

François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn

## **Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz**

Verlag Hans Huber, Bern 2011

ISBN 978-3-456-84957-7

(E-Book-ISBN 978-3-456-9457-4)

### **Zusammenfassung**

#### **Demographische Entwicklungen und Pflegebedürftigkeit im Alter**

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

Die Pflegeverhältnisse - familiäre 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 wenig 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 pflegen 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 (65+), aber auch eine deutliche Mehrheit der alten zuhause lebenden Personen (85+) weist keine Schwierigkeiten auf, die basalen Alltagsaktivitäten (essen, ins Bett gehen, sich an- oder auszuziehen, zur Toilette gehen, baden oder duschen) selbständig zu erledigen. Dies hat allerdings auch mit der Tatsache zu tun, dass merkbare Einschränkungen der basalen 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 (65+) 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 Alltags-einschränkungen, wobei gut die Hälfte davon nur leicht betroffen ist, die andere Hälfte jedoch mittelmässig bis stark betroffen ist.

Stärkere Einschränkungen als bei den basalen 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 Kräften raubenden Aktivitäten, wie Einkaufen und schwere 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 selbständig 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 selbständig auszuüben 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 Pflegequoten (= Anteil an mittelstark bis stark pflegebedürftigen Personen) bei zuhause lebenden älteren Personen und Bewohnern von Alters- und Pflegeeinrichtungen werden aktualisierte alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten für die ältere und alte Bevölkerung der Schweiz geschätzt: Während bis zur Altersgruppe 75-79 deutlich weniger als zehn Prozent pflegebedürftig sind, sind es schon mehr als 13% der 80-84-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 Definition (pflegebedürftig ist, wer bei den fünf erfassten Aktivitäten des täglichen Leben mindestens bei einer Aktivität eine

starke Schwierigkeit aufweist oder unselbständig ist) lässt sich schätzen, dass in der Schweiz 2008 zwischen 115'000 und 119'000 ältere Menschen (65+) als pflegebedürftig einzustufen sind. Davon ist mehr als die Hälfte älter als 84 Jahre. Im Alter sind mehr Frauen als Männer pflegebedürftig. Dies widerspiegelt einerseits Altersstruktureffekte (mehr Frauen als Männer erreichen ein hohes Alter). 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 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 eine relative Zunahme um 46% bedeutet). 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 Fünftel 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 familiendemographisch bedingt häufiger Hilfe von ihrer Ehefrau erhalten als umgekehrt 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 bedeutsame Unterstützungsperson an, im Vergleich zu einem Wert von 46% bezüglich Töchter. Im hohen Alter gewinnen Söhne allerdings an Bedeutung, und bei hochaltrigen Hilfebedürftigen helfen sie ebenso häufig als 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 ausserfamiliale Hilfe (Freunde, Nachbarn) nur in einer Minderheit der Fälle angeführt. Dennoch ist das ausserfamiliale Hilfepotenzial - 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 Selbständigkeit 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, sondern bedeutsam sind auch neue Werthaltungen (wie Wunsch, möglichst lange selbständig 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. Eine weitere Strategie 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 ein Verbleiben in der angestammten Wohnung. 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 selbständig zu verbleiben, 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, und ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim erfolgt immer häufiger erst im hohen Alter. So leben von den 80-84-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 zu geriatrischen 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. Allerdings ist zu beachten, dass wenn relativ weniger alte Menschen erst spät in eine Pflegeeinrichtung wechseln, sie im Allgemeinen stärker pflegebedürftig sind und sich die Anforderungen an die Pflege im Heim damit qualitativ erhöhen. Zu erwarten ist daher einerseits ein weiterer Anstieg des Eintrittsalter 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 insofern einen gewissen ‚Sonderfall‘, als trotz mittlerer geografischer Lage am wenigsten zeitintensiv geholfen wird. 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 gehend nimmt die Bedeutung der Familie und Freunde in der Pflege alter Menschen ab. Eine informelle intergenerationelle Pflege ist in den familialistisch 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, und 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 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 er führt zu einer verstärkten Spezialisierung intergenerationeller 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 in die Richtung gehen, dass ambulante professionelle Hilfe- und Pflegeleistungen im Alter verstärkt nachgefragt werden und dass stationäre Pflege später und häufiger gegen Lebensende beansprucht wird. Gleichzeitig zeichnen sich qualitative Veränderungen der Pflege im Alter ab, etwa dank Telemedizin, Spezialisierungstendenzen (informell: Hilfe, formell: Pflege), 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 zudem 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 u.a. - werden sich damit nicht vollständig auflösen, aber doch stark verwischen.