



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

*François Höpflinger, Valérie Hugentobler*

# **Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter**

## **Perspektiven für die Schweiz**

**Zusammenfassung  
Inhaltsverzeichnis**

---

Höpflinger, F., Hugentobler V., Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter –  
Perspektiven für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums,  
Verlag Hans Huber; Bern 2005; CHF 39.90 (ISBN 3-456-842559-7)

---

## Zusammenfassung

Wie alle anderen europäischen Länder erfährt auch die Schweiz in den nächsten Jahrzehnten einen deutlichen Wandel der Altersverteilung der Wohnbevölkerung: Der Anteil älterer Menschen wird zunehmen. Die demografische Alterung wird sich aufgrund des Alterns geburtenstarker Jahrgänge, die selbst wenig Kinder haben, beschleunigen. In den letzten Jahrzehnten wurde die demografische Alterung durch eine erhöhte Lebenserwartung älterer Menschen verstärkt. Auch in Zukunft dürfte die Schweiz mit einer zweifach forcierten demografischen Alterung konfrontiert sein: Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen als Folge des Geburtenrückgangs. Andererseits steigen Zahl und Anteil betagter Menschen aufgrund einer erhöhten Lebenserwartung älterer Menschen weiter an.

Da das Risiko funktionaler körperlicher Einschränkungen oder hirnorganischer Störungen mit dem Alter zunimmt, hat eine demografische Alterung von oben – aufgrund eines deutlichen Anstiegs der Lebenserwartung älterer Menschen – auch bedeutsame gesundheitspolitische Auswirkungen. Je nach Szenario des Bundesamts für Statistik wird die Zahl der über 79-jährigen Menschen zwischen 2000 und 2040 von 290 000 auf 550 000 bis zu 680 000 Menschen ansteigen, und wie heute werden auch in Zukunft Frauen in dieser Gruppe die klare Mehrheit bilden. Die Zahl der hochaltrigen Menschen (90 Jahre und älter) wird je nach Entwicklung der weiteren Lebenserwartung in der Zeit zwischen 2000 und 2040 von gut 46 000 Menschen auf 89 000 bis zu 155 000 Menschen ansteigen. Damit verschieben sich auch die intergenerationellen Unterstützungsverhältnisse massiv.

### **Pflege durch die Partnerin oder den Partner steht im Vordergrund**

Da gegenwärtig vergleichsweise «ehetreundliche» Geburtsjahrgänge ins hohe Alter treten, wird sich der Anteil älterer und hochbetagter Menschen, die in einer Partnerschaft leben, weiter erhöhen. Bei den 65- bis 79-jährigen Personen weist die Gruppe der Paare in den nächsten Jahren zahlenmässig den stärksten Anstieg auf. Auch bei den Frauen und Männern, die 80 Jahre und älter sind, bilden Paare die Gruppe mit dem stärksten Zuwachs. Ein Umzug in ein Alters- und Pflegeheim wird, da er auch von der Lebensform abhängt, tendenziell weiter verzögert, und in den kommenden Jahren werden vergleichsweise mehr hochbetagte Menschen, namentlich Männer, von ihrer Partnerin (resp. von ihrem Partner) gepflegt. Deshalb wird die professionelle Pflege der nahen Zukunft vermehrt die Beratung und Betreuung hochaltriger Paare einschliessen. Dabei wird auch der Umgang mit Konflikten, Ambivalenzen und Belastungen, die sich aus der Pflegebedürftigkeit eines Partners ergeben, eine Rolle spielen.

Neben der partnerschaftlichen Betreuung und Pflege ist von entscheidender Bedeutung, ob die betroffene Person Kinder hat. Hilfs- und pflegebedürftige Personen mit Kindern bleiben länger zuhause als kinderlose Personen. Bei den Generationen, die in den nächsten Jahren 80 Jahre alt werden, ist der Anteil der Kinderlosen relativ gering, und der Anteil hochbetagter Menschen mit Nachkommen wird kurz- und mittelfristig ansteigen. Ein deutlich höherer Anteil von hochaltrigen Menschen ohne Nachkommen ist demografischen Daten zufolge erst nach 2030 zu erwarten.

Kurz- und mittelfristig erhöht sich somit das partnerschaftliche und familiale Hilfs- und Pflegepotenzial eher, weil mehr hochbetagte Menschen Partner und Nachkommen haben als in früheren Geburtsjahrgängen.

## **Moderate Zunahme der Pflegebedürftigkeit**

Im höheren Lebensalter werden gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden häufiger, wobei allerdings die Gleichung «alt = krank» nicht zutrifft. Werden ältere Menschen direkt danach gefragt, schätzen sie ihre Gesundheit oftmals als «gut» bis «sehr gut» ein. So erachtet die grosse Mehrheit der zuhause lebenden 80- bis 84-jährigen Männer und Frauen ihre Gesundheit als «gut» bis «sehr gut». Im Zeitvergleich 1992/93 und 2002 hat sich der Anteil der zuhause lebenden Frauen und Männer, die ihre eigene Gesundheit positiv beurteilen, teilweise sogar weiter erhöht.

Im höheren Lebensalter treten Gelenk- oder Gliederschmerzen sowie Rücken- oder Kreuzschmerzen häufiger auf. Davon betroffen ist gut jede fünfte zuhause lebende Person im Alter von 80 und mehr Jahren. Eine nicht unbeträchtliche Gruppe der zuhause lebenden älteren Menschen leidet zudem an Schlafstörungen sowie an allgemeiner Schwäche. Andere Krankheitssymptome verlieren sich im Alter hingegen eher. Dies gilt insbesondere für Kopfschmerzen, die bei jungen Erwachsenen und Personen mittleren Alters häufiger auftreten als bei älteren Menschen. Der Zeitvergleich 1992/93 und 2002 zeigt eher eine Abnahme starker körperlicher Beschwerden bei der älteren Bevölkerung – ein Trend, der vor allem auf eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit der 65- bis 79-Jährigen zurückzuführen ist.

Mit steigendem Lebensalter nehmen die gesundheitlichen Einschränkungen zwar zu, aber ein grosser Teil der älteren Bevölkerung erlebt auch im Rentenalter ausgedehnte Phasen guter Gesundheit. Im Zeitvergleich zeigen sich bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren eher gesundheitliche Verbesserungen als Verschlechterungen. Dies gilt auch, wenn nicht allein die zuhause lebende ältere Bevölkerung betrachtet wird. Frauen und Männer leben heute somit nicht nur länger, sondern sie bleiben auch länger behinderungsfrei als frühere Generationen, ein Befund, der durch epidemiologische Analysen bestätigt wird. Für die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung des Pflegebedarfs ist dies sehr wichtig: Wenn ältere Menschen später hilfs- und pflegebedürftig werden, erhöht sich der Pflegebedarf langsamer, als die lineare demografische Fortschreibung aktueller Pflegebedürftigkeitsquoten erwarten lässt.

Werden alle älteren Menschen unabhängig von ihrer Wohnform (Privathaushalt oder Alters- und Pflegeeinrichtung) einbezogen, liegt die Pflegebedürftigkeitsquote in der Schweiz gegenwärtig bei 10–11.5% aller 65-jährigen und älteren Menschen. Bis zum Alter von 79 Jahren sind weniger als 10% der Menschen pflegebedürftig. Im Alter von 80 bis 84 Jahren sind es schon gut ein Fünftel, und von den über 84-Jährigen ist gut ein Drittel auf Hilfe und Pflege angewiesen.

Demografische Modellrechnungen verdeutlichen, dass selbst eine moderate Reduktion der Pflegebedürftigkeit – etwa aufgrund Gesundheitsförderung im Alter oder vermehrter Erfolge in der Rehabilitation – den demografisch bedingten Effekt auf den Anstieg der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen wesentlich abzuschwächen vermag.

## **Pflege durch die Familie bleibt zentral**

Erwartungsgemäss steigt mit höherem Lebensalter der Anteil von Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten. Im hohen Lebensalter sind Hilfeleistungen von Angehörigen, Bekannten oder Nachbarn besonders bei eingeschränkter Gehfähigkeit eine zentrale Voraussetzung für ein Weiterleben in der gewohnten Umgebung. Werden die gesamtschweizerischen Daten über Heimbewohner in Beziehung gesetzt zur Zahl von pflegebedürftigen älteren Personen, lässt sich schätzen, dass gesamtschweizerisch mindestens 40% der pflegebedürftigen älteren Menschen in entsprechenden Einrichtungen gepflegt werden. Damit dürfte der Anteil der zuhause gepflegten älteren Menschen in der Schweiz maximal 60% betragen. In Deutschland liegt dieser Anteil bei 70%.

Ältere Menschen, die familiäre oder nachbarschaftliche Unterstützung erhalten, erhalten diese von durchschnittlich 1.7 bis 1.8 Personen. Wie in Deutschland ist auch in der Schweiz in

mehr als einem Drittel der Fälle die Partnerin bzw. der Partner die hauptsächliche Hilfs- und Pflegeperson. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und des traditionellen Altersunterschieds in Paarbeziehungen ist dies in der weit überwiegenden Mehrzahl die Ehefrau. Bei zusammenlebenden älteren Paaren ist die Bereitschaft, im Fall von Pflegebedürftigkeit für den Partner oder die Partnerin einzustehen, weiterhin sehr gross. Für die meisten ist sie eine Selbstverständlichkeit und wird nicht hinterfragt. Bei Männern kann die Übernahme einer Helfer- und Pflegeperspektive im höheren Lebensalter ein wichtiger Entwicklungsschritt sein.

An zweiter Stelle der informellen Pflege stehen die eigenen Kinder, namentlich die Töchter. Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit zeigen Töchter weiterhin eine hohe Bereitschaft, ihre Eltern im Alter zu pflegen. Die Söhne dagegen sind weniger direkt einbezogen, auch wenn ihre Bedeutung als Hilfsperson speziell bei hohem Alter der Eltern ansteigt. Söhne engagieren sich vor allem bei der Vermittlung von Hilfe und bei administrativen Angelegenheiten überdurchschnittlich stark, während hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen mehrheitlich von Frauen (Partnerin, Töchter u.a.) übernommen werden.

Es kann jedenfalls nicht eindeutig festgestellt werden, dass die Bereitschaft für intergenerationelle Unterstützung und Pflege allgemein gesunken sei. Allenfalls werden die Ambivalenzen intergenerationaler Verpflichtungen heute eher formuliert.

Vor allem die Betreuung eines demenzkranken Angehörigen erfordert ein emotional und zeitlich äusserst intensives Engagement, das Angehörige an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen kann. Der fortschreitende Verlauf demenzieller Erkrankungen zwingt Angehörige, sich immer wieder an veränderte Situationen anzupassen. Ehefrauen oder Töchter pflegen einen demenzkranken Angehörigen häufig so lange, bis die Belastung ihre Kräfte übersteigt. Damit steigt das Risiko, dass auch betreuende Angehörige erkranken und zu «hidden patients» werden. Psychische Störungen mit Symptomen von Angst, Depression und Erschöpfung sind bei pflegenden Angehörigen häufig. Es ist deshalb wichtig, nach Lösungen zu suchen, die sie stützen und entlasten. Eine Zürcher Pilotstudie zur Wirkung einer Schulung von Angehörigen demenzerkrankter älterer Menschen führte zwar nicht zu einer Verzögerung eines Heimeintritts, aber sie zeigte klar positive Effekte auf das emotionale Wohlbefinden und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität pflegender Angehöriger. Während sich das Wohlbefinden bei Personen der Kontrollgruppe im Verlauf der Pflegebelastung reduzierte, blieb es bei der Schulungsgruppe stabil. Ein ähnliches Muster zeigte sich bei der selbst eingeschätzten Lebensqualität. Gleichzeitig erleichterte die Angehörigenschulung eine (zeitweise) Ablösung und Entlastung der Betreuenden, etwa durch Nachbarschaftshilfe oder Inanspruchnahme spezieller Angebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen. Die Angehörigenschulung half mit, Hilfe zu organisieren und anzunehmen.

### **Freunde, Nachbarn und Selbsthilfegruppen: Hilfe mit beschränkten Möglichkeiten**

Infolge des gesellschaftlichen Wandels wird sich die Bedeutung von Blutsverwandtschaften zukünftig mehr und mehr auf Wahlverwandtschaften verlagern. Tatsächlich haben Freundschaftsbeziehungen im Alter in den letzten Jahrzehnten eine Aufwertung erfahren. Diese sind jedoch hauptsächlich auf der Ebene persönlicher und emotionaler Unterstützung von Bedeutung, wogegen sie hinsichtlich praktischer Unterstützung und intensiver Pflege einen nachrangigen Stellenwert haben. Was die Pflege älterer Menschen im engeren Sinn betrifft, sind Freunde oder Freundinnen demnach selten Hauptpersonen. Intensive Pflegeaufgaben zerstören allzu leicht das grundlegende Prinzip der Gegenseitigkeit, das Freundschaften begründet.

Im Gegensatz zu Freundschaftsbeziehungen haben sich Nachbarschaftsbeziehungen eher aufgelockert. Die erhöhte Mobilität älterer Menschen hat mit dazu beigetragen, dass sich Sozialbeziehungen über die Grenzen der unmittelbaren Nachbarschaft hinaus ausweiten.

Hilfeleistende Nachbarn werden zwar seltener erwähnt als hilfeleistende Angehörige oder Freunde. Dennoch ist Nachbarschaftshilfe speziell bei hochbetagten Menschen von Bedeutung. Gut ein Viertel der zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen auf Hilfe angewiesen sind, erhalten Hilfeleistungen von Nachbarn. Vielfach handelt es sich um Hilfe beim Einkaufen, bei der Zubereitung von Mahlzeiten oder bei körperlich anstrengenden Arbeiten im Haushalt.

Gegenwärtig sind ältere Menschen in Selbsthilfegruppen eher untervertreten, auch wenn seit den 1990er Jahren eine rasche Zunahme von Interessen- und Selbsthilfeorganisationen älterer Menschen zu verzeichnen ist. Wechselseitige soziale Unterstützung, Aufbau und Pflege von Kontakten und Beziehungen, soziales Engagement für Andere, Realisierung gemeinsamer sozialer, kultureller und kreativer Interessen, genossenschaftlich organisierte Serviceleistungen und schliesslich politische Partizipation und Interessenvertretung sind zentrale Themenbereiche der organisierten Senioren. Im hohen Lebensalter stösst eine Selbsthilfe im klassischen Sinne naturgemäss auf Grenzen. Bei derartigen Selbsthilfegruppen werden deshalb zum einen neben den betroffenen alten Menschen auch die Angehörigen mit einbezogen. Zum anderen wird starkes Gewicht auf eine gute Zusammenarbeit mit Fachpersonen gelegt, da es sich bei Behinderungen und Krankheiten des Alters oft um geriatrisch komplexe Phänomene handelt. In diesem Sinn sind gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen im Alter oder für das Alter keine Alternativen zum professionellen Versorgungssystem, sondern eine Ergänzung vorhandener familialer, ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgungsstrukturen.

### **Regional grosse Unterschiede in der ambulanten Pflege (Spitex)**

Die Daten zur ambulanten Pflege in der Schweiz (Spitex-Statistik) verdeutlichen, in welchem Masse die Leistungen der Spitex älteren Menschen zugute kommen: Im Jahre 2002 waren 71% der Spitex-Klienten älter als 64 Jahre, 42% der Klienten waren 80 Jahre und älter. Für den wachsenden Bedarf an Leistungen der Spitex sind auch sozio-gerontologische Entwicklungen bedeutsam: Erstens kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer Zunahme von Klein- und Kleinsthaushalten älterer Menschen: Nach dem Auszug der Kinder aus dem Elternhaus leben viele ältere Menschen entweder zu zweit oder allein. Zweitens hat sich der Wohnstandard älterer Menschen in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert, was den Wunsch verstärkt, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu bleiben. Drittens hat auch die Ausdehnung der behinderungsfreien Lebenserwartung älterer Menschen den Bedarf an ambulanten Leistungen erhöht: Heute sind viele ältere Frauen und Männer zwar durchaus in der Lage, ihr Alltagsleben selbständig zu gestalten, wegen körperlicher Beschwerden sind sie aber punktuell auf hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfeleistungen angewiesen.

Insgesamt beanspruchen um die 8% der zuhause lebenden 65- bis 79-jährigen Personen Leistungen der Spitex, und bei den 80-jährigen und älteren Menschen, die in Privathaushaltungen leben, sind es 38–40%. Eine Detailanalyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 belegt, dass vor allem ab dem Alter von 80 Jahren die Inanspruchnahme von Spitex-Diensten stark ansteigt, wobei der Anteil alter Menschen, die Leistungen der Spitex beanspruchen, eng mit dem Gesundheitszustand assoziiert ist. Dabei führen eine schlechte subjektive Gesundheitseinschätzung, aber auch funktionale Einschränkungen der Alltagsaktivitäten sowie Mobilitätsprobleme zu einer gehäuften Beanspruchung von Leistungen der Spitex.

Die ambulante Pflege der Schweiz ist dezentral organisiert, was eine kleinräumliche Angebotsstruktur erleichtert. Neben Vorteilen wie Bürgernähe und hoher lokaler Flexibilität des Angebots weist die dezentralisierte Struktur der Spitex auch einige Nachteile auf: Dazu gehören eine Zersplitterung professioneller Kräfte und grosse regionale Unterschiede bei den Angeboten. Entsprechend dem föderalistischen Aufbau von Organisation und Finanzierung

der ambulanten Pflege ergeben sich deutliche interkantonale Unterschiede in den Leistungen der Spitex für ältere Menschen. Ein überdurchschnittlicher Ausbau der Leistungen der Spitex für ältere Menschen zeigt sich einerseits in drei kleineren deutschschweizerischen Kantonen (Obwalden, Nidwalden und Appenzell-IRh.) sowie in der Stadt Basel. Andererseits haben auch die westschweizerischen Kantone Waadt, Neuenburg, Jura und Genf die ambulante Betreuung überdurchschnittlich ausgebaut. Ein unterdurchschnittlicher Ausbau der Spitex-Dienste für ältere Menschen lässt sich dagegen namentlich in den folgenden Kantonen feststellen: Luzern, Uri, Schwyz, Glarus, Zug, Schaffhausen und im Tessin. In diesen Kantonen wäre zumindest regional ein weiterer Ausbau der Spitex angebracht.

### **Professionelle Pflege verdrängt familiäre Hilfe und Pflege nicht**

Eine in der Politik häufig geäußerte Befürchtung ist, dass ein Ausbau professioneller Hilfe- und Pflegeleistungen die familiäre Hilfe und Pflege verdrängt. Die Datenlage zur Dynamik familiärer und staatlicher Pflegeleistungen oder zum Verhältnis unbezahlter, informeller und bezahlter, professioneller Pflege ist noch mangelhaft, aber kürzlich durchgeführte Analysen unterstützen eher die These, dass informelle und professionelle Pflege einander ergänzen. Auch aus den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 geht hervor, dass Leistungen der Spitex häufig in Kombination mit informeller Hilfe erbracht werden. So erhalten gut 69% der älteren Menschen, die in den letzten 12 Monaten Leistungen der Spitex beansprucht haben, gleichzeitig auch Hilfeleistungen aus dem sozialen Netz (Angehörige, Bekannte, Nachbarn). Formelle und informelle ambulante Hilfesysteme haben also eine grosse gemeinsame Zielgruppe. Die Entlastung namentlich älterer Pflegepersonen durch professionelle Dienste kann mithelfen, dass familiäre Hilfe und Pflege nicht zu Überforderung und Überlastung der pflegenden Hauptpersonen führen. Gleichzeitig kann die intergenerationelle Solidarität durch eine professionelle Unterstützung von Pflegeleistungen gestärkt werden.

Die Vereinbarkeit von professioneller Pflege und familiärer Pflege hängt allerdings sowohl von den bestehenden familialen Pflegearrangements als auch von der Sach- und Beziehungsorientierung professioneller Pflegepersonen ab. Sozialpolitisch besonders problematisch erscheint eine Stärkung familiärer Pflegeverpflichtungen bei gleichzeitiger Schwächung familiärer Autonomie durch eine zu starke Sachorientierung der professionellen Pflege. Nur eine beziehungsorientierte professionelle Pflege eröffnet die Chance familiärer Pflegeleistungen, die heutigen Familienstrukturen und modernen Pflegekonzepten entsprechen.

### **Nur leichte Zunahme des Anteils älterer Menschen in Alters- und Pflegeheimen**

Im Rahmen der schweizerischen Volkszählungen wird zwischen privaten und kollektiven Haushaltungen unterschieden. Die kollektiven Haushaltungen umfassen einerseits Heime diverser Formen (Behindertenheime, Alters- und Pflegeheime) und andererseits Institutionen wie psychiatrische Kliniken, Spitäler, Gefängnisse, Klöster u.a. In den letzten 40 Jahren hat sich die Zahl älterer Menschen in kollektiven Haushaltungen mehr als verdoppelt, im Jahre 2005 sind es bereits über 100 000 ältere Menschen. Der Anteil älterer Menschen in kollektiven Haushaltungen hat sich zwischen 1960 (7.4%) und 2005 (8.5%) allerdings nur leicht erhöht. Erwartungsgemäss steigt der Anteil der in kollektiven Haushaltungen lebenden Personen im hohen Lebensalter an. Leben bis zum Alter von 80 Jahren noch um die 90% in privaten Haushaltungen, nimmt der Anteil namentlich von Alters- und Pflegeheimbewohnern im höheren Lebensalter rasch zu. So leben 24% der 85- bis 89-Jährigen in einer sozialmedizinischen Einrichtung. Bei den 90- bis 94-Jährigen sind es schon 40%, und die (kleine) Gruppe von über 95-jährigen Menschen lebt zu gut 58% nicht mehr zuhause.

Allerdings zeigen sich diesbezüglich ausgeprägte interkantonale Unterschiede. Einen besonders hohen Anteil an älteren Heimbewohnern weisen die Kantone Glarus, Appenzell-Ausserrhoden, Schaffhausen, Uri und Zug auf. Überdurchschnittlich ist der Anteil von Heimbewohnern auch in den Kantonen St. Gallen, Schwyz, Luzern, Zürich sowie Obwalden und Nidwalden. Ein geringer Anteil älterer Heimbewohner findet sich in den westschweizerischen Kantonen Genf, Jura, Waadt und Wallis sowie im Kanton Appenzell-Innerrhoden. Leicht unterdurchschnittlich ist der Anteil über 80-jähriger Heimbewohner zudem auch in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn.

Die Nachfrage nach Alters- und Pflegeheimplätzen hängt nicht allein vom gesundheitlichen Befinden älterer Menschen ab, sondern sie wird auch von sozioökonomischen Faktoren (sozialer Status, Familienstand) beeinflusst. Darüber hinaus sind sich auflösende Sozial- und Wirtschaftsstrukturen von Bedeutung. Die Nachfrage nach stationären Pflegeleistungen für kranke alte Menschen wird damit sowohl von zukunftsgerichteten als auch von vergangenheitsorientierten Faktoren bestimmt: Zukunftsgerichtet sind Faktoren der demografischen Entwicklung (zahlenmässige Entwicklung alter Menschen), vergangenheitsorientiert sind hingegen Faktoren der Sozial-, Wirtschafts- und Arbeitsgeschichte der älter werdenden Bevölkerung. Die «Kunst» einer guten Pflegeheimplanung liegt daher darin, den zukünftigen Bedürfnissen hochbetagter Menschen ebenso wie ihrer spezifischen Lebensgeschichte gerecht zu werden.

### **Das Personal in der Langzeitpflege**

Die ambulante und stationäre Alters- und Langzeitpflege ist zu einem bedeutsamen Beschäftigungs- und Wirtschaftsfaktor geworden. Diese Entwicklung wird sich aufgrund der demografischen und gerontologischen Trends weiter fortsetzen. In der ambulanten und stationären Pflege sind insgesamt nahezu 150 000 Personen beschäftigt, von denen gut 82 000 direkt medizinisch-pflegerische Leistungen erbringen. Ein auffallendes Merkmal der ambulanten und stationären Alters- und Langzeitpflege ist die Dominanz weiblicher Beschäftigter: Der Anteil der Frauen am Personal der schweizerischen Langzeitpflege liegt bei über 90%. Dies hat verschiedene Auswirkungen: Erstens ist der hohe Frauenanteil in Pflegeberufen mit ein Grund für ein vergleichsweise geringes Lohnniveau. Zweitens sind Teilzeitstellen in der ambulanten und stationären Pflege sehr häufig. Nur 15% (ambulant) bzw. 26% (stationär) der Beschäftigten in der Langzeitpflege arbeiten Vollzeit. Drittens lässt sich für das weibliche – teilweise aber auch für das männliche – Pflegepersonal eine klare Tendenz zu einer altruistischen Berufshaltung nachweisen. Dies zeigt sich beispielsweise an den Berufserwartungen, die eine stark ausgeprägte helfende Komponente beinhalten. Deshalb kommt es zu erheblichen Diskrepanzen zwischen dem beruflichen Selbstverständnis der professionell Pflegenden und den Anforderungen eines zunehmend wirtschaftlich regulierten Gesundheitssystems.

Insgesamt finden die in der Pflege Beschäftigten ihre Arbeit mehrheitlich befriedigend und sind mit ihren pflegerischen Aktivitäten grösstenteils zufrieden. Zudem kann die Mehrheit der pflegerisch tätigen Frauen und Männer mit den emotionalen Anforderungen und Beanspruchungen bei der Alters- und Langzeitpflege gut umgehen. Namentlich in der stationären Alters- und Langzeitpflege, vor allem in grösseren Betrieben und bei ausgeprägtem Mangel an qualifiziertem Personal, gibt es allerdings einige kritische Dimensionen: Vor allem Zeitdruck sowie eine verstärkte bürokratische Reglementierung von Pflegeleistungen kollidieren mit dem für Pflegefachfrauen zentralen Beziehungsaspekt pflegerischen Handelns. Vereinfacht ausgedrückt erweisen sich gerade bei der Pflege älterer Menschen mit chronischen Beschwerden oder demenziellen Einschränkungen nicht die Spitex-Klienten oder Heimbewohner als beruflich-emotionale Hauptstörfaktoren, sondern eher organisatorische Gegebenheiten (zu grosser Betrieb, unflexible Dienstgestaltung, hoher

Zeitdruck und Übergewicht wirtschaftlicher Leistungskriterien gegenüber beziehungsorientierten Pflegedimensionen, unehonorierte Mehrarbeit, wenig Anerkennung für die geleistete Arbeit sowie eine ungenügende Infrastruktur für das Personal). Ein Mangel an Pflegefachpersonen ist also nicht deshalb zu befürchten, weil die Pflege kranker alter Menschen als emotional zu anstrengend angesehen wird, sondern entscheidend ist vielmehr, welche Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen in der Pflege vorherrschen.

### **Neue Konzepte der Pflege im Alter und Versorgungslage**

In der stationären Pflege werden zunehmend lebensweltorientierte Ansätze umgesetzt, mit dem Ziel, Alters- und Pflegeheime als Orte des Wohnens und Lebens zu gestalten. Eine lebensweltorientierte Pflege kranker alter Menschen versteht sich idealerweise als eine Pflege, welche ihre Lebensgeschichte und Lebensweise berücksichtigt und die gezielt auf die Bedürfnisse und noch vorhandenen Kompetenzen pflegebedürftiger älterer 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.

Insgesamt lassen sich in der ambulanten und stationären Pflege kranker alter Menschen in der Schweiz in den letzten Jahren deutliche Fortschritte konstatieren, sowohl was die Qualität der Pflege als auch was die lokale Verankerung von Pflegeeinrichtungen betrifft. Eine regional unterschiedlich ausgeprägte Unterversorgung zeigt sich namentlich bei Menschen mit depressiven Symptomen sowie bei Demenzerkrankten und ihren pflegenden Angehörigen. In einigen Kantonen der deutschsprachigen Schweiz gibt es dagegen eine Überversorgung bezüglich Altersheimen bzw. der institutionellen Versorgung von nicht oder nur leicht pflegebedürftigen älteren Menschen, was sich beispielsweise in einem überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Menschen in institutionellen Haushaltungen niederschlägt. In einigen Regionen der Schweiz ist die Spitex-Versorgung weiterhin unzulänglich. Zudem ist die Spitex in manchen Regionen noch zu stark zersplittert. Ein vielfach ungedeckter Bedarf zeigt sich zudem bezüglich teilstationärer Angebote, speziell im psychogeriatrischen Bereich. Im Zentrum innovativer Konzepte für die Pflege kranker alter Menschen in der Schweiz stehen konsensual vor allem folgende Ziele:

- die Selbstbestimmung von Heimbewohnern zu stärken und die Alters- und Pflegeeinrichtungen nach aussen zu öffnen,
- die Zusammenarbeit von Trägern ambulanter und stationärer Angebote zu verstärken, beispielsweise indem ambulant-stationäre Angebote entwickelt werden,
- Akutpflege, Übergangspflege und Langzeitpflege bei alten Menschen besser zu koordinieren,
- komplementäre Betreuungsformen wie etwa Modelle betreuten Wohnens, Pflegewohngruppen und dezentralisierte Pflegewohnungen auszubauen,
- die pflegenden Angehörigen besser zu unterstützen und mehr Entlastungsangebote bereitzustellen.

# Inhaltsverzeichnis

Geleitwort

Zum Inhalt

Zusammenfassung

## **1 Demografische Perspektiven**

- 1.1 Wandel der Altersverteilung der Wohnbevölkerung
- 1.2 Szenarien zur künftigen Entwicklung von Lebenserwartung und Zahl älterer Menschen
- 1.3 Intergenerationelle Unterstützungsraten
- 1.4 Familiendemografische Entwicklungen und Perspektiven

## **2 Gesundheit im Alter und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit**

- 2.1 Zur Gesundheit älterer Menschen – Beobachtungen und Trends
- 2.2 Pflegebedürftigkeit im Alter – bisherige Entwicklungen und erwartbare Tendenzen

## **3 Familiäre Pflege älterer Menschen**

- 3.1 Informelle Hilfeleistungen und familiäre Pflegeleistungen
- 3.2 Familiäre Hilfe und Pflege – die pflegenden Personen
- 3.3 Bereitschaft zur familialen Pflege
- 3.4 Unterstützung von Pflegenden – Pilotstudie zur Schulung von Angehörigen

## **4 Ausserfamiliäre Hilfeleistungen für ältere Menschen zuhause**

- 4.1 Ausserfamiliäre Hilfe – Freunde und Nachbarn
- 4.2 Selbsthilfegruppen – Möglichkeiten und Grenzen

## **5 Ambulante Pflege älterer Menschen – die Spitex**

- 5.1 Dienstleistungen für ältere Menschen – die Schweiz im europäischen Vergleich
- 5.2 Leistungen der Spitex für ältere Menschen – gesamtschweizerische Angaben
- 5.3 Ambulante Leistungen für ältere Menschen im interkantonalen Vergleich
- 5.4 Zum Verhältnis informeller und formeller Pflege im Alter

## **6 Stationäre Angebote für ältere Menschen – institutionelle Haushaltungen und sozialmedizinische Einrichtungen**

- 6.1 Entwicklung von Zahl und Anteil älterer Menschen in institutionellen Haushaltungen
- 6.2 Ältere Menschen in sozialmedizinischen Einrichtungen – gesamtschweizerische Situation
- 6.3 Sozialmedizinische Einrichtungen für ältere Menschen im interkantonalen Vergleich

## **7 Personalpolitische und konzeptuelle Aspekte der Pflege alter Menschen**

- 7.1 Zur Lage des Personals in der Langzeitpflege
- 7.2 Neue Konzepte der Pflege alter Menschen jenseits der Zweiteilung von ambulanter und stationärer Pflege

**Zentrale Aussagen und gesundheitspolitische Folgerungen**

**Literatur**