozesse können dennoch dazu beitragen, dass sich der Bedarf nach professionellen Pflegeleistungen erhöht. Zu erwähnen ist eine steigende Zahl hochaltriger Paare, in denen beide Partner Hilfe und Pflege benötigen. Eine geringe Geburtenhäufigkeit führt ihrerseits dazu, dass sich die intergenerationelle Hilfe verstärkt auf ein oder zwei Töchter und Söhne konzentriert, und da mehr Frauen erwerbstätig sind als früher, geraten mehr Töchter als früher in einen zweiten familial-beruflichen Vereinbarkeitskonflikt. Auf der anderen Seite steigt aber auch die Zahl von Töchtern und Söhnen, die erst im Rentenalter mit der Pflegebedürftigkeit eines Elternteils konfrontiert werden, und nachberufliche Pflegeleistungen dürften bedeutsamer werden, speziell bei der Pflege alter Mütter.

Wichtiger als familiendemographische Trends dürften jedoch familiensoziologische Veränderungen sein, etwa in der Richtung, dass enge dyadische Pflegebeziehungen vermehrt durch Modelle einer Co-Pflege (Partnerin oder Partner und Spitex gemeinsam) ersetzt werden oder dass neue Generationen von Töch-

tern vermehrt einen Teil der Pflegeaufgaben delegieren (etwa durch die Mitfinanzierung einer privaten Pflegeperson). Vor allem Töchter und Söhne mit hohem Erwerbseinkommen thematisieren die Opportunitätskosten einer informellen Pflege. Gleichzeitig reduzieren sich bei nachkommenden Generationen traditionelle Verpflichtungsgefühle gegenüber alten Eltern. Beide Trends können zu einer vermehrten Delegation von Pflegeleistungen an Professionelle (Spitex, private Pflegedienste) beitragen. Unwahrscheinlich – obwohl schon angedacht – ist hingegen eine verstärkte Pflege durch erwachsene Enkelkinder.

Im Rahmen neuer intergenerationeller Verantwortungsmodelle wird sich die schon heute sichtbare Tendenz einer Differenzierung von (hauswirtschaftlichen) Hilfeleistungen und (professionellen) Pflegeleistungen weiter ausbreiten: Die nachkommenden Generationen – Töchter und zunehmend Söhne – übernehmen verstärkt informelle Hilfeleistungen, direkt und selber oder indirekt durch Mitfinanzierung bezahlter Dienstleistungen (wie Putzabonnement, bezahlte Haushaltshilfe, Einkaufs- und Transportdienste). Die professionellen Dienste konzentrieren sich vermehrt auf eigentliche Pflegeleistungen, von intimer Körperpflege (Grundpflege) bis hin zu medizinischen Pflegeleistungen (Behandlungspflege).

d) Wirtschaftliche und finanzielle Rahmenbedingungen und Pflegeleistungen

Wirtschaftliche Faktoren und vom Staat regulierte finanzielle Rahmenbedingungen haben auf Art und Weise der Pflege (stationär, ambulant) einen bedeutsamen Einfluss, aber auch auf Art und Weise der informellen Pflege (mit Ausnahme der Partnerpflege). Je wohlhabender alte Menschen sind, desto grösser ist einerseits ihr Spielraum, Hilfe und Pflege einzukaufen, und gleichzeitig können wohlhabende Menschen häufig – wenn auch nicht immer – von einer längeren behinderungsfreien Lebenserwartung profitieren. Je ärmer alte Menschen sind, desto früher werden sie einerseits pflegebedürftig, wobei Armut auch zu einem frühzeitigen Ableben (noch vor Eintreten langer Pflegebedürftigkeit) beitragen kann. Andererseits wechseln ärmere alte Menschen früher und häufiger in eine stationäre Alterseinrichtung. Entsprechend könnten merkbare Rentenkürzungen den Trend von stationär zu ambulant umkehren, da wirtschaftliche Einschränkungen im Alter eine Pflege zuhause erschweren.

Aktuell zeigt sich primär ein Trend zu verstärkten sozio-ökonomischen Ungleichheiten im Alter, und neben einer steigenden Zahl wohlhabender bis reicher alter Menschen existiert weiterhin eine nicht unbeträchtliche Zahl einkommensschwacher bis armer alter Menschen. Die eher anwachsenden ökonomischen Unterschiede verstärken nicht nur die Heterogenität der sozialen wie biologischen Altersprozesse, sondern tragen auch dazu bei, dass sich eine Zwei-Klassen-Pflege herausbildet: Private Pflege – durch private Dienstleister und Seniorenresidenzen – für wohlhabende alte Menschen, öffentlich subventionierte Pflegeleistungen für ärmere Personen. Sozialpolitisch bedingte Leistungseinschränkungen bei öffentlichen Angeboten können diese Zerteilung der Pflege

zusätzlich verstärken. Gleichzeitig kann es auch zu Entwicklungen in Richtung einer häufigeren «Schwarz-Pflege» kommen, etwa indem illegale oder nicht deklarierte Pflegeverhältnisse entstehen (Einsatz von osteuropäischen Pflegefrauen, informell bezahlte Tagespflegeverhältnisse usw.). In jedem Fall ist auch bei der professionellen ambulanten Pflege vermehrt mit Wettbewerbs- und Konkurrenzverhältnissen sowie einem komplexen «Pflege-Welfare-Mix» zu rechnen.

Eine noch offene Frage ist, wie sich der zukünftig zu erwartende Mangel an Pflegefachkräften auswirkt (vgl. Jaccard Ruedin, Weaver 2009). Denkbar ist ein knappheitsbedingter Lohnanstieg im Pflegebereich, was die Gesamtkosten der Langzeitpflege zusätzlich erhöhen könnte. Denkbar ist aber auch eine verstärkte Konkurrenz um Pflegefachkräfte, die dazu beitragen kann, dass private Dienstleister für wohlhabende Klienten attraktive Arbeitsstellen schaffen, wogegen öffentliche Dienste mit Lohnplafonierung an sichtbaren Qualitätseinbussen der Pflege leiden. Sollte dies der Fall sein, kann dies den Trend zur Zwei-Klassen-Pflege weiter verstärken (qualifizierte private Pflege, ausgebrannte öffentliche Pflege). Globalisierungstendenzen können in diesem Rahmen zusätzlich dazu beitragen, dass ein Teil der Alterspflege in kostengünstige Länder verlagert wird.

Denkbar – wenn auch sozialpolitisch umstritten – ist angesichts mangelnder Pflegefachkräfte in Zukunft ein verstärkter Einsatz von dienstverpflichteten jungen Männern (Pflegedienst statt Militärdienst), wie dies in Deutschland lange Zeit der Fall war und in der Schweiz im Rahmen des Zivildienstes möglich ist. Auch die Einführung einer allgemeinen Dienstpflicht für Alle – auch für Frauen – könnte in diese Richtung gehen. Angedacht wird zudem der Einsatz von Freiwilligen in der Pflege, etwa im Rahmen von Zeitgutschein-Programmen (vgl. Oesch, Künzi 2008), und es wäre theoretisch denkbar, eine Erhöhung des Rentenalters mit Formen von Pflegeleistungen zu verbinden: Wer nicht bis 67 Jahren arbeiten will oder kann, kann die Phase zwischen 65 und 67 mit einer an seinen Fähigkeiten und Gesundheit angepassten Altershilfe «abverdienen».

e) Sozialmedizinische und sozio-technische Entwicklungen und mögliche Folgen

Medizinische Entwicklungen – etwa in Richtung Telemedizin – wie auch sozio-technische Entwicklungen – etwa in Richtung automatisierter Bio-Sensoren und Pflegerobotik¹ – können eine weitere Verlagerung vom Spital in die ambulante Medizin und Pflege einschliessen. Dies kann einerseits Stellung und Bedeutung der Hausärzte und ambulanten Fachärzte – gegenüber Spitalärzten – stärken, andererseits aber auch zu einer medizinischen Aufwertung der Spitex beitragen. Tele-Medizin und selbst regulierende Bio-Sensoren werden in jedem Fall dazu

1 2010 lancierte der Schweiz. Nationalfonds ein NFS (Nationaler Forschungsschwerpunkt) «Robotik».

beitragen, dass die digitale Vernetzung zwischen Patient, Arzt und Spitex verstärkt wird. In Zukunft kann die Entwicklung in die Richtung gehen, dass zuhause lebende ältere Herzpatienten mit Diabetes via Bio-Sensoren über das Funktionieren des Herzschrittmachers und eine potenzielle Unterzuckerung informiert werden (und bei akuter Gefährdung eine Meldung an die Spitex oder den Hausarzt erfolgt).

Ideal wäre in diesem Rahmen eine stärkere Vernetzung von Spitex und Gesundheitsförderung, auch weil eine längere gesunde Lebenserwartung den demographischen Effekt auf die Gesundheits- und Pflegekosten reduziert. Entsprechende Pilot-Projekte zeigen, dass ausgebildete ambulante Gesundheitsfachpersonen die Pflegebedürftigkeit im Alter in bedeutsamer Weise reduzieren können. Für die ambulant-professionelle Pflege wird in nächster Zukunft wahrscheinlich weniger die primäre Prävention (Förderung eines gesunden Lebensstils) als die sekundäre Prävention (Verhindern, dass sich bestehende körperliche Einschränkungen oder Krankheiten negativ auswirken) im Zentrum stehen.

In jedem Fall berühren medizinische und technische Entwicklungen (in Richtung Digitalisierung, Virtualisierung, Miniaturisierung und automatisierter Feedbacksysteme) die ambulante Pflege stärker, als dies in früheren Phasen medizinischer Fortschritte der Fall war. Die stärkere digitale Vernetzung der Zukunft wird auch dazu führen, dass die fachlichen Grenzen und Kompetenzbereiche von Patienten, pflegenden Angehörigen, Spitex und Ärzten immer wieder neu definiert und ausgehandelt werden müssen, wobei in einem digital vernetzten medizinisch-pflegerischen System jene Fachleute an Einfluss und Bedeutung gewinnen, die am engsten mit dem Endnutzer verbunden sind.

Insgesamt betrachtet führen viele der angeführten sozialen, familialen, wohnbezogenen, wirtschaftlichen, technischen und medizinischen Entwicklungen in die Richtung, dass eine ambulante professionelle Hilfe und Pflege im Alter verstärkt nachgefragt wird (und dass stationäre Pflege später und häufig erst gegen Lebensende beansprucht wird). Gleichzeitig zeichnen sich qualitative Veränderungen ab, die dazu beitragen, dass die ambulante professionelle Pflege sowohl mehr medizinische Aufgaben als auch mehr Koordinations- und Vermittlungsfunktionen zwischen diversen Hilfesystemen (Angehörige, Ärzte, Spitäler usw.) leisten muss. Wirtschaftliche Trends – wie Globalisierung, wirtschaftliche Ungleichheiten, sozialpolitische Sparmassnahmen – werden in Zukunft zudem verstärkt zu einer Konkurrenz und/oder Koexistenz privater und öffentlicher Angebote beitragen. Ebenso ist zu erwarten, dass grenzüberschreitende Angebote (Pflege im Ausland, Pflegenden aus dem Ausland) eine verstärkte Bedeutung erhalten. Viele bisherige Grenzziehungen im Alterspflegebereich – lokal versus international, privat versus öffentlich, ambulant versus stationär, formell versus informell – werden sich damit nicht vollständig auflösen, aber doch verwischen.

9 Schlussfolgerungen

Die künftige Zunahme in Zahl und Anteil alter und sehr alter Frauen und Männer stellt die Pflege vor grosse Herausforderungen, weil die Zahl pflegebedürftiger alter Menschen auch dann zunehmen wird, wenn sich der Zustand der Gesundheit alter Menschen positiv entwickelt. Zwar ist in der Schweiz die behinderungsfreie Lebenserwartung im Alter ebenso angestiegen wie die Lebenserwartung insgesamt; dennoch steigt – auch aufgrund des Alterns der geburtenstarken Jahrgänge der sogenannten Babyboomer – die Zahl an Menschen rasch an, die in risikoreichere Phasen des Lebens eintreten. Gerade im hohen Alter kumulieren gesundheitliche Risiken, auch wenn Beginn und Dauer von Pflegebedürftigkeit stark variieren. So zeichnet sich heute eine gewisse Zweiteilung von Pflegebedürftigkeit im Alter ab: Auf der einen Seite findet sich eine grosse Gruppe von Menschen, die lange behinderungsfrei verbleiben und die erst gegen Lebensende eine kurze Phase von Pflegebedürftigkeit erfahren. Auf der anderen Seite existiert eine Minderheit älterer Menschen, die längere Zeit behindert und pflegebedürftig verbleiben, etwa aufgrund demenzieller Erkrankungen.

Werden zuhause lebende und in Heimen lebende pflegebedürftige ältere Menschen betrachtet, lässt sich schätzen, dass in der Schweiz im Jahre 2008 zwischen 115 000 und 119 000 pflegebedürftige ältere Menschen (65plus) lebten. Waren bis zur Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen deutlich weniger als zehn Prozent pflegebedürftig, waren dies schon mehr als 13 % der 80- bis 84-Jährigen und gut 34 % der 85-jährigen und älteren Bevölkerung der Schweiz. Pflegebedürftigkeit ist heute primär zu einem Risikofaktor im hohen Alter geworden, wobei im hohen Lebensalter namentlich auch hirnrorganische Erkrankungen (Demenz) häufig werden. Je nach Annahmen zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung ergeben sich für 2030 unterschiedliche Schätzwerte, von knapp 170 000 Pflegebedürftigen bei positiver Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung bis zu gut 230 000 betroffenen Personen bei einer Kombination von verstärkter Alterung und verlängerter Morbidität. Eine Zunahme der Zahl pflegebedürftiger alter Frauen und Männern ist in den nächsten Jahrzehnten demographisch bedingt unabwendbar. Könnten die Möglichkeiten primärer wie sekundärer Prävention von Pflegebedürftigkeit im Alter genutzt werden, kann der

Effekt der demographischen Alterung auf den Pflegebedarf deutlich abgeschwächt werden.

Wird das informelle Unterstützungsnetz betrachtet, zeigt sich weiterhin eine klare Konzentration auf die Kernfamilie (Partnerin bzw. Partner, Töchter, Söhne). Trotz familiendemographischen Veränderungen wie weniger Nachkommen lässt sich kein Trend erkennen, dass das informelle Unterstützungsnetz im Alter an Bedeutung eingebüsst hätte. Was sich abzeichnet, ist ein gesellschaftlicher Trend in Richtung einer starken informellen Hilfe, gekoppelt mit ausgebauter formeller Pflege. Familienmitglieder und ausserfamiliale Unterstützungspersonen konzentrieren sich auf informelle Hilfeleistungen, wogegen Pflegeleistungen (Grund- und Behandlungspflege) vermehrt professionalisiert werden. Bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit werden informelle und formelle Unterstützung vielfach gleichzeitig beansprucht.

Das Verhältnis von informeller und formeller Unterstützung im Alter wird durch sozialstaatliche Regelungen beeinflusst und im europäischen Vergleich gehört die Schweiz zu den Ländern mit einem starken Ausbau professioneller Dienstleistungen. Gleichzeitig gehört die Schweiz zu den Ländern, in denen vergleichsweise viele alte Menschen stationär – in Alters- und Pflegeeinrichtungen – betreut werden. Dies schliesst ein, dass in vielen Regionen der Schweiz durchaus Raum für eine gewisse Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege im Alter besteht, auch wenn bei Multimorbidität, ausgeprägter Demenz oder Depressivität eine ambulante Pflege an Grenzen stösst.

Werden aktuelle und künftig zu erwartende demographische, soziale und medizinische Entwicklungen betrachtet, tendieren alle in die Richtung einer erhöhten Nachfrage nach ambulanter Pflege im Alter. Umgekehrt bedeutet dies, dass stationäre Pflege tendenziell noch später und häufiger erst gegen Lebensende beansprucht wird. Zusätzlich wird die Ausschliesslichkeit von ambulanter und stationärer Pflege alter Menschen unter dem Gesichtspunkt einer integrierten Versorgungsstruktur immer fragwürdiger. Ähnlich wie beim Wohnen, wo die Alternative «Daheim oder Heim?» selbst für pflegebedürftige Menschen allmählich obsolet wird, entspricht auch bei der Pflege alter Menschen die klassische Gegenüberstellung von ambulanter und stationärer Pflege immer weniger der Realität. Aufgrund rascher qualitativer Veränderungen der Pflege neuer Generationen alter Menschen werden auch die fachlichen Grenzen und Kompetenzbereiche von Patienten, pflegenden Angehörigen, Spitex und Ärzten immer wieder neu definiert und ausgehandelt werden müssen.

Die Zukunft der Pflege im Alter ist nicht nur durch eine demographisch bedingte Zunahme in der Zahl an pflegebedürftigen alten Menschen geprägt, sondern gleichzeitig auch durch bedeutsame qualitative Veränderungen. Da die Form der Pflege im Alter (informell oder formell bzw. ambulant oder stationär) von Haushalts- und Familienstrukturen und den Angehörigen beeinflusst wird, sind in Szenarien zur Entwicklung der Pflegeverhältnisse auch die geschlechtsspezifisch geprägten Veränderungen von Haushalts-, Partnerschafts- und Familien-

strukturen zu beachten. Pflegeverhältnisse im Alter sind immer durch einen doppelten Generationenwandel gekennzeichnet: Einerseits kommen neue Generationen mit individualisierten Lebens-, Partnerschafts- und Gesundheitsbiographien ins Alter, was zu erhöhten Anforderungen an die Pflege beiträgt, kombiniert mit dem Wunsch, möglichst lange selbstständig zuhause zu wohnen. Andererseits haben neue Generationen von pflegenden Töchtern und Söhnen – gewohnt an eine moderne Dienstleistungsgesellschaft – höhere Ansprüche an professionelle Pflegeangebote, und in manchen Fällen sind es heute beide Generationen – alte Eltern und ihre erwachsenen Kinder –, die bestimmen, welche Form der Pflege im Alter realisiert werden soll.

Angeführte Literatur

- Abelin, T.; Beer, V.; Gurtner, F. (Hrsg.) (1998) Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, Bern: Haupt.
- Adam, C. (1998) Depressive Störungen im Alter. Epidemiologie und soziale Bedingungen, Weinheim: Juventa.
- Andersen-Ranberg, K.; Robine, J.-M.; et al. (2008) What has happened to the oldest old Share participants after two years?, in: A. Börsch-Supan et al. (eds.) First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007), Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging: 66–73.
- Alzheimer Europe (2009) Numbers of people with dementia in Europe higher than previously reported, Press release 13. July 2009, Wien.
- Backes, G. M. (2008) Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik, Bonn: Friedrich Ebert Stiftung.
- Bayer-Oglesby, L. (2009a) Statistische Grundlagen zur Planung der Langzeitpflege 2010–2025 im Kanton Freiburg. Schlussbericht. Kantonales Mandat, interner Bericht für den Kanton Freiburg, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bayer-Oglesby, L. (2009b) Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2009–2030 im Kanton Zug, Schlussbericht. Kantonales Mandat, interner Bericht für den Kanton Zug, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Bayer-Oglesby, L., Höpfinger F. (2010). Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen (Obsan Bericht 47). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Becker, S.; Kruse, A.; Schröder, J.; Seidl, U. (2005) Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38,2: 108–121.
- Bickel, H. (2002) Stand der Epidemiologie, in: J. F. Hallauer, A. Kurz (Hrsg.) Weissbuch Demenz, Stuttgart: Thieme: 10–15.
- Blüher, S. (2004) «Liebesdienst und Pflegedienst» – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements, in: S. Blüher, M. Stosberg (Hrsg.) Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 11–51.
- Bohn, F. (2008) Lebensgerechtes Bauen, in: A. Huber (Hrsg.) Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, ETH Zürich, Edition Wohnen 2, Birkhäuser: Basel: 173–185.
- Bohn, F. (2010) Altersgerechte Wohnbauten. Planungsrichtlinien, Zürich: Schweiz. Fachstelle für behindertengerechtes Bauen.
- Bolzmann, C., et al (2004). Older labour migrants` well being in Europe: the case of Switzerland. Ageing and Society 24: 411 – 429.
- Bongaarts, J. (2006) How long will we live? Population and Development Review 32(4): 605–628.

- Bourgeois-Pichat, J. (1978) Future outlook for mortality declines in the world, Population Bulletin of the United Nations 11, New York: United Nations.
- Brand, M.; Markowitsch, H. J. (2005) Neuropsychologische Früherkennung und Diagnostik der Demenzen, in: M. Martin, H. R. Schelling (Hrsg.) Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige, Bern: Huber: 11–73.
- Brandt, M. (2009) Hilfe zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich, Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Breitschmid, P.; Gächter, T. (Hrsg.) (2010) Rechtsfragen zum Heimaufenthalt und dessen Finanzierung, Zürich/St. Gallen: Dike Verlag.
- Bundesamt für Statistik (2002) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000–2060. Vollständiger Szenariensatz, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2006) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005–2050, Neuchâtel; BFS.
- Bundesamt für Statistik (2007) Übergewicht bei Erwachsenen in der Schweiz. Aspekte einer multifaktoriellen Problematik, StatSanté 3/2007, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2008) Haushaltsszenarien. Entwicklung der Privathaushalte zwischen 2005 und 2030, BFS-Aktuell September 2008, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2009a) Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2009b) Studie zu den letzten Lebensjahren im Heim und Spital, Medienmitteilung Nr. 0350-0910-10, September 2009, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2009c) Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2007, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2010a) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010–2060, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2010b) Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2008, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2010c) Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/09, Medienmitteilung Nr. 0350-1005-00 vom 7. Juni 2010, Neuchâtel: BFS.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin.
- Calmonte, R. (2003) Wer hilft wem? Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 zum Thema Nachbarschaftshilfe, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.) Spitex – am Puls der Zeit, CD-Rom zum 4. Nationalen Spitex-Kongress, 11./12. September 2003 im Kongresshaus Biel, Bern: Spitex Verband Schweiz.
- Crews, D. E. (1990) Anthropological Issues in Biological Gerontology, in: R. L. Rubinstein (ed.) Anthropology and Aging. Comprehensive Reviews, Dordrecht: Kluwer Academic Publ.: 11–38.
- Döhner, H.; Kofahl, C.; Lüdecke, D. et al. (eds.) (2007) Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage und Usage. The National Survey Report for Germany, Hamburg: Hamburg University Medical Centre (<http://www.uk.uni-hamburg.de/eurofamcare/documents/deliverables/nasurede.pdf>).
- Duée, M.; Rebillard, C. (2004) La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040. Paris: Institut national de la statistique et des études économiques INSEE.
- Duée, M.; Rebillard, C. (2006a) La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040. Santé et protection sociale 2006/7: 613–619.
- Duée, M.; Rebillard, C. (2006b) Contexte démographique et économique. Actualité et dossier en santé publique AdSP 2006/56: 20–24.
- Dufay, A.-F.; Bovey, G.; Beetschen, P. (2003) Maintien à domicile des personnes âgées: Quel soutien pour les proches? Cahiers du CLPA, No. 1/2003, Lausanne: Fondation Leenaards.

- Eberhard, A.; Saup, W. (2006) Demenzkranke Menschen im betreuten Seniorenwohnen, Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Eberstadt, N.; Groth, H. (2008) Die Demografiefalle. Gesundheit als Ausweg für Deutschland und Europa, Stuttgart: Thieme Verlag.
- Ecoplan (2010) Kosten der Demenz in der Schweiz, Schlussbericht im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung, Bern: Ecoplan.
- Effionayi-Mäder, D.; Wyssmüller, C. (2008) Migration und Gesundheit, in: K. Meyer (Hrsg.) Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Bern: Huber: 88–105.
- Eidgenössische Kommission für Altersfragen (1979) Die Altersfrage in der Schweiz, Bern: Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale.
- EuroCoDe European Collaboration on Dementia (2009) Prevalence of Dementia in Europe, Workpackage 7/06, Final Report, 7. Aug. 2009 (mimeo.).
- Farago, P. (Hrsg.) (2007) Freiwilliges Engagement in der Schweiz, Zürich: Seismo.
- Farago, P.; Brunner, B. (2005) Wohnverhältnisse ausgewählter sozialer Gruppen, in: Bundesamt für Wohnungswesen (Hrsg.) Wohnen 2000. Detailauswertung der Gebäude- und Wohnungserhebung, Schriftenreihe Wohnungswesen, Band 75, Bern.
- Fischer, S.; Bosshard, G.; Zellweger, U.; Faisst, K. (2004) Der Sterbeort: «Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?», Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39: 467–474.
- Fries, J.F. (2005) Frailty, heart disease, and stroke: The compression of morbidity paradigm, American Journal of Preventive Medicine; 29, 5, Supplement 1: 164–168.
- Fux, B. (2005) Familiäre Lebensformen im Wandel, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Gao, S., et al. (1998) The Relationship between Age, Sex, and the Incidence of Dementia and Alzheimer disease, Archives of General Psychiatry, 55: 809–815.
- Guilley, E. (2005) Das Leben in einem Heim, in: P. Wanner, C. Sauvain-Dugerdil, et al. Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik: 117–127.
- Haberkern, K. (2009) Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haberkern, K.; Szydlik, M. (2008) Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 60,1: 78–101.
- Hagmann, H.-M. (2008) Vieillir chez soi, c'est possible. Un choix de vie, un choix de société, Saint-Maurice: Editions Saint-Augustin.
- Held, Ch.; Ermini-Fünfschilling, D. (2006) Das demenzgerechte Heim, Basel: Karger (2. Auflage).
- Helmchen, H.; Baltes, M.M.; Geiselman, B.; et al. (1996) Psychische Erkrankungen im Alter, in: K.-U. Mayer, P.B. Baltes (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie, Berlin: Akademie Verlag: 185–219.
- Höpflinger, F. (2002) Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit, in: K. Hurrelmann, P. Kolip (Hrsg.) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern: Huber: 419–438.
- Höpflinger, F. (2003) Gesunde und autonome Lebensjahre – Zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung, in: P. Perrig-Chiello, F. Höpflinger (Hrsg.) Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe, Bern: Huber: 59–74.
- Höpflinger, F. (2004) Vieillir avec ou sans handicap: évolution et scénarios pour la Suisse, in: P. Perrig-Chiello, H. B. Stähelin (éds.) La santé. Cycle de vie, société et environnement, Lausanne: Réalités Sociales: 93–104.
- Höpflinger, F. (2007) Familiäre und professionelle Pflege im Alter. Soziodemografische und intergenerationelle Perspektiven, Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 32,3: 475–493.
- Höpflinger, F. (2009) Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter, Age Report 2009, Zürich: Seimso.
- Höpflinger, F.; Hugentobler, V. (2003) Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und

- Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern: Huber (frz.: Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21e siècle) (2. Auflage: 2004).
- Höpflinger, F., Hugentobler, V. (2005) *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*, Bern: Huber (frz.: Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives, Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène 2006).
- Huber, A.; Hugentobler, M.; Walthert-Galli, R. (2008) *Neue Wohnmodelle in der Praxis*, in: A. Huber (Hrsg.) *Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte*, ETH Zürich, Edition Wohnen 2, Birkhäuser: Basel: 77–169.
- Huber, M.; Rodrigues, R.; Hoffmann, F.; Gasior, K.; Marin, B. (2009) *Facts and Figures on Long-Term Care. Europe and North America*, Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- INSOS Schweiz (Hrsg.) (2009) *Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe*, Bern.
- Jaccard Ruedin, H.; Weber, A.; Pellegrini, S.; Jeanrenaud, C. (2006) *Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse*, Document de travail 17, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jaccard Ruedin, H.; Weaver, F. (2009) *Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030*, Careum Working Paper 1, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jaccard Ruedin, H.; Marti, M.; Sommer, H. et al. (2010) *Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin*, Rapport 36, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jungbauer-Gans, M. (2006) *Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit: theoretische Überlegungen*, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 46: 86–108.
- Karrer, D. (2009) *Der Umgang mit dementen Angehörigen. Über den Einfluss sozialer Unterschiede*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kesselring, A. (2004) *Angehörige zu Hause pflegen. Anatomie einer Arbeit*, Schweizerische Ärztezeitung, 85, 10: 504–506.
- Kickbusch, I.; Ospelt-Niepelt, R.; Seematter, L. (2009) *Alter*, in: K. Meyer (Hrsg.) *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, Bern: Huber: 123–145.
- Kobi, S. (2008) *Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten*, Bern: Lang.
- Kohli, M.; Künemund, H.; Lüdicke, J. (2005) *Family Structure, Proximity and Contact*, in: A. Börsch-Supan et al. (eds.) *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing: 164–170.
- Kohli, R. (2008) *Sterblichkeit nach Todesursachen 1998/2003*, Demos 3/07, Neuchâtel: BfS.
- Laferrère, A. (2009) *Long-term Care and Housing, Health and Ageing. Research Programme on Health and Productive Ageing, Number 20/April*, Geneva: The Geneva Association, Risk and Insurance Economics (www.genevaassociation.org/PDF/HealthandAgeing/GA2009-Health20.pdf).
- Lalive d'Épinay, C.; Pin, S.; Spini, D. (2001) *Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale Suisse sur le grand âge: L'exemple de la dynamique de la santé fonctionnelle*, L'Année Gérontologique: 78–96.
- Leimgruber, W.; Fischer, W. (Hrsg.) (1999) *«Goldene Jahre» – Zur Geschichte der Schweiz seit 1945*, Zürich: Chronos-Verlag.
- Letteke, F. (2002) *Pflegen wollen, sollen, müssen oder dürfen? Zur Ambivalenz von Generationenbeziehungen im Alter*, in: A. Motel-Klingebiel, H.-J. von Kondratowitz, C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Lebensqualität im Alter. Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*, Opladen: Leske + Budrich: 71–94.

- Lind, S. (2005) *Betreutes Wohnen im Alter. Eine Literaturrecherche und Sekundäranalyse zur Entwicklung des Betreuten Wohnens in Deutschland, Grossbritannien und den USA*, Haan (Internet-Text: <http://people.freenet.de/Sven.Lind>).
- Martin, M. (2005) Demenz: Perspektiven und offene Fragen, in: M. Martin, H.R. Schelling (Hrsg.) *Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige*, Bern: Huber: 257–271.
- Mathers, C. D.; Loncar, D. (2006) Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442.
- Mathers, C. D.; Murray, C. J.; et al. (2001) Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results, *Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper*, No. 38, World Health Organization, Geneva.
- McGue, M.; Vaupel, J. W.; Holm, N. V.; Harvald, B. (1993) Longevity is moderately heritable in a sample of Danish twins born 1870–1880, *Journal of Gerontology*, 48;6: B237–B244.
- Menthonnex, J. (2009) *La mortalité par génération en Suisse. Evolution 1900–2150 et tables par génération 1900–2030*, Rapport Technique, Lausanne: Statistique Vaud SCRIS.
- Mestheneos, E.; Triantafillou, J. (2005) *Eurofamcare: Supporting Family Carers of Older People in Europe – Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives*, the Pan-European Background Report, Hamburg: Ed. H. Dohner & C. Kofahl.
- Mollenkopf, H.; Oswald, F.; Wahl, H.-W. (2007) Neue Person-Umwelt-Konstellationen im Alter: Befunde und Perspektiven zu Wohnen, ausserhäuslicher Mobilität und Technik, in: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf (Hrsg.) *Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*, Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft: 361–380.
- Monod-Zorzi, S.; Seematter-Bagnoud, L.; Büla, C.; Pellegrini, S.; Jaccard Ruedin, H. (2007) *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Document de travail 25, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Münz, R.; Ulrich, R. (2001) *Alterung und Wanderung: Alternative Projektionen der Bevölkerungsentwicklung der Schweiz*, Zürich: Avenir Suisse.
- Oesch, T.; Künzi, K. (2008) *Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen. Literaturübersicht und Einschätzungen von Experten aus der Praxis*, Bern: Büro BASS.
- Olshansky, S.J.; Carnes, B. A.; Cassel, C. (1990) In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity, *Science*; 250(634): 640.
- Oppikofer, S. (2009) *Temporäre Entlastung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Evaluationsprojekt Tag/Nacht-Station Sonnweid*, Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F. (2005) Aging parents and their middle-aged children: Demographic and psychosocial challenges, *European Journal of Ageing*, 2: 183–191.
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Suter, C. (2008) *Generationen – Strukturen und Beziehungen. Generationenbericht Schweiz*, Zürich: Seismo (frz. Version: *Générationen – structures et relations. Rapport «Générationen en Suisse»*, Genève: Seismo 2009).
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Schegg, B. (2010) *SwissAgeCare 2010 – Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz*, Bern (www.spitex.ch/Publicationen).
- Perrig-Chiello, P.; Sturzenegger, M. (2003) *Wohlbefinden, Gesundheit und Ressourcennutzung im mittleren und höheren Lebensalter*, in: P. Perrig-Chiello, F. Höpflinger (Hrsg.) *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*, Bern: Huber: 33–57.
- Philipp-Metzen, H. E. (2008) *Die Enkelgeneration im ambulanten Pflegesetting bei Demenz. Ergebnisse einer lebensweltorientierten Studie*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Philipp-Metzen, H. E. (2010) *Wenn die Grossmutter demenzkrank ist: Hilfen für Eltern und Kinder*, Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.

- Reggentin, H.; Dettbarn-Reggentin, J. (2006) Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Ein Praxisleitfaden, Stuttgart: Kohlhammer.
- Robine, J.-M.; Paccaud, F. (2005) Nonagenarians and Centenarians in Switzerland, 1860–2001, A Demographic Analysis. *J Epidemiol Community Health*; 59(1): 31–37.
- Robine, J.-M.; Romieu, I.; Cambois, E. (1997) Health expectancies and current research, *Reviews in Clinical Gerontology* 7: 73–81.
- Rosenbrock, R.; Kümpers, S. (2009) Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen: Deutschland und die Schweiz im Vergleich, Endbericht Juli 2009, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung GmbH.
- Sachweh, S. (1998) Granny darling's nappies: Secondary babytalk in German nursing homes for the aged, *Journal of Applied Communication Research*, 26: 52–65.
- Saup, W. (2001) Ältere Menschen im Betreuten Wohnen. Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie – Band 1, Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- 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. (2005) Umgang mit Demenzkranken im betreuten Wohnen. Ein konzeptgeleiteter Ratgeber, Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Sauvain-Dugerdil, C. (2005) Etapes de la vie familiale et modes de résidence, in: Office fédéral des statistiques (ed.) Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse, Neuchâtel: OFS: 35–54.
- Schachtschabel, D. O. (2004) Humanbiologie des Alterns, in: A. Kruse; M. Martin (Hrsg.) Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht, Bern: Huber: 167–181.
- Schön-Bühlmann, J. (2005) Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten, Soziale Sicherheit CHSS 5/2005: 274–280.
- Schwarzmann, U. (2004) Spitex: Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik?, Cahier de l'IDHEAP 220, Chavannes-Lausanne: Institut de hautes études en administration publique.
- Schweizerisches Landesmuseum Zürich (Hrsg.) (2008) Familien – Alles bleibt, wie es nie war, Zürich.
- Seidl, U.; Pantel, J.; Re, S.; Schröder, J. (2004) Depressive Störung und Spätdepression, in: A. Kruse, M. Martin (Hrsg.) Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht, Bern: Huber: 240–254.
- Seematter-Bagnoud, L.; Paccaud, F. (2008) The Future of Longevity in Switzerland: Background and Perspectives, Report, Lausanne: Institute of Social and Preventive Medicine (IUMSP).
- Statistisches Bundesamt (2008) Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse: Wiesbaden.
- Stuckelberger, A. (2008) Anti-Ageing Medicine: Myths and Chances, Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Stuckelberger, A.; Höpflinger, F. (1996) Vieillesse différentielle: hommes et femmes, Zürich: Seismo.
- Sturm, R.; Ringel, J. S.; Andreyeva, T. (2004) Increasing obesity rates and disability trends. *Health Aff (Millwood)* 23(2): 199–205.
- Stutz, H.; Strub, S. (2006) Leistungen der Familien in späteren Lebensphasen, in: Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (Hrsg.) Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen, Bern: EKFF: 73–101.
- Volz, A.; Monsch, A.U.; Zahno, A.; Wettstein, A. et al. (2000) Was kostete die Schweiz die Alzheimer-Krankheit 1998? Eine präliminäre Analyse, Bern.
- Von Gunten, A.; Mosimann, U. P. (2010) Delirium upon admission to Swiss nursing homes: a cross-sectional study, *Swiss Medical Weekly*. Early Online Publication, 21. Jan. 2010.
- Weaver, F.; Jaccard Ruedin, H.; Pellegrini, S.; Jeanrenaud, C. (2008) Les coûts des soins de

longue durée d'ici à 2030 en Suisse, Document de travail 34, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

- Welter, R.; Hürlimann, M.; Hürlimann-Siebke, K. (2006) Gestaltung von Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Demenzerkrankungen: Arbeitsbuch für Trägerschaften, Leitungen von Heimen und Pflegewohngruppen, Behörden, Architekten, Innenarchitekten sowie Bauausführende, Hittnau: Pagina.
- Wettstein, A. (2005), Umgang mit Demenzkranken und Angehörigen, in: M. Martin, H. R. Schelling (Hrsg.), Demenz in Schlüsselbegriffen, Bern: Huber: 101–151.
- Wettstein, A.; König, R.; Schmid, R.; Perren, S. (Hrsg.) (2005), Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz. Eine Interventionsstudie, Bern: Huber.
- Wilkening, K.; Kunz, R. (2003) Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weyerer, S., Schäufele, M.; Hendlmeier, I. (2005) Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38,2: 85–94.
- Yashin, A. I.; Iachine, I. A. (1997) How frailty models can be used for evaluating longevity limits: Taking advantage of an interdisciplinary approach, Demography, 34, 1: 31–48.
- Zentrum für Gerontologie (Hrsg.) (2010) Menschen mit einer Demenz zuhause begleiten. Empfehlungen für betroffene Familien, Betreuende, Beratende, Behandelnde, Versicherer, Behörden, Medien und Gesellschaft, Zürich: Universität Zürich.
- Zumbrunn, A; Bayer-Oglesby, L. (2010) Pflege durch Angehörige, in: G. Kocher, W. Oggier, (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012, Bern: Huber.

Anhangstabellen

Tabelle A: Zuhause lebende Personen: Schwierigkeiten bei basalen Alltagsaktivitäten (ADL-Items)

Frage: Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Alltagsverrichtungen vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das ohne Schwierigkeiten, mit leichten Schwierigkeiten, mit starken Schwierigkeiten oder überhaupt nicht machen können. (Int: Vorübergehende Gesundheitsprobleme nicht einbeziehen!)

Befragte 65-jährig und älter	Antworten (in %)					
	A	B	C	D	A: M	F
– selbstständig essen	99.1	0.6	0.1	0.1	99	99
– selbstständig ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufsetzen	95.7	3.2	0.6	0.5	96	95
– selbstständig an- und ausziehen	96.3	2.4	0.3	1.0	96	96
– selbstständig zur Toilette gehen	98.3	0.8	0.2	0.7	99	98
– selbstständig baden oder duschen	92.3	3.8	1.2	2.6	95	91
Befragte 85-jährig und älter						
– selbstständig essen	97.6	1.3	0.7	0.4	98	98
– selbstständig ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufsetzen	82.6	12.4	2.8	2.2	90	80
– selbstständig an- und ausziehen	86.0	6.2	1.4	6.5	92	83
– selbstständig zur Toilette gehen	91.3	3.2	1.6	3.9	97	89
– selbstständig baden oder duschen	72.6	10.0	5.2	12.1	84	67

A: ja, ohne Schwierigkeiten; B: ja, mit leichten Schwierigkeiten, C: ja, mit starken Schwierigkeiten, D: nein, k. A: keine Antwort

M: Männer, F: Frauen

Quelle: SGB 2007 (telefonischer Teil, gewichtete Daten)

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

Tabelle B: Zuhause lebende Personen: Schwierigkeiten bei den instrumentellen Aktivitäten (IADL-Items)

	Antworten (in %)						
	A	B	C	D	k. A.	A: M	F
Befragte 65plus							
– selbstständig Essen zubereiten	94.1	2.4	0.8	2.5	0.4	93	95
– selbstständig telefonieren	96.2	2.0	0.7	1.1	0.0	95	97
– selbstständig einkaufen	90.2	3.5	1.6	4.5	0.1	93	88
– selbstständig Wäsche waschen	89.6	2.7	1.0	6.0	0.7	87	92
– selbstständig leichte Hausarbeit erledigen	93.2	3.2	0.8	2.7	0.1	94	93
– selbstständig gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen	71.1	12.3	4.3	12.0	0.2	77	67
– sich selbstständig um Finanzen kümmern	91.1	3.0	0.6	4.9	0.4	94	89
– selbstständig die öffentlichen Verkehrsmittel benützen	88.8	3.6	1.3	5.9	0.5	93	86
Befragte 85plus							
– selbstständig Essen zubereiten	73.9	8.7	4.0	13.0	0.4	76	73
– selbstständig telefonieren	83.2	7.3	2.5	7.0	0.0	83	84
– selbstständig einkaufen	59.3	10.6	3.4	25.9	0.8	70	55
– selbstständig Wäsche waschen	63.7	9.1	2.4	23.9	1.0	70	61
– selbstständig leichte Hausarbeit erledigen	68.3	13.4	2.6	15.7	0.0	75	65
– selbstständig gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen	30.5	15.9	9.5	44.1	0.0	37	28
– sich selbstständig um Finanzen kümmern	70.2	7.3	1.8	20.4	0.4	79	66
– selbstständig die öffentlichen Verkehrsmittel benützen	57.8	9.6	3.2	28.2	1.2	72	51

A: ja, ohne Schwierigkeiten, B: ja, mit leichten Schwierigkeiten, C: ja, mit starken Schwierigkeiten, D: nein, k. A: keine Antwort

M: Männer, F: Frauen

Quelle: SGB 2007 (telefonischer Teil, gewichtete Daten).

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

Tabelle C: Unterstützungsarrangements bei zuhause lebenden pflegebedürftigen älteren Menschen 2007

A) Allein lebende Personen (65plus)			Bezüglich basaler Alltagsaktivitäten pflegebedürftig:	
Spitex:	Informelle Unterstützung extern:		leicht-mittel	stark
Ja	Ja		30 %	54 %
Ja	Nein		13 %	18 %
Nein	Ja		33 %	23 %
Nein	Nein		24 %	5 %
Total			100 %	100 %

B) Nicht allein lebende Personen (65plus)			Bezüglich basaler Alltagsaktivitäten pflegebedürftig:	
Spitex:	Informelle Unterstützung:		leicht-mittel	stark
	intern	extern		
Ja	Ja	Ja	22 %	22 %
Ja	Ja	Nein	7 %	10 %
Ja	Nein	Ja	0	0
Ja	Nein	Nein	0	9 %
Nein	Ja	Ja	6 %	13 %
Nein	Ja	Nein	48 %	36 %
Nein	Nein	Ja	8 %	5 %
Nein	Nein	Nein	9 %	5 %
Total			100 %	100 %

Anmerkungen:

Informelle Unterstützung extern: Unterstützung durch haushaltsexterne Verwandte/Freunde

Informelle Unterstützung intern: Unterstützung durch Haushaltsmitglieder

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (telefonischer Teil, gewichtet).

Tabelle D : Schätzung der Pflegequoten (mittlere bis starke Pflegebedürftigkeit¹)
nach fünf Altersklassen und Geschlecht, Schweiz 2008

Geschlecht	Alters- klasse	Betagte in Alters- und Pflegeheimen (APH)		
		Anzahl Bewohner/ innen APH	Anteil Pflege- bedürftige	Schätzung Anzahl Pflegebedürftige
		A (SOMED 08)	B (EGBI 08)	C = A*B/100
Männer	65-69	1 286	76.0	977
	70-74	1 940	76.0	1 474
	75-79	3 039	76.0	2 310
	80-84	4 625	76.0	3 515
	85plus	9 860	76.0	7 494
Frauen	65-69	1 520	76.0	1 155
	70-74	2 781	76.0	2 114
	75-79	6 296	76.0	4 785
	80-84	13 465	76.0	10 233
	85plus	38 709	76.0	29 419
Total	65-69	2 806	76.0	2 133
	70-74	4 721	76.0	3 588
	75-79	9 335	76.0	7 095
	80-84	18 090	76.0	13 748
	85plus	48 569	76.0	36 912
Total	65plus	83 521	76.0	63 476

1 mindestens 1 ADL mit starken Schwierigkeiten

Quelle: SOMED 2008, ESPOP 2008, SGB 2007, BFS, Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen, 2008/09.

Analyse: Obsan/Höpflinger 2010

Betagte zu Hause			Betagte Gesamtbevölkerung		
Anzahl zu Hause lebende Betagte	Anteil Pflegebedürftige	Schätzung Anzahl Pflegebedürftige	Bevölkerung insgesamt	Schätzung Anzahl Pflegebedürftige	Schätzung Pflegequote Schweiz
D = G-A	E (SGB 07)	F = D*E/100	G (ESPOP 08)	H = C+F	I = 100/G*H
174 149	0.5	871	175 435	1 848	1.1
133 607	2.3	3 073	135 547	4 547	3.4
102 825	5.2	5 347	105 864	7 657	7.2
66 214	4.3	2 847	70 839	6 362	9.0
43 587	11.4	4 969	53 447	12 463	23.3
189 736	1.1	2 087	191 256	3 242	1.7
158 469	2.3	3 645	161 250	5 758	3.6
138 065	2.5	3 452	144 361	8 237	5.7
104 228	8.1	8 442	117 693	18 676	15.9
82 044	20.4	16 737	120 753	46 156	38.2
363 885	0.8	2 911	366 691	5 044	1.4
292 076	2.3	6 718	296 797	10 306	3.5
240 890	3.6	8 672	250 225	15 767	6.3
170 442	6.6	11 249	188 532	24 998	13.3
125 631	17.6	22 111	174 200	59 023	33.9
1 192 924	4.0	51 470	1 276 445	114 946	9.0

Tabelle E: Schätzung der Pflegequote (mittlere bis starke Pflegebedürftigkeit¹) nach sechs Altersklassen und Geschlecht, Schweiz 2008

Geschlecht	Alters- klasse	Betagte in Alters- und Pflegeheimen (APH)		
		Anzahl Bewohner/ innen APH	Anteil Pflege- bedürftige	Schätzung Anzahl Pflegerbedürftige
		A (SOMED 08)	B (EGBI 08)	C = A*B/100
Männer	65-69	1 286	76.0	977
	70-74	1 940	76.0	1 474
	75-79	3 039	76.0	2 310
	80-84	4 625	76.0	3 515
	85-89	5 539	76.0	4 210
	90plus	4 321	76.0	3 284
Frauen	65-69	1 520	76.0	1 155
	70-74	2 781	76.0	2 114
	75-79	6 296	76.0	4 785
	80-84	13 465	76.0	10 233
	85-89	19 441	76.0	14 775
	90plus	19 268	76.0	14 644
Total	65-69	2 806	76.0	2 133
	70-74	4 721	76.0	3 588
	75-79	9 335	76.0	7 095
	80-84	18 090	76.0	13 748
	85-89	24 980	76.0	18 985
	90plus	23 589	76.0	17 928
Total	65plus	83 521	76.0	63 476

1 mindestens 1 ADL mit starken Schwierigkeiten

2 AK 90+: F=H-E

3 AK 90+: H=G*I/100

4 AK 90+: Schätzung aus Enquête HID, Frankreich 1999

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

Betagte zu Hause			Betagte Gesamtbevölkerung		
Anzahl zu Hause lebende Betagte	Anteil Pflegebedürftige	Schätzung Anzahl Pflegebedürftige	Bevölkerung insgesamt	Schätzung Anzahl Pflegebedürftige	Schätzung Pflegequote Schweiz
D = G-A	E (SGB 07)	F = D*E/100 ²	G (ESPOP 08)	H = C + F ³	I = 100/G*H ⁴
174 149	0.5	871	175435	1 848	1.1
133 607	2.3	3 073	135 547	4 547	3.4
102 825	5.2	5 347	105 864	7 657	7.2
66 214	4.3	2 847	70 839	6 362	9.0
32 443	5.7	1 849	37 982	6 059	16.0
11 144	-	3 134	15 465	6 418	41.5
189 736	1.1	2 087	191 256	3 242	1.7
158 469	2.3	3 645	161 250	5 758	3.6
138 065	2.5	3 452	144 361	8 237	5.7
104 228	8.1	8 442	117 693	18 676	15.9
57 695	15.9	9 174	77 136	23 949	31.0
24 349	-	11 178	43 617	25 821	59.2
363 885	0.8	2 911	366 691	5 044	1.4
292 076	2.3	6 718	296 797	10 306	3.5
240 890	3.6	8 672	250 225	15 767	6.3
170 442	6.6	11 249	188 532	24 998	13.3
90 138	12.5	11 267	115 118	30 252	26.3
35 493	-	14 312	59 082	32 239	54.6
1 192 924	4.0	55 098	1 276 445	118 574	9.3

Quelle: SOMED 2008, ESPOP 2008, SGB 2007 und BFS, Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen, 2008/09 (bis AK 85-89); Enquête HID, F 1999 (AK 90+).

Analyse: Obsan/Höpflinger 2010

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn; Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, 1. Auflage.

Tabelle F: Mittlere Zunahme der Lebenserwartung ab 2010 in der Schweiz, nach AK und Geschlecht für Pflegeszenarien Referenz 1a/b: ab 2015 Verschiebung des Eintritts der Pflegebedürftigkeit um die Zunahme der Lebenserwartung

Alters- klasse	Männer				Frauen			
	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030
65–69	0.5	1.0	1.5	1.9	0.5	1.0	1.4	1.8
70–74	0.5	0.5	1.4	1.8	0.5	0.5	1.3	1.7
75–79	0.4	0.7	1.2	1.5	0.4	0.7	1.2	1.5
80–84	0.4	0.6	1.0	1.2	0.4	0.6	1.0	1.3
85–89	0.3	0.3	0.8	1.0	0.3	0.5	0.8	1.0
90plus	0.2	0.3	0.5	0.6	0.2	0.3	0.5	0.6

Quelle: Menthonnex 2009

Analyse: Obsan 2010

Tabelle G: Mittlere Zunahme der Lebenserwartung ab 2010 in der Schweiz, nach AK und Geschlecht für Pflegeszenarien Optimistisch 3a/b: ab 2020 Verschiebung des Eintritts der Pflegebedürftigkeit in der AK 65–79 um die Zunahme der Lebenserwartung plus 1 Jahr

Alters- klasse	Männer				Frauen			
	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030
65–69	0.5	2.0	2.5	2.9	0.5	2.0	2.4	2.8
70–74	0.5	1.5	2.4	2.8	0.5	1.5	2.3	2.7
75–79	0.4	1.7	2.2	2.5	0.4	1.7	2.2	2.5
80–84	0.4	0.6	1.0	1.2	0.4	0.6	1.0	1.3
85–89	0.3	0.3	0.8	1.0	0.3	0.5	0.8	1.0
90plus	0.2	0.3	0.5	0.6	0.2	0.3	0.5	0.6

Quelle: Menthonnex 2009

Analyse: Obsan 2010