

François Höpflinger, Valérie Hugentobler
**Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für
die Schweiz**

Bern: Verlag Hans Huber 2005 (vergriffen)
ISBN 3-456-84259-7

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

Zum Inhalt

Im Anschluss an eine Analyse zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Alter (Höpflinger, Hugentobler 2003) wird in diesem Buch nun die Situation familialer, ambulanter und stationärer Pflege älterer Menschen in der Schweiz untersucht und diskutiert. Während unsere erste Untersuchung danach fragte, wie sich die Zahl der pflegebedürftigen alten Menschen entwickeln wird, steht hier die Frage im Zentrum, wie und von wem diese Menschen in Zukunft gepflegt werden. Wir gehen davon aus, dass sich sowohl Nachfrage als auch Angebot von Pflegeleistungen für kranke alte Menschen rasch verändern. Es ist denkbar, nach Ansicht einiger Experten sogar wahrscheinlich, dass sich Angebot und Nachfrage auf diesem Gebiet in den nächsten Jahrzehnten gegensätzlich entwickeln:

- Auf der einen Seite zeigt sich klar ein zunehmender Bedarf nach Pflegeleistungen. Dafür verantwortlich ist eine steigende Zahl älterer Menschen und ein vermehrtes Wissen über Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten im höheren Lebensalter. Gleichzeitig sind auch die Ansprüche an Versorgungsleistungen für ältere Menschen gestiegen. So vielfältig, wie individuelle Altersprozesse heute verlaufen, müssen auch die ambulanten und stationären Angebote sein.
- Auf der anderen Seite wird von einem abnehmenden Arbeits- und Kraftpotenzial für die Pflege alter Menschen ausgegangen. Dafür sind nicht nur demografische Faktoren wie etwa eine Verschlechterung intergenerationeller Unterstützungsraten verantwortlich, sondern auch eine abnehmende familiäre Sorge- und Pflegekultur und grössere Lücken in den sozialen Netzwerken (vgl. Voges 2002: 31). Auch mangelnde finanzielle Mittel für professionelle Pflegeleistungen sowie geringe soziale und wirtschaftliche Anreize für den Einstieg und den Verbleib in Pflegeberufen tragen dazu bei, dass Bedarf und Angebot in der Pflege auseinander klaffen.

Was den Wandel der familialen Pflege kranker alter Menschen betrifft, herrscht in der öffentlichen Diskussion eine beträchtliche Unsicherheit, wobei nicht selten eher pessimistische Prognosen geäussert werden. Dies illustrieren zwei Zitate aus Expertenberichten:

- «Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Einpersonen-Haushalte weiter zunehmen wird und infolgedessen weniger gegenseitige Hilfe geleistet wird. Schwierig einzuschätzen ist die Entwicklung der Solidarität zwischen den Generationen, konkret, wie sich die Bereitschaft zur Pflege betagter Eltern durch ihre Kinder (bis heute weitgehend Töchter oder Schwiegertöchter) entwickelt. Die laufende qualitative Verbesserung der Pflegeheime wird dazu führen, dass Kinder eher bereit sind, die Pflege eines Elternteils einem Pflegeheim zu übertragen» (Sanitätsdepartement Basel-Stadt 2001:12).
- «Die Nachfrage nach ausserfamiliären Pflegediensten dürfte umso höher ausfallen, je stärker sich die bereits in der Vergangenheit beobachteten Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen auf die Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familie auswirken. Angesichts der steigenden Scheidungsraten hat sich der Anteil Alleinerziehender merklich erhöht. Dies sind in der weit überwiegenden Zahl Frauen. Da das durchschnittliche Alter der Frauen bei der Geburt von Kindern rund 28 Jahre beträgt, hat ein Grossteil der Frauen im Alter von 40 bis unter 65 Jahren noch Kinder im Haushalt. Zudem sind Alleinerziehende häufig auf das Einkommen aus Erwerbstätigkeit angewiesen. Dies erschwert die Möglichkeit, Pflegeaufgaben innerhalb der Familie zu übernehmen. Hinzu kommt, dass der Anteil der Mehrgenerationenhaushalte stark abgenommen hat. Eltern und Kinder leben in getrennten Haushalten, was bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit der Eltern oder eines Elternteils dann problematisch sein kann, wenn die Entfernung zwischen den Wohnungen gross ist. Die geforderte zunehmende Flexibilität und Mobilität der Arbeitskräfte könnte hier zusätzlich die Pflegemöglichkeiten einschränken» (Schulz et al. 2001: 19).

Inwiefern die Vermutung einer abnehmenden Tragfähigkeit familialer Pflege berechtigt ist, wird im Rahmen dieser Publikation genauer untersucht. Daneben wird diskutiert, wie sich die ausserfamiliale Altershilfe und die professionelle ambulante und stationäre Pflege entwickeln können.

Zu Beginn (**Kapitel 1**) werden die demografischen Perspektiven der Schweiz kurz erläutert, namentlich was die Entwicklung von Zahl und Anteil älterer Menschen betrifft. Dabei wird auch untersucht, in welchem Masse sich das familiäre Pflegepotenzial in den nächsten Jahrzehnten voraussichtlich verschlechtert oder verbessert.

Kapitel 2 liefert wichtige Informationen zur Gesundheit im Alter und zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Die Daten entstammen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002.

In **Kapitel 3** werden die Entwicklungen der familialen Pflege älterer Menschen analysiert und diskutiert. Im Zentrum steht die gesellschaftspolitisch wichtige Frage: Ist die Vermutung berechtigt, dass Umfang und Bedeutung familialer Pflege künftig abnehmen, etwa aufgrund mangelnder Bereitschaft, ältere Angehörige zu pflegen? Oder basiert ein solches Zukunftsszenario nicht vielmehr auf kulturpessimistischen Annahmen einer abnehmenden intergenerationellen Solidarität und Unterstützung?

Kapitel 4 untersucht ausserfamiliale Hilfeleistungen für ältere Menschen. Möglichkeiten und Grenzen der Hilfe und Pflege durch Freunde, Nachbarn und Selbsthilfegruppen werden diskutiert.

In **Kapitel 5** werden Angaben zur ambulanten Pflege älterer Menschen (Spitex) daraufhin untersucht, wie viele ältere Menschen von ambulanten Pflegeleistungen der Spitex profitieren. Abschliessend wird analysiert, ob die oft formulierte politische These, dass ein Ausbau professioneller Pflege die familiäre Pflegebereitschaft zu verdrängen droht, begründet ist.

Kapitel 6 analysiert Stellung und Bedeutung stationärer Alterseinrichtungen in der Schweiz. Es wird der Frage nachgegangen, wie viele Frauen und Männer in den verschiedenen Altersgruppen stationär gepflegt werden, wobei sowohl gesamtschweizerische Angaben als auch kantonale Daten zur Häufigkeit institutioneller Pflege und Versorgung herangezogen werden.

In **Kapitel 7** werden Beobachtungen zur Lage des Pflegepersonals zusammengefasst. Mit der steigenden Zahl pflegebedürftiger alter Menschen geht ein steigender Personalbedarf im Bereich der Langzeitpflege einher. Zudem werden neue Konzepte der Pflege im Alter angesprochen. Dabei geht es insbesondere um Kombinationen von ambulanter und stationärer Pflege, wie sie etwa bei Formen des betreuten Wohnens oder demenzgerechten Pflegewohngruppen praktiziert werden.

Einige zentrale gesundheitspolitische Folgerungen und Forderungen runden den Bericht ab.

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 «ehereundliche» 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 familiäre 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 ist 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 Partnerschaften 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 intergenerationeller 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 familialer 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 familialer 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 familialer Pflegeverpflichtungen bei gleichzeitiger Schwächung familialer Autonomie durch eine zu starke Sachorientierung der professionellen Pflege. Nur eine beziehungsorientierte professionelle Pflege eröffnet die Chance familialer 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.

1 Demografische Perspektiven

1.1 Wandel der Altersverteilung der Wohnbevölkerung

Wie in allen europäischen Ländern wird es auch in der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten zu einer steigenden demografischen Alterung der Wohnbevölkerung kommen (vgl. Haug 2003). Die Altersverteilung einer Bevölkerung wird durch drei demografische Grössen bestimmt: a) das Geburtenniveau, b) das Verhältnis von Ein- und Auswanderungen und c) die Lebenserwartung einer Bevölkerung (vgl. Höpflinger 1997). Die Bedeutung der drei Komponenten variiert, aber auf nationaler Ebene ist im Allgemeinen das Geburtenniveau der bedeutsamste Einflussfaktor (vgl. Long 1991).

So nimmt der Anteil älterer Menschen in der Schweiz primär deshalb zu, weil in den letzten Jahrzehnten das Geburtenniveau auf niedrige Werte gesunken ist: Seit 1972 liegt das Geburtenniveau in der Schweiz unter dem Wert, der zur demografischen Reproduktion notwendig wäre. Späte Familiengründung und geringe Kinderzahl sind, gekoppelt mit zunehmend mehr nichtehelichen Lebensgemeinschaften und höheren Scheidungsraten, zentrale Elemente des so genannten zweiten demografischen Übergangs – ein Prozess, der langfristig zu einer rückläufigen Bevölkerungszahl führen wird (vgl. Lesthaeghe 1992; Surkyn, Lesthaeghe 2002).

Für die demografische Entwicklung der nächsten Jahrzehnte ist vor allem ein Punkt zentral: Aufgrund des Alterns geburtenstarker Jahrgänge¹, die selbst wenig Kinder haben, wird sich die demografische Alterung beschleunigen. Dabei können drei Phasen unterschieden werden:

- In einer ersten Phase kommt es zu einer deutlichen demografischen Alterung der Erwerbsbevölkerung: Ab 2010 wird es unter den Arbeitskräften mehr 45- bis 64-Jährige als unter

¹ In der Nachkriegszeit gab es zwei Geburtenspitzen bzw. zwei „Babybooms“: Der erste Geburtenanstieg erfolgte in der Schweiz – im Unterschied zu kriegsversehrten Ländern – schon 1943. 1943–1950 lagen die Geburtenraten bei 2.4 und mehr. 1951–1956 waren die Geburtenraten etwas niedriger, um 1957–1966 wieder 2.4 bis 2.6 zu erreichen. Damit waren die Jahrgänge 1943–1950 („Kriegs-“ und „Nachkriegs-Babyboomer“) ebenso wie die Jahrgänge 1957–1966 („Wohlstands-Babyboomer“) besonders geburtenstark (vgl. Calot 1998).

45-Jährige geben. Diese Entwicklung wird den Arbeitsmarkt vor zentrale Anpassungsprobleme stellen (z.B. Neuregelung des Generationenmix in Unternehmen, Weiterbildung älterer Arbeitskräfte, Regulierung des Übergangs zur nachberuflichen Lebensphase). Der Strukturwandel der Wirtschaft wird sich also in Zukunft weniger stark über einen Generationenwechsel (= Eintritt junger Erwachsener ins Berufsleben) vollziehen können, sondern vielmehr von den Erwerbstätigen mittleren und höheren Alters getragen werden müssen (vgl. Clemens 2001; Clemens et al. 2005).

- In der zweiten Phase kommt es zu einer massiven Zunahme des Anteils der Rentnerbevölkerung. Dies erzwingt speziell bei umlagefinanzierten Rentensystemen sozial- und finanzpolitische Anpassungen. Gleichzeitig mehren sich die Hinweise, dass heutige Generationen älterer Menschen sich in ihrem Verhalten in vielerlei Hinsicht von früheren Generationen im selben Alter unterscheiden. Zahlreiche Aktivitäten, die früher in der Regel jüngeren Erwachsenen vorbehalten waren, werden heute durchaus auch von älteren Menschen ausgeübt: Aktiv zu sein und zu reisen wird heute auch Männern und Frauen im Rentenalter empfohlen. Dasselbe gilt für eine regelmässige sportliche Betätigung, wobei sich immer mehr ältere Menschen getrauen, Leistungssport zu betreiben. Sich im Alter modisch zu kleiden, was früher als unangebracht galt, gehört heute beinahe zur Norm, und selbst Sexualität im Alter, die lange Zeit tabuisiert war, wird offener diskutiert und anders bewertet. Lernen im Alter – lange Zeit als unmöglich oder unnötig erachtet – gilt heute als bedeutsame Voraussetzung für ein erfolgreiches Altern, und der Lebensstil der 65- bis 74-Jährigen, teilweise aber auch der über 74-Jährigen, hat sich speziell seit den 1980er Jahren in Richtung einer aktiven und freizeitorientierten Lebensgestaltung geändert (vgl. Höpflinger, Stuckelberger 1999; Lalive d'Epina y et al. 2000). Wichtige Ursachen für diese Entwicklung sind eine bessere Gesundheit bei den neuen Rentnergenerationen sowie die Tatsache, dass die neuen Rentnergenerationen zeit ihres Lebens mit einer jugend- und körperorientierten Kultur konfrontiert gewesen sind.
- In der dritten Phase der demografischen Alterung, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ein hohes Alter erreichen, kommt es zu einer gesundheitspolitisch relevanten Zunahme des Anteils pflegebedürftiger alter Menschen. Die Nachkriegsgenerationen dürften zwar länger behinderungsfrei bleiben als frühere Generationen, und darüber hinaus können zukünftig präventive und rehabilitative Massnahmen wirksam werden. Dies kann die Zunahme der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen zwar bremsen, aber kaum vollständig aufhalten (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003). Gesellschaftspolitisch interessant ist auch die Frage, wie die Nachkriegsgenerationen, die verinnerlicht haben, lebenslang jugendlich und aktiv zu sein, schlussendlich ihr Alter akzeptieren (oder zu bekämpfen versuchen). Die steigende Zahl älterer Pflegebedürftiger wird das Gesundheitssystem der Zukunft in bedeutsamer Weise bestimmen. In diesem Zusammenhang gewinnen Fragen der Gesundheitsförderung im Alter und das Verhältnis von familialer, ambulanter und stationärer Pflege an Bedeutung.

Ein zweiter Bestimmungsfaktor der Altersverteilung der Wohnbevölkerung eines Landes oder einer Region ist das Verhältnis von Einwanderung und Auswanderung (Migrationsbilanz). Auf regionaler und kommunaler Ebene kann Ein- oder Auswanderung zum wichtigsten Einflussfaktor der Altersverteilung werden. Da primär jüngere Erwachsene aus- oder einwandern, führen Einwanderungsprozesse zu einer demografischen Verjüngung der Bevölkerung, wogegen Abwanderung die demografische Alterung verstärkt. So kann die Abwanderung junger Menschen aus ländlichen Gebieten und Bergregionen beispielsweise selbst bei relativ hohem Geburtenniveau zu einer markanten demografischen Alterung der Einwohnerschaft führen. Eine starke demografische Alterung ist regional deshalb oft ein Indikator für eine sozioökonomische Randstellung und für abnehmende wirtschaftliche Attraktivität. Die Schweiz hat dank der Einwanderung ausländischer Arbeitskräfte und ihrer Familien bisher eine bedeutsame Ausweitung ihrer Bevölkerung erfahren, ohne die die

Wohnbevölkerung der Schweiz gegenwärtig statt 7.3 Mio. nur noch 5.4 Mio. Menschen umfassen würde (vgl. Bundesamt für Statistik 2001). Gleichzeitig trägt die Einwanderung bis heute zu einer demografischen Verjüngung der Bevölkerung bei, auch wenn zunehmend mehr Migranten der ersten Generation das Rentenalter erreichen (wodurch Pflege und Gesundheitsvorsorge im Alter einen stärker multikulturellen Charakter erhalten). Einwanderung wird eine wichtige Komponente der Bevölkerungsentwicklung bleiben, und sie kann in der Schweiz zumindest partiell – aber eben nur partiell – die demografische Alterung abschwächen (vgl. Münz, Ulrich 2001). Im Rahmen der Globalisierung verstärkt sich zugleich die internationale Altersmigration, d.h. die Rückkehr älterer Migranten in ihre Herkunftsländer als auch die Auswanderung von Menschen im Rentenalter in den Süden (vgl. Huber 2002). Daneben entwickelt sich in der Schweiz eine verstärkte Tendenz zum «Alterspendelverkehr» (Pendeln zwischen zwei Wohnorten); von den 60- bis 69-Jährigen haben gegenwärtig um die 20% eine Zweitwohnung (vgl. Höpflinger 2004a). Altersmigration und Altern an zwei (Wohn-)Orten sind wichtige Entwicklungstendenzen des «neuen Alterns», was auch eine überregionale, wenn nicht sogar internationale Ausrichtung von Gesundheitsprogrammen für das Alter erfordern kann.

Im Vergleich zu Geburtenniveau und Wanderungsbewegungen war der Einfluss von Veränderungen der Lebenserwartung auf die Altersverteilung der Bevölkerung lange Zeit gering. Veränderungen der Lebenserwartung verstärken die demografische Alterung nur dann, wenn die Lebenserwartung älterer Menschen stärker ansteigt als diejenige jüngerer Altersgruppen (vgl. Gonnot 1992). Erst eine Ausdehnung der Lebenserwartung über 64-jähriger Personen führt zu einem demografischen Altern von der Spitze der Bevölkerungspyramide her (vgl. Myers 1984). Dies ist faktisch nur bei Gesellschaften mit vergleichsweise hoher Lebenserwartung der Fall. Tatsächlich verzeichnete die Schweiz in den letzten Jahrzehnten eine markante Erhöhung der Lebenserwartung von Rentnern und Rentnerinnen. Damit hat sich die Bedeutung von Veränderungen der Mortalitätsentwicklung auf die demografische Altersstruktur verstärkt (vgl. Caselli, Vallin 1990). Hochentwickelte Länder sind deshalb mit einer doppelten demografischen Alterung konfrontiert: Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen als Folge des Geburtenrückgangs, andererseits steigen aufgrund einer erhöhten Lebenserwartung älterer Menschen Zahl und Anteil betagter Menschen an – ein Prozess, der gesundheitspolitisch enorme Auswirkungen zeitigen kann.

1.2 Szenarien zur künftigen Entwicklung von Lebenserwartung und Zahl älterer Menschen

Die weitere Entwicklung der Lebenserwartung wird kontrovers eingeschätzt: Nach einer eher pessimistischen These besteht nur ein geringes Potenzial für eine weitere Erhöhung der Lebenserwartung, weil die Lebenserwartung in hochentwickelten Ländern allmählich eine biologische Grenze zu erreichen scheint oder weil neue Epidemien und die Entwicklung lebensstilbedingter Mortalitätsrisiken (Übergewicht usw.) befürchtet werden. Eine eher optimistische These geht dagegen davon aus, dass gesundheitsfördernde Massnahmen sowie bedeutsame medizinische Fortschritte zu einer weiteren Erhöhung der Lebenserwartung beitragen werden.

Im Zusammenhang mit Szenarien zur weiteren Entwicklung der Lebenserwartung sind zwei Feststellungen zentral: Einerseits hat sich die maximale biologische Lebensspanne des Menschen in den letzten tausend Jahren kaum wesentlich erhöht (vgl. Crews 1990). Erhöht haben sich allerdings in den vergangenen Jahren die Schätzwerte der maximalen biologischen Lebensspanne (maximal life span). Bourgeois-Pichat (1978) schätzte diese noch auf 80.3 Jahre für Frauen und auf 73.8 Jahre für Männer. Heutige Schätzwerte liegen eher bei 93–94 Jahren (vgl. Yashin, Iachine 1997). Die Lebenserwartung ist primär deshalb angestiegen, weil weniger Menschen vorzeitig sterben und damit mehr Menschen ihr biologisches Lebenspotenzial ausschöpfen können – eine Entwicklung, die sowohl durch eine bessere

soziale und wirtschaftliche Versorgung (Wohlstandseffekte) als auch durch medizinische Fortschritte ausgelöst wurde. Biologische Faktoren dürften der weiteren Erhöhung der Lebenserwartung Grenzen setzen, zumindest solange Alternsprozesse nicht genetisch verändert werden. Aus diesem Grund ist eine lineare Fortschreibung des Trends der Jahre 1880–2000 kaum wahrscheinlich, würde dies doch die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern bis 2060 auf 96.5 Jahre erhöhen und diejenige von Frauen auf 106.4 Jahre.

Andererseits wurde die Zunahme der Lebenserwartung namentlich älterer Menschen aufgrund kulturpessimistisch geprägter Prognosen in den letzten Jahrzehnten immer unterschätzt. Aufgrund der Projektion der damaligen medizinischen Situation wurde in den 1930er Jahren – noch vor der Entdeckung von Antibiotika – eine massive Zunahme von Alterskrankheiten erwartet, und für das Jahr 2000 wurde die Zahl der 90-jährigen und älteren Menschen auf 1 900 geschätzt (vgl. Hartmann 1935). Tatsächlich erreichten im Jahre 2000 rund 46 000 der damals schon geborenen Personen ein Alter von 90 Jahren und mehr. Von der Situation im Jahre 1976 ausgehend, projektierte das Eidgenössische Statistische Amt (1977) für das Jahr 2000 bei Männern eine durchschnittliche Lebenserwartung von 72.1 Jahren. Tatsächlich betrug sie im Jahr 2000 schon 76.9 Jahre. In ähnlicher Weise wurde auch die Lebenserwartung der Frauen für 2000 unterschätzt. Gemäss Projektion aus dem Jahre 1977 sollte sie bis 2000 auf 78.8 Jahre ansteigen, wogegen sie tatsächlich bei 82.6 Jahren lag.

Die vom Bundesamt für Statistik (2002) für die Periode 2000–2060 aufgestellten Hypothesen zur Entwicklung der Lebenserwartung («niedrig», «mittel» und «hoch») decken die zu erwartenden Trendvariationen gut ab. Aufgrund kohortenspezifischer Effekte (höherer Wohlstand bei jüngeren Rentnergenerationen, bessere Ausbildung, weniger körperlich belastende Arbeitsbiografien, bessere Gesundheitsversorgung) erscheinen aus gerontologischer Perspektive primär die Hypothesen einer mittleren und einer hohen Lebenserwartung realistisch, wogegen die Hypothese einer niedrigen Lebenserwartung weniger wahrscheinlich ist (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1

Szenarien zur Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz bis 2060

	Männer			Frauen		
	2000	2030	2060	2000	2030	2060
A) Bundesamt für Statistik						
niedrige Hypothese	76.9	79.0	79.5	82.6	84.6	85.0
mittlere Hypothese	76.9	80.5	82.5	82.6	85.7	87.5
hohe Hypothese	76.9	82.3	85.5	82.6	87.4	90.0
B) Avenir Suisse 2001: Szenario A	76.9	–	85.4	82.6	–	88.7
C) Lineare Extrapolation der Entwicklung 1880–1999	76.9	–	96.5	82.6	–	106.4

Quellen: Bundesamt für Statistik 2002 (A); Münz, Ulrich 2001 (B und C)

Was die unterschiedlichen Annahmen zur weiteren Entwicklung der Lebenserwartung für die zahlenmässige Zunahme älterer und vor allem hochaltriger Frauen und Männer bedeuten, wird in Tabelle 2 illustriert. Da das Risiko von Pflegebedürftigkeit oder hirnorganischen Störungen altersabhängig ist, hat eine demografische Alterung von oben, d.h. aufgrund eines deutlichen Anstiegs der Lebenserwartung älterer Menschen, enorme gesundheitspolitische Auswirkungen. Je nach Szenario wird beispielsweise die Zahl der über 79-jährigen Menschen zwischen 2000 und 2040 von 290 000 auf

550 000 bis 680 000 Menschen ansteigen, und wie heute werden auch in Zukunft Frauen in der Mehrheit sein. Die Zahl der Menschen im Alter von 90 und mehr Jahren steigt je nach Entwicklung der weiteren Lebenserwartung zwischen 2000 und 2040 von gut 46 000 auf 89 000 bis 155 000 an. In jedem Fall wird die Zahl hochbetagter Frauen und Männer massiv zunehmen, und dies bleibt auch dann eine markante gesundheitspolitische Herausforderung, wenn Pflegebedürftigkeit im Alter zukünftig erst später oder vermindert auftritt.

Tabelle 2

Entwicklung der Zahl älterer und hochaltriger Frauen und Männer in der Schweiz gemäss drei unterschiedlichen Szenarien, 2000–2060

Szenario	Ältere Wohnbevölkerung der Schweiz, in 1000 Personen							
	Männer				Frauen			
	2000	2020	2040	2060	2000	2020	2040	2060
«Trend»								
65- bis 79-jährig	355.0	507.2	570.5	539.9	461.5	593.1	652.7	595.0
80- bis 89-jährig	83.9	118.5	178.4	173.2	160.2	200.9	281.1	264.2
90-jährig und älter	10.5	14.5	22.8	28.0	35.3	47.1	66.6	81.7
«Positive Dynamik»								
65- bis 79-jährig	355.0	519.8	616.2	617.9	461.5	601.2	686.5	652.7
80- bis 89-jährig	83.9	122.8	201.4	219.6	160.2	206.6	311.7	317.8
90-jährig und älter	10.5	15.0	26.1	36.9	35.3	48.6	77.2	108.9
«Starke Zunahme der Lebenserwartung ab 65»								
65- bis 79-jährig	355.0	515.2	583.6	550.9	461.5	596.1	657.6	598.6
80- bis 89-jährig	83.9	135.2	216.3	214.0	160.2	214.1	308.1	290.0
90-jährig und älter	10.5	26.7	55.6	77.7	35.3	60.3	100.2	128.6

Szenario «Trend» (A-00-2000): Geringe Fertilität, keine verstärkte Einwanderung sowie verlangsamter Anstieg der Lebenserwartung auf 82.5 Jahre (Männer) bzw. 87.5 Jahre (Frauen)

Szenario «Positive Dynamik» (B-00-2000): Leicht erhöhte Fertilität, zunehmende Einwanderung sowie stärkerer Anstieg der Lebenserwartung auf 85.5 Jahre (Männer) bzw. 90.0 Jahre (Frauen)

Szenario «Starke Zunahme der Lebenserwartung ab 65 Jahren» (A-10-2000): Geringe Fertilität, keine verstärkte Einwanderung, aber starke Erhöhung der Lebenserwartung ab dem Alter von 65: Männer von 16.7 auf 21.5 Jahre, Frauen von 20.6 auf 25.0 Jahre

Quelle: Bundesamt für Statistik 2002

1.3 Intergenerationelle Unterstützungsraten

Gesellschaftspolitisch ist nicht allein die Zahl älterer Menschen bedeutsam, wichtig ist auch das relative Verhältnis der verschiedenen Altersgruppen. Eine steigende Zahl von Altersrentnern und -rentnerinnen geht nämlich dann mit negativen finanzpolitischen Konsequenzen einher, wenn gleichzeitig die Zahl der beitragspflichtigen Erwerbstätigen, die die Renten mit ihren Lohnbeiträgen finanzieren, sinkt. Ebenso wirft eine massive Zunahme der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen vor allem dann

Probleme auf, wenn gleichzeitig die Zahl jüngerer Frauen und Männer, die Pflegeaufgaben übernehmen können, abnimmt.

Besonders bei Hochbetagten ist mit vermehrter Pflegebedürftigkeit zu rechnen, und diese Pflegeaufgaben müssen von jüngeren Altersgruppen übernommen werden, sei es in Form familial-verwandtschaftlicher Hilfe, sei es in Form professioneller Pflege und Betreuung. Um die Verschiebungen der Generationenverhältnisse aufgrund des steigenden Anteils betagter Menschen zu erfassen, werden in der Forschung so genannte intergenerationelle Unterstützungsraten (engl. «parent support ratios») errechnet (vgl. Myers 1992). In vereinfachter Form widerspiegeln diese Raten das Verhältnis zweier aufeinander folgender Generationen (Generation der hochbetagten Eltern im Verhältnis zur Generation ihrer Kinder).

Tabelle 3 zeigt die Entwicklung der intergenerationellen Unterstützungsraten von 2000 bis 2060 für die Schweiz gemäss den bereits beschriebenen drei unterschiedlichen Bevölkerungsszenarien. In allen Szenarien nimmt der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen im Verhältnis zur nachfolgenden Generation deutlich zu. Dieser Trend wird sich vor allem nach 2020 akzentuieren. Der Höhepunkt dieser Entwicklung wird erreicht, wenn die geburtenstarken Jahrgänge (Babyboom-Generationen) in das Alter von 80 und mehr Jahren kommen. Während im Jahr 2000 100 Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren 22–23 hochaltrige Menschen (80 Jahre und älter) gegenüberstehen, werden dies im Jahr 2040 gemäss Szenario «Trend» voraussichtlich 40–41 Hochaltrige sein. Falls sich die Lebenserwartung der über 64-Jährigen markant erhöht, verschiebt sich das Verhältnis noch stärker. Im Extremfall kann sich ein Verhältnis von nahezu 60 hochaltrigen Menschen pro 100 50- bis 64-Jährige ergeben. Es werden also in Zukunft mehr Menschen der mittleren Generation mit familialen Pflegesituationen konfrontiert, und auch die professionelle Pflege wird ausgebaut werden müssen.

Tabelle 3

Entwicklung intergenerationeller Unterstützungsraten, je nach Bevölkerungsszenario

Szenario	Intergenerationelle Unterstützungsraten*			
	2000	2020	2040	2060
«Trend»	22.5	24.3	40.5	43.7
«Positive Dynamik»	22.5	24.6	42.9	49.4
«Starke Zunahme der Lebenserwartung ab 65»	22.5	27.8	59.3	56.8

* Zahl von 80-jährigen und älteren Personen pro 100 Personen im Alter von 50–64 Jahren (engl. «parent support ratios»)

Zu den Annahmen der drei Szenarien vgl. Tabelle 2

Die intergenerationellen Unterstützungsraten können allerdings – analog zu anderen demografischen Verhältnissen – eine suggestive Wirkung ausüben, etwa wenn steigende Unterstützungsraten an sich als Beweis für die belastende Situation der «Sandwich-Generation» genommen werden. Da viele 80-jährige und ältere Menschen heute keineswegs pflegebedürftig sind, ist die intergenerationelle Pflegebelastung geringer, als dies die demografischen Indikatoren nahe legen. Dennoch müssen erwachsene Kinder sich in vielen Fällen früher oder später mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern

auseinander setzen. Soziodemografische Detailanalysen zeigen, dass heute gut 10% der 40- bis 49-Jährigen mit der Pflegebedürftigkeit eines Elternteils oder beider Eltern konfrontiert werden, und bei den 50- bis 54-Jährigen sind dies gar 16%. Danach sinkt dieser Anteil aufgrund des Sterbens der Elterngeneration wieder ab. Schätzungsweise mehr als die Hälfte aller Frauen und Männer sehen sich daher im Laufe ihrer mittleren Lebensjahre (40–60 J.) mit der Pflegebedürftigkeit eines Elternteils konfrontiert. Gegenwärtig geraten zudem nicht wenige 40- bis 60-jährigen Frauen im Laufe ihres Lebens in einen Konflikt zwischen beruflichen Anforderungen und Pflegearbeiten. Das Risiko einer beruflich-pflegerischen Doppelbelastung ist im letzten Jahrzehnt vor der Pensionierung am höchsten (vgl. Höpflinger, Baumgartner 1999; Höpflinger 2004b). Die ansteigenden intergenerationellen Unterstützungsraten lassen vermuten, dass zukünftig noch mehr Personen zwischen dem 40. und dem 64. Lebensjahr potenziell vor einem solchen Vereinbarkeitskonflikt (Erwerbstätigkeit während später Erwerbsjahre versus Pflegeaufgaben zugunsten pflegebedürftiger Elternteile) stehen werden.

Ob sich dieser potenzielle Konflikt tatsächlich in einer beruflich-pflegerischen Doppelbelastung niederschlägt, ist allerdings sowohl von der Art und Intensität der Erwerbstätigkeit der betroffenen Frauen (Vollerwerbs- oder Teilzeitarbeit) als auch von der Art und Form der Pflege von Angehörigen (Pflege zuhause oder im Heim sowie Vorhandensein und Beteiligung von Geschwistern) abhängig. Entscheidend ist zudem, ob sich zukünftig mehr männliche Familienangehörige (Söhne, Schwiegersöhne) als bisher an der familialen Pflege beteiligen oder ob diese Aufgabe weiterhin primär den Frauen überlassen bleibt. Eine Entlastung intergenerationeller Unterstützungsverhältnisse kann sich auch ergeben, wenn mehr hochaltrige Menschen lange selbständig bleiben und Pflegebedürftigkeit erst später oder vermindert eintritt. Eine Gesundheitsförderung im Alter und rehabilitative Massnahmen bei älteren Menschen vermögen die Auswirkungen steigender intergenerationeller Unterstützungsraten daher wesentlich zu entschärfen.

1.4 Familiendemografische Entwicklungen und Perspektiven

Vor dem Hintergrund der enormen Bedeutung ehelicher und familialer Hilfe resp. Unterstützung älterer Menschen stellen sich zwei Fragen: Wie viele ältere und betagte Menschen haben überhaupt einen Partner bzw. eine Partnerin? Wie viele ältere und betagte Menschen haben Nachkommen und wie viele sind kinderlos? Welche Entwicklungen zeichnen sich diesbezüglich ab?

Lebenspartner und Lebenspartnerin im Alter – eine soziodemografische Hintergrundanalyse

Tabelle 4 zeigt den Anteil älterer Männer und Frauen in den verschiedenen Altersgruppen, die eine Lebenspartnerin bzw. einen Lebenspartner haben. Im Unterschied zu herkömmlichen Darstellungen werden nicht nur EhepartnerInnen, sondern auch unverheiratet zusammenlebende ältere Menschen berücksichtigt. Vor allem bei jüngeren Rentnergenerationen sind nichteheliche Lebensgemeinschaften häufiger anzutreffen – eine Entwicklung, die sich in Zukunft verstärken wird (vgl. Höpflinger 1999).

Abzulesen ist daran zum einen der ansteigende Prozentsatz von Personen, die ihren Ehe- bzw. Lebenspartner im Alter durch Verwitwung verloren haben. Zum anderen werden die enormen geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebensformen im höheren Lebensalter deutlich: Männer leben im hohen Lebensalter viel häufiger als Frauen in einer Zweierbeziehung, und entsprechend häufiger können Männer im Alter auf eine eheliche Pflege zählen (vgl. Höpflinger 2002a).

So leben beispielsweise gegenwärtig gut 58% der 85- bis 89-jährigen Männer in einer Zweierbeziehung, während dies nur bei 13% der gleichaltrigen Frauen der Fall ist. Drei Faktoren bestimmen den ausgeprägten Geschlechterunterschied: Zum einen leben Frauen länger als Männer, wodurch Frauen häufiger als Männer verwitwen. Zum anderen heiraten Männer häufig Frauen, die jünger sind als sie selbst, was ihr Risiko zu verwitwen weiter reduziert. Zum dritten gehen Männer im höheren Lebensalter häufiger als Frauen eine weitere Beziehung bzw. eine erneute Ehe ein, auch weil sie

aufgrund des zahlenmässigen Übergewichts der Frauen im höheren Lebensalter bessere Partnerschaftschancen haben als gleichaltrige Frauen. Unterschiede in der Lebenserwartung je nach Zivilstand bzw. Lebensform können ebenfalls eine gewisse Rolle spielen, da namentlich verheiratete Männer geringere Mortalitätsrisiken aufweisen als unverheiratete Männer, sie sind jedoch statistisch weniger bedeutsam (vgl. Höpflinger 2002b).

Tabelle 4

Partnerbeziehung nach Alter und Geschlecht, 1980–2010

Anteil der in Paarbeziehung Lebenden *

	65– 69 J.	70– 74 J.	75– 79 J.	80– 84 J.	85– 89 J.	90+ J.
Männer						
1980	81%	76%	69%	58%	45%	30%
1990	82%	79%	73%	64%	51%	35%
2000	84%	81%	76%	69%	58%	43%
2010 geschätzt**	83%	83%	80%	71%	62%	48%
Frauen						
1980	54%	42%	29%	17%	9%	3%
1990	57%	45%	33%	21%	11%	4%
2000	63%	53%	37%	24%	13%	6%
2010 geschätzt**	64%	56%	43%	32%	18%	10%

* Verheiratete Personen und nichtverheiratet zusammenlebende Personen (Quelle: Schweiz. Bevölkerungsbewegung und Schweiz. Haushaltspanel-Daten für 2000)

** Basierend auf einer kohortenspezifischen Umrechnung der Partnerschaftsbeziehungen

Bedeutsam für die Einschätzung der Entwicklung des partnerschaftlichen Unterstützungspotenzials ist eine weitere Feststellung: Der Anteil von Männern und Frauen, die in einem gegebenen Alter noch oder erneut in einer Paarbeziehung leben, ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen, und dies trotz erhöhter Scheidungsraten. Lebten beispielsweise 1980 58% der 80- bis 84-jährigen Männer in einer Paarbeziehung, waren es im Jahr 2000 gut 69%. Ein analoger Trend zeigt sich bei den 80- bis 84-jährigen Frauen, bei denen sich der Anteil derjenigen mit Lebenspartner zwischen 1980 und 2000 von 17% auf 24% erhöhte. Der Trend zu einem höheren Anteil an im hohen Alter in Paarbeziehungen Lebenden wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen, wie die Schätzwerte für 2010 andeuten. Eine ähnliche Entwicklung (steigender Anteil älterer Menschen mit Ehepartner) wird im Übrigen auch für Deutschland vorausgesagt (vgl. Dinkel et al. 1997).

Es sind vor allem zwei Faktoren, die zu dieser Entwicklung geführt haben: Zum ersten hat sich aufgrund der erhöhten Lebenserwartung von Frauen und Männern die gemeinsame Lebenszeit von Paaren ausgedehnt, zu einer Verwitwung kommt es heute deutlich später als in früheren Zeitepochen. Zum zweiten erreichen gegenwärtig «ehfreundliche» Geburtsjahrgänge, die in den 1950er und frühen 1960er Jahren ihre Familie gegründet haben, ein hohes Lebensalter. Es handelt sich um Geburtsjahrgänge, die nicht nur häufiger als frühere Jahrgänge eine Ehe eingingen, was sich in einem rückläufigen Anteil älterer lediger Frauen und Männer widerspiegelt, sondern auch vergleichsweise niedrige Scheidungsquoten haben, namentlich im Vergleich zu späteren Ehejahrgängen (wodurch mehr langjährige Paare überleben).

Die Konsequenzen dieser Kohorteneffekte sind eindeutig: Zumindest mittelfristig wird sich der Anteil älterer und hochbetagter Menschen, die in einer Partnerschaft leben, weiter erhöhen. Damit erhöht sich auch der Anteil älterer pflegebedürftiger Frauen und Männer, die von einer partnerschaftlichen Pflege profitieren. Die oft geäußerte These, dass die eheliche Pflege aufgrund hoher Scheidungsraten bzw. geringer Heiratsraten im Schwinden begriffen sei, trifft zumindest mittelfristig nicht zu. Es ist eher eine gegenteilige Entwicklung zu beobachten. Ein steigender Anteil älterer Menschen ohne Partner bzw. Partnerin ist allenfalls längerfristig zu erwarten, nämlich dann, wenn jene Generationen ins hohe Alter kommen, die neben niedrigen Heiratsraten auch eine hohe Scheidungshäufigkeit aufweisen. Aber es ist durchaus denkbar, dass zukünftige Generationen im höheren Lebensalter häufiger eine (erneute) nichteheliche Lebens- und Pflegegemeinschaft, darunter vermehrt auch eine homosexuelle Partnerschaft, eingehen.

In Tabelle 5 ist die voraussichtliche Entwicklung der absoluten Zahlen älterer Menschen mit oder ohne Partner aufgeführt. Bei den 65- bis 79-jährigen Personen weisen die Paare eindeutig den stärksten Anstieg auf. Dagegen wird sich die Zahl partnerloser 65- bis 79-jähriger Männer oder Frauen in dieser Periode nur unwesentlich erhöhen. Selbst bei den 80-jährigen und älteren Frauen und Männern bilden die Paare die Gruppe mit dem stärksten Zuwachs, auch wenn sich aufgrund der demografischen Verhältnisse bei den hochbetagten Frauen ohne Partner ebenfalls eine zahlenmäßige Zunahme ergibt. Die Zahl allein stehender Frauen wird ansteigen, aber die stärkste Zunahme zeigt die Zahl älterer und betagter Paare. Von den hochbetagten Menschen der nächsten Zukunft werden somit mehr als heute mit einer oft langjährigen Bezugs- und Vertrauensperson (Partner, Partnerin) zusammenleben.

Tabelle 5

Entwicklung der absoluten Zahlen älterer Männer und Frauen mit resp. ohne Partner, 2000–2010

	Absolute Zahlen, in 1000 Personen			
	65–79 Jahre		80+ Jahre	
	2000	2010*	2000	2010*
Männer mit Partnerin	281.3	346.9	59.2	76.1
Männer ohne Partnerin	73.9	74.8	35.2	39.4
Frauen mit Partner	239.4	281.8	33.4	54.1
Frauen ohne Partner	222.1	225.8	162.1	174.5
Insgesamt, mit Partner/Partnerin	520.7	628.7	92.6	130.2
Insgesamt, ohne Partner/Partnerin	295.8	300.6	197.3	213.9

* Szenario «Trend» des Bundesamts für Statistik

Die beschriebene Entwicklung zeitigt einige bedeutsame Konsequenzen: Ein Umzug in ein Alters- und Pflegeheim wird – da er auch von der Lebensform abhängt – tendenziell weiter verzögert, und mehr hochbetagte Männer werden von ihrer Partnerin gepflegt. Im hohen Lebensalter ergibt sich allerdings oft die Problematik, dass die gegenseitige Hilfe und Pflege aufgrund körperlicher Beschwerden beider Partner erheblichen Einschränkungen unterliegt. Im hohen Lebensalter muss partnerschaftliche Pflege deshalb häufig durch externe Hilfe und Pflege ergänzt werden, sei es durch Hilfe von Kindern, sei es durch professionelle Hilfe (Spitex). Zudem wird sich die Frage eines gemeinsamen Umzugs in eine Alters- und Pflegeeinrichtung oder alternativ die Problematik eines «living apart together» im hohen Alter häufiger stellen. Da inskünftig auch die Zahl älterer Männer ansteigt, die ihre pflegebedürftige

Partnerin betreuen und pflegen (wollen), ist darüber hinaus mit einem wachsenden Bedarf an Pflegeschulung für Männer zu rechnen.

Es fällt allerdings auf, dass bisherige Pflegekonzepte und gerontologische Aktivitäten stark auf Einzelpersonen ausgerichtet und Pflegeleistungen im Rahmen langjähriger Zweierbeziehungen eher ein vernachlässigtes Thema sind.

Das Vorhandensein eines (oft ebenfalls betagten) Partners bzw. einer Partnerin kann, wenn Pflege notwendig wird, eine zentrale Ressource sein, die unbezahlte eheliche Pflege ist für das Gesundheitssystem eine nicht unwesentliche Entlastung. Namentlich (Ehe-)Frauen erbringen beträchtliche unbezahlte Leistungen, die bei einer geschlechtsbezogenen Bilanzierung von Gesundheitskosten zu berücksichtigen sind (vgl. Camenzind, Meier 2004; Nocera, Zweifel 1996). Umgekehrt können sich aber auch Konflikte und Probleme aus der Pflege des Partners oder der Partnerin ergeben, wenn Ehefrauen oder Ehemänner Schwierigkeiten damit haben, sich durch professionelle Pflege zu entlasten und es zu Kompetenzstreitigkeiten mit der Spitex-Fachperson oder einer hilfsbereiten Tochter kommt. Unterschiedliche Einstellungen und Auffassungen über eine richtige, altersgerechte Pflege von pflegender Partnerin und Pflegefachpersonen können ebenso zum Problem werden wie eine Überforderung pflegender Partner. Deshalb sind Entlastungsdienste und -angebote wichtig.

In jedem Fall wird die professionelle Pflege der nahen Zukunft vermehrt die eheliche Beratung und Unterstützung hochaltriger Paare einschliessen, inklusive des Umgangs mit Konflikten, Ambivalenzen und Belastungen, die sich aus der Pflegebedürftigkeit eines Partners ergeben. Im Hinblick auf die stationäre Pflege wird sich häufiger die Frage stellen, wie die Situation zu regeln ist, wenn nur einer der beiden Partner pflegebedürftig ist: Sollen beide Eheleute ins Heim wechseln, oder gibt es andere sinnvolle Lösungen? Wie soll im Heim mit Ehekonflikten oder noch unbewältigten eheliche Erfahrungen unter betagten Paaren umgegangen werden?

Nachkommenschaft älterer Menschen

Neben den Ehepartnern spielen erwachsene Töchter und gelegentlich auch erwachsene Söhne in der Altershilfe und -pflege eine wichtige Rolle. Hilfs- und pflegebedürftige Personen mit Nachkommen bleiben vielfach länger zuhause wohnen als kinderlose Personen (vgl. Cavalli 2002). Die überwiegende Mehrheit der heutigen älteren Menschen hat Nachkommen, gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 haben nur 16% der über 65-jährigen Menschen keine (lebenden) Kinder. Da es sich bei den heutigen älteren Generationen um relativ geburtenfreudige Generationen handelt, können ältere Menschen gegenwärtig meist auf mehr als nur ein Kind zurückgreifen. Nahezu zwei Fünftel der zuhause wohnenden über 80-jährigen Frauen und Männer haben mehr als zwei Kinder.

Nach Angaben der älteren Menschen selbst sind die Kontakte zu den erwachsenen Kindern überwiegend intensiv und häufig. Es zeigt sich dabei nicht, dass mit steigendem Alter der Eltern die Kontakthäufigkeit abnimmt. Ebenso wenig lässt sich beobachten, dass Männer weniger Kontakte zu ihren Nachkommen aufweisen als Frauen (vgl. Tabelle 6).

Der Zeitvergleich 1992/93 und 2002 zeigt zudem keine signifikanten Veränderungen der intergenerationellen Kontakthäufigkeit, und es gibt damit keinen Beleg für die These von einer Auflösung intergenerationeller Kontakte als Folge von Individualisierungstendenzen. Die – allerdings statistisch nicht signifikanten – Veränderungen zwischen 1992/93 und 2002 gehen eher in die Richtung einer höheren Kontakthäufigkeit.

Tabelle 6

Häufigkeit der Kontakte älterer Menschen mit ihren Kindern, 1992/93 und 2002

Angaben von zuhause lebenden Personen, die Kinder haben (Wie häufig sehen Sie eines von Ihren Kindern?)

	Altersgruppe				
	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Erhebung 1992/93					
- täglich/wöchentlich	76%	71%	67%	71%	63%
- monatlich	18%	20%	23%	19%	24%
- seltener	6%	9%	10%	10%	13%
Erhebung 2002					
- täglich/wöchentlich	79%	77%	74%	70%	77%
- monatlich	16%	18%	20%	24%	18%
- seltener	5%	5%	6%	6%	5%
Nach Geschlecht (Erhebung 2002)					
Männer					
Altersgruppe					
	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
- täglich/wöchentlich	79%	70%	74%	67%	75%
- monatlich	15%	22%	19%	26%	17%
- seltener	6%	8%	7%	7%	8%
Frauen					
- täglich/wöchentlich	78%	81%	74%	72%	78%
- monatlich	18%	15%	20%	23%	19%
- seltener	4%	4%	6%	5%	3%

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 2002 (gewichtete Stichproben²)

Die Kinderzahl variiert allerdings in den verschiedenen Geburtsjahrgängen in bedeutsamer Weise, und Kohortenunterschiede ergeben sich sowohl im Hinblick auf die durchschnittliche Kinderzahl als auch im Hinblick auf den Anteil kinderloser Personen. In Tabelle 7 sind Geburtenhäufigkeit und Kinderlosigkeit ausgewählter Geburtsjahrgänge von Frauen aufgeführt.

Die demografischen Daten verdeutlichen, dass einerseits die 1911/15 geborenen Frauen, die in der ersten Hälfte der 1990er Jahre das 80. Lebensjahr erreichten, häufig kinderlos blieben (25%). Dies ist vor allem den schlechten wirtschaftlichen Bedingungen zum Zeitpunkt ihres jungen Erwachsenenalters geschuldet. Andererseits hatten diejenigen Frauen, die Kinder zur Welt brachten, häufig mehr als zwei Kinder. Bei den nachfolgenden Geburtsjahrgängen 1916/20 – die in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre 80 Jahre alt wurden – zeigt sich eine ähnliche Polarisierung mit einem hohen Anteil an kinderlosen wie an kinderreichen Frauen. Bei den Frauengenerationen, die in den kommenden Jahren 80 Jahre alt werden, ist der Anteil an kinderlosen Frauen hingegen geringer. Gleichzeitig reduziert sich bei diesen Generationen die durchschnittliche Kinderzahl auf zwei bis höchstens drei.

In den zukünftigen Generationen hochaltriger Menschen bzw. bei den zukünftigen Pflegebedürftigen nimmt somit der Anteil kinderloser Frauen (und Männer) tendenziell ab. Der geringste Anteil an kinderlosen Frauen ergibt sich bei den um 1940 geborenen Frauen, die im Jahre 2020 den 80.

² Gewichtung gemäss Vorgaben des Bundesamts für Statistik, um die Werte auf die gesamte Schweiz hochzurechnen

Geburtstag feiern werden. Der Anteil hochbetagter Menschen mit Nachkommen wird kurz- und mittelfristig ansteigen, und zwar auch deshalb, weil heute mehr Kinder ein höheres Lebensalter erreichen und damit die Wahrscheinlichkeit einer langen gemeinsamen Lebenszeit der Generationen angestiegen ist. Gleichzeitig zeigt sich, dass Frauen, sofern sie Kinder bekamen, auch in den Geburtsjahrgängen 1931–45 im Durchschnitt mehr als zwei Kinder zur Welt brachten. Auch dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass in den kommenden Jahrzehnten viele hochbetagte Frauen und Männer im Alter auf erwachsene Kinder zurückgreifen können. Diese Generationen haben ausserdem zu nahezu drei Viertel noch Enkelkinder.

Ein höherer Anteil von hochaltrigen Frauen ohne Nachkommen ist gemäss unserer demografischen Analyse erst nach 2030 zu erwarten. Vor allem in der Periode 2030 bis 2045 wird der Anteil von Frauen (und Männern) ohne Nachkommen deutlich ansteigen, weil dann jene Geburtsjahrgänge ins hohe Alter kommen, die häufig auf Kinder verzichtet haben, sei es aufgrund von beruflichen Verpflichtungen, sei es aufgrund der Etablierung eines kinderlosen Lebensstils. Diese längerfristige Entwicklung dürfte bei der Pflege im Alter eine Neuorientierung erzwingen.

Tabelle 7

Geburtenhäufigkeit und Kinderlosigkeit bei ausgewählten Geburtsjahrgängen der Schweiz

Geburtsjahrgänge	Lebendgeborene pro 100 Frauen	%-Anteil definitiv kinderloser Frauen	Kinderzahl pro 100 Frauen mit mind. 1 Kind	Jahr, in dem die Frauen 80 Jahre alt werden:
1911/15	208	25%	277	1991/1995
1916/20	223	20%	279	1996/2000
1921/25	226	18%	276	2001/2005
1926/30	226	17%	272	2006/2010
1931/35	224	15%	264	2011/2015
1940	208	14%	242	2020
1945	186	17%	224	2025
1950	179	18%	218	2030
1955	175	23%	227	2035
1960	176	25%	207	2040
1965	–	30%	–	2045

Quellen: Fux, Baumgartner 2001; Pinnelli 2001; Prioux 1993

Schlussfolgerungen aus der soziodemografischen Analyse

Aus demografischen Gründen wird sich das partnerschaftliche und familiale Hilfs- und Pflegepotenzial kurz- und mittelfristig eher erhöhen, weil mehr hochbetagte Menschen als in früheren Geburtsjahrgängen in Partnerschaften leben und Nachkommen haben. Erst längerfristig – nach 2030 – kehrt sich der Trend um, insbesondere weil der Anteil an kinderlosen betagten Frauen und Männern erneut ansteigen wird. Aktuelle Diskussionen, die von einem demografisch bedingten Pflegeproblem ausgehen, beziehen sich primär auf diese längerfristige Perspektive. Kurz- und mittelfristig – und dies ist für die aktuelle Planung entscheidend – verlaufen die Trends jedoch in die entgegengesetzte Richtung (mehr Paare, weniger Kinderlose).

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sich auch kurz- und mittelfristig die soziodemografischen Rahmenbedingungen der familialen Unterstützung und Pflege älterer Menschen wandeln. Drei Punkte

sind speziell zu erwähnen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 194):

Zum ersten führt die gestiegene Lebenserwartung von Frauen und Männern dazu, dass die familiäre Unterstützung hochaltriger Menschen für die nachkommenden Generationen keine Ausnahme mehr darstellt, sondern zu einem erwartbaren Regelfall des Lebens- und Familienzyklus von Frauen und Männern wird. Wenn die Menschen immer älter werden, erhöht sich aus der Sicht der nachkommenden Generation die Wahrscheinlichkeit, irgendwann mit der Pflegebedürftigkeit von Eltern bzw. Schwiegereltern konfrontiert zu werden. Die soziodemografische Analyse der intergenerationellen Strukturen deutet darauf hin, dass von den heute 40-jährigen Frauen und Männern 55–60% früher oder später zumindest einen pflegebedürftigen Elternteil haben werden.

Zum zweiten geht die höhere Lebenserwartung älterer Menschen mit einer steigenden Zahl von Menschen mit multimorbiden Krankheitsbildern und damit intensivem Pflegebedarf einher. Das bedeutet, dass Pflegebedürftigkeit aufgrund einer längeren behinderungsfreien Lebenserwartung (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003) zwar erst später eintritt, dann aber oft weit reichend ist. Dies gilt namentlich bei demenziellen Erkrankungen, die für Angehörige besondere Herausforderungen und Belastungen beinhalten.

Zum dritten befinden sich aufgrund der Hochaltrigkeit vieler pflegebedürftiger Menschen vielfach auch die pflegenden Angehörigen in einem höheren Lebensalter. Vor allem Lebenspartner oder -partnerin sind dann leicht durch kräfteraubende und körperlich anstrengende Pflegeaufgaben überfordert. Aber auch das Alter pflegender Töchter und Söhne ist angestiegen: «Waren Kinder beim Eintritt einer Pflegesituation vormals vielleicht zwischen 30 und 40 Jahren alt, so erleben sie die Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern heute vielleicht in einem Alter von 60 Jahren» (Lettke 2002: 79). Dies kann Probleme aufwerfen, wenn die Pflege der Eltern in eine Lebensphase fällt, in die Pflegenden selbst schon mit körperlichen Einschränkungen und Beschwerden konfrontiert sind. In manchen Fällen führt eine hohe Belastung durch familiäre Pflegeverantwortung schon heute dazu, dass Frauen ihre Erwerbstätigkeit vorzeitig aufgeben (vgl. Schneider et al. 2001).

2 Gesundheit im Alter und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

2.1 Zur Gesundheit älterer Menschen – Beobachtungen und Trends

Im höheren Lebensalter werden gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden häufiger, wobei allerdings die Gleichung «alt = krank» nicht zutrifft. Für das Auftreten von Krankheiten, Beschwerden und Behinderungen in späteren Lebensphasen ist nicht primär das numerische Alter verantwortlich, entscheidend sind vielmehr soziale und lebensgeschichtliche Einflüsse. Diese Feststellung gilt vor allem für Menschen unter 80 bzw. 85 Jahren. Erst im hohen Lebensalter fallen altersbiologische Faktoren stärker ins Gewicht.

Aus der modernen gerontologischen Forschung lassen sich bezüglich Alter und Gesundheit vier zentrale Aussagen ableiten (vgl. Höpflinger, Stuckelberger 1999):

1. Gesundheit resp. Krankheit im Alter ist nicht Schicksal, sondern hängt in hohem Masse von Lebensstil und Gesundheitsverhalten in früheren Lebensphasen und von der sozialen Schichtzugehörigkeit ab. Diese Faktoren erklären auch die enormen Unterschiede des gesundheitlichen Befindens gleichaltriger Frauen und Männer.
2. Soziale und biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen führen dazu, dass auch ihre Alternsprozesse unterschiedlich verlaufen. Deshalb ist es notwendig, Gesundheitsdaten geschlechtsspezifisch auszuwerten und zu interpretieren (vgl. Hurrelmann, Kolip 2002; Kuhlmeier 2003).

3. Alternsprozesse verlaufen nicht einheitlich, und die Vorstellung eines linearen, irreversiblen Abbaus der Gesundheit mit steigendem Alter ist irreführend. So zeigt eine Genfer Längsschnittuntersuchung von zu Beginn 80- bis 84-Jährigen, dass Erkrankungs- und Gesundheitsprozesse auch bei dieser hochaltrigen Gruppe dynamisch verlaufen (vgl. Lalive d'Epina, Pin et al. 2001).
4. Das gesundheitliche Wohlbefinden älterer Menschen unterliegt einer starken Subjektivität. Daher schätzen sich mitunter auch betagte Menschen, die diverse Beschwerden und gesundheitliche Probleme haben, als relativ gesund ein (vgl. Perrig-Chiello, Sturzenegger 2003).

Tabelle 8

Zuhause lebende Frauen und Männer mit subjektiv guter Gesundheit, 1992/93 und 2002

Anteil mit subjektiv guter bis sehr guter Gesundheit	Frauen		Männer	
	1992/93	2002	1992/93	2002
- 55–59 J.	80%	81%	80%	83%
- 60–64 J.	81%	79%	79%	80%
- 65–69 J.	71% *	79%	78% *	86%
- 70–74 J.	68%	72%	74%	77%
- 75–79 J.	61%	71%	74%	72%
- 80–84 J.	66%	68%	74%	66%
- 85 J. und älter	62%	57%	63%	64%

* Unterschied zwischen 1992/93 und 2002 auf 1% signifikant (Chi-Quadrat-Test)

Quellen: Schweiz. Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 2002 (gewichtete Stichprobe)

Werden ältere Menschen direkt gefragt, schätzen sie ihre Gesundheit oftmals als gut bis sehr gut ein. So erachtet selbst die grosse Mehrheit der zuhause lebenden 80- bis 84-jährigen Männer und Frauen ihre Gesundheit als gut bis sehr gut (vgl. Tabelle 8). Die Unterschiede in der gesundheitlichen Einschätzung zwischen Frauen und Männern sind interessanterweise wenig ausgeprägt. Einzig bei den 65- bis 74-Jährigen zeigen Männer eine signifikant positivere Gesundheitseinschätzung als Frauen. Im höheren Alter sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei zuhause lebenden Personen gering, was – wie später gezeigt wird – primär auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass ältere Frauen mit gesundheitlichen Problemen häufiger in Alterseinrichtungen wohnen als Männer.

Im Zeitvergleich 1992/93 und 2002 hat sich der Anteil der zuhause lebenden Frauen und Männer, die ihre Gesundheit positiv beurteilen, teilweise weiter erhöht. Allerdings ist nur bei der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen ein hochsignifikanter positiver Unterschied zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten festzustellen.

Bei der Interpretation der in Tabelle 8 aufgeführten Daten zur selbst eingeschätzten Gesundheit sind allerdings zwei zentrale Einschränkungen zu beachten:

Erstens wird die eigene Gesundheit von älteren Menschen nicht an medizinischen Kriterien gemessen, 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 zudem die Erwartungen an eine gute Gesundheit reduziert. Aus solchen Gründen weisen die Korrelationen zwischen subjektiver Gesundheit

und objektiven Indikatoren der Gesundheit bei älteren Menschen zumeist nur eine mittlere Stärke auf. In der Basler IDA-Studie waren subjektive Gesundheit und Summe der Beschwerden nur zu $-.32$ korreliert, und die Korrelation mit dem Appetit betrug sogar nur $.14$ (Perrig-Chiello 1997: 126). In einer Erhebung bei zuhause lebenden Genfer und Walliser AHV-Rentnern für das Jahr 1994 zeigten sich Korrelationen zwischen subjektiver Gesundheit und funktionaler Autonomie (gemessen an der ADL-Skala) von $.36$ (Genf) bzw. $.38$ (Zentralwallis). Die Korrelationen zwischen subjektiver Gesundheit und der Zahl der Beschwerden liegen bei $-.46$ (Genf) bzw. $-.56$ (Zentralwallis) (Lalive d'Épinay, Maystre et al. 1997: 115).

Zweitens handelt es sich bei den zuhause lebenden älteren Menschen um eine gesundheitlich selektive Gruppe. Vor allem im hohen Lebensalter leben viele Menschen mit schlechter Gesundheit oder grossem Hilfe- und Pflegebedarf in Alters- und Pflegeeinrichtungen. Deshalb sinkt der Anteil der sich verhältnismässig gesund fühlenden Menschen bei den zuhause lebenden Personen nur relativ langsam ab. Viele zuhause lebende hochbetagte Menschen fühlen sich gesund, da ihre relativ gute Gesundheit der zentrale Einflussfaktor für das Verbleiben in ihrer angestammten Wohnung ist.

Das Bild ändert sich wesentlich, wenn die älteren Menschen, die in Alterseinrichtungen wohnen, mitberücksichtigt werden. Tabelle 9 informiert über Schätzwerte zur subjektiven Gesundheit der älteren Bevölkerung insgesamt. Allerdings wurden für die zuhause lebende Bevölkerung die Angaben zur selbst eingeschätzten Gesundheit gemäss Schweizerischen Gesundheitsbefragungen zugrunde gelegt, während bei der in Alters- und Pflegeeinrichtungen lebenden Bevölkerung durchgehend eine mittelmässige bis schlechte Gesundheit unterstellt wurde. Dies ist möglicherweise zu negativ, da ein Wechsel in eine Alterseinrichtung aufgrund besserer Pflege zu einer positiveren subjektiven Gesundheitseinschätzung führen kann. Die errechneten Werte sind deshalb eher zu niedrig als zu hoch. Tatsache ist jedoch, dass die grosse Mehrheit der in Alters- und Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen aufgrund gesundheitlicher Probleme und funktionaler Einschränkungen in solchen Einrichtungen lebt.

Tabelle 9

Frauen und Männer im höheren Lebensalter mit subjektiv guter Gesundheit, 1992/93 und 2002 (Schätzwerte)

	Zuhause und in Alters- und Pflegeeinrichtungen lebende Bevölkerung			
	Anteil derjenigen mit verhältnismässig guter Gesundheit*			
	Frauen		Männer	
	1992/93	2002	1992/93	2002
65–69 J.	70%	77%	77%	84%
70–74 J.	65%	70%	72%	75%
75–79 J.	56%	66%	70%	69%
80–84 J.	55%	58%	67%	60%
85+ J.	39%	36%	50%	50%

* Zuhause lebende Bevölkerung gemäss selbst eingeschätzter Gesundheit (vgl. Tabelle. 8); bei Personen in Alters- und Pflegeeinrichtungen wird generell eine mittelmässige bis schlechte Gesundheit angenommen.

Die in Tabelle 9 aufgelisteten Schätzwerte verdeutlichen dreierlei: Erstens wird das mit steigendem Lebensalter sich verschlechternde gesundheitliche Befinden evident, zumal hier die Altersgradienten realistischer sind als in Tabelle 8. Zweitens treten, da mehr Frauen als Männer in Alterseinrichtungen

leben, die geschlechtsspezifischen Gesundheitsunterschiede deutlicher hervor; ältere Frauen weisen aufgrund eines höheren Risikos chronischer Beschwerden eher einen schlechteren Gesundheitszustand auf als gleichaltrige Männer. Drittens zeigt sich auch bei diesen Schätzwerten im Zeitvergleich eher eine Verbesserung als eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, speziell bei den 65- bis 69-jährigen Männern und den unter 80-jährigen Frauen.

Mit steigendem Lebensalter treten Krankheitssymptome und Beschwerden häufiger auf, wobei schwere gesundheitliche Beschwerden oft einen Umzug in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erzwingen. Aber auch ein Teil der zuhause lebenden älteren Personen leidet an körperlichen Beschwerden, wie die Daten in Tabelle 10 illustrieren:

Im höheren Lebensalter besonders häufig sind Gelenk- oder Gliederschmerzen sowie Rücken- oder Kreuzschmerzen. Davon betroffen ist gut jede fünfte zuhause lebende Person im Alter von 80 und mehr Jahren. Eine nicht unbeträchtliche Gruppe zuhause lebender älterer Menschen leidet zudem an Schlafstörungen sowie an allgemeiner Schwäche. Andere Krankheitssymptome schwächen sich im Alter dagegen eher ab. Dies gilt insbesondere für Kopfschmerzen, die bei jungen Erwachsenen und Menschen mittleren Alters häufiger auftreten als bei älteren Menschen. Ältere Frauen leiden insgesamt häufiger an chronischen Beschwerden als gleichaltrige Männer. Starke geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich namentlich bei Gelenk- und Rückenschmerzen sowie bei Schlafstörungen (vgl. auch Abelin et al. 1998: 40–41).

Tabelle 10

Krankheitssymptome und Beschwerden bei zuhause lebenden älteren MenschenA) nach Alter, im Jahr 2002

	Altersgruppe					
	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
starke Beschwerden in den letzten vier Wochen:						
- Gelenk- oder Gliederschmerzen	12%	13%	15%	14%	19%	19%
- Rücken- oder Kreuzschmerzen	11%	12%	14%	16%	20%	18%
- Einschlaf- oder Durchschlafstörungen	9%	10%	11%	13%	12%	11%
- allg. Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	6%	6%	7%	7%	11%	12%
- Kopfschmerzen, Druck im Kopf u.ä.	6%	5%	5%	3%	3%	4%
- Durchfall und/oder Verstopfung	3%	4%	4%	5%	8%	7%
- Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch	3%	3%	3%	2%	1%	4%
- Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	2%	2%	3%	4%	3%	4%
- Schmerzen oder Druck im Brustbereich	2%	1%	2%	1%	2%	4%

B) nach Geschlecht, 1992/93 und 2002

	Zuhause Lebende im Alter von 65 Jahren und älter			
	Männer		Frauen	
	1992/93	2002	1992/93	2002
starke Beschwerden in den letzten vier Wochen:				
- Gelenk- oder Gliederschmerzen	10%*	10%	21%*	18%
- Rücken- oder Kreuzschmerzen	10%	9%	18%	19%
- Einschlaf- oder Durchschlafstörungen	9%	7%	17%	14%
- Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	8%	6%	11%	9%
- Kopfschmerzen, Druck im Kopf u.ä.	4%	2%	8%	6%
- Durchfall und/oder Verstopfung	4%	3%	5%	6%
- Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch	3%	2%	5%	3%
- Herzklopfen, Herzjagen u.ä.	4%	2%	5%	3%
- Schmerzen oder Druck im Brustbereich	2%	2%	3%	2%

* Erhebung 1997 (1992/93 in anderer Form erfragt)

Quellen: Abelin et al. 1998: 40 (1992/93); Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (2002; gewichtete Stichprobe)

Der Zeitvergleich 1992/93 und 2002 zeigt eher abnehmende Häufigkeiten starker körperlicher Beschwerden – ein Trend, der auf eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit der 65- bis 79-jährigen Menschen zurückzuführen ist. Vor allem Schlafstörungen, aber auch allgemeine Schwäche und Energielosigkeit sowie Kopfschmerzen oder Herzklopfen nehmen tendenziell ab. Bei den Rücken- oder Kreuzschmerzen zeigen sich hingegen kaum Veränderungen, wobei hier mögliche Verbesserungen durch Altersstruktur-Effekte (erhöhtes Durchschnittsalter der Altersbevölkerung) verdeckt sein können. Insgesamt zeigt zumindest die zuhause lebende ältere Bevölkerung im Zeit- bzw. Kohortenvergleich eine eher verbesserte als verschlechterte körperliche Gesundheit. Zu diesem Ergebnis kam auch eine

Untersuchung bei zuhause lebenden Genfer und Walliser Rentnern und Rentnerinnen 1979–1994 (vgl. Lalive d'Epina y et al. 2000).

Chronische Beschwerden und Erkrankungen können zu funktionalen Einschränkungen bei essenziellen Alltagsaktivitäten führen. Im Folgenden soll die Häufigkeit von a) Mobilitätseinschränkungen, b) sensorischen Behinderungen und c) Einschränkungen der Alltagsaktivitäten allgemein bei zuhause lebenden älteren Menschen kurz untersucht werden.

Die überwiegende Mehrheit der zuhause lebenden älteren Männer und Frauen ist durchaus mobil, auch wenn der Anteil von Menschen mit Gehbehinderungen vor allem bei den über 84-Jährigen nicht unbedeutend ist: 15% der zuhause lebenden hochbetagten Männer können gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2002 weniger als 200 Meter gehen ohne anzuhalten. Bei den zuhause lebenden hochbetagten Frauen sind es sogar 38%, die aufgrund von Gehbehinderungen beispielsweise beim Einkaufen auf externe Hilfe angewiesen sind (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11

Häufigkeit und Grad von Gehbehinderungen bei zuhause lebenden älteren Männern und Frauen, 1992/93 und 2002

Wie weit können Sie alleine, d.h. ohne Hilfe gehen, ohne dass Sie anhalten müssen oder ohne dass Sie starke Beschwerden haben?

	Männer			Frauen		
	65–74	75–84	85+	65–74	75–84	85+
<u>Gesundheitsbefragung 1992/93</u>						
- 200 Meter oder mehr	96%	89%	74%	97%	86%	69%
- mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter	3%	6%	15%	2%	11%	15%
- nur einige Schritte/überhaupt nicht	1%	5%	11%	1%	3%	16%
<u>Gesundheitsbefragung 2002</u>						
- 200 Meter oder mehr	97%	91%	85%	95%	88%	62%
- mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter	2%	5%	12%	3%	8%	20%
- nur einige Schritte/überhaupt nicht	1%	4%	2%	2%	4%	18%

Quellen: Abelin et al. 1998: 103 (1992/93); Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (2002; gewichtete Stichprobe)

Im Zeitvergleich 1992/93 und 2002 hat sich vor allem die Mobilität älterer Männer verbessert, wogegen der Trend bei den Frauen weniger eindeutig ist. So hat sich der Anteil der zuhause lebenden hochaltrigen Frauen mit Gehbehinderungen eher erhöht. Es ist allerdings nicht klar, ob zu diesem Ergebnis Altersstruktureffekte (erhöhtes Durchschnittsalter der Gruppe der über 84-Jährigen) oder eine Verbesserung der Wohnsituation beigetragen haben. Unter günstigen Wohnbedingungen – mit rollstuhlgängiger Wohnung, Lift, externer Hilfe beim Einkaufen usw. – ist auch bei starken Gehbehinderungen ein selbständiges Haushalten weiterhin möglich (vgl. Höpflinger 2004a). Altersgerechte Wohnanpassungen, die Bereitstellung von hindernisfreien Wohnungen und die Verankerung von Formen betreuten Wohnens tragen dazu bei, dass mehr hochbetagte Menschen auch bei eingeschränkter Mobilität weiterhin selbständig leben können.

Tabelle 12

Seh- und Hörvermögen bei zuhause lebenden älteren Menschen im Jahr 2002

	Altersgruppe					
	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
A) Sehen Sie – mit Brille oder Kontaktlinsen, wenn Sie normalerweise solche tragen – genug, um ein Buch oder eine Zeitung zu lesen?						
– ja, ohne Schwierigkeiten	94%	94%	92%	90%	83%	75%
– ja, mit leichten Schwierigkeiten	4%	4%	4%	7%	11%	16%
– ja, aber mit starken Schwierigkeiten	1%	1%	2%	2%	4%	5%
– nein	1%	1%	1%	1%	2%	4%
B) Haben Sie eine Operation wegen grauem Star (Katarakt, trübe Hornhaut) gehabt?						
– ja	3%	5%	12%	22%	34%	41%
C) Können Sie – allenfalls mit Hörgerät – einem gewöhnlichen Gespräch, an dem zwei weitere Personen teilnehmen, folgen?						
– ja, ohne Schwierigkeiten	94%	92%	89%	86%	81%	69%
– ja, mit leichten Schwierigkeiten	4%	6%	8%	9%	13%	20%
– ja, aber mit starken Schwierigkeiten	1%	1%	1%	3%	3%	7%
– nein	0	0	0	1%	2%	3%
– keine Antwort	1%	1%	2%	1%	1%	1%
D) Tragen Sie ein Hörgerät (z.B. in den Taschen, hinter dem Ohr, im Ohr, im Kanal)?						
– ja (gesamt)	4%	4%	8%	12%	17%	23%
– Männer	5%	6%	13%	20%	28%	23%
– Frauen	2%	2%	4%	7%	9%	24%

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe)

Im Allgemeinen nimmt das Seh- und Hörvermögen mit zunehmendem Alter ab. Sehbehinderungen im Alter sind eine Folge physiologischer Alterungsprozesse (Verlust der Elastizität der Linse, Linsentrübung usw.). Die Daten in Tabelle 12 zeigen deutlich, dass vor allem ab dem Alter von 80 Jahren mehr zuhause lebende Menschen mit leichten oder starken Sehproblemen konfrontiert sind. Bei fortgeschrittener Trübung der Linse kann diese durch eine Kunststofflinse ersetzt werden (Star-Operation), und tatsächlich gehören Star-Operationen zu den häufigsten Operationen bei alten Menschen. Gemäss eigenen Angaben hat 2002 ein Fünftel der 75- bis 79-Jährigen eine entsprechende Operation hinter sich, und bei den 80- bis 84-Jährigen ist es schon gut ein Drittel. Ein Vergleich mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 ergibt, dass Star-Operationen in den letzten Jahren häufiger geworden sind: Hatten sich 1997 erst 15% der 75-jährigen und älteren Männer einer solchen Operation unterziehen müssen, waren dies 2002 schon 25%. Und bei den 75-jährigen und älteren Frauen stieg der entsprechende Anteil von 22% auf 29%.

Wie das Sehvermögen lässt auch das Hörvermögen mit steigendem Alter nach, wobei Hörverluste im höheren Lebensalter vielfach auch andere als altersbedingte Ursachen haben (Infekte im Kindesalter,

chronische Lärmbelastung während Erwerbsjahren, Zirkulationsstörungen usw.) (vgl. Bertoli, Probst 1995). Auch hier sind es vor allem die über 80-jährigen Menschen, die unter leichten bis starken Beeinträchtigungen leiden. Hörgeräte können physiologische Hörverluste in vielen Fällen erfolgreich kompensieren, und ihre Verwendung ist bei älteren Menschen häufig geworden. Namentlich bei 70- bis 84-jährigen Männern sind – teilweise aufgrund beruflich bedingter Belastungen – Höreinschränkungen häufiger als bei gleichaltrigen Frauen, wie auch in der Berliner Altersstudie festgestellt wurde (vgl. Baltes et al. 1998). Dementsprechend tragen mehr Männer als Frauen dieser Altersgruppe ein Hörgerät.

Chronische Beschwerden oder hirnorganische Störungen können im Extremfall grundlegende Alltagsaktivitäten verunmöglichen. Vielfach wird in dieser Situation ein Wechsel in eine Einrichtung des betreuten Wohnens oder ein Alters- resp. Pflegeheim notwendig. Sofern eine ambulante oder familiäre Pflege gewährleistet ist, können funktional behinderte Personen allerdings in ihrer angestammten Wohnung bleiben. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 gibt Hinweise auf den Anteil von funktional behinderten älteren Menschen, die in privaten Haushaltungen wohnen und auf ambulante Hilfe und Pflege angewiesen sind.

In Anlehnung an die ADL-Skala («activity of daily living scale») wurde nach sechs grundlegenden alltäglichen Verrichtungen bzw. Fähigkeiten gefragt (jeweils mit vier Antwortmöglichkeiten: ja, ohne Schwierigkeiten/ja, mit leichten Schwierigkeiten/ja, aber mit starken Schwierigkeiten/nein):

- allein, ohne fremde Hilfe die Hände und das Gesicht waschen,
- sich allein, ohne fremde Hilfe an- und ausziehen,
- allein zur Toilette gehen,
- allein, ohne fremde Hilfe aus dem Bett steigen,
- ohne Hilfe essen und dabei auch Fleisch, Früchte usw. selber zerschneiden,
- manchmal Schwierigkeiten, das Wasser zu halten (4-stufige Skala nach Häufigkeit).

Die Filterfrage zu Beginn des entsprechenden Frageblocks hat möglicherweise zu einer Unterschätzung funktionaler Einschränkungen beigetragen. Dennoch geben die Daten zumindest für die zuhause lebende ältere Bevölkerung einige bedeutsame Hinweise zum ambulanten Hilfe- und Pflegebedarf (vgl. Tabelle 13).

Bis zur Altersgruppe der 80- der 84-Jährigen können die zuhause lebenden Frauen und Männer mehrheitlich alle fünf Alltagsaktivitäten ohne Schwierigkeiten verrichten und haben auch mit dem Wasserhalten keine nennenswerten Probleme. Namentlich bei den jüngeren AHV-Rentnern widerspiegelt dies eine hohe behinderungsfreie Lebenserwartung. Bei den Hochaltrigen muss in Rechnung gestellt werden, dass funktionale Einschränkungen in diesem Alter oft einen Wechsel in eine Form des betreuten Wohnens (Alters- und Pflegeheim, Pflegewohngruppen) erzwingen und die zuhause lebenden Hochaltrigen deshalb eine im Hinblick auf die Gesundheit positive Selektion darstellen. Mit steigendem Alter steigt der Anteil zuhause lebender älterer Menschen, die mindestens bei einer Alltagsaktivität mit leichten oder starken Schwierigkeiten konfrontiert sind. Aufgrund chronischer Beschwerden ist dies vor allem bei älteren Frauen der Fall. Hingegen ist der Anteil der im eigentlichen Sinn pflegebedürftigen Personen gering: Er liegt bei den Männern je nach Altersgruppe bei 2–4% und bei den Frauen im Alter von 65–84 Jahren zwischen 4% und 5.5% und erreicht bei der höchsten Altersgruppe 10%. Die niedrigen Anteile verdanken sich der Tatsache, dass alltagsbezogene funktionale Schwierigkeiten teil- und zeitweise durch ambulante und familiäre Hilfestellungen aufgefangen werden können und deshalb ein selbständiges Wohnen nicht verunmöglichen, wenn auch erschweren. Ein Wechsel in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erfolgt oft erst bei schwerer und/oder länger andauernder Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Tabelle 13

Einschränkungen alltäglicher Aktivitäten bei zuhause lebenden älteren Männern und Frauen, 2002

	Altersgruppe				
	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Männer					
- alle sechs Aktivitäten ohne Schwierigkeiten möglich	90.5%	87.5%	86.3%	78.3%	63.6%
- bei mind. 1 Aktivität leichte Schwierigkeiten	6.4%	8.3%	10.0%	11.9%	29.0%
- bei mind. 1 Aktivität starke Schwierigkeiten	1.2%	1.5%	2.2%	5.4%	5.2%
- mind. 1 Aktivität nicht allein möglich (= pflegebedürftig)	1.9%	2.7%	1.5%	4.4%	2.2%
Frauen					
- alle sechs Aktivitäten ohne Schwierigkeiten möglich	79.8%	79.2%	74.2%	68.9%	57.8%
- bei mind. 1 Aktivität leichte Schwierigkeiten	9.3%	13.0%	15.9%	22.2%	26.9%
- bei mind. 1 Aktivität starke Schwierigkeiten	5.2%	4.0%	4.6%	3.6%	4.9%
- mind. 1 Aktivität nicht allein möglich (= pflegebedürftig)	5.6%	3.8%	5.3%	5.3%	10.4%

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe)

Zusammenfassend betrachtet leidet nur eine Minderheit der zuhause lebenden älteren Bevölkerung an gewichtigen gesundheitlichen Einschränkungen, wobei Frauen stärker als Männer von gesundheitlichen Beschwerden betroffen sind. Frauen leben zwar länger, aber dies geht zum Teil einher mit einem höheren Risiko chronischer Beschwerden und Krankheiten. Mit steigendem Lebensalter nehmen die gesundheitlichen Einschränkungen zwar zu, aber ein grosser Teil der älteren Bevölkerung hat auch im Rentenalter noch eine ausgedehnte gesunde Lebenszeit vor sich.

Im Zeitvergleich zeigen sich bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren eher gesundheitliche Verbesserungen als Verschlechterungen, und zwar auch dann, wenn nicht allein die zuhause lebende ältere Bevölkerung betrachtet wird. Frauen und Männer leben heute nicht nur länger, sondern sie bleiben auch länger behinderungsfrei als frühere Generationen, was durch epidemiologische Analysen bestätigt wird: Zwischen 1981/82 und 1997/99 erhöhten sich die behinderungsfreien Lebensjahre bei Frauen um gut 5 Jahre, während sich die Lebensjahre mit Behinderungen um 2 Jahre reduzierten. Bei den Männern erhöhten sich die behinderungsfreien Lebensjahre in der gleichen Periode um mehr als 4 Jahre, wogegen sich die Lebenszeit mit Behinderungen um ein halbes Jahr reduzierte (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003). Eine zumindest relative Kompression schwerer Morbidität zeigt sich auch bei der älteren Bevölkerung, und auch für die 65-jährige Bevölkerung ist die durchschnittliche Lebenserwartung ohne Behinderungen angestiegen. Diese Entwicklung ist für die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung des Pflegebedarfs wichtig: Wenn ältere Menschen später hilfs- und pflegebedürftig werden, erhöht sich der Pflegebedarf langsamer, als dies eine lineare Fortschreibung aktueller Pflegebedürftigkeitsquoten aufgrund demografischer Prognosen anzeigt.

2.2 Pflegebedürftigkeit im Alter – bisherige Entwicklungen und erwartbare Tendenzen

Im Alter, insbesondere im hohen Lebensalter ist Pflegebedürftigkeit zumeist nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen, sondern die Folge verschiedener alters- und krankheitsbedingter Faktoren (vgl. Mager 1999). Multimorbidität, das Zusammenwirken mehrerer Krankheiten, ist im hohen Lebensalter häufig. Gleichzeitig hängt Pflegebedürftigkeit davon ab, welche Alltagsaktivitäten als unabdingbar erachtet werden. Eine ältere Person im Rollstuhl beispielsweise kann bei geeigneter Lage und Ausrüstung ihrer Wohnung weiterhin selbständig haushalten. Häufig werden zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit die ADL-Kriterien («activity of daily living») verwendet: Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, sich selbst an- und auszukleiden, selbständig zu Bett zu gehen oder das Bett zu verlassen, die Körperpflege zu verrichten und sich zumindest innerhalb der Wohnung zu bewegen. Auf dieser Definition von Pflegebedürftigkeit basiert auch die Auszahlung einer Hilflosenentschädigung zur AHV, die von rund 9% der über 80-jährigen Menschen beansprucht wird.

Werden alle älteren Menschen unabhängig von ihren Wohnverhältnissen (Privathaushalt oder Alters- und Pflegeeinrichtung) betrachtet, 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% pflegebedürftig. Im Alter von 80–84 Jahren sind es schon gut ein Fünftel, und von den 85-Jährigen ist gut ein Drittel von Hilfe und Pflege abhängig (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003). Hochgerechnet waren 2000 in der Schweiz zwischen 109 000 bis 126 000 ältere Menschen gemäss ADL-Kriterien pflegebedürftig, und im Jahr 2005 dürften es zwischen 115 000 bis 135 000 pflegebedürftige ältere Personen sein.

Neben körperlichen sind auch psychogeriatrische Erkrankungen für das Auftreten von Pflegebedürftigkeit von enormer Bedeutung. Zu erwähnen sind namentlich depressive Störungen und hirnorganische Erkrankungen (vgl. Maercker 2002). Depressive Störungen sind bezüglich des Pflegebedarfs älterer Menschen nicht nur deshalb relevant, weil sie relativ häufig auftreten, sondern weil depressive Störungen bei älteren Menschen kognitive Einbussen und gesundheitliche Einschränkungen verstärken. Schon leichte depressive Symptome erhöhen die Nachfrage nach medizinischen Leistungen deutlich. Depressive Stimmungen unterhöheln die Selbständigkeit im Alter und erhöhen dadurch den Pflegebedarf der betroffenen älteren Menschen. Depressionen im Alter sind allerdings ausgesprochen heterogen, was eine Bestimmung der Häufigkeit depressiver Störungen bei älteren Menschen erschwert. Insgesamt kann geschätzt werden, dass rund ein Drittel der depressiven Störungen im Alter als schwere Depressionen einzustufen sind, zwei Drittel als leichte bis mittelschwere Depressionen (vgl. Adam 1998). In allen Studien wird deutlich, dass ältere Frauen knapp doppelt so häufig von Depressionen betroffen sind wie gleichaltrige Männer. Das stärkere Betroffensein von Frauen gilt auch für einzelne Subformen, mit Ausnahme von Persönlichkeitsstörungen, die bei älteren Männern häufiger diagnostiziert werden. Die Frage, ob depressive Störungen mit steigendem Alter häufiger auftreten, wird von der Forschung unterschiedlich beantwortet. So liegen ebenso Befunde für eine Zunahme depressiver Störungen mit dem Lebensalter vor wie für eine Abnahme oder für eine Altersunabhängigkeit (vgl. Soeder 2002). Nach entsprechenden Studien litten in der Schweiz im Jahre 2000 zwischen 44 000 und 53 000 ältere Menschen (65+) an schweren depressiven Störungen. Die Kombination von höherer Lebenserwartung und höherer Depressionshäufigkeit bei Frauen führt dazu, dass das Verhältnis schwer depressiver älterer Frauen zu schwer depressiven älteren Männern 2.6 zu 1 beträgt.

Auch hirnorganische Störungen mit ihren verschiedenen Formen (Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, Parkinson u.a.) gelten seit längerem als eines der zentralen Probleme des Gesundheitswesens (vgl. Bickel 1999). Die Häufigkeit demenzieller Störungen steigt mit dem Lebensalter an, wobei alle hochentwickelten Länder analoge altersbezogene Entwicklungen von demenziellen Störungen

aufweisen. Wenn heute mehr ältere Menschen an Demenzerkrankungen leider als früher, liegt das nicht daran, dass das Krankheitsrisiko angestiegen ist, sondern primär daran, dass heute mehr Menschen ein Alter erreichen, in dem demenzielle Störungen häufiger auftreten. In der Schweiz waren im Jahre 2000 um die 86 000 über 59-jährige Menschen von demenziellen Störungen betroffen. Im Jahr 2005 dürften gut 92 400 ältere Menschen (60 Jahre und älter) demenzerkrankt sein, und jährlich ist mit gut 19 000 Neuerkrankungen in dieser Gruppe zu rechnen. Von den Demenzkranken sind nur 8% jünger als 70, und 28% sind zwischen 70 und 79 Jahre alt. Fast zwei Drittel (64%) der Demenzkranken sind dagegen 80-jährig und älter, was bedeutet, dass diese Menschen häufig auch an anderen Erkrankungen leiden.

Ausgehend von den für das Jahr 2000 festgestellten Pflegebedürftigkeitsquoten lässt sich für die Periode 2000–2010 eine Zunahme der Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen um etwa 15% erwarten. Bis zum Jahre 2020 würde sich aufgrund der demografischen Alterung bei gleichbleibenden Pflegebedürftigkeitsquoten eine Erhöhung um maximal ein Drittel (32–36%) ergeben. Sofern von konstanten Pflegebedürftigkeitsquoten ausgegangen wird, steigt je nach Bevölkerungsszenario die Zahl älterer und hochbetagter Pflegebedürftiger bis zum Jahre 2050 weiter an, und zwar von heute 115 000 bis 135 000 Personen auf 201 000 bis 272 000 Personen.

Eine lineare Projektion von Pflegebedürftigkeitsquoten ist allerdings höchst problematisch, da, wie bereits erwähnt, sich in den letzten Jahrzehnten die behinderungsfreie Lebenserwartung erhöht hat. Zukünftig können gesellschaftliche und medizinische Fortschritte das Risiko von Pflegebedürftigkeit weiter reduzieren oder die Phase der Pflegebedürftigkeit verkürzen. Dazu kann gehören, dass mehr Menschen eine lebenslange Gesundheitsvorsorge betreiben, weniger Menschen an beruflich bedingten körperlichen Einschränkungen leiden oder dass Fortschritte in der Rehabilitation erzielt werden. Pilotstudien haben zudem nachgewiesen, dass präventive geriatrische Hausbesuche bei älteren und betagten Menschen das Risiko von Behinderungen im Alter wirksam reduzieren (vgl. Schmocker et al. 2000; Stuck 2000). Es existieren somit bereits heute praxisorientierte geriatrische Präventionsstrategien, die zu verringerten Pflegebedürftigkeitsquoten beitragen können.

Einfache demografische Modellrechnungen verdeutlichen, dass schon eine moderate Reduktion der Pflegebedürftigkeit – etwa aufgrund präventiver geriatrischer Programme oder vermehrter Erfolge in der Rehabilitation – den demografischen Effekt (mehr ältere Menschen) auf den Anstieg der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen wesentlich abzuschwächen vermag. Schon bei leicht reduzierten Pflegebedürftigkeitsquoten erreicht die Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen erst im Jahr 2020 jene Zahl, die bei unveränderten Quoten schon im Jahre 2010 zu erwarten wäre. Auch bei hirnorganischen Störungen (Demenz) kann bereits eine Verzögerung der Krankheit um ein Jahr die Zunahme der Zahl demenzkranker älterer Menschen erheblich reduzieren.

Insgesamt wird die Zahl der älteren pflegebedürftigen Menschen zwischen 2000 bis 2020 ansteigen, allerdings mit hoher Wahrscheinlichkeit weniger stark, als dies aus linearen demografischen Projektionen hervorgeht. Es ist eher unwahrscheinlich, dass die Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen zwischen 2000 und 2020 um ein Drittel ansteigen wird. Realistisch scheint eine Zunahme von maximal 20%, unter günstigen Umständen kann der Anstieg niedriger liegen. Gleichzeitig steigt das durchschnittliche Alter der pflegebedürftigen Menschen weiter an. In der Folge werden mehr und mehr pflegebedürftige Menschen hochbetagt sein und daher häufig an verschiedenen Krankheiten gleichzeitig leiden (Multimorbidität). Eine solche Entwicklung erfordert einen auch qualitativen Ausbau der familialen und professionellen Pflege kranker alter Menschen.

3 Familiäre Pflege älterer Menschen

«Das Spektakuläre an der Pflege zuhause durch Angehörige ist, dass sie als gesellschaftliches Phänomen und als menschliche Notwendigkeit so unspektakulär, so selbstverständlich, ja so marginalisiert ist. Marginalisiert, weil die Betreuung und Pflege von abhängigen Menschen daheim weder glanzvolle medizinische Resultate zeitigt, noch den Pflegenden eine respektable Karriere ermöglicht. Selbstverständlich, weil Pflegen zum Menschsein gehört wie Kinder erziehen und man sich eine Gesellschaft ohne Angehörigenpflege schlicht nicht vorstellen kann. Und unspektakulär, weil es sich um eine kaum sichtbare, vornehmlich von Frauen verrichtete Arbeit handelt» (Kesselring 2004: 504). Im Folgenden wird genauer untersucht, welchen Stellenwert die spektakulär-unspektakuläre Pflege kranker alter Menschen durch Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen in der Schweiz hat.

3.1 Informelle Hilfeleistungen und familiäre Pflegeleistungen

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 wurden die zuhause lebenden Personen gefragt, ob sie in den 12 Monaten sowie in den letzten 7 Tagen vor der Befragung wegen gesundheitlicher Probleme Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn erhalten bzw. selbst Hilfe geleistet haben (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14

Erhaltene und geleistete informelle Hilfe in der zweiten Lebenshälfte

	Zuhause lebende Bevölkerung im Alter von							
	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Aus gesundh. Gründen Hilfe erhalten*								
- in den letzten 12 Monaten	9%	10%	7%	6%	11%	18%	26%	38%
- in den letzten 7 Tagen	3%	3%	3%	2%	5%	8%	14%	23%
Hilfe geleistet**								
- ja, regelmässig	41%	45%	44%	41%	46%	43%	32%	26%
- fast täglich/einmal pro Woche	24%	28%	24%	25%	25%	23%	17%	11%

* Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn bekommen, z.B. Hilfe wie Einkaufen, Pflege, Essen bringen usw.? / Haben Sie selbst in den letzten 7 Tagen solche Hilfe bekommen?

** Helfen Sie regelmässig – ohne dafür bezahlt zu werden – anderen Leuten (z.B. Kranke, Behinderte oder Betagte besuchen, im Haushalt helfen, Essen bringen oder jemanden transportieren)?

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe)

Erwartungsgemäss steigt im höheren Lebensalter der Anteil von Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten. Im hohen Lebensalter sind Hilfeleistungen von Angehörigen, Bekannten oder Nachbarn eine wichtige Voraussetzung, um weiterhin in einem privaten Haushalt leben zu können. Wie später genauer aufgezeigt wird, handelt es sich dabei mehrheitlich um Hilfe durch Angehörige. Gleichzeitig wird deutlich, dass ältere Menschen nicht nur Hilfe beanspruchen, sondern auch unbezahlte Hilfeleistungen erbringen. Dies gilt vor allem für gesunde AHV-Rentner und AHV-Rentnerinnen. So erhalten 6% der 65- bis 69-jährigen Menschen Hilfe, aber gut zwei Fünftel der Personen dieser Altersgruppe leisten nach eigenen Angaben ihrerseits unbezahlte Hilfe, und gut ein

Viertel hilft andern mindestens einmal pro Woche. Informelle Hilfeleistungen werden auch in der zweiten Lebenshälfte ebenso in Anspruch genommen wie selbst erbracht. Erst im hohen Lebensalter verändert sich das Gleichgewicht zugunsten der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen.

Die für ältere Menschen mit gesundheitlichen Problemen geleistete informelle Hilfe konzentriert sich stark auf Einkaufen und Hilfeleistungen im Haushalt. Gut 12% der zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen erhalten beim Einkaufen eine Unterstützung (vgl. Tabelle 15). Dies ist nicht allein das Resultat altersbedingter Mobilitätseinschränkungen, sondern auch des Verschwindens kleiner Quartierläden, das es älteren Menschen erschwert, selber einzukaufen. Entsprechend sind heute mehr ältere Menschen beim Einkaufen auf Hilfe angewiesen als früher (vgl. Abelin et al. 1998: 119). Gemäss einer im Frühjahr 2003 durchgeführten Wohnumfrage beklagen sich gut 12% der über 60-jährigen zuhause lebenden Menschen über fehlende Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe (vgl. Höpflinger 2004a: 76). Auch Hilfe im Haushalt wird im Alter häufig benötigt, da viele hauswirtschaftliche Arbeiten (wie Fenster putzen, Staubsaugen usw.) körperlich anstrengend sind. Im hohen Lebensalter gewinnen auch Hilfestellungen bei administrativen Angelegenheiten (Steuererklärungen, Formulare usw.) an Bedeutung. Daneben wird im hohen Alter die Vermittlung von Hilfe wichtiger, wogegen eine finanzielle Unterstützung nur selten angeführt wird. Oftmals werden verschiedene Hilfeleistungen gleichzeitig notwendig. So geben zuhause lebende über 80-jährige Personen, die informelle Hilfeleistungen erhalten, durchschnittlich drei Leistungen an.

Tabelle 15

Informelle Hilfeleistungen zugunsten älterer Menschen nach Art der Hilfe

Altersgruppe:	Anteil		Anteil	
	aller zuhause Lebenden		aller, die Hilfe erhielten	
	65–79 J.	80+ J.	65–79 J.	80+ J.
Aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 7 Tagen Hilfe erhalten*				
Einkaufen	3.4%	12.4%	70%	76%
Haushaltsarbeiten	3.5%	9.7%	72%	60%
Mahlzeiten bringen, machen	1.7%	5.0%	36%	31%
Krankentransporte	1.5%	3.4%	30%	21%
administrative Angelegenheiten	1.1%	5.8%	22%	36%
Kranken- oder Körperpflege	0.9%	2.1%	18%	13%
Gesellschaft leisten	0.9%	2.9%	19%	18%
Betreuung der übrigen Familienm.	0.4%	3.0%	8%	18%
Finanzielle Hilfe	0.4%	0.2%	8%	1%
Vermittlung von Hilfe	0.2%	3.6%	5%	22%

* Mehrfachantworten möglich

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe)

Erwartungsgemäss erhöhen sich die informellen Hilfeleistungen bei schlechter Gesundheit und funktionalen Mobilitätseinschränkungen. Hilfeleistungen von Angehörigen, Bekannten und Nachbarn sind besonders bei Einschränkungen der Gehfähigkeit eine zentrale Voraussetzung für ein Weiterleben in der eigenen Wohnung (vgl. Tabelle 16). Daneben zeigen sich soziale Unterschiede. Frauen erhalten – auch nach Kontrolle von Alter, Gesundheit und Zivilstand – etwas häufiger informelle Hilfe. Dasselbe gilt für ledige oder verwitwete ältere Menschen im Vergleich zu Verheirateten. Die geschlechts- und

zivilstandsspezifischen Differenzen könnten allerdings ein Artefakt der Frageform sein. Denn die Frage «Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn bekommen, z.B. Hilfe wie Einkaufen, Pflegen, Essen bringen?» ist insofern missverständlich, als die Ehepartnerin genealogisch keine Verwandte darstellt. Auch im Alltagsverständnis wird der Ehemann/die Ehefrau oft nicht zur Kategorie «Verwandte» gezählt.

Tabelle 16

Informelle Hilfeleistungen nach Geschlecht, Zivilstand und Gesundheitsindikatoren

	Zuhause lebende über 64-jährige Wohnbevölkerung:		
	Aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten in den letzten 12 Mt.	in den letzten 7 Tagen	
Total	14%	6%	
Geschlecht			*
Männer	7%	3%	
Frauen	18%	9%	
Zivilstand			*
ledig	17%	10%	
verheiratet	9%	4%	
geschieden	14%	7%	
verwitwet	24%	13%	
Subjektive Gesundheit			*
sehr gut	7%	2%	
gut	10%	3%	
mittelmässig	25%	14%	
schlecht/sehr schlecht	51%	32%	
Mobilität/Gehfähigkeit			*
200 Meter und mehr	11%	5%	
mehr als einige Schritte, weniger als 200 Meter	53%	36%	
nur einige Schritte	71%	43%	
kann überhaupt nicht gehen	97%	89%	

* Differenzen statistisch signifikant auf 1% (logistische Regression, F-Test), auch nach Kontrolle von Alter und der jeweils anderen Variablen

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe)

Informelle Hilfeleistungen haben vor allem für Personen mit niedrigem Einkommen eine grosse Bedeutung: «Im untersten Einkommensfünftel ist der Anteil von Personen, die Hilfe erhalten haben, mit rund 7% 3.5 Mal grösser als beim obersten Einkommensfünftel mit rund 2%» (Calmonte 2003: 12). Mit dem Einkommen verknüpft ist die Schulbildung: Der Anteil von Hilfeempfängern ist in der Gruppe mit lediglich obligatorischer Schulbildung um das Zwei- bis Dreifache grösser als bei Personen mit höherem Bildungsniveau (Sekundarstufe II resp. Tertiärstufe). Dagegen haben Stadt-Land-Unterschiede an Relevanz eingebüsst, gemäss der Analyse von Roland Calmonte (2003) lassen sich keine signifikanten Stadt-Land-Unterschiede bei der informellen Hilfe nachweisen. Es zeigen sich hingegen regionale Unterschiede. Generell ist informelle Hilfe in der italienischen Schweiz verbreiteter als in der französisch- und deutschsprachigen Schweiz.

Zur Häufigkeit der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen älteren Menschen – eine Annäherung

Die vorher angeführten Daten vermitteln einen Eindruck von der Häufigkeit informeller Hilfeleistungen, nicht jedoch von der Häufigkeit familialer Pflegeleistungen im engeren Sinne. Die Frage «Wie viele pflegebedürftige ältere Menschen werden zuhause gepflegt?» lässt sich für die Schweiz gegenwärtig kaum eindeutig beantworten, da häusliche Pflege – im Unterschied zu Deutschland mit seinem Modell einer Pflegeversicherung – als unbezahlte Arbeit nicht systematisch erfasst wird. Zudem ist der Übergang von familialer Hilfe und Unterstützung zu Pflege im eigentlichen Sinn oft fließend und wird deshalb von Betroffenen nicht immer bewusst wahrgenommen. Der Beginn einer altersbezogenen Erkrankung wie etwa Demenz wird zumeist vorerst rein privat bewältigt, und die entsprechenden Hilfe- und Pflegeleistungen bleiben den Pflegefachpersonen oder Hausärzten unbekannt.

Die Daten zur Pflegeversicherung in Deutschland enthalten einige Angaben über die (anerkannten) Pflegebedürftigen nach SGB XI³, die zuhause versorgt werden. Insgesamt wurden 1999 72% der gemäss Pflegeversicherung als pflegebedürftig eingestuften Menschen zuhause versorgt und 28% in Heimen. Mit steigendem Lebensalter sinkt der Anteil der von Angehörigen und/oder professionellen Helfern zuhause gepflegten Personen. Bei den 80- bis 84-jährigen Pflegebedürftigen sind es 68%, bei den 85- bis 89-jährigen 63% und bei den 90-jährigen und älteren Pflegebedürftigen noch 57% (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 251). In allen Altersgruppen wird somit in Deutschland die Mehrzahl pflegebedürftiger Menschen ausserhalb von Heimen versorgt.

Bei der Übertragung der deutschen Daten auf die Schweiz ist allerdings eine wesentliche Differenz zu beachten: In der Schweiz liegt der Anteil der in Heimen lebenden älteren Bevölkerung insgesamt höher als in Deutschland. Während in Deutschland nur gut 5% der 65-jährigen und älteren Bevölkerung in institutionellen Einrichtungen leben, sind es in der Schweiz gesamtschweizerisch um die 7.1% (vgl. Pinnelli 2001). Allerdings sind in der Schweiz regionale Unterschiede sehr ausgeprägt (vgl. Kap. 6.3). Werden die gesamtschweizerischen Daten über Heimbewohner mit der Zahl von pflegebedürftigen älteren Personen in Verbindung gebracht, lässt sich schätzen, dass gesamtschweizerisch mindestens 40% der pflegebedürftigen älteren Menschen in institutionellen Einrichtungen gepflegt werden. Damit dürfte der Anteil der zuhause gepflegten älteren Menschen in der Schweiz maximal 60% betragen (im Vergleich zu über 70% in Deutschland).

Bei demenzerkrankten älteren Menschen wurden spezifische Erhebungen zur häuslichen Pflege durchgeführt. Naturgemäss ist der Anteil der zuhause gepflegten Demenzkranken in den ersten Phasen der Erkrankung höher als in späteren Phasen. Der jeweils erhobene Anteil der zuhause gepflegten Demenzkranken hängt infolgedessen entscheidend von den gewählten Befragungszeitpunkten ab. Insgesamt ergab sich sowohl in England als auch in Deutschland ein Anteil von 60% der Demenzkranken, die zuhause leben (vgl. Bickel 1995; Henderson 1994). Für Frankreich wurde ein analoger Anteil von 62% gemessen (vgl. Fagnani 1995). Nach einer 1995/96 in den zwei Kantonen Genf und Zürich durchgeführten epidemiologischen Studie zur Demenzprävalenz wurden hingegen nur 51% der über 65-jährigen demenzkranken Menschen zuhause gepflegt (vgl. Herrmann et al. 1997). Da es sich hier um zwei ausgeprägte städtische Regionen mit hohem Anteil an allein lebenden älteren Menschen handelt, dürfte der gesamtschweizerische Wert allerdings etwas höher liegen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt müssen wir uns mit einer groben Schätzung begnügen: Nach allen verfügbaren Informationen lässt sich schätzen, dass in der Schweiz insgesamt 55–60% der demenzkranken älteren Menschen zuhause gepflegt werden, sei es durch Angehörige allein oder in

³ Sozialgesetzbuch (SGB). Elftes Buch (XI): Soziale Pflegeversicherung

Kombination mit professioneller Hilfe, wobei dieser Anteil in Regionen mit wenig institutionellen Alterseinrichtungen sachgemäss höher liegt.⁴ Dies ist ein etwas geringerer Wert als die in öffentlichen Diskussionen hie und da angeführten, aber selten belegten 70% – ein Prozentanteil, der aus einer unzulässigen Übertragung US-amerikanischer Studienergebnisse (George 1987) stammt.

3.2 Familiäre Hilfe und Pflege – die pflegenden Personen

Die Antwort auf die Frage «Wer hilft und pflegt?» wird durch zwei Faktoren bestimmt, nämlich einerseits die Verfügbarkeit von Familienmitgliedern (vgl. dazu Kap. 1.4) und andererseits normative Regelungen der familialen Pflege, wie etwa die geschlechtsspezifische Zuordnung von Verantwortung. Sofern vorhanden stehen Ehe- und LebenspartnerInnen als Hauptpflegepersonen eindeutig an erster Stelle. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und des traditionellen Altersunterschieds in Paarbeziehungen bedeutet dies faktisch eine übermässig starke Vertretung von Ehefrauen. An zweiter Stelle stehen die eigenen Kinder, namentlich die Töchter. In einer 1998 durchgeführten Schaffhauser Repräsentativbefragung älterer Menschen liessen die über 64-jährigen befragten Personen bezüglich der gewünschten Hilfe- und Pflegepersonen genau diese Präferenzen erkennen: An erster Stelle standen – sofern vorhanden – Partner bzw. Partnerin, an zweiter Stelle Töchter und an dritter Stelle Söhne. Auf dem vierten Platz rangierte die professionelle ambulante Pflege (Spitex) und auf dem fünften die Schwiegertöchter. Weitere Verwandte sowie Freunde und Nachbarn wurden hingegen selten erwähnt. Nachbarn, Freunde und Bekannte leisten zwar nicht selten Hilfe im Alltag und im Haushalt, sie sind jedoch bei der eigentlichen Pflege wenig vertreten (vgl. dazu auch Kap. 4.1).⁵ Auch die auf der Basis des deutschen Alterssurvey durchgeführte Analyse der Situation bei 70- bis 85-jährigen Personen ergab eine klare Hierarchie von Unterstützungspersonen: An erster oder zweiter Stelle standen Partner bzw. Partnerin sowie Kinder. Alle anderen aufgeführten Personengruppen fielen demgegenüber deutlich ab, und zwar unabhängig davon, ob kognitives, emotionales oder instrumentelles Hilfefpotenzial nachgefragt wird (vgl. Künemund, Hollstein 2000: 252).

Eine deutsche Erhebung zur Hilfe und Pflege in Privathaushaltungen zeigte, dass in 32% der häuslichen Pflegesituationen die Partnerin bzw. der Partner die Hauptpflegeperson war. In 23% der Fälle war es eine Tochter, und in 27% der Fälle intervenierten andere Verwandte (vgl. Schneekloth, Müller 2000: 52ff.). Naturgemäss ergibt sich mit steigendem Alter einer hilfs- und pflegebedürftigen Person eine Verlagerung der Hilfe und Pflege von den Ehepartnern zu den Kindern (vgl. auch Blinkert, Klie 1999). Eindeutig ist jedoch in jedem Fall die starke Vertretung der Frauen. Gemäss deutschen Daten handelt es sich bei 80% der Hauptpflegepersonen um eine Frau.

Die umfangreiche deutsche Studie zu familialer Pflege von Schneekloth und Müller (2000) kommt darüber hinaus zu folgenden zentralen Feststellungen, die in ihrer generellen Ausrichtung sicherlich auch für die Schweiz gültig sind:

- Der Schwerpunkt der familialen (Alters-)Pflege liegt bei Menschen mittleren Alters: Mehr als die Hälfte (53%) der Hauptpflegepersonen sind zwischen 40 und 64 Jahre alt. 15% sind unter 40 Jahre alt, 27% dagegen im jüngeren Rentenalter (65–79 Jahre). Nur 5% der Hauptpflegepersonen sind 80 Jahre und älter, wobei es sich hier primär um eine pflegende Ehepartnerin handelt. Das Ereignis, dass die eigenen Eltern bzw. Schwiegereltern alt und pflegebedürftig werden, fällt in der Regel in das mittlere und späte Erwachsenenalter. Durchschnittlich sind pflegende Männer gemäss den deutschen Daten acht Jahre älter als pflegende Frauen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass

⁴ «Zuhause» schliesst statistisch alle Personen ein, die in privaten Haushaltungen leben, also auch jene, die in Alterswohnungen oder Alterssiedlungen leben, sofern sie eine private Adresse aufweisen.

⁵ Eigene Auswertung der 1998 durchgeführten Befragung älterer Menschen im Kanton Schaffhausen (Projektleitung: H.-R. Schelling).

pflgende Männer in zwei Drittel der Fälle ihre Partnerin betreuen, während pflgende Frauen zu zwei Drittel Eltern oder Schwiegereltern versorgen (vgl. auch Grässel 1998).

- Am häufigsten werden Mutter oder Vater, am zweithäufigsten Partner bzw. Partnerin gepflegt. Dabei steht die Pflegekonstellation «Frau pflegt eigene Mutter» an erster Stelle, gefolgt von «Frau pflegt Ehemann» und «Frau pflegt Schwiegermutter» (vgl. Fuchs 1998). Etwa zwei Fünftel der pflegebedürftigen Männer zwischen 65 und 79 Jahren werden von ihrer Partnerin gepflegt, während nur ein Fünftel der pflegebedürftigen Frauen im gleichen Alter Hilfe von ihrem Partner erhalten. Das Potenzial an partnerschaftlicher Pflege schwindet sachgemäss mit zunehmendem Alter der pflegebedürftigen Person; bei den 80-jährigen und älteren pflegebedürftigen Männern liegt der Anteil derjenigen, die von ihrer Partnerin gepflegt werden, nur noch bei etwas mehr als 10% und bei hochbetagten Frauen lediglich bei 5% (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 196).
- In den meisten Fällen entwickelt sich eine familiäre Pflegebeziehung allmählich und anfangs kaum bemerkt infolge zunehmender Funktionsverluste und langsamer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der betroffenen älteren Person. «Sowohl bei plötzlicher als auch bei schrittweiser Pflegebedürftigkeit ist es nicht untypisch, dass die Verantwortung für Pflege eher unreflektiert und unvorbereitet übernommen wird» (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 197). Alle Studien zeigen dabei übereinstimmend, dass vor allem bei chronischen Krankheiten oder in späteren Phasen der Pflegebedürftigkeit der zeitliche Aufwand von Hauptpflegepersonen ausserordentlich hoch sein kann. Durchschnittlich stehen gemäss der Studie von Grässel (1998) 80% der Hauptpflegepersonen von chronisch hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen rund um die Uhr zur Verfügung, wobei die reine Pflegezeit zwischen 3 und 6 Stunden täglich beträgt. Etwa die Hälfte der Pflgenden muss den Nachtschlaf wegen Hilfs- und Pflgetätigkeiten unterbrechen (vgl. Schneekloth et al. 1996).

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 wurden die zuhause lebenden Personen, die aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 7 Tagen informelle Hilfeleistungen erhalten haben, nach den diese Hilfe leistenden Personen gefragt. Erfasst wurden, wie schon erwähnt, zwar nicht direkt Pflegeleistungen, aber doch durch gesundheitliche Probleme mitverursachte Hilfeleistungen. Die Daten zu den angeführten hilfeleistenden Personen stützen die vorher gemachten Aussagen zur familialen und geschlechtsspezifischen Verteilung intergenerationeller Hilfeleistungen zugunsten älterer Menschen (vgl. Tabelle 17):

Insgesamt erwähnen die älteren Befragten, die kürzlich Hilfe erhalten haben, durchschnittlich 1.7 bis 1.8 hilfeleistende Personen. Analog zu Deutschland ist auch in der Schweiz in mehr als einem Drittel aller Fälle die Partnerin bzw. der Partner die hauptsächliche Hilfe- und Pflegeperson. Erwartungsgemäss reduziert sich die relative wie absolute Bedeutung von Ehepartnern im hohen Lebensalter. Aber noch bis zum Alter von 80–84 Jahren steht die partnerschaftliche Hilfe an erster Stelle. Dies gilt sachgemäss primär für Männer, die auch in diesem Alter mehrheitlich noch oder erneut in einer Paarbeziehung leben (vgl. Tabelle 4).

An zweiter Stelle kommen – ähnlich wie in deutschen Studien – die Töchter, die im hohen Alter weiter an Bedeutung gewinnen. Gut 7% aller über 79-jährigen zuhause lebenden Personen erhalten regelmässig Hilfe von einer Tochter. Die Söhne sind weniger einbezogen, wobei ihre Bedeutung als Hilfsperson allerdings bei hochbetagten Menschen ansteigt. Die Detailanalyse zeigt, dass Söhne sich vor allem bei der Vermittlung von Hilfe und bei administrativen Angelegenheiten überdurchschnittlich stark engagieren. Mehr haushaltsbezogene Leistungen werden von Söhnen primär dann übernommen, wenn keine weiblichen Angehörigen vorhanden sind.

Tabelle 17

Informelle Hilfe: Hilfeleistende Personen bei zuhause lebenden Menschen, 2002

	In % der gesamten älteren Bevölkerung			In % derjenigen, die in den letzten 7 Tagen Hilfe erhielten		
	65+ J.	65–79 J.	80+ J.	65+ J.	65–79 J.	80+ J.
Aus gesundh. Gründen in den letzten 7 Tagen Hilfe erhalten von*						
- Partner/Partnerin	2.5	2.1	4.6	37	43	28
- Tochter	2.5	1.7	6.6	37	35	41
- Sohn	1.5	1.2	2.9	22	24	18
- Schwester	0.3	0.3	0.2	5	14	1
- Bruder	0.3	0.1	1.6	5	2	10
- andere Familienmitgl.**	1.0	0.5	3.3	15	10	20
- Nachbarn	1.3	0.7	4.1	19	15	24
- Bekannte/Freunde	1.8	1.1	5.4	26	22	33

* Mehrfachantworten möglich

** primär Enkelkinder

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe)

Schwestern und Brüder fallen als Hilfeleistende im höheren Lebensalter weniger ins Gewicht, weil sie in vielen Fällen derselben Altersgruppe angehören und aus diesen Grund häufig ebenfalls an gesundheitlichen Einschränkungen leiden oder schon verstorben sind. Die Bedeutung anderer Familienmitglieder als Unterstützungspersonen nimmt hingegen im höheren Lebensalter absolut wie relativ zu. Speziell die über 79-jährigen Menschen profitieren nicht selten von der Hilfe durch inzwischen ebenfalls erwachsen gewordene Enkelkinder, auch wenn diese Hilfebeziehungen normativ weniger klar strukturiert sind als die zwischen betagten Eltern und ihren Kindern.

Auf die Bedeutung der Hilfe durch Nachbarn und Freunde wird später noch detaillierter eingegangen (vgl. Kap. 4.1), aber es zeigt sich schon jetzt, dass ausserfamiliale Hilfeleistungen nicht zu unterschätzen sind. Allerdings handelt es sich bei den angeführten Daten um Hilfeleistungen im weitesten Sinne und nicht um Pflegeleistungen. Nachbarschaftliche und freundschaftliche Hilfe ist häufiger als nachbarschaftliche oder freundschaftliche Pflege im engeren Sinne; in Deutschland machen Nachbarn und Bekannte nur 7% der Hauptpflegepersonen aus (vgl. Schneekloth, Müller 2000: 52).

3.3 Bereitschaft zur familialen Pflege

Die meist fraglos praktizierte intergenerationelle Solidarität kann auf unterschiedlichen Motiven beruhen: gesellschaftliche Normen und Pflichtgefühl, Reziprozitätsvorstellungen («man hilft, weil man von den Eltern früher Hilfe erhalten hat»), ethisch-religiöse Motive sowie rollenimmanentes Verhalten. Finanzielle Gründe für die Übernahme von Pflegeleistungen scheinen – zumindest in Befragungen – nur eine untergeordnete Rolle zu spielen (vgl. Grässel 2000). «Allgemein ist das Engagement, das die Betagtenbetreuung bedeutet, stark von sozialen Vorstellungen und Werten geprägt. Es gehört sich, im Namen der familiären Solidarität die Angehörigen zu unterstützen» (Hugentobler 2003: 159). Die Solidarität zwischen pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen lässt sich theoretisch am

besten mit Hilfe des Konzepts des sozialen Austauschs verstehen. Im Vergleich zu ökonomisch definierten Tauschbeziehungen, in denen Leistungen und Gegenleistungen explizit verrechnet werden, sind soziale Tauschverhältnisse durch eine generalisierte Reziprozität gekennzeichnet, bei der kein exakter Ausgleich von Leistung und Gegenleistung erwartet wird. Dabei werden auch lange Intervalle zwischen Geben und Nehmen in Kauf genommen und Verhandlungen unterlassen. Gleichzeitig weisen soziale Austauschbeziehungen eine besondere Qualität auf, weil die Beziehung an sich einen hohen Stellenwert einnimmt und die Bereitschaft zu Leistungen in spezifischen Bedürfnissituationen – beispielsweise bei Pflegebedürftigkeit – als selbstverständlich angesehen wird (vgl. Hollstein, Bria 1998). Im familialen Rahmen sind so genannte generalisierte soziale Austauschbeziehungen besonders relevant. Der generalisierte soziale Austausch gründet auf der Vorstellung zu helfen, damit man selbst im Notfall Hilfe erwarten kann oder weil man schon zuvor in den Genuss von Hilfe gelangt ist (z.B. Betreuung während Kindheit). Das Modell des generalisierten sozialen Austausches erlaubt eine zeitliche Streckung der Transaktionen und eine zahlenmässige Erweiterung der Tauschpartner um weitere Personen (wie neuer Partner, Schwiegereltern oder Enkelkinder). Damit wird ein Grundstein für soziale Solidarität über mehrere Generationen hinweg gelegt. Darüber hinaus bietet das Modell des generalisierten sozialen Austauschs die interessante Möglichkeit, altruistisches Handeln tauschtheoretisch zu begründen: nämlich als Glied eines übergeordneten intergenerationellen Interaktionsgefüges im Dienst eines Lastenausgleichs, bei dem sich Nutzen und Kosten am Ende einer längeren Zeitstrecke für alle Beteiligten ausgleichen (vgl. Marbach 1994).

Bei der gesellschaftlichen Einstufung und Beurteilung intergenerationeller Pflege ist allerdings die Tatsache sozial bedeutsam, dass sich die familiäre Pflege alter Menschen von der Betreuung kleiner Kinder in zentralen Dimensionen unterscheidet:

Erstens ist die Flexibilität der Kinderpflege grösser als bei der Pflege kranker alter Menschen. «Kinder können oft einmal ‹zwischendurch› von Grosseltern, Verwandten oder anderen Personen mitbetreut werden, die Pflege alter Menschen konzentriert sich hingegen stärker auf eine Hauptpflegeperson» (Schneider et al. 2001: 379). Allerdings zeigen Pilotprojekte mit Alzheimer-Patienten, dass Entlastungsangebote wie Ferien für pflegende Angehörige durchaus erfolgreich sein können.

Zweitens sind Kinder oft mobiler als ältere Personen, und sie können deshalb leichter mitgenommen werden, z.B. zum Einkaufen oder anderen ausserhäuslichen Verrichtungen. Diese Mobilität ist bei betagten Pflegebedürftigen seltener gegeben, teilweise ist sie auch aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung etwa von demenzkranken alten Menschen eingeschränkt.

Drittens werden Kinder mit zunehmendem Alter in ihren alltäglichen Verrichtungen (z.B. Körperpflege) unabhängiger und selbständiger, wogegen ältere Pflegebedürftige mit zunehmendem Alter von ihren Betreuungspersonen abhängiger werden. Anstelle einer allmählichen Pflegeentlastung ergibt sich umgekehrt die Perspektive einer steigenden Pflegebelastung.

Viertens sind Kinder aufgrund ihrer Körpergrösse und ihres Gewichts leichter ‹handhabbar›. Dagegen bedeutet die Pflege erwachsener pflegebedürftiger Menschen oft harte körperliche Arbeit für die Betreuungspersonen. Kreuz- und Rückenschmerzen sind bei intensiver Pflege kranker alter Menschen deshalb nicht selten.

Fünftens sind die psychischen Belastungen bei der Pflege älterer Menschen häufig höher als bei kleinen Kindern. Im Fall von (Schwieger-)Töchtern können Rollenkonflikte auftreten, da die (Schwieger-)Eltern zu Personen werden, die von ehemals abhängigen Kindern betreut werden. Solche Rollenumkehrungen belasten beide Generationen gleichermassen. Bei der Kindererziehung dagegen ist die Autoritätsbeziehung von betreuender Person und Kind klarer definiert (zumindest bis zur Adoleszenz).

Sechstens ist bei der Pflege alter Menschen im Gegensatz zur Betreuung von Kindern die zeitliche Dauer der Betreuungsleistungen nicht abschätzbar. Dies erschwert die Planbarkeit von Teilzeitleösungen oder eine Neugestaltung der Erwerbsarbeit von betreuenden Angehörigen.

Siebtens fehlt bei der Pflege kranker alter Angehöriger oft eine institutionelle Unterstützung, und die Strategie einer Teilzeiterwerbstätigkeit als Kompromiss zur Lösung beruflich-familialer Unvereinbarkeiten, wie sie im Zusammenhang mit der Betreuung von Kindern in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurde, ist bei der familialen Pflege noch schwieriger zu realisieren.

Inwiefern sich aufgrund familialen Wertewandels oder veränderter beruflicher Anforderungen die Bereitschaft zur Übernahme familialer Pflegeaufgaben zugunsten der älteren Generation verändert hat, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Die Vermutung, die erhöhte Frauenerwerbstätigkeit habe die allgemeine familiäre Pflegebereitschaft von Frauen reduziert, konnte jedenfalls empirisch bisher kaum belegt werden.

Bei zusammenlebenden älteren Paaren ist die Bereitschaft, im Fall von Pflegebedürftigkeit für den Partner oder die Partnerin einzustehen, weiterhin sehr gross. Sie wird als nicht zu hinterfragende Selbstverständlichkeit der Ehe- bzw. Partnerbeziehung verstanden (vgl. Becker 1997: 42ff.). Gemäss der Studie von Grässel (1998) ist ein Hauptmotiv die gegenseitige Zuneigung, und nur bei jedem zehnten Paar stehen Pflichtwerte im Vordergrund. Geben Ehepartner an, aus Zuneigung zu pflegen, ist ein Heimübertritt seltener als in Pflegesituationen, in denen Pflicht als Motiv angegeben wird. Dabei unterscheiden sich Männer und Frauen in dieser Situation in ihren Motivationen und Werthaltungen kaum. Es sind primär soziodemografische Faktoren (längere Lebenserwartung der Frauen und Altersunterschied zwischen Ehemann und Ehefrau), die dazu führen, dass mehr Männer von ihren Ehefrauen gepflegt werden als umgekehrt.

Die Übernahme einer Helfer- und Pflegeperspektive kann im höheren Lebensalter gerade bei Männern einen wichtigen Entwicklungsschritt ermöglichen. «Interessant ist der Gedanke, dass es Männern durch die Übernahme der Pflege ermöglicht wird, den im Berufsleben gegebenen Mangel an fürsorgenden Elementen auszugleichen – eine Chance, die in Zukunft möglicherweise bewusst von Männern erkannt und wahrgenommen wird» (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 194). Bei heutigen Generationen älterer Männer kommt teilweise das Motiv hinzu, durch Hilfe und Pflege im Alter eine Schuld an der Ehefrau abzutragen, die sich ein Leben lang für die Familie aufgeopfert hat (vgl. Lamprecht, Bracker 1992).

Stärker geschlechtsspezifisch geprägt als bei Ehepaaren ist die Hilfs- und Pflegebereitschaft der Nachkommen. Trotz erhöhter Erwerbstätigkeit zeigen vor allem Töchter weiterhin eine hohe Bereitschaft, ihre Eltern im Alter zu pflegen. Bei den Söhnen ist die diesbezügliche Datenlage weniger einheitlich. So waren in einer deutschen Repräsentativerhebung bei allerdings derzeit keine Pflege leistenden Personen 90% der befragten Frauen und 80% der befragten Männer bereit, ihre Eltern zu pflegen (vgl. Fuchs 1998). Gemäss der Studie von Schütze (1995) würden zwar 79% der befragten Töchter, jedoch nur 40% der befragten Söhne Pflegeaufgaben für ihre Eltern übernehmen. Dabei scheint die Pflegebereitschaft der Söhne gegenüber der Mutter stärker ausgeprägt zu sein als gegenüber dem Vater. Wie weit die allgemeine Pflegebereitschaft von Söhnen im Ernstfall gilt, ist weniger klar. Sie hängt stark von biografischen und situativen Faktoren ab (Beziehungsgeschichte, Geschwisterkonstellationen, geografische Nähe zu den Eltern usw.).

Faktisch übernehmen – wie die oben angeführten Daten gezeigt haben – Töchter deutlich häufiger intergenerationelle Hilfe- und Pflegeaufgaben als Söhne, und auch Schwiegertöchter sind häufiger aktiv als Schwiegersöhne. Gemäss der Pflegestudie von Schneekloth und Müller (2000: 52–54) sind 23% aller Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushaltungen Töchter und nur 5% Söhne. In 10% der Fälle handelt es sich um Schwiegertöchter, Schwiegersöhne spielen dagegen keine Rolle. Sofern mehrere Kinder vorhanden sind, fällt die Hauptpflegeverantwortung in der Regel zunächst den

weiblichen Angehörigen zu, und Söhne übernehmen Pflegeaufgaben häufig erst dann, wenn keine weiblichen Angehörigen dafür zur Verfügung stehen.

Die aus Deutschland stammenden Studienergebnisse zur familialen Pflege treffen in weiten Teilen auch für die Schweiz zu. Die wenigen vorhandenen empirischen Ergebnisse aus der Schweiz stützen diese Annahme. In einer 1992 durchgeführten umfangreichen, aber kaum bekannten Bevölkerungsbefragung «Bevölkerung und Wohlfahrt» (vgl. Fux et al. 1997) stimmten um die 70% der befragten 40- bis 64-jährigen Männer und Frauen dem Pflichtgefühl-Item «Den eigenen betagten Eltern zu helfen, ist die schönste Aufgabe, die jemand haben kann» zu. Die gegenteilige Ansicht «Es ist nicht die Aufgabe der Kinder, für die eigenen betagten Eltern zu sorgen» wurde nur von einem Drittel der befragten 40- bis 64-Jährigen geteilt. Eine Detailanalyse zur intergenerationellen Solidarität in dieser Studie erbrachte Folgendes:

Erstens zeigte sich eine leicht negative Relation zum Lebensalter. Es war nicht die älteste Altersgruppe, die den höchsten Wert intergenerationeller Solidarität aufwies, sondern die jüngste Gruppe. Die Aufschlüsselung der Daten liess vor allem bei Frauen im höheren Alter eine gewisse Distanzierung von unhinterfragten Normen intergenerationeller Solidarität erkennen. Es ist zu vermuten, dass die eigene Betroffenheit (Lebensphase, in der die eigenen Eltern tatsächlich zu unterstützen sind) für den Grad an intergenerationeller Solidarität mitentscheidend ist. Da jüngere Personen mit diesem Problem eher weniger konfrontiert sind, reagieren sie freundlicher, während die älteren Personen – und hier namentlich die Frauen – ihre Einstellung stärker an der Realität und den eigenen Erfahrungen messen (vgl. Baumgartner 1997: 283).

Zweitens erwiesen sich Stadt-Land-Unterschiede als statistisch unbedeutend. Dagegen ergaben sich klare regionale und nationale Unterschiede: In der italienischsprachigen Schweiz wurde intergenerationelle Solidarität stärker betont als in der deutschsprachigen Schweiz, was mit der früher angeführten Beobachtung übereinstimmt, dass informelle Hilfe in der italienischen Schweiz verbreiteter ist als in der deutschsprachigen Schweiz (vgl. Calmonte 2003). Auch die nationale Herkunft war in dieser Studie bedeutsam; ausländische Befragte, die häufig aus südeuropäischen Ländern stammen, betonten die intergenerationelle Solidarität stärker als gleichaltrige Schweizer und Schweizerinnen.

Drittens zeigten sich erwartungsgemäss weniger konfessionsbedingte Unterschiede – die nach Kontrolle von Sprachregion und Nationalität ganz verschwanden – als klare Unterschiede je nach religiöser Orientierung. Die Betonung intergenerationeller Solidarität insbesondere im Hinblick auf Hilfeleistungen für betagte Eltern war deutlich mit religiös-weltanschaulichen Orientierungen assoziiert. Entsprechend zeigten sich signifikante Unterschiede je nach Lebensmilieu. So ist die intergenerationelle Solidarität vor allem in traditionalistisch-ruralen und in konservativ-patriotischen Milieus besonders verankert (vgl. Baumgartner 1997: 281).

Viertens waren Erwerbstätigkeit (voll, teilzeitlich, nicht erwerbstätig) und Bildungsabschluss (primär, sekundär, tertiär) für die Bewertung der intergenerationellen Solidarität bei Frauen und Männern statistisch ohne Bedeutung. So hat sich die These, der zufolge erwerbstätige Frauen sich stärker von intergenerationellen Solidaritätsnormen abwenden, nicht bestätigt: «Von einer Abnahme der familialen Solidarität aufgrund des veränderten Erwerbsverhaltens von Frauen, indem die Verantwortung für die alten Eltern abgeschoben wird, kann somit keine Rede sein» (Baumgartner 1997: 282).

Auch in einer 1998/99 durchgeführten entwicklungspsychologisch ausgerichteten Befragung von 269 Frauen und Männern im Alter von 40–45 bzw. 50–55 Jahren in Basel und Bern wurde eine hohe allgemeine Bereitschaft zu Hilfeleistungen gegenüber den Eltern festgestellt: «Mehr als drei Viertel der Auskunftspersonen erteilen nach eigener Auskunft ihren Eltern gerne Unterstützung, und 79% geben an, bereit zu sein, ihre Hilfeleistungen zu intensivieren, wenn ihre Eltern dies später einmal benötigen sollten» (Perrig-Chiello, Höpflinger 2001:76). Allerdings zeigen sich bei genauerer Betrachtung einige

Zweideutigkeiten und Ambivalenzen gegenüber intergenerationellen Verpflichtungen (wie dies auch theoretisch postuliert wird; vgl. Lettke 2002, Lüscher 2000). So geben viele Befragte an, dass ihre Eltern die erbrachten Hilfeleistungen zu wenig zu schätzen wüssten und dass sie zu viel von ihnen erwarteten. Gleichzeitig wird – bei allem Konsens darüber, dass Kinder gegenüber alternden Eltern Verpflichtungen haben – eine Schuldzuweisung bei Unterlassung einer Hilfe mehrheitlich abgelehnt.

Zudem können sich konfligierende Anforderungen ergeben, wenn die Pflege betagter Eltern mit einer Berufstätigkeit zusammenfällt. Angesichts der hohen Erwerbstätigkeit und der steigenden Berufsorientierung von Frauen wird dieses Problem der Vereinbarkeit von Beruf und familialer Pflege inskünftig eine erhöhte gesellschaftspolitische Brisanz haben (vgl. Dallinger 1996, 1998). Schon heute mehren sich die Hinweise, dass familiäre Pflegeaufgaben bei Frauen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren ein Grund für ein Aufgeben der Erwerbstätigkeit sein können. Gemäss den Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2002 gehören familiäre Verpflichtungen bei Frauen mit zu den Hauptgründen, sich vorzeitig pensionieren zu lassen. Dies zeigt sich vor allem bei verheirateten Frauen, die einen Partner zu pflegen haben. Teilweise sind die Anforderungen bei der Pflege älterer Angehörigen so hoch, dass für pflegende Frauen auch eine Teilzeidlösung nicht in Frage kommt und die Erwerbstätigkeit vollständig unterbrochen werden muss. In einer deutschen Studie wurde festgestellt, «dass bei den Frauen mit hohem Einkommen der Konflikt zwischen Erwerbstätigkeit und Pflegeübernahme besonders gross ist. Dies unterstützt die Humankapitaltheorie, die davon ausgeht, dass Bildungsinvestitionen zu hohen Einkommenschancen führen und damit die Opportunitätskosten der häuslichen Pflege sich deutlich erhöhen. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass mit zunehmendem Haushaltseinkommen Erwerbsunterbrechungen zugunsten häuslicher Pflege wahrscheinlicher werden. Das heisst, die Frauen werden bei höheren Haushaltseinkommen wahrscheinlich auch eher zu Entscheidungen verleitet, die ihren Interessen entgegen laufen» (Schneider et al. 2001: 379). Die demografische Entwicklung (mehr hochbetagte Menschen und verhältnismässig weniger Angehörige) wird pflegerisch-berufliche Vereinbarkeitskonflikte zukünftig noch mehr in den Vordergrund rücken. Sozialpolitische Bestrebungen zur Erhöhung des Rentenalters können diesen Vereinbarkeitskonflikt unter Umständen zusätzlich verschärfen.

Insgesamt lässt sich kaum sagen, dass die Bereitschaft für intergenerationelle familiäre Pflege allgemein gesunken ist. Allenfalls werden Ambivalenzen gegenüber intergenerationellen Verpflichtungen heute eher artikuliert. Veränderungen ergeben sich ausserdem aus demografischen Entwicklungen, da sich aufgrund der geringen Kinderzahl die intergenerationelle Pflege immer stärker auf ein bis zwei Angehörige konzentriert (vgl. Kap. 1.3). Dadurch kann sich die Tendenz zu einer «de facto-Singularisierung» der familialen Pflege kranker alter Menschen zukünftig noch verstärken (vgl. Schneekloth et al 1996).

3.4 Unterstützung von Pflegenden – Pilotstudie zur Schulung von Angehörigen

Die Betreuung eines kranken Angehörigen erfordert oft ein emotional und zeitlich äusserst intensives Engagement, und die Pflege kann Angehörige an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen. Besonders belastend sind Stuhl- und Urinprobleme, stete Sturzgefahr, Schlafstörungen und Kommunikationsschwierigkeiten. Hohe Anforderungen stellt auch apathisches, depressives oder ruheloses Verhalten (vgl. Kesselring et al. 2001). Höchst anspruchsvoll bzw. extrem belastend ist die Pflege demenzerkrankter Angehöriger, auch weil aufgrund des fortschreitenden Verlaufs demenzieller Erkrankungen die Angehörigen sich immer wieder an veränderte Pflegesituationen anzupassen haben. Da ein demenzerkrankter Mensch immer mehr von seinen geistigen Fähigkeiten und seiner Unabhängigkeit im Alltag einbüsst, verändert sich sukzessive auch die emotionale und soziale Beziehung zwischen einem

pfllegenden Angehörigen und der demenzkranken Person. Die Ausgewogenheit von Geben und Nehmen etwa einer Partnerbeziehung weicht einem Ungleichgewicht, und die Persönlichkeitszüge des Partners, der Partnerin, der Mutter oder des Vaters werden von der Krankheit betroffen. Sekundäre Symptome der Demenz wie Depression, Aggression, Angst, Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr, Halluzinationen sind oft weitere Belastungsfaktoren für pflegende Angehörige. Der allmähliche Verlust an Selbständigkeit bedingt zunehmende Hilfe, was pflegende Angehörige in steigendem Masse in Anspruch nimmt. Dabei kann deren Sozialleben massiv eingeschränkt werden, vor allem wenn eine Betreuung rund um die Uhr notwendig wird. Demenz ist eine Krankheit, die nicht nur die betroffene Person berührt, sondern familiäre Systeme grundlegend verändert (vgl. Fisher, Liebermann 1994; Gunzelmann et al. 1996). Ehefrauen oder Töchter pflegen einen demenzkranken Angehörigen häufig über ihre Belastungsgrenze hinaus. Damit steigt das Risiko, dass auch betreuende Angehörige erkranken und zu «hidden patients» werden. Emotionale Störungen mit Symptomen von Angst, Depression und Erschöpfung sind bei pflegenden Angehörigen nicht selten (vgl. Meier 1998; Molo-Bettelini et al. 1998). Es ist deshalb wichtig, die Probleme zu ermitteln, die pflegende Angehörige am meisten belasten, und nach Lösungen zu ihrer Entlastung zu suchen. Dies ist auch gesundheitspolitisch bedeutsam, da ein bedürfnisgerechtes und unterstützendes Hilfsangebot die Voraussetzung ist, um eine vorzeitige Institutionalisierung von Demenzpatienten zu verhindern. Einige Interventionsstudien deuten darauf hin, dass psychosoziale Interventionen im Rahmen einer Memory-Klinik eine Heimunterbringung verzögern oder sogar verhindern können (vgl. Wettstein et al. 1996), und eine amerikanische Studie ergab, dass Angehörige, die unterstützende und beratende Gespräche erhalten hatten und bei Bedarf weitere Unterstützung anfordern konnten, ihren demenzkranken Angehörigen deutlich länger zuhause pflegten als eine vergleichbare Angehörigengruppe ohne Unterstützung (vgl. Mittelman et al. 1996).

Um zu überprüfen, ob ein solches Ergebnis auch unter anderen Bedingungen erreicht werden kann, wurde im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Probleme des Sozialstaates» (NFP 45) eine Pilotstudie gefördert: Unter Leitung von Albert Wettstein wurde betreuenden Angehörigen demenzkranker Menschen aus der Region Zürich eine Schulung angeboten, und die Wirkungen dieser Massnahme zur Entlastung der betreuenden Angehörigen wurden untersucht (vgl. Wettstein et al. 2003, 2005). Dazu wurden 128 Angehörige von zuhause gepflegten demenzerkrankten Menschen für die Studie rekrutiert. 65 Angehörige wurden der Interventionsgruppe und 63 Angehörige der Kontrollgruppe zugeteilt. In die Studie wurden Angehörige aus allen Bevölkerungsschichten einbezogen, wobei allerdings die unteren sozialen Schichten deutlich untervertreten blieben. Angehörige während der Anteil von Personen mit weniger als neun Jahren Schulbildung in der städtischen Bevölkerung bei 44% liegt, waren es bei den Studienteilnehmern nur 21%.

Die Patienten waren im Durchschnitt 75 Jahre alt, mit einer Spannweite von 52 bis 92 Jahre. Bei den betreuenden Angehörigen handelte es sich in über 90% der Fälle um die Ehefrau oder den Ehemann. Die betreuenden Angehörigen – zu zwei Drittel Frauen – waren selbst oft schon in einem höheren Lebensalter, was das Risiko einer altersbedingten Komorbidität der Betreuungsperson erhöht: Das Durchschnittsalter der betreuenden Angehörigen lag bei 70 Jahren, mit einer Spannweite von 37 bis 90 Jahre. Ein ähnlich hoher Altersdurchschnitt (72 Jahre) von Angehörigen, die einen demenzkranken Menschen zuhause pflegen, wurde in einer Basler Studie zur Angehörigenpflege festgestellt (vgl. Meier 1998).

Das Ziel der Angehörigen Schulung, die im Rahmen der Memory-Klinik Entlisberg entwickelt und angeboten wurde, bestand darin, die Betreuenden zu befähigen, Lösungen für problematische Situationen und Entwicklungen im Krankheitsverlauf – bei Demenzerkrankungen besonders wichtig – zu finden und zu realisieren. Zusätzlich sollte die eigene Weiterentwicklung unter den Bedingungen einer demenzbetroffenen Beziehung entwickelt werden. Wichtig war auch, gezielt externe Unterstützung aktivieren zu können, um sich zu entlasten. Die betreuenden Angehörigen lernten

deshalb sowohl die Symptome und Behandlungsmöglichkeiten von Demenzkrankheiten als auch individuell angepasste Betreuungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten kennen (vgl. Schmid 1998). Die Schulung von Angehörigen im Rahmen dieser Studie führte – im Unterschied zur Forschungshypothese (vgl. dazu Mittelman et al. 1996; Pinquart, Sörensen 2002) – allerdings nicht zur Verzögerung eines Heimeintritts, zumindest nicht innerhalb der ersten drei untersuchten Jahre. Signifikante Prädiktoren für einen Heimeintritt waren sowohl Schweregrad der Demenz als auch das Alter der pflegenden Angehörigen; nach drei Jahren wurde nur noch die Hälfte der Demenzkranken weiterhin zuhause betreut. Im Vergleich zur Kontrollgruppe ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bei den Heimeintritten, ebenso wie sich auch die Mortalitätsraten von Interventions- und Kontrollgruppe nicht unterschieden. Das Fehlen statistisch signifikanter Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe bei diesen Indikatoren hängt allerdings auch mit der relativ geringen Stichprobengrösse dieser Studie zusammen, die deutlich kleiner war als ursprünglich geplant.

Auch bezüglich gesundheitlicher Indikatoren (Anzahl benützter Medikamente, Arztbesuche, Spitalaufenthalte oder körperliche Beschwerden der Betreuungspersonen) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen geschulten und nicht geschulten Angehörigen. Insgesamt verschlechterte sich die Gesundheit der Angehörigen im Verlauf der Pflegezeit eher, und zwar in beiden Gruppen. Dies hängt sicherlich damit zusammen, dass sich die Pflegebelastung im Zeitverlauf erhöhte: Die pflegebedürftigen Angehörigen benötigten ein oder zwei Jahre später mehr Hilfe bei alltäglichen Aktivitäten. Sie mussten länger beaufsichtigt werden, und der zeitliche Pflegeaufwand stieg an.

Die Schulung der Angehörigen hatte keine Auswirkung auf den Pflegeaufwand. Hingegen zeigte die Angehörigenschulung in der Zürcher Studie klar positive Effekte auf das emotionale Wohlbefinden und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität der Angehörigen. Während das Wohlbefinden bei Personen der Kontrollgruppe aufgrund der steigenden Pflegebelastung beeinträchtigt wurde, blieb es bei der Schulungsgruppe stabil. Ein ähnliches Muster zeigte sich bei der selbst eingeschätzten Lebensqualität. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Angehörigenschulung konnten ihre Lebensqualität erhalten. In der Kontrollgruppe sank sie hingegen ab. Gleichzeitig erleichterte die Angehörigenschulung eine zeitweise Ablösung und Entlastung der Betreuenden, etwa durch Nachbarschaftshilfe oder durch Teilnahme an speziellen Angeboten für Demenzkranke und ihre Angehörigen. Die Schulung half den Angehörigen dabei, Hilfe zu organisieren und anzunehmen.

Die positiven Effekte der Schulung etwa auf das emotionale Wohlbefinden zeigten sich interessanterweise vor allem bei Angehörigen aus den unteren und mittleren Bildungsschichten, wogegen Personen der höheren Bildungsschicht von der Angehörigenschulung weniger stark profitierten. Ferner zeigten sich positive Effekte vor allem bei weniger vermögenden Teilnehmern. Angehörigenschulung zeitigt somit sozial differenzielle Effekte. Dabei können genau jene Studienteilnehmer, die im Allgemeinen für solche Angebote schwer zu motivieren sind, besonders im Hinblick auf ihr emotionales Wohlbefinden am stärksten von einer Angehörigenschulung profitieren. Eine wesentliche Konsequenz dieser Feststellung ist, dass Angehörigenschulung, namentlich für Angehörige demenzkranker Menschen, zielgruppenspezifisch auszurichten ist. Die Bereitschaft zur Teilnahme dürfte bei unteren bzw. bildungsfernen Sozialschichten erhöht werden, wenn die Angehörigenberatung und -schulung alltagsnah, lokal und innerhalb bestehender Sozialstrukturen angeboten wird.

4 Ausserfamiliale Hilfeleistungen für ältere Menschen zuhause

Der überwiegende Teil der sozialen Hilfe und Pflege für ältere Menschen wird, wie erwähnt, durch Angehörige und Familienmitglieder erbracht. Dennoch können auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn im höheren Lebensalter wichtige Unterstützungspersonen darstellen. Infolge des sozialen Wandels der Familie und Prozessen demografischer Alterung werden zukünftig sogar vermehrt «Wahlverwandtschaften» an die Stelle von «Blutsverwandtschaften» treten. Dies wird vor allem für jene Generationen von Frauen und Männern zutreffen, die vermehrt auf Kinder verzichten und deshalb fehlende Angehörige durch andere Unterstützungspersonen kompensieren müssen.

Im Folgenden soll zuerst die Bedeutung von freundschaftlicher Hilfe im Alter untersucht werden. Anschliessend werden wichtige Aspekte der Nachbarschaftshilfe und einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Alter diskutiert.

4.1 Ausserfamiliale Hilfe – Freunde und Nachbarn

Freundschaften und Hilfe durch Freunde

Freundschaftsbeziehungen im Alter haben in den letzten Jahrzehnten nachweisbar eine Aufwertung erfahren. So ergab sich gemäss den deutschen Wohlfahrts-Surveys schon in den 1980er Jahren eine Verstärkung der Netzwerkhilfe durch Freunde (vgl. Diwald 1986). Auch der Längsschnittvergleich von älteren Menschen in Genf und Wallis 1979 bis 1994 liess eine signifikante Ausdehnung des Freundeskreises im Alter erkennen (vgl. Lalive d'Épinay et al. 2000). Der Anteil der 50- bis 80-jährigen Menschen, die den Lebenswunsch «gute Freunde zu haben» hoch bewerten, stieg in der Schweiz zwischen 1991 und 2000 von 32% auf 43% an (vgl. Ernest Dichter SA 2000).

Gemäss dem schweizerischen Haushaltspanel 1999 hatten 85% der 60- bis 69-Jährigen gute Freunde. Bei den zuhause lebenden 70- bis 79-Jährigen konnten gut 76% auf gute Freunde zählen. Da es sich bei Freunden häufig um gleichaltrige Personen handelt, sinkt der Anteil von Personen mit Freunden im hohen Lebensalter eher ab. Gleichzeitig sind aber für Freundesbeziehungen auch soziale Faktoren bedeutsam. So haben empirische Studien immer wieder einen Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und der Zahl naher Freunde festgestellt. Ältere Menschen mit geringem sozialem Status geben weniger Freunde an. Sowohl Schulbildung als auch Einkommen sind mit der Grösse des Freundschaftsnetzes positiv assoziiert (vgl. Höllinger, Haller 1993; Schütze, Lang 1993).

Im Gegensatz zu familialen Beziehungen beruhen Freundschaften auf Freiwilligkeit. Enge Freundschaften sind deshalb meist durch langjährige gemeinsame Interessen geprägt. Obwohl im Allgemeinen die affektiv-emotionale Bedeutung von Freundschaftsbeziehungen im Vordergrund steht, können Freunde und Freundinnen im Alter auch in praktischer Hinsicht hilfreich sein, etwa durch die Bereitstellung kleiner Alltagshilfen, wie Begleitung bei Einkäufen, Beratung bei administrativen Problemen usw.

Zum Verhältnis von Freundschaftsbeziehungen und familial-verwandtschaftlichen Beziehungen gibt es zwei gegensätzliche Erklärungsmodelle (vgl. Budowski et al. 1995): Das erste betont den kompensatorischen Charakter des Freundschaftsnetzes, denn es geht davon aus, dass Freunde fehlende oder schlechte familiale Beziehungen ersetzen. Demzufolge sei die Beziehung zwischen familialen und freundschaftlichen Netzwerken, was praktische Hilfeleistungen betrifft, am ehesten durch ein hierarchisch-kompensatorisches Muster zu erklären: Zuerst würden Familienmitglieder um Hilfe angegangen, und nur wenn kein familiales Netzwerk zur Verfügung steht, würden vermehrt Freunde um praktische Hilfe gebeten (vgl. Cantor 1979). Das alternative Erklärungsmodell postuliert einen eigenständigen Charakter des Freundschaftsnetzes. Nach diesem Modell handelt es sich um ein soziales Unterstützungsnetz, das spezifische Aufgaben erfüllt, wobei eher von einer aufgabenspezifischen

Unterstützung und Hilfe auszugehen sei, indem enge Freunde jene sozialen Aufgaben erfüllten, die andere Netzwerke nicht erbringen könnten (vgl. Messeri et al. 1993).

Die neueren Arbeiten sprechen eher für das zweite als für das erste Modell, wobei die These einer eigenständigen Bedeutung freundschaftlicher Beziehungen durch eine Reihe soziologischer Beobachtungen zu Freundschaftsbeziehungen in modernen Gesellschaften gestützt wird: Zum einen handelt es sich um soziale Beziehungen, die explizit auf Freiwilligkeit und Gegenseitigkeit beruhen (vgl. Adams, Blieszner 1989; Allan 1989). Zum anderen ist soziale Homogamie (gleiche Altersgruppe, gleiche Interessen und ähnlicher Lebensstil) namentlich bei engen Freundschaften ein zentrales Beziehungsmerkmal. Freundschaften entstehen und stabilisieren sich häufig aufgrund gemeinsamer Lebensvorstellungen und -erfahrungen (vgl. Crohan, Antonucci 1989; Jerrome 1984; Litwak 1989).

Die Definition eines engen Freundes oder einer engen Freundin und die soziale Bedeutung von Freundschaftsbeziehungen unterliegen allerdings soziokulturellen Unterschieden. Daher sind die in verschiedenen Ländern durchgeführten Studien zum Thema «Freundschaft im Alter» nicht ohne weiteres zu verallgemeinern. So werden in den USA häufig auch jene Personen als Freunde bezeichnet, die in Nord- und Mitteleuropa höchstens als nähere Bekannte angesehen würden. Aus diesem Grund ist der Anteil älterer Menschen, die angeben, keine Freunde zu haben, in deutschsprachigen Ländern deutlich höher als in den USA oder in Italien (vgl. Höllinger, Haller 1990: 114).

Aufgrund der unterschiedlichen sozialen Bedeutung von Freundesbeziehungen und familial-verwandtschaftlichen Netzwerken ist zu vermuten, dass freundschaftliche Kontakte und Hilfebeziehungen von anderen sozialen Netzwerkbeziehungen (namentlich familialer Art) relativ dissoziiert sind. Positive Korrelationen sind allenfalls deshalb zu erwarten, weil Aufbau und Bewahrung freundschaftlicher Beziehungen vielfach ähnliche soziale Kompetenzen voraussetzen, wie sie auch für die Bewahrung guter familialer Netzwerke wichtig sind. So wiesen Genfer und Walliser RentnerInnen mit intensiven familialen Beziehungen häufig auch enge Freundschaftsbeziehungen auf und umgekehrt (vgl. Lalive d'Epinau et al. 2000). Das gleiche Ergebnis fand sich in einer 1992 durchgeführten Zürcher Forschungsstudie zur sozialen Unterstützung zuhause lebender betagter Menschen. Gleichzeitig bestand zwischen der wahrgenommenen Unterstützung durch Freunde und der Lebenszufriedenheit ein positiver Zusammenhang (vgl. Budowski et al. 1995). Generell zeigen Studien, dass das Vorhandensein naher Freunde, von denen praktische und emotionale Hilfe erwartet werden kann, die Lebenszufriedenheit älterer Menschen positiv beeinflusst (vgl. Crohan, Antonucci 1989; Matt, Dean 1993).

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass die These eines substitutiven Verhältnisses von familialen und freundschaftlichen Beziehungen empirisch kaum belegt werden kann. Empirische Studien zeigen allerdings übereinstimmend, dass Freundschaftsbeziehungen im Alter hauptsächlich im Bereich persönlicher und emotionaler Unterstützung von Bedeutung sind, wogegen «sie für den Bereich praktischer Unterstützung einen nur nachrangigen Stellenwert zu besitzen scheinen. Dies spricht eher für eine partielle Arbeitsteilung zwischen verwandtschaftlichen und nichtverwandtschaftlichen Beziehungen, als dass sie sich wechselseitig substituieren würden» (Diewald 1993: 745). Die Daten des schweizerischen Haushaltspanels 1999 unterstützen diesen Befund: Von den älteren Befragten mit Freunden wird die emotionale Hilfe durch Freunde stärker gewichtet als die praktische Hilfe. Auf einer Skala von 0 bis 10 bewerteten die 65- bis 79-jährigen Befragten die emotionale Hilfe durch Freunde durchschnittlich mit 7 Punkten, die praktische Hilfe hingegen nur mit 5.5 Punkten.

Im Einzelfall können jedoch auch praktische Hilfestellungen und Unterstützungen durch Freunde bedeutsam sein. In der 1992 durchgeführten SUGES-Erhebung bei leicht behinderten älteren Menschen aus der Stadt Zürich erwarteten immerhin 31% praktische Hilfe von ihren Freunden, und 54% erwarteten persönliche Hilfe. Auch in dieser Studie war keine negative Beziehung zwischen familialen

und freundschaftlichen Unterstützungserwartungen zu beobachten. Die Inanspruchnahme starker familialer Hilfe führte nicht zur geringeren Inanspruchnahme ausserfamilialer Hilfe oder umgekehrt (vgl. Budowski et al. 1995).

Auch die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 lassen keine negative Beziehung zwischen freundschaftlichen und familialen Hilfeleistungen erkennen. Bezogen auf alle zuhause lebenden Personen werden namentlich die über 80-jährigen Menschen nicht selten aus gesundheitlichen Gründen von Freunden und Bekannten im Alltag unterstützt. Von den Personen, die aus gesundheitlichen Gründen regelmässig Hilfe beanspruchen, erhalten gut ein Fünftel (65- bis 79-Jährige) und gut ein Drittel (80-Jährige und Ältere) Hilfeleistungen durch Freunde (vgl. Tabelle 18). Teilweise ergeben sich Begrenzungen der praktischen Hilfe seitens der Freunde daraus, dass nahe Freunde nicht immer in der Nachbarschaft wohnen oder Freunde, wenn sie gleichaltrig sind, selber keine Alltagshilfe mehr zu leisten vermögen.

Die Befragungsdaten 2002 ergaben, dass, nach eigenen Angaben, auch im Alter mehr Hilfeleistungen für Freunde erbracht werden, als dass Hilfe angenommen wird. Im Vergleich zu anderen Bezugsgruppen sind Hilfeleistungen unter Freunden häufig wechselseitig, weil bei Freundschaften grundsätzlich ein Gleichgewicht von Nehmen und Geben erwartet wird. Dieses Gleichgewicht ist im persönlichen Austausch leichter zu erreichen als bei Alltagshilfen.

Tabelle 18

Hilfe erhalten und Hilfe geben im Alter: Freunde und Bekannte

	Alter der zuhause lebenden Befragten	
	65–79 J.	80+ J.
A) Bezogen auf alle zuhause lebenden Personen:		
In den letzten 7 Tagen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten von Freunden oder Bekannten	1.2%	5.4%
In letzter Woche Freunden oder Bekannten Hilfe gegeben	9.5%	6.6%
B) Bezogen auf alle, die in den letzten 7 Tagen Hilfe erhielten bzw. Hilfe leisteten:		
In den letzten 7 Tagen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten von Freunden oder Bekannten	22%	33%
In letzter Woche Freunden oder Bekannten Hilfe gegeben	38%	42%

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe)

Freunde stellen also auch im höheren Lebensalter wichtige Bezugs-, Vertrauens- und Unterstützungspersonen dar. Für neue Generationen älterer Menschen gewinnen selbst wählbare Freundschaften eher noch an Bedeutung. Es ist jedoch nicht der Fall, dass Freundschaftsbeziehungen und -hilfe familiale Beziehungen ersetzen oder verdrängen, sondern familiale und freundschaftliche Netzwerke bestehen unabhängig voneinander und haben je eigene soziale Merkmale.

Was die Pflege älterer Menschen im engeren Sinn betrifft, ist festzuhalten, dass Freunde oder Freundinnen nur relativ selten Hauptpflegepersonen sind. Intensive Pflegeaufgaben zerstören allzu leicht das grundlegende Prinzip der Gegenseitigkeit, das Freundschaften begründet. Pflegesituationen unter

Freunden betreffen hauptsächlich Personen, die schon länger im selben Haushalt gelebt haben, z.B. ein homosexuelles Paar oder eine freundschaftliche Wohn- und Hausgemeinschaft.

Nachbarschaft und Nachbarschaftshilfe

Die Nachbarschaft ist häufig nicht gewählt, sondern vorgegeben, selbst wenn die Möglichkeit besteht, seine Nachbarschaft durch Wohnungswechsel zu ändern. In den letzten Jahrzehnten hat die erhöhte Mobilität älterer Menschen zu einer Ausweitung der Sozialbeziehungen über die Grenzen der unmittelbaren Nachbarschaft hinaus beigetragen. Infolgedessen sind die Nachbarschaftsbeziehungen älterer Menschen vielfach nicht besonders ausgeprägt. Die 1994 befragten Walliser und Genfer Rentner beispielsweise pflegten zum grossen Teil keine oder höchstens eine neutrale Beziehung zu ihren Nachbarn (Zentralwallis: 40% der Befragten, Genf: 53% der Befragten). Man grüsst sich gegenseitig und hält hie und da ein «Schwätzchen», aber sonst ergeben sich oft wenig Beziehungen. In weniger als einem Drittel der Fälle halfen sich die Nachbarn gegenseitig mit kleinen Dienstleistungen aus. Im Zeitvergleich 1979–1994 haben sich die Kontakte zu den Nachbarn weiter gelockert, vor allem in städtischen Regionen (vgl. Lalive d'Épinay et al. 2000). Gemäss den Daten des Schweizerischen Haushaltspanels 1999 gaben um die 30% der 65- bis 79-jährigen Personen an, keine engen Nachbarschaftskontakte zu pflegen; in der Univox-Befragung 2004 hatten 33% der 65- bis 84-jährigen Befragten kaum nähere Kontakte zu Nachbarn. Diese Entwicklung hängt vor allem, wie bereits gesagt, damit zusammen, dass heutige Rentner mobiler sind als frühere Rentnergenerationen, was unter anderem durch den Besitz eines privaten Automobils ermöglicht wird. Während 1978 erst ein Viertel der zuhause lebenden AHV-Rentner ein eigenes Auto besass, sind es heute mehr als zwei Drittel (vgl. Höpflinger 2004a). Sie sind deshalb in ihren sozialen Kontakten weniger auf die unmittelbare (und nicht wählbare) Nachbarschaft angewiesen. Hilfeleistende Nachbarn werden denn auch weniger häufig erwähnt als hilfeleistende Angehörige oder Freunde.

Dennoch ist Nachbarschaftshilfe speziell bei hochbetagten Menschen nicht selten, und gut ein Viertel der zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen auf Hilfe angewiesen sind, erhalten Hilfeleistungen von Nachbarn (vgl. Tabelle 19). Vielfach handelt es sich um Hilfe beim Einkaufen, bei der Zubereitung von Mahlzeiten oder bei körperlich anstrengenden Haushaltsaktivitäten. Durch ihre räumliche Nähe sind Nachbarn gerade für häusliche Aktivitäten leichter mobilisierbar als entfernt wohnende Angehörige oder Freunde.

Tabelle 19

Erhaltene Nachbarschaftshilfe 2002

	Alter der zuhause lebenden Befragten	
	65–79 J.	80+ J.
A) Bezogen auf alle zuhause lebenden Personen: In den letzten 7 Tagen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten von Nachbarn	0.7%	4.1%
B) Bezogen auf alle, die in den letzten 7 Tagen Hilfe erhielten: In den letzten 7 Tagen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten von Nachbarn	15%	24%

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe)

Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass Nachbarschaftskontakte umso wichtiger werden, je kleiner der eigene Aktionsradius wird, sei es wegen Kleinkindern bei jungen Eltern, sei es wegen Mobilitätseinschränkungen bei älteren Menschen. Empirische Studien belegen, dass eine funktionierende Nachbarschaftshilfe gerade für ältere Frauen und Männer mit gesundheitlichen Einschränkungen bedeutsam wird (vgl. Meyer, Budowski 1993). Eine gute Nachbarschaft hilft insbesondere bei vorübergehenden Notlagen – wie etwa durch das Erledigen der Einkäufe im Fall einer Sturzfraktur usw. – und tatsächlich haben vor allem akute Krisenereignisse einen mobilisierenden Effekt im Hinblick auf die Nachbarschaftshilfe. Dagegen ist die Situation bei chronischen Belastungen anders: Wenn sich in überschaubarer Zeit kein Erfolg der nachbarschaftlichen Bemühungen abzeichnet, tritt bald Ermüdung ein und die Unterstützung flaut ab (vgl. Bösch 1991). Unorganisierte Nachbarschaftshilfe ist daher bei schweren Krisen oder Pflegebedürftigkeit kurzfristig von Nutzen, wogegen eine langfristige Pflege die Nachbarschaftshilfe sozial häufig überfordert, abgesehen davon, dass die Nachbarschaftshilfe bezüglich Pflegeleistungen engen Intimitätsschranken unterworfen ist. Nachbarschaftshilfe und vor allem Nachbarschaftspflege stösst auch bei demenziellen Erkrankungen auf enge Grenzen, und ein Ausbau der Nachbarschaftshilfe ist nur in seltenen Fällen eine erfolgreiche Strategie zur Unterstützung demenzerkrankter älterer Menschen.

Auch eine organisierte Nachbarschaftshilfe wirkt oftmals weniger in Richtung einer Unterstützung pflegerischer Leistungen im engeren Sinn, sondern sie füllt primär Lücken der psychosozialen Versorgung. «Durch vermehrte soziale Unterstützung, wie sie durch die Nachbarschaftshilfe geleistet wird, können stressbedingte Krankheiten möglicherweise verhindert oder gelindert werden. Die organisierte Nachbarschaftshilfe nimmt in diesem Sinne eine wichtige Präventionsfunktion wahr» (Meyer 2000: 265). Ein in der Stadt Zürich durchgeführtes Projekt organisierter Nachbarschaftshilfe führte bei älteren Menschen einerseits zu einer Verminderung von Alltagsstress und zu einer Abnahme der Alltagsbeschwerden. Andererseits kam es im Gefolge der Einführung organisierter Nachbarschaftshilfe zu einer gewissen Deaktivierung spontaner Hilfeleistungen und zu einer Beeinträchtigung der quartierbezogenen Partizipation der älteren Bevölkerung (vgl. Meyer, Suter 1992). Organisierte Nachbarschaftshilfe – speziell im Sinn der gezielten Rekrutierung einer kleinen, ausgewählten Gruppe freiwilliger Helfer für organisierte Hilfe – kann unerwünschte Wirkungen entfalten. Problematisch ist insbesondere eine «Institutionalisierung von Helfen, die aufgrund ihrer Struktur, ihrer Zielsetzung und ihrer Arbeitsweise in eine starke Substitutionskonkurrenz mit informellem Helfen und mit informellen sozialen Aktivitäten tritt» (Meyer 2000: 313). Eine hoch motivierte und gut organisierte Elite freiwilliger Helfer und Helferinnen kann durchaus zur Verdrängung spontaner Nachbarschaftshilfe von sozial weniger aufdringlichen älteren Menschen beitragen. Besser sind soziale Dienste und Nachbarschaftsinitiativen, die neben ihrem Hilfeangebot gezielt das informelle Helfen fördern (vgl. Meyer, Budowski 1993). Diese Aussage gilt insbesondere für Nachbarschaftshilfe, die weitaus stärker als familiale und freundschaftliche Hilfeleistungen mit gewachsenen sozialökologischen Siedlungsverhältnissen verknüpft ist.

4.2 Selbsthilfegruppen – Möglichkeiten und Grenzen

Die gemeinschaftliche Selbsthilfe umfasst ein breites Spektrum von Zusammenschlüssen, die weder zu den traditionellen primären sozialen Netzwerken (wie Familie und Nachbarschaft) noch zur Arbeitswelt oder den Einrichtungen des Sozialstaats gehören, sondern einen eigenständigen (intermediären) Bereich bilden. Dazu gehören namentlich Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Allerdings hat sich, wie Bernhard Borgetto (2004) in seiner grundlegenden Analyse aufzeigt, das Konzept der Selbsthilfe im Laufe der letzten drei Jahrzehnte immer weiter aufgefächert. In den 1970er Jahren wurde Selbsthilfe im engeren Sinn vor allem als psychotherapeutische Selbstbehandlung betroffener Menschen in kleinen Gruppen betrachtet. Kurz darauf entwickelte sich im Zug der zunehmenden Gemeindeorientierung in

den psychosozialen Fächern der Medizin das Konzept der Selbsthilfe als Gegenmacht zu Anonymität und Fremdbestimmung der professionellen Gesundheitsversorgung. Gegenwärtig lassen sich gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen formal wie folgt definieren: «Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher/regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen und deren Folgen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind. Wenn Selbsthilfegruppen geleitet werden, dann von selbst betroffenen Mitgliedern, unabhängig davon, ob diese medizinische Laien oder Experten/professionelle Helfer sind. Selbsthilfegruppen, bei denen die Anliegen und Probleme der eigenen Mitglieder im Vordergrund stehen, werden als innenorientierte Gruppen bezeichnet. Analog dazu nennt man Selbsthilfegruppen, die sich darüber hinaus auch der Beratung und Vertretung der Interessen anderer Betroffener widmen, aussenorientierte Gruppen» (Borgetto 2004: 83). Innerhalb der Ärzteschaft wurden Selbsthilfegruppen zunächst kontrovers diskutiert, später jedoch zunehmend als Ergänzung der medizinischen Versorgung betrachtet. In der Schweiz werden Selbsthilfegruppen nach anfänglicher Skepsis heute von vielen Fachleuten als Ergänzung der medizinischen und psychosozialen Versorgung akzeptiert (vgl. Vogelsanger 1995).

Deutliche salutogene Effekte eines Engagements in Selbsthilfezusammenschlüssen konnten bezüglich der subjektiven (körperlichen, psychischen und sozialen) Gesundheit und im Zusammenhang mit psychischen Störungen belegt werden. Demgegenüber konnte eine Verringerung somatischer Erkrankungen empirisch bislang nicht eindeutig nachgewiesen werden, obgleich aufgrund der Stressforschung solche Effekte durchaus vermutet werden (vgl. Borgetto 2004). Ein Haupteffekt organisierter Selbsthilfe liegt in der Stärkung der positiven Auswirkungen von sozialer Unterstützung auf die Gesundheit; soziale Unterstützung wiederum erhöht direkt und indirekt das körperliche und psychische Wohlbefinden und reduziert damit Morbidität (vgl. Berkman, Glass 2000; Meyer 2000). Die positive sozial-emotionale Wirkung von Selbsthilfegruppen beruht vor allem auf gegenseitiger Wertschätzung, auf Zuneigung und auf wechselseitigem Vertrauen. So hat die Gründung von Alzheimer-Vereinigungen das gesellschaftliche Stigma der Demenz wesentlich reduziert, was dazu beiträgt, dass Angehörige eher bereit sind, über das Problem zu sprechen, und schneller Hilfe anfordern. Dadurch kann eine Isolation von Demenzkranken und pflegenden Angehörigen vermieden werden. Informations- und Erfahrungsaustausch erleichtert zudem die Bewältigung einer schwierigen Situation, sei es, dass Grenzen und Möglichkeiten medizinischer Interventionen klarer sichtbar werden, sei es, dass pflegende Angehörige über neue Pflegekonzepte informiert werden, usw.

Selbsthilfezusammenschlüsse haben sich in der Schweiz allerdings anders als in Deutschland entwickelt, und bis heute sind in der Schweiz Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen weniger verbreitet. Gemäss Schätzungen besteht in Deutschland eine Selbsthilfegruppe pro 1 100 Einwohner. In der Schweiz kommt auf 6 300 Einwohner eine Selbsthilfegruppe. Diese Differenz hängt damit zusammen, dass Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen in der Schweiz finanziell in geringerer Masse gefördert wurden und werden als in Deutschland. Folglich ist die Infrastruktur zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen weniger entwickelt. Darüber hinaus sind Selbsthilfezusammenschlüsse in der Schweiz weniger in das Versorgungssystem integriert, und sie haben (noch) geringere Mitsprache- und Mitwirkungsrechte als in Deutschland (vgl. Borgetto 2004). Zu einer verstärkten Vernetzung kam es in der Schweiz erst 1996 mit der Gründung der Arbeitsgemeinschaft KOSCH (Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz), die im Jahr 2001 in Basel eine nationale Geschäftsstelle einrichtete (www.kosch.ch). Eine von der Stiftung KOSCH durchgeführte Schätzung geht davon aus, dass im Jahre 2000 um die 2000 Selbsthilfegruppen mit etwa 22 000 Mitgliedern bzw. Teilnehmern bestanden, was im Vergleich zu früheren Jahrzehnten eine deutliche Zunahme indiziert. Gut drei Viertel der Selbsthilfegruppen sind den Bereichen Sucht, Krankheit und Behinderung zuzuordnen (vgl. Vogelsanger 2003).

Gegenwärtig sind die älteren Menschen bei Selbsthilfegruppen in Deutschland und der Schweiz eher untervertreten. Allerdings zeigt sich seit den 1990er Jahren eine rasche Zunahme von Interessen- und Selbsthilfeorganisationen älterer Menschen (vgl. Puenzieux et al. 1997; Reggentin, Dettbarn-Reggentin 1998). Im Jahre 1990 wurde mit der VASOS (Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfeorganisationen) eine gesamtschweizerisch tätige Vereinigung gegründet, die eine verbesserte Koordination der Seniorengruppen anstrebt. In einer demografisch alternden Gesellschaft haben Selbsthilfeorganisationen älterer Menschen als «Werkstätten neuer Altersbilder» und Orte einer aktiven und selbstbewussten Gestaltung der immer länger werdenden Altersphase eine wachsende gesellschaftliche und kulturelle Bedeutung. «Ziele, Erfolge und Motive in Selbsthilfeorganisationen von Älteren beschreibt die Selbsthilfeforschung in eng miteinander verwobenen Dimensionen: wechselseitige soziale Unterstützung (instrumentell, emotional und informativ), Prävention, Rehabilitation und Linderung von Gesundheitsproblemen, Aufbau und Pflege von Kontakten und Beziehungen, soziales Engagement für andere, Realisierung gemeinsamer sozialer, kultureller und kreativer Interessen, genossenschaftlich organisierter Tausch von Serviceleistungen und schliesslich politische Partizipation und Interessenvertretung» (Zeman 2000: 170).

Im hohen Lebensalter stösst eine gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisation sachgemäss auf Grenzen, sei es, weil funktionelle Einschränkungen im Alter die Kompetenzen für Selbsthilfe reduzieren, sei es, weil Multi- und Polymorbidität die Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen überschreiten. Selbsthilfegruppen von Menschen im hohen Alter benötigen deshalb eine fachlich-professionelle Begleitung. Vor allem hirnorganische Störungen und kognitive Einbussen reduzieren die Möglichkeiten der Selbsthilfe. Erfolgreich und entsprechend ausbaufähig ist hingegen die Selbsthilfe und Selbstorganisation von Angehörigen demenzkranker alter Menschen, und tatsächlich fand die 1988 gegründete Schweizerische Alzheimervereinigung in den letzten Jahrzehnten einen regen Zuspruch. Heute zählt die Schweizerische Alzheimervereinigung um die 5 500 Mitglieder, organisiert in 18 kantonalen Sektionen (www.alz.ch). Daneben umfasst die Schweizerische Parkinsonvereinigung 50 bis 60 Selbsthilfegruppen in der ganzen Schweiz. Im Unterschied zu Selbsthilfegruppen jüngerer Menschen etwa im Suchtbereich wird von der Schweizerischen Alzheimervereinigung wie auch von der Parkinsonvereinigung eine enge Zusammenarbeit von Angehörigen, fachlichen Betreuern und Ärzten angestrebt.

Während sozial orientierte Selbsthilfe von Senioren durchaus eigenständig und nach innen ausgerichtet sein kann, sind bei der gesundheitlichen Selbsthilfe im Alter primär aussenorientierte Selbsthilfegruppen sinnvoll. Dazu gehören die in vielen Regionen der Schweiz erfolgreich funktionierenden Gruppen «Senioren helfen Senioren», wo sich gesunde ältere Menschen gezielt für die Belange hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen einsetzen, etwa im Rahmen von Transport-, Besuchs- und Spazierdiensten für pflegebedürftige ältere Menschen.

Selbsthilfegruppen im Alter sind durch zwei Grundprinzipien charakterisiert: Zum einen stehen neben den betroffenen alten Menschen auch die Angehörigen im Zentrum der Aktivitäten. Dies gilt insbesondere bei demenzkranken alten Menschen, wo eine heteronome Artikulation der Interessen von PatientInnen unverzichtbar ist. 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 Situationen (Multimorbidität, atypische Krankheitsverläufe usw.) handelt, die nicht durch Laien allein zu bewältigen sind. Selbsthilfegruppen im Alter haben nur dann gute Erfolgchancen, wenn Patient, Angehörige und Fachkräfte eng zusammenarbeiten. In diesem Sinn sind gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen im Alter oder für das Alter keine Alternativen zum formellen Versorgungssystem, sondern eine wertvolle Ergänzung vorhandener familialer, ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgung.

5 Ambulante Pflege älterer Menschen – die Spitex

5.1 Dienstleistungen für ältere Menschen – die Schweiz im europäischen Vergleich

Der Ausbau der ambulanten und stationären Pflege im Alter variiert international stark (Tabelle 20): Ein Vergleich verschiedener europäischer Länder zeigt einerseits, dass der Anteil älterer Menschen in institutionellen Einrichtungen – namentlich Alters- und Pflegeheime – unterschiedlich ist. Ein hoher Anteil von älteren Menschen in institutionellen Einrichtungen findet sich insbesondere in den Niederlanden. Auch Länder wie Finnland, Norwegen und die Schweiz weisen einen relativ hohen Anteil älterer Menschen, die in stationären Einrichtungen leben, auf. Der Anteil älterer Menschen in Institutionen liegt in der Schweiz höher als in den Nachbarländern Deutschland und Österreich. Ein geringer Anteil älterer Menschen in stationären Einrichtungen findet sich namentlich in Frankreich, aber auch in Italien, Spanien und Griechenland.

Tabelle 20

Dienstleistungen für ältere Menschen im europäischen Vergleich um 2000

in Anspruch nehmen*:	65 Jahre alt und älter (insgesamt):	
	%-Anteil in Institutionen	%-Anteil derjenigen, die ambulante Pflege
Belgien	4.0%	6.0%
Dänemark	5.7%	17.0%
Deutschland	5.0%	3.0%
Finnland	7.2%	24.0%
Frankreich	3.0%	7.0%
Griechenland	0.5%	–
Grossbritannien	5.1%	13.0%
Irland	5.0%	3.0%
Italien	2.0%	1.3%
Niederlanden	10.0%	8.0%
Norwegen	7.1%	14.0%
Österreich	4.7%	3.0%
Portugal	5.0%	1.5%
Schweden	5.4%	13.0%
Spanien	2.8%	1.0%
Schweiz	8.5% **	13.0%

* using home-based services of care

** bzw. 7.1%, wenn nur sozialmedizinische Einrichtungen einbezogen werden

Quelle: Pinnelli 2001: Tab. 10

Im europäischen Vergleich werden andererseits auch Unterschiede im Ausbau der ambulanten Pflege deutlich. Ein verhältnismässig starker Ausbau ambulanter Pflege findet sich in den nordeuropäischen Ländern (Finnland, Dänemark, Schweden, Norwegen) sowie in Grossbritannien. Auch die Schweiz gehört zu den Ländern mit relativ gut ausgebauter ambulanter Pflege. Der Anteil älterer Menschen, die ambulante Pflege erhalten, ist insgesamt höher als in Deutschland oder Österreich. Gering ausgebaut ist

die ambulante Pflege namentlich in den südeuropäischen Ländern (Italien, Spanien, Portugal, Griechenland).

Werden die beiden Variablen für die 16 einbezogenen europäischen Länder korreliert, ergibt sich eine positive Korrelation zwischen dem Ausbau stationärer und ambulanter Pflege im Alter von $r = .60$. Jedenfalls scheint der Ausbau ambulanter Pflegestrukturen international betrachtet nicht mit einem geringeren Anteil älterer Menschen in stationären Einrichtungen einherzugehen oder umgekehrt. Wahrscheinlich ist, dass entweder sowohl die stationäre als auch die ambulante Pflege relativ gut ausgebaut ist oder aber in beiden Bereichen bisher wenig investiert wurde. Die Schweiz gehört hier eher zum Cluster der nordeuropäischen Länder als zu Mittel- oder Südeuropa. Sie verfügt nicht nur über relativ gute sozial- und gesundheitspolitische Infrastrukturen, sondern hat auch eine spezifische familiäre Tradition, denn sie gehört mit den nordeuropäischen Ländern historisch zu den Hauptträgern des so genannten «europäischen Ehe- und Familienmodells» (vgl. Höpflinger 1986). In diesem Ehe- und Familienmodell sind die intergenerationellen familialen Beziehungen traditionell vergleichsweise locker, was sich zum Beispiel schon früh in einem geringen Anteil von Drei-Generationen-Haushaltungen ausdrückte (vgl. Chvojka 2003). Damit einhergehend wurden ausserfamiliale Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen gesellschaftlich schon frühzeitig legitim und sozialstaatlich unterstützt, wie etwa die traditionsreiche Einrichtung von Altersheimen in vielen Regionen der Schweiz belegt.

5.2 Leistungen der Spitex für ältere Menschen – gesamtschweizerische Angaben

Die ambulante Pflege (Spitex; frz.: maintien à domicile) hat sich schon seit geraumer Zeit zu einer zentralen Säule der Pflege kranker alter Menschen entwickelt (vgl. Hagmann, Fragnière 1997; Spitex Verband Schweiz 2003). Dadurch können ältere hilfs- und pflegebedürftige Menschen oftmals länger zuhause wohnen bleiben. Es steht zu erwarten, dass der Bedarf an ambulanter Pflege – zusätzlich oder in Ergänzung zur stationären Pflege – zukünftig weiter ansteigen wird. Für den aktuellen und zukünftigen Bedarf an ambulanter Pflege und hier vor allem von Leistungen der Spitex sind unter anderem die folgenden sozio-gerontologischen Wandlungen von besonderer Bedeutung:

(1) Bei den Lebensformen älterer Menschen gibt es heute eine starke Konzentration auf Klein- und Kleinsthaushalte. In den letzten Jahrzehnten hat sich der Anteil älterer Männer und Frauen in Einpersonenhaushalten stark erhöht. Gleichzeitig hat aber auch der Anteil von Menschen zugenommen, die im höheren Lebensalter in einer Partnerschaft leben (vgl. Kap. 1.4). Die grosse Mehrheit älterer Menschen lebt damit entweder zu zweit oder allein. Komplementär dazu hat sich der Anteil älterer Menschen verringert, die mit oder bei einem ihrer Kinder wohnen. Das vorherrschende Muster der Generationenbeziehungen im höheren Lebensalter ist das Muster von Intimität auf Distanz (gute Beziehungen, gerade weil jede Generation für sich wohnt). Ebenso zeigt sich ein deutlicher Rückgang des Anteils komplexer Haushaltsformen. Ein Zusammenleben mit anderen Verwandten oder Bekannten ist selten geworden. Diese Entwicklung vergrössert tendenziell den Bedarf nach Leistungen der Spitex.

(2) Der Wohnstandard der grossen Mehrheit älterer Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten eindeutig verbessert. So wird gegenwärtig eine zu grosse Wohnung von älteren Personen häufiger angeführt als eine zu kleine Wohnung (vgl. Höpflinger 2004a) und die neueren Generationen älterer Menschen besitzen häufig Haus- und Wohneigentum. Gemäss Angaben der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2002 sind 46% der zuhause lebenden über 65-jährigen Menschen Wohn- oder Miteigentümer der von ihnen bewohnten Wohnung. Der hohe Wohnstandard beim privaten Wohnen führt nicht nur gegenüber Alters- und Pflegeeinrichtungen zu hohen Ansprüchen, sondern er verstärkt auch den Wunsch, möglichst lange zuhause zu bleiben. Die Inanspruchnahme ambulanter Pflege ist eine der Strategien, um diesen Wunsch zu realisieren.

(3) Auch die Ausdehnung der behinderungsfreien Lebenserwartung älterer Menschen erhöht den Bedarf an ambulanten Leistungen, da behinderungsfrei nicht mit beschwerdefrei gleichzusetzen ist. Namentlich bei Frauen fallen behinderungsfreie und beschwerdefreie Lebenserwartung auseinander. Damit sind viele ältere Frauen zwar durchaus in der Lage, ihr Alltagsleben selbständig zu gestalten, aber wegen körperlicher Beschwerden sind sie punktuell auf hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfeleistungen angewiesen. Eine Ausweitung der behinderungsfreien Lebenserwartung kann daher zur Folge haben, dass die Nachfrage nach stationärer Pflege weniger rasch anwächst als die Nachfrage nach ambulanter Hilfe und Pflege.

(4) Geronto-technologische Fortschritte vermögen die häusliche Betreuung und Pflege alter Menschen zukünftig weiter zu stärken, sei es, weil hilfs- und pflegebedürftige Menschen dank haushaltstechnischer und elektronischer Hilfsmittel (TeleHome-Care, Notrufsysteme usw.) länger selbständig bleiben, sei es, weil mehr medizinische Interventionen ambulant durchgeführt oder ambulant begleitet werden (vgl. Mollenkopf et al. 2001; Mollenkopf et al. 1999). Dies setzt allerdings voraus, dass auch alte Menschen gewillt sind, sich aktiv mit neuen Technologien zu beschäftigen.

Insgesamt betrachtet nimmt die ambulante Pflege vor allem im so genannten fragilen Rentenalter eine zentrale Stellung ein. Das fragile Alter ist jene Phase, in der die körperlichen Risiken und Einschränkungen des Alters zwar sichtbar werden, ein autonomes Leben im eigenen Haushalt jedoch unter günstigen Wohn- und Pflegebedingungen weiterhin gut möglich ist. Die Zunahme der Lebenserwartung älterer Menschen wie auch das spätere Einsetzen von Pflegebedürftigkeit andererseits 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 hirnorganischer Störungen verzögern – oder gesundheitsfördernde Programme zur Reduktion von Sturzfrakturen usw. können die zeitliche Ausdehnung des fragilen Rentenalters zusätzlich verstärken. Deshalb ist zu erwarten, dass die Nachfrage nach ambulanten Dienstleistungen gerade auch bei verlängerter behinderungsfreier Lebenserwartung ansteigen wird.

In Tabelle 21 sind gesamtschweizerische Daten zur professionellen ambulanten Hilfe und Pflege, basierend auf der Spitex-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherung, aufgeführt. Die Daten verdeutlichen, in welchem Masse die Leistungen der Spitex heute primär älteren Menschen zugute kommen: 71% der Spitex-Klienten sind älter als 64 Jahre, und gut 42% sind 80-jährig und älter. Noch stärker auf das höhere Lebensalter bezogen sind die verrechneten Spitex-Stunden, da die pflegerischen, aber auch die hauswirtschaftlichen Aufwendungen pro Spitex-Klientin im höheren Lebensalter intensiver werden. Gut die Hälfte der verrechneten Spitex-Stunden entfällt auf die Gruppe der 80-jährigen und älteren Menschen. Durchschnittlich werden dieser Gruppe jährlich nahezu 50 Stunden Spitex-Dienste verrechnet.

Die Zahl der Spitex-Klienten und Spitex-Klientinnen ist in den letzten Jahren in allen Bereichen (pflegerische Leistungen, hauswirtschaftliche/sozialbetreuerische Leistungen und weitere Leistungen) angestiegen. Demgegenüber ist bei den verrechneten Stunden im Bereich der hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen in den letzten Jahren eine rückläufige Tendenz zu beobachten, was darauf hinweist, dass diese nicht krankenkassenpflichtigen Leistungen zum Teil gekürzt wurden. Bei der älteren Bevölkerung entfallen mehr als die Hälfte aller Leistungen der Spitex auf Pflegeleistungen im engeren Sinn, und diese Pflegeleistungen wurden in den letzten Jahren ausgebaut (teilweise auf Kosten hauswirtschaftlicher Leistungen). Dennoch sind auch die hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen für viele ältere Menschen bedeutsam, da sie mithelfen, die Selbständigkeit zuhause lebender hilfsbedürftiger, aber nicht pflegebedürftiger älterer Menschen länger zu erhalten.

Tabelle 21

Leistungen der Spitex für ältere Menschen in der Schweiz

	Jahr 2000		Jahr 2002	
	65–79 J.	80+ J.	65–79 J.	80+ J.
Absolute Zahlen				
KlientInnen	77 800	110 900	79 200	115 600
- davon: Pflegeleistungen (KLV-Leist.)	43 500	62 200	44 100	65 800
- davon: Hauswirtschaftl. Leistungen u.a.	34 200	48 700	30 300	45 000
Verrechnete Stunden pro KlientIn	37	48	37	49
%-Anteil der jeweiligen Altersgruppe				
- KlientInnen	30%	42%	29%	42%
- verrechnete Stunden	27%	50%	27%	51%
%-Anteil Pflege (KLV-Leistungen)				
- bezogen auf KlientInnen	56%	56%	56%	57%
- bezogen auf Stunden	49%	52%	54%	57%
Leistungen der Spitex pro 100 Personen	9.5	38.1	9.7	39.7
Leistungen der Spitex pro 100 Personen in Privathaushaltungen *	10.0	48.8	10.1	50.8

* d.h. ohne Personen in institutionellen Haushaltungen

Quellen: Bundesamt für Sozialversicherung: Spitex-Statistik 2000 und 2002

Werden die Leistungen der Spitex auf 100 zuhause lebende Personen bezogen, dann entfielen gemäss Spitex-Statistik 2002 auf 100 zuhause lebende 65- bis 79-jährige Personen gut 10 Leistungen der Spitex. Bei den zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen waren es sogar 51 Leistungen der Spitex pro 100 zuhause lebenden 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 abgezählt, 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 etwa 38–40%. Oder in anderen Worten: Gut zwei Fünftel der zuhause lebenden über 80-jährigen Menschen beanspruchen professionelle ambulante Leistungen (Pflegeleistungen, hauswirtschaftliche Leistungen).

Zusätzliche Angaben zur Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex bei älteren Menschen liefern die schweizerischen Gesundheitsbefragungen (vgl. Tabelle 22). Auch diese Angaben verdeutlichen, dass es primär Personen im höheren Lebensalter sind, die professionelle ambulante Pflege- und Hilfeleistungen benötigen.

Tabelle 22

Inanspruchnahme von Spitex-Diensten bei zuhause lebenden älteren Menschen, gemäss schweizerischen Gesundheitsbefragungen

Nach eigenen Angaben in den letzten 12 Monaten Spitex beansprucht:	65–74 J.		75+ J.			
	Frauen	Männer	Frauen	Männer		
- Gesundheitsbefragung 1992/93	5%	4%	18%	12%		
- Gesundheitsbefragung 1997	5%	2%	16%	10%		
- Gesundheitsbefragung 2002	6%	2%	15%	9%		
Gesundheitsbefragung 2002						
	60–64 J.	65–69 J.	70–74 J.	75–79 J.	80–84 J.	85+ J.
Total	2%	3%	6%	6%	16%	28%
Männer	1%	2%	2%	4%	12%	21%
Frauen	3%	3%	8%	8%	18%	32%

Quellen: Abelin et al. 1998 (SGB 1992/93); Bundesamt für Statistik 2000 (SGB 1997); Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (2002; eigene Auswertungen, gewichtete Stichprobe)

Bei den 65- bis 74-jährigen Personen ist die Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex noch vergleichsweise selten. Gemäss schweizerischer Gesundheitsbefragung 2002 sind es in dieser Altersgruppe nur 5–6% der Frauen, die Leistungen der Spitex beanspruchen. Bei den über 74-jährigen Frauen sind es dagegen schon 15% der zuhause lebenden Bevölkerung. Da bei Männern der Hilfe- und Pflegebedarf im Alter häufig durch eine Ehefrau gedeckt wird, ist der Anteil von Männern, die Leistungen der Spitex beziehen, geringer. Im Zeitvergleich 1992/93 und 2002 sind die Zahlen bei den 75-jährigen und älteren Menschen leicht rückläufig, was vor allem die Tatsache widerspiegelt, dass ältere Frauen und Männer heute tendenziell später hilfs- und pflegebedürftig werden.

Die Detaildaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 belegen, dass vor allem ab dem Alter von 80 Jahren die Inanspruchnahme von Spitex-Diensten stark zunimmt. Von den zuhause lebenden über 84-Jährigen beanspruchen nach eigenen Angaben mehr als ein Viertel Leistungen der Spitex. Sachgemäss ist der Anteil älterer Menschen, die von Leistungen der Spitex profitieren, eng mit dem Gesundheitszustand assoziiert, wie an den Daten in Tabelle 23 abzulesen ist.

Tabelle 23:

Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex nach Zivilstand, Gesundheitszustand und Geschlecht, 2002

	Zuhause lebende Personen im Alter von 65+ Jahren In den letzten 12 Monaten Spitex beansprucht:		
	Total	Frauen	Männer
Zivilstand			
ledig	10%	12%	5%
verheiratet	4%	6%	3%
getrennt lebend	15%	5%	18%
geschieden	12%	12%	9%
verwitwet	15%	15%	14%
Subjektive Gesundheitseinschätzung*			
sehr gut	2%	2%	1%
gut	5%	7%	2%
mittelmässig	15%	18%	10%
schlecht	26%	28%	23%
sehr schlecht	49%	67%	30%
Funktionale Unabhängigkeit**			
ja, kann alles allein ohne Schwierigk.	7%	9%	3%
nein	51%	55%	45%
Mobilität/Gehschwierigkeiten***			
- 200 Meter oder mehr	5%	7%	3%
- mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter	30%	38%	11%
- nur einige Schritte	49%	49%	51%
- kann überhaupt nicht gehen	49%	33%	84%

* Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?

** Können Sie sich alleine, d.h. ohne Hilfe und ohne jede Schwierigkeit an- und ausziehen, alleine aus dem Bett steigen und ohne jede Hilfe essen?

*** Wie weit können Sie alleine, d.h. ohne Hilfe gehen, ohne dass Sie anhalten müssen und ohne dass Sie starke Beschwerden haben?

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe) (N = 4362, ungewichtet)

Eine negative subjektive Gesundheitseinschätzung, aber auch funktionale Einschränkungen der Alltagsaktivitäten sowie Mobilitätsprobleme führen zu einer gehäuften Beanspruchung von Leistungen der Spitex. Beispielsweise nutzen Frauen wegen einer grösseren Häufigkeit chronischer Beschwerden Leistungen der Spitex häufiger als gleichaltrige Männer. Bei den geschlechtsspezifischen Differenzen spielt aber auch die Tatsache eine Rolle, dass mehr ältere Männer als ältere Frauen verheiratet sind und von der Partnerin versorgt werden. Der Zivilstand ist ein bedeutsamer Einflussfaktor bei der Nachfrage nach professioneller ambulanter Hilfe; Leistungen der Spitex werden am häufigsten von unverheirateten älteren Menschen in Anspruch genommen. Interessant ist die Feststellung, dass verheiratete, aber von der Ehefrau getrennt lebende Männer am häufigsten Leistungen der Spitex beanspruchen.

Eine – hier nicht im Detail aufgeführte – multivariate Analyse der Daten (logistische Regression) liess erkennen, dass sich alle drei berücksichtigten Gesundheitsvariablen (subjektive Gesundheit, funktionale Unabhängigkeit und Mobilität) hoch signifikant auf die Nachfrage nach Leistungen der Spitex auswirken. Daneben bleibt auch der Zivilstand nach Kontrolle von Geschlecht und Gesundheitszustand ein signifikanter Einflussfaktor, ebenso wie sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede nach Kontrolle der anderen Variablen als signifikant erweisen.

Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 zeigen zudem, dass Leistungen der Spitex häufig in Kombination mit familialer Hilfe genutzt werden. So erhalten gut 69% der älteren Menschen, die in den letzten 12 Monaten Leistungen der Spitex beansprucht haben, gleichzeitig Hilfeleistungen aus dem sozialen Netz (Angehörige, Bekannte, Nachbarn). Leistungen der Spitex werden oft komplementär zu familialer Hilfe erbracht, und entsprechend haben formelle und informelle ambulante Hilfesysteme eine grosse gemeinsame Zielpersonengruppe (vgl. Calmonte 2003). Dies stützt die These, dass informelle und formelle Hilfesysteme weniger konkurrierende als vielmehr komplementäre Systeme darstellen (vgl. Kap. 5.4).

Bei der Interpretation der angeführten Befragungsdaten sind allerdings zwei zentrale Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Erstens variieren Ausbau und Nutzung von Leistungen der Spitex kantonal sehr stark, wie später gezeigt wird (vgl. Kap. 5.3). Zweitens bleibt bei Daten aus Befragungen offen, ob die befragten Personen tatsächlich alle beanspruchten Leistungen erinnern und angeben. In Tabelle 24 werden die Angaben der befragten Personen aus den Gesundheitsbefragungen mit den Angaben aus der Spitex-Statistik verglichen.

Tabelle 24

Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex nach Angaben der KlientInnen und gemäss Spitex-Statistik

	Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex in % der zuhause lebenden Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren
Nach eigenen Angaben Leistungen der Spitex beansprucht:	
Gesundheitsbefragung 1992/93	9%
Gesundheitsbefragung 1997	8%
Gesundheitsbefragung 2002	8%
Leistungen der Spitex gemäss Spitex-Statistik 2002:	
Spitex-KlientInnen (ohne Doppelzählungen)	15%

Datenquellen: Schweiz. Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997, 2002; Spitex-Statistik 2002: eigene Daten zur Zahl der zuhause lebenden über 64-Jährigen

Tatsächlich erhärtet der Vergleich die Vermutung, dass die Leistungen der Spitex in den Selbstangaben älterer Menschen systematisch unterschätzt werden. Nach Abzug von Doppelzählungen erhielten gemäss Spitex-Statistik 2002 um die 15% der über 64-jährigen zuhause lebenden Bevölkerung Leistungen der Spitex, während es nach Angaben der KlientInnen im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 nur rund 8% waren. Die Angaben der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen führen also zu einer methodisch bedingten Unterschätzung der Inanspruchnahme ambulanter Pflege. Vergessene Ereignisse («underreporting») sind bei Umfragen generell ein Problem. Zudem wird die Gefahr von Erinnerungsfehlern durch die lange retrospektive Zeitspanne (letzte 12 Monate) noch verschärft (vgl. Foddy 1993; Robinson 1986).

5.3 Ambulante Leistungen für ältere Menschen im interkantonalen Vergleich

Spitex, die ambulante Pflege in der Schweiz, ist wie andere sozial- und gesundheitspolitische Aufgabenbereiche dezentralisiert aufgebaut, was eine kleinräumliche Angebotsstruktur erleichtert. Neben Vorteilen wie Bürgernähe und hohe lokale Flexibilität des Angebots weist die dezentralisierte Organisationsstruktur der Spitex einige Nachteile auf, wie eine Zersplitterung der professionellen Kräfte und enorme regionale Unterschiede der Angebote (vgl. Crivelli et al. 2004). Mit zunehmender Professionalität der Spitex sowie aufgrund des Zwangs zu administrativer Effizienz kam es auch im Spitex-Bereich zu einer verschärften Konzentration. Zwischen 1998 und 2002 sank die Zahl von Spitex-Organisationen von 881 auf 740 Organisationen, wobei diese in 90% der Fälle die Rechtsform eines privatrechtlich-gemeinnützigen Vereins haben. Weitere Fusionen sind in Zukunft zu erwarten. Im Kanton Solothurn beispielsweise wird eine verstärkte Regionalisierung der Angebote als dringlich angesehen (vgl. Ludwig Koch 2003).

Gegenwärtig werden nur wenige Kantone durch eine kantonale Spitex-Organisation abgedeckt. Dies sind zum einen kleinere Kantone wie Uri, Nidwalden oder Appenzell-IRh, zum anderen die beiden Westschweizer Kantone Genf und Jura. In anderen Kantonen übernehmen mehrere Spitex-Organisationen, die oft gemäss regionalen Kriterien organisiert sind, die ambulanten Pflegeaufgaben. Besonders viele Spitex-Organisationen gibt es etwa in den Kantonen Zürich (2002: 136 Organisationen) und Bern (2002: 127 Organisationen); aber auch in den Kantonen Aargau, Solothurn, St. Gallen, Thurgau oder Luzern besteht eine Vielfalt an Spitex-Vereinen.

Die ambulante Pflege in der Schweiz ist somit weiterhin föderalistisch strukturiert, und föderalistische Prinzipien dürften auch in Zukunft bestimmend bleiben. Der föderalistische Aufbau der ambulanten Pflege findet im Übrigen auch darin seinen Ausdruck, dass AHV-Ausgleichskasse, Kantone und Gemeinden sowie Spitex-KundInnen gemeinsam die ambulanten Leistungen finanzieren. Insgesamt wurden gemäss Spitex-Statistik 2002 gut 45% der Einnahmen von den KlientInnen selbst aufgebracht, wobei diese Kosten allerdings je nach Leistungsart teilweise von den Krankenkassen rückerstattet werden. 17% der Einnahmen stammten 2002 von den Gemeinden und 16% von den Kantonen. Die AHV-Ausgleichskasse übernahm 2002 gemäss AHVG101bis die restlichen Kosten (17% der Gesamteinnahmen).

Entsprechend der föderalistischen Struktur von Organisation und Finanzierung der ambulanten Pflege ergeben sich deutliche interkantonale Unterschiede in den Leistungen der Spitex für ältere Menschen. Eine Detailanalyse neuerer Altersleitbilder zeigte, dass manche Kantone diesbezüglich einen grossen Nachholbedarf sehen, und zwar in sämtlichen Bereichen der ambulanten Pflege kranker alter Menschen (vgl. Müller 2002).

Die in Tabelle 25 aufgeführten Daten geben Auskunft über die Leistungen der Spitex pro 100 ältere Personen in den einzelnen Kantonen. Hier wird nochmals deutlich, wie stark sich diese Leistungen auf die 80-jährige und ältere Bevölkerung konzentrieren. Bezogen auf die zuhause lebenden 80-Jährigen und Älteren wurden 2002 in vielen Kantonen mehr als 50 Leistungen der Spitex pro 100 Personen erbracht. Nach Abzug von Doppelzählungen erhalten, wie bereits angeführt, gesamtschweizerisch gut zwei Fünftel aller zuhause lebenden Hochbetagten (80+ Jahre) Leistungen der Spitex. Allerdings zeigen sich klare interkantonale Unterschiede. Diese Unterschiede reflektieren weniger interkantonale Unterschiede der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen oder des Umfangs familialer Pflege als vielmehr kantonale Unterschiede im Ausbau der Spitex und ihrer Angebote.

Tabelle 25

Leistungen der Spitex für ältere Menschen, nach Kantonen

	Leistungen der Spitex*					
	bezogen auf Wohnbevölkerung pro 100 Personen im Alter von				bezogen auf zuhause Lebende pro 100 Personen im Alter von	
	65–79 J.		80 J. und älter		80 J. und älter	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002
Zürich	10	11	40	44	52	58
Bern	9	9	36	36	45	45
Luzern	6	6	24	25	31	33
Uri	4	7	20	35	27	48
Schwyz	7	6	19	23	25	30
Obwalden	13	13	47	59	64	80
Nidwalden	8	4	50	25	66	34
Glarus	9	8	28	28	42	43
Zug	6	6	28	30	38	41
Freiburg	11	11	35	42	44	54
Solothurn	13	9	37	42	45	51
Basel-Stadt	10	10	43	44	52	54
Basel-Land	8	9	40	45	49	55
Schaffhausen	8	8	28	27	39	37
Appenzell-ARh.	8	8	29	30	40	42
Appenzell-IRh.	10	7	47	26	55	30
St. Gallen	9	9	37	41	49	54
Graubünden	8	9	38	41	48	51
Aargau	8	8	31	33	40	42
Thurgau	8	8	34	35	44	45
Tessin	7	8	23	29	29	36
Waadt	12	12	46	47	53	55
Wallis	12	13	39	47	46	55
Neuenburg	13	12	47	48	59	60
Genf	15	12	66	50	79	60
Jura	16	16	55	52	64	61
Schweiz	10	10	38	40	49	51

* Eine Person, die gleichzeitig mehrere Leistungen bezieht, wird mehrfach gezählt.

Quelle: Spitex-Statistiken 2000 und 2002

Ein überdurchschnittlicher Ausbau der Leistungen der Spitex für ältere Menschen wird einerseits in den westschweizerischen Kantonen Waadt, Neuenburg, Genf und Jura sowie neuerdings im Kanton Wallis sichtbar, ein eher überdurchschnittlicher Ausbau der Spitex zeigt sich andererseits in den Kantonen Obwalden und Basel-Stadt. Sozial- und gesundheitspolitische Traditionen und unterschiedliche wohlfahrtsstaatliche Regelungen in den einzelnen Kantonen sind für den Spitex-Bereich weiterhin

bedeutsamer als der klassische Stadt-Land-Unterschied. Ein unterdurchschnittlicher Ausbau der Spitex-Dienste für ältere Menschen muss in den zentralschweizerischen Kantonen Luzern, Uri, Schwyz, Glarus und Zug, in den Kantonen Aargau und Schaffhausen sowie Tessin konstatiert werden. Im Vergleich des Jahres 2000 zum Jahr 2002 lässt sich in vielen Kantonen eher ein Ausbau der ambulanten Pflege feststellen (wobei in kleinen Kantonen auch «Zufallsschwankungen» für die Veränderungen 2000–2002 verantwortlich sein können).

In öffentlichen Diskussionen wird häufig von einer substitutiven Beziehung zwischen ambulanter und stationärer Pflege gesprochen, in dem Sinn, dass ein Ausbau der ambulanten Pflege die Einweisungen in stationäre Einrichtungen reduziert oder zumindest verzögert. Um diese These einer substitutiven Beziehung zu überprüfen, wurden die Leistungen der Spitex pro 100 Personen der jeweiligen Altersgruppe mit dem Anteil an Bewohnern in sozialmedizinischen Einrichtungen korreliert (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26

Interkantonale Korrelationen zwischen Leistungen der Spitex und der Anzahl der Bewohner sozialmedizinischer Einrichtungen, 2002

Personen	Korrelation zwischen Leistungen der Spitex pro 100 Personen und Anzahl von Bewohnern sozialmedizinischer Einrichtungen pro 100		
	65- bis 79-Jährige	80+-Jährige	80+-Jährige zuhause *
Deutschschweizer Kantone (inkl. Freiburg) (N = 20)	-0.15	-0.45	- 0.01
Alle Kantone, ohne Genf (N = 25)	-0.26	-0.53	0.02
Alle Kantone (N = 26)	-0.33	-0.55	0.02

* Korrelation zwischen Leistungen der Spitex pro 100 zuhause lebenden 80+-Jährigen und Anzahl der Bewohner sozialmedizinischer Einrichtungen pro 100 80+-Jährige

Datenquelle: Spitex-Statistik 2000; Statistik sozialmedizinischer Einrichtungen 2000

Bei der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen zeigen sich nur schwache negative Korrelationen, was einerseits damit zusammenhängt, dass in dieser Altersgruppe der Anteil von Bewohnern sozialmedizinischer Einrichtungen gering ist. Er variiert je nach Kanton zwischen 1.4% und 3.6%. Andererseits handelt es sich bei den 65- bis 79-jährigen Bewohnern sozialmedizinischer Einrichtungen häufig um eine sozial und gesundheitlich besonders schlecht gestellte Personengruppe, weshalb kaum substitutive Wirkungen ambulanter Pflege möglich sind.

Wird die Altersgruppe der 80-jährigen und älteren Personen betrachtet, ergibt sich auf den ersten Blick eine negative Korrelation. Im interkantonalen Vergleich wird eine deutlich negative Beziehung zwischen den Leistungen der Spitex pro 100 Personen und dem Anteil betagter Heimbewohner sichtbar. Diese Beziehung wird etwas schwächer, wenn nur die deutschschweizerischen Kantone berücksichtigt werden, aber die Vermutung, dass die insgesamt gefundene negative Korrelation primär einen Gegensatz von Deutschschweiz und Westschweiz widerspiegelt, wird nicht bestätigt. Die negativen Korrelationen könnten auf einen gewissen substitutiven Zusammenhang zwischen

ambulanter und stationärer Pflege hinweisen, in dem Sinn, dass es in Kantonen mit ausgebauten ambulanten Pflegeleistungen zu weniger stationären Einweisungen kommt und umgekehrt.

Wenn man jedoch die Perspektive etwas verändert und die ambulanten Leistungen, bezogen auf 100 zuhause lebende über 79-Jährige, mit dem Anteil an betagten Heimbewohnern in Beziehung setzt, verschwinden die Korrelationen vollständig. Die zuerst gefundene negative Korrelation zwischen Spitex- und Heimpflege ist also ein reines Artefakt der interkantonalen Unterschiede im Anteil an Heimbewohnern: Da Bewohner sozialmedizinischer Einrichtungen sozusagen stationär und nicht ambulant gepflegt werden, gehören sie definitionsgemäss nicht zur Rekrutierungsgruppe der Spitex.

Insgesamt fanden sich in unserer Datenanalyse wenig Anhaltspunkte für die These einer substitutiven Beziehung zwischen ambulanter und stationärer Pflege alter Menschen. Der Ausbau der ambulanten Pflege ist im interkantonalen Vergleich nicht generell mit einer Reduktion stationärer Angebote assoziiert, ebenso wie ein hoher Anteil an Heimplätzen nicht generell einen Ausbau der Spitex verhindert. Auch eine Detailstudie der Wirksamkeit der Spitex in Gemeinden des Kantons Zürich liess nicht erkennen, dass ältere Menschen dank Leistungen der Spitex weniger häufig in eine stationäre Alters- und Pflegeeinrichtung wechseln (müssen). Eine viel grössere Bedeutung für die Entscheidung, ob und wie lange ältere pflegebedürftige Menschen zuhause bleiben, kommt nach dieser Studie den Angehörigen zu (vgl. Schwarzmann 2004).

Bei der Interpretation des interkantonalen Vergleichs ist allerdings kritisch anzumerken, dass die hier durch die Daten erzwungene Dichotomie von ambulanter und stationärer Pflege kranker alter Menschen unter dem Gesichtspunkt moderner Konzepte einer integrierten Pflege fragwürdig ist. Tatsächlich wurde in den letzten Jahren in vielen Regionen die Zusammenarbeit zwischen Spitex und Heimen 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 begleiteten 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 (vgl. Höpflinger 2004a), entspricht auch bei der Pflege alter Menschen die Gegenüberstellung von ambulanter und stationärer Pflege immer weniger der Realität (ein Punkt, auf den in Kap. 7.2 noch näher eingegangen wird).

5.4 Zum Verhältnis informeller und formeller Pflege im Alter

Eine in der Politik häufig geäusserte Befürchtung ist, dass ein Ausbau professioneller bzw. formeller Hilfe- und Pflegeleistungen die familiäre bzw. informelle Hilfe und Pflege verdrängt. Die Datenlage zur Dynamik familialer und staatlicher Pflegeleistungen oder zum Verhältnis informeller, unbezahlter und professioneller, bezahlter Pflege ist mangelhaft. Kürzlich von Harald Künemund (2002) durchgeführte Analysen unterstützen jedoch eher die These, dass informelle und professionelle Pflege einander ergänzen: «Auch wenn die Befundlage noch nicht in allen Punkten hinreichend scheint, spricht sowohl theoretisch wie empirisch wenig für die Annahme einer generellen Verdrängung der Familie durch einen gut ausgebauten Sozialstaat» (Künemund 2002: 177; vgl. auch Künemund, Rein 1999).

Die familiäre Pflege wird durch professionelle Hilfe eher ergänzt und unterstützt, aber kaum verdrängt. Diese Feststellung wird durch eine Längsschnittbeobachtung des Hilfesystems hochaltriger Menschen in Genf und Wallis unterstrichen (vgl. Tabelle 27): Die im Jahre 1994 befragten zuhause lebenden 80- bis 84-Jährigen wurden im Rahmen einer Längsschnittstudie über fünf Jahre beobachtet. Von den ursprünglich 340 Personen verstarben in diesen fünf Jahren 26% (und weitere 25% wollten oder

konnten nicht mehr befragt werden). Sachgemäss erhöhte sich in diesen fünf Jahren der Anteil der funktional abhängigen Menschen, obwohl auch im Alter von 85–89 Jahren fast die Hälfte der überlebenden Personen weiterhin funktional unabhängig war. Der Anteil derjenigen, die keine Hilfe erhielten bzw. benötigten, sank in diesen fünf Jahren von 35% auf 14%. Interessant ist dabei, dass weniger die formelle, professionelle Hilfe (Spitex u.a.) an Bedeutung gewann, sondern eine Kombination informeller und formeller Hilfe. Der Anteil derjenigen, die nur informelle Hilfe (Angehörige, Bekannte, Nachbarn) beanspruchten, sank leicht; die stärkste Zunahme ergab sich bei der kombinierten Hilfe. Im hohen Alter kommt es zumindest bei den zuhause lebenden Menschen nicht zur Verdrängung informeller Hilfe, sondern primär zu einer Ergänzung familialer durch professionelle Hilfe. Dieser Befund kann auch darauf zurückgeführt werden, dass im hohen Alter Multimorbidität die Pflegebelastung und die Komplexität von Pflegeaufgaben erhöht.

Tabelle 27

Informelle und formelle Hilfeleistungen zugunsten hochaltriger Personen in Genf und Wallis im Längsschnittvergleich

	Zuhause Lebende 1994: 80–84 Jahre (N = 340)	Nach fünf Jahren überlebt: 1999: 85–89 Jahre (N = 172; 26% verstorben)
Funktionaler Gesundheitszustand		
unabhängig	59%	49%
fragil	24%	14%
abhängig	17%	37%
Hilfesystem		
keine Hilfe erhalten/benötigt	35%	14%
nur informelle Hilfeleistungen	37%	31%
nur formelle, professionelle Hilfe	5%	9%
informelle und formelle Hilfe	23%	46%

Quelle: Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Old-Old (vgl. Lalive d'Epinau et al. 2001)

Angesichts der steigenden Zahl hochaltriger Menschen wird eine Koordination von familialen und professionellen Hilfe- und Pflegeleistungen und eine enge Kooperation der familialen und professionellen Hilfs- und Pflegepersonen immer notwendiger. Entsprechend sind Ausbildung und Organisation auf dem Gebiet der ambulanten professionellen Pflege auch darauf auszurichten, die Kombination formeller und informeller Hilfe zu optimieren. Die Entlastung namentlich alter Pflegepersonen durch professionelle Dienste hilft mit, dass familiäre Altershilfe nicht zur Überforderung der Hauptpflegepersonen führt. Gleichzeitig kann die intergenerationelle Solidarität durch eine professionelle Unterstützung von Pflegeleistungen gestärkt werden. Besonders wertvoll sind niederschwellige, situationsadäquate Hilfs- und Entlastungsangebote wie etwa eine zeitweilige Ablösung, um Nachtruhe oder Ferien zu ermöglichen (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2001; Dufay et al. 2003). Solche Angebote sind vor allem auch für die häusliche Pflege demenziell erkrankter Angehöriger wichtig, da diese besonders zeitintensiv und belastend ist (vgl. Meier 1998; Meier et al. 1998). Zusätzlich hat die Übernahme der Pflege eines demenzkranken Angehörigen für die unterstützenden Familienmitglieder häufig weit reichende soziale Konsequenzen, etwa ein Verlust an sozialen Kontakten, pflegerisch-berufliche Vereinbarkeitskonflikte in späteren Erwerbsjahren oder negative Auswirkungen auf die eigene Gesundheit. Pflegenden Angehörigen von Demenzkranken leiden oft auch an den Veränderungen der Persönlichkeit und der Beziehung, die durch den demenziellen

Prozess ausgelöst werden. Eine Entlastung können pflegende Angehörige unter anderem durch die Aufrechterhaltung ihrer Berufsarbeit, durch Hilfe seitens anderer Familienmitglieder sowie durch eine gute professionelle Beratung und Unterstützung erfahren. Hier kann, wie in Kapitel 3.4 aufgezeigt wurde, auch eine gezielte fachliche Schulung von Angehörigen hilfreich sein.

In den meisten Fällen treffen Fachpersonen allerdings auf familiäre Pflegearrangements, die bereits mehr oder weniger stark vorgeformt sind, etwa was die Aushandlung von Pflegeverpflichtungen einzelner Angehöriger oder die erwünschte Rolle professioneller Fachpersonen betrifft (wie dies in einer qualitativen Studie im Wallis sichtbar wurde; vgl. Anchisi, Luyet 2004). Speziell bei einer stark verpflichtungsorientierten Familienpflege wird professionelle Pflege unter Umständen als unerwünschte Konkurrenz interpretiert. Eine eher autonomieorientierte Familienpflege, die auch die Interessen pflegender Angehöriger und die Grenzen ihrer Belastbarkeit anerkennt, kann hingegen dazu führen, dass Angehörige und Professionelle als gleichberechtigte Co-Pfleger wahrgenommen werden. «Das je spezifisch vorgeformte Verhältnis von Verpflichtung und Autonomie kann dabei als entscheidend für die Möglichkeiten und Grenzen professioneller Unterstützung betrachtet werden, und zwar dergestalt, dass «Verpflichtungsarrangements» von vorne herein weniger zugänglich für professionelle Hilfe scheinen als «Autonomiearrangements»» (Blüher 2004: 43). Die Art und Weise professioneller Pflegeleistungen kann bereits angelegte familiäre Pflegearrangements verstärken oder durchbrechen, und zwar in Abhängigkeit davon, welche Dimensionen professioneller Pflege aus Sicht der Angehörigen zum Tragen kommen. So kann die Unterstützung durch professionell Pflegenden im Rahmen familial vorgeformter Arrangements in erster Linie als sachorientiert («Was wird für wie viel Geld in welcher Zeit geleistet?») oder als beziehungsorientiert («Für wen wird geleistet?») gedeutet werden.

Tabelle 28

Professionelle und familiäre Pflege – eine Beziehungstypologie

	Familienpflege	
Professionelle Pflege:	Verpflichtungsorientiert	Autonomieorientiert
Sachorientiert	hierarchisch (Familienpflege als eigentliche Pflege, Professionelle als subsidiäre Helfer) professionelle/familiäre Pflege: gute Vereinbarkeit/klare Arbeitsteilung	gleichberechtigt (Angehörige und Professionelle als Co-Pfleger) professionelle/familiäre Pflege: Konflikte oder unklare Rollenzuordnungen möglich
Beziehungsorientiert	hierarchisch (Familienpflege dominant, patientenorientierte Professionelle) professionelle/familiäre Pflege: Gefahr, dass Professionelle als unerwünschte Konkurrenz gelten	gleichberechtigt (Angehörige und Professionelle als patientenorientierte Co-Pfleger) professionelle/familiäre Pflege: gute Vereinbarkeit/Kooperation

Quelle: Blüher 2004: 44

Die Vereinbarkeit der professionellen Pflege mit der familialen Pflege hängt dabei sowohl von den bestehenden familialen Pflegearrangements als auch von der Sach- und Beziehungsorientierung professioneller Pflege ab. Die Vereinbarkeit oder Unvereinbarkeit familialer und professioneller Pflege lässt sich vereinfacht am Beispiel der folgenden vier Pflegekonstellationen zeigen (vgl. Tabelle 28).

Kongruent und damit relativ konfliktfrei ist eine Kombination von verpflichtungsorientierter Familienpflege mit einer stark sachorientierten professionellen Pflege, da hier die familiäre Pflege hierarchisch eindeutig dominiert und die professionelle Pflege subsidiär auftritt. Dieses Pflegearrangement ist vor allem bei traditionellen Familienformen mit starker geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung häufig. Stösst jedoch eine verpflichtungsorientierte Familienpflege auf eine primär beziehungsorientierte Pflege professioneller Fachpersonen, ist die Gefahr des Konkurrierens stärker.

Eine beziehungsorientierte professionelle Pflegehaltung ist eher mit einer autonomieorientierten Familienpflege kongruent. In dieser modernen Form von Pflege verstehen sich Angehörige und Professionelle als patientenorientierte Co-Pfleger, die zugunsten des Wohls des Patienten zusammenarbeiten. Ein konflikthafte Pflegearrangement ergibt sich bei autonomieorientierter Angehörigenpflege vor allem, wenn professionelle Pflegeleistungen rein sachorientiert sind, da es dann nicht selten zu unklaren Rollenzuordnungen und falschen Erwartungen kommt.

Sozialpolitisch besonders problematisch erscheint heute eine Stärkung familialer Pflegeverpflichtungen bei gleichzeitiger Schwächung familialer Autonomie durch eine starke (marktorientierte) Betonung einer rein sachorientierten professionellen Pflege. Eine zu starke Sachorientierung professioneller Pflege – auch im Sinn einer strikten zeitlichen Leistungskontrolle – beeinträchtigt nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen, sondern langfristig auch die Tragfähigkeit familialer Pflegearrangements unter den Bedingungen gegenwärtiger Lebens- und Arbeitsformen. Nur eine beziehungsorientierte professionelle Pflege eröffnet die Chance einer autonomieorientierten familialen Pflege, die modernen Pflegekonzepten entspricht. Gerade unter modernen Lebens- und Familienverhältnissen ist eine professionelle «Kultur des Helfens» vonnöten, welche die Verpflichtung zur familialen Pflege durch die Pflicht zur «Pflege der Pflegenden» ergänzt.

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

6.1 Entwicklung von Zahl und Anteil älterer Menschen in institutionellen Haushaltungen

Bei den schweizerischen Volkszählungen wird zwischen privaten und kollektiven Haushaltungen unterschieden. Die kollektiven Haushaltungen umfassen einerseits Heime diverser Art (Behindertenheime, Alters- und Pflegeheime) und andererseits institutionelle Haushalte wie psychiatrische Kliniken, Spitäler, Gefängnisse, Klöster u.a. Zu den Bewohnern kollektiver Haushalte werden auch Menschen gezählt, die zur Zeit der Volkszählung in einem Hotel wohnen.

Tabelle 29 zeigt für die Periode 1960–2005, wie viele ältere Menschen (65 Jahre und älter) in Kollektivhaushaltungen leben. In dieser Alterskategorie dominieren die Alters- und Pflegeheime, aber einige Rentner und Rentnerinnen leben auch in Klöstern, Gefängnissen u.a.

In den letzten 40 Jahren hat sich die absolute Zahl älterer Menschen in kollektiven Haushaltungen mehr als verdoppelt. Im Jahre 2000 waren es um die 95 000 ältere Menschen – eine Zahl, die sich bis heute schätzungsweise auf über 100 000 Personen erhöht hat. Der Anteil älterer Menschen in kollektiven Haushaltungen hat sich in dieser Periode allerdings nur leicht erhöht, nämlich von 7.4% auf 8.5%. Dieser Anstieg widerspiegelt primär den Altersstruktureffekt (steigende Zahl hochaltriger Menschen) und weniger eine erhöhte Bereitschaft, im Alter in einen kollektiven Haushalt zu wechseln. Die Rate der in institutionellen Haushaltungen lebenden hochaltrigen Menschen hat sich vor allem zwischen 1970 und 1990 erhöht, um zwischen 1990 und 2000 wieder leicht zu sinken (vgl. Guilley 2005: 119).

Tabelle 29

Zahl und Anteil 65-jähriger und älterer Menschen in Kollektivhaushaltungen in der Schweiz

	in absoluten Zahlen	in % der 65+-jährigen
Wohnbevölkerung		
1960	40 900	7.4%
1970	49 800	7.0%
1980	65 900	7.5%
1990	81 700	8.3%
2000	95 000	8.5%
2005 geschätzt	101 100	8.5%

Quelle: Schweizerische Volkszählungen

Detailliertere Informationen liefern alters- und geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselte Daten zu älteren Menschen in kollektiven Haushaltungen, wie sie in Tabelle 30 für die Jahre 1990 und 2000 aufgeführt sind. Drei bedeutsame Sachverhalte lassen sich daran ablesen:

Erstens nimmt der Anteil der in kollektiven Haushaltungen lebenden Personen im hohen Lebensalter klar zu. Leben bis zum Alter von 80 Jahren noch um die 90% in privaten Haushaltungen, steigt der Anteil namentlich von Alters- und Pflegeheimbewohnern im höheren Lebensalter rasch an. Bei den 80- bis 84-Jährigen wohnen schon gut 13% in institutionellen Haushaltungen – ein Wert, der sich bei der nächsthöheren Altersgruppe auf gut 26% verdoppelt. Die 90- bis 94-Jährigen leben zu mehr als zwei Fünftel (43%) in institutionellen Haushaltungen, und diejenigen, die ein Alter von 95 Jahren erreichen, leben mehrheitlich nicht mehr in einem privaten Haushalt.

Der hohe Anteil von institutionellen Haushaltsformen bei hochaltrigen Menschen kann allerdings auch durch Kohorteneffekte beeinflusst sein (z.B. ältere Generationen mit schlechteren wirtschaftlichen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen als jüngere Generationen, teilweise hoher Anteil an ledigen Personen in früheren Generationen). Solche Kohorteneffekte können dazu führen, dass der altersbedingte Anstieg des Anteils derjenigen, die in institutionellen Haushaltungen leben, bei zukünftigen Generationen schwächer ausfällt, als die aktuellen Daten vermuten lassen. Auch eine Verlängerung der behinderungsfreien Lebenserwartung kann zu veränderten Altersverteilungen führen. Beides ist für die Alters- und Pflegeheimplanung von erheblicher Relevanz.

Tabelle 30

Ältere Menschen in kollektiven Haushaltungen 1990 und 2000

Alter:	% - Anteil derjenigen, die in institutionellen Haushaltungen leben*					
	1990			2000		
	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen
- 65–69 J.	2.0	1.9	2.1	2.2	2.1	2.3
- 70–74 J.	3.5	3.0	3.8	3.0	2.7	3.2
- 75–79 J.	6.6	5.0	7.6	5.7	4.3	6.6
- 80–84 J.	14.4	9.9	16.8	12.6	8.7	14.8
- 85–89 J.	27.8	18.5	31.6	25.9	17.7	29.6
- 90–94 J.	42.6	28.6	47.0	42.8	29.7	47.2
- 95+ J.	53.3	34.5	58.1	58.3	40.9	62.3
65+ J.	8.4	5.3	10.4	8.5	5.3	10.6
80+ J.	21.8	13.9	25.5	22.3	14.2	26.3
85+ J.	32.3	21.0	36.6	32.5	21.5	36.9

* Institutionelle Haushalte: Alters- und Pflegeheime, Spitäler, Klöster, Hotels, Gefängnisse

Quelle: Volkszählungen 1990 und 2000

Zweitens leben in allen Altersgruppen mehr Frauen als Männer in kollektiven Haushaltungen – ein Unterschied, der sich im hohen Alter noch verstärkt. Während jede vierte Frau im Alter von 80 Jahren und mehr in einem kollektiven Haushalt wohnt, ist dies bei den 80-jährigen und älteren Männern nur jeder Siebte. Entsprechend kommen gesamtschweizerisch in heutigen Alters- und Pflegeheimen auf einen Mann vier Frauen, und noch stärker als die Hilfe- und Pflegesituation in Privathaushaltungen sind Alters- und Pflegeeinrichtungen durch eine «Feminisierung» geprägt, zumal auch das Pflegepersonal mehrheitlich weiblich ist (vgl. Höpflinger 2002a). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebensformen im Alter widerspiegeln diverse Tatsachen: Zum einen leben Männer auch im höheren Lebensalter häufiger in einer Partnerschaft als Frauen (vgl. Tabelle 4) und werden folglich häufiger als gleichaltrige Frauen zuhause gepflegt. Zum anderen leiden Frauen im Alter zwar häufiger an chronischen Beschwerden und funktionalen Einschränkungen, überleben mit diesen Beschwerden aber länger als Männer. Gemäss einer Sonderauswertung der Schweizerischen Volkszählung 2000 lebten Frauen im Mittel drei Jahre in einem Kollektivhaushalt im Vergleich zu durchschnittlich einem Jahr bei Männern (vgl. Guilley 2005: 121).

Ein Teil der geschlechtsspezifischen Unterschiede in Tabelle 30 ist allerdings auch auf Altersstruktureffekte zurückzuführen, da in den jeweils fünf Jahre umfassenden Altersgruppen durchweg mehr Frauen als Männer in die oberen Altersstufen fallen, wo die Wahrscheinlichkeit, in einer Institution zu leben, höher ist.

Drittens ist im Zeitvergleich 1990 bis 2000 in der Altersgruppe 70–89 Jahre der Anteil von Bewohnern kollektiver Einrichtungen eher rückläufig, wogegen sich der Anteil in den obersten Altersgruppen tendenziell erhöht. Dies hängt damit zusammen, dass mehr ältere Menschen länger zuhause bleiben und erst in einem, verglichen mit früher, höheren Lebensalter in ein Heim übersiedeln. Die steigenden Anteile bei den Hochaltrigen widerspiegeln sowohl Alters- wie Tempoefekte: mehr Hochaltrige, die spät, aber doch irgendwann gegen Lebensende in eine institutionelle Einrichtung wechseln. Der Trend

zum Hinausschieben des Wechsels in eine institutionelle Wohnform dürfte sich fortsetzen. Die Folge ist, dass zwar mehr ältere Menschen länger zuhause wohnen bleiben, dass aber ein Übertritt in eine Alters- und Pflegeeinrichtung immer häufiger in einem Alter geschieht, in der Multimorbidität und alltagsrelevante funktionale und/oder hirnorganische Einschränkungen dominieren, was die qualitativen Anforderungen an die Heimpflege erhöht. Je höher das Alter beim Eintritt in institutionelle Einrichtungen ist, desto höher ist im Übrigen auch die Wahrscheinlichkeit, dass Heimbewohner rasch sterben. Dadurch verkürzt sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Heimbewohnern merkbar, was sich negativ auf die Heimstrukturen auswirken kann. So macht beispielsweise ein rascher Wechsel der Bewohnerschaft das Entwickeln von sozialen Beziehungen oder Freundschaften unter den Bewohnern nahezu unmöglich. Zudem werden immer mehr Alters- und Pflegeeinrichtungen faktisch zu «Sterbeeinrichtungen», was wiederum neue Erfordernisse wie etwa die Entwicklung einer Abschieds- und Sterbekultur mit sich bringt (vgl. Wilkening, Kunz 2003).

In jedem Fall haben sich stationäre Alterseinrichtungen aufgrund des Trends zum längeren Verbleiben älterer Menschen in ihrer angestammten privaten Wohnung und des Ausbaus ambulanter Pflege immer mehr zu Pflegeeinrichtungen für hochaltrige, pflegebedürftige Menschen gegen Lebensende entwickelt. Pflegebedürftigkeit ist heute der wichtigste Einzelfaktor, der zu einem Übertritt in eine stationäre Alters- und Pflegeeinrichtung führt. Allerdings spielen auch weiterhin soziale Faktoren eine Rolle (vgl. Cavalli 2002; Guilley 2005; Wehrli-Schindler 1997). Zu erwähnen sind namentlich:

- a) Fehlen eines Partners oder einer Partnerin sowie lückenhafte soziale Netzwerke: Besonders häufig in Alters- und Pflegeheimen leben Ledige sowie Geschiedene und Verwitwete. Eher seltener in Alters- und Pflegeheimen finden sich verheiratete Personen. So waren von im Jahre 2003 befragten Alters- und Pflegeheimbewohnern nur 11% verheiratet. Gleichzeitig hatten die Heimbewohner häufiger keine Kinder und Freunde als gleichaltrige zuhause lebende Menschen (vgl. Höpflinger 2004a). Fehlende familiäre Pflege und Vereinsamung können wichtige Motive für einen Umzug in eine Alterseinrichtung darstellen.
- b) Einkommen und schulisch-berufliche Ausbildung: Reichere ältere Menschen leben länger in privaten Haushaltungen, wogegen Ärmere häufiger in eine Alterseinrichtung ziehen, teilweise weil sie dort gut versorgt sind, teilweise auch, weil sie sich eine private Wohnung nicht mehr leisten können. Auch der Ausbildungshintergrund beeinflusst einen Heimübertritt, namentlich bei Männern. Während von den über 79-jährigen Männern mit akademischer Ausbildung weniger als 10% in Alters- und Pflegeeinrichtungen leben, sind dies mehr als 20% bei den gleichaltrigen Männern ohne Berufslehre. Auch bei den Frauen variiert die Wahrscheinlichkeit, im hohen Alter in ein Alters- und Pflegeheim zu wechseln, je nach schulisch-beruflicher Ausbildung.

Die zukünftige Nachfrage nach Alters- und Pflegeheimplätzen dürfte nicht allein von der gesundheitlichen Entwicklung der älteren und vor allem der hochbetagten Bevölkerung abhängen, sondern sie wird auch weiterhin von sozialen Faktoren (Tragfähigkeit familialer Netze bei altersbedingter Pflegebedürftigkeit, Entwicklungen auf dem Wohnungsmarkt u.a.) beeinflusst.

6.2 Ältere Menschen in sozialmedizinischen Einrichtungen – gesamtschweizerische Situation

In welchem Mass das Wohnen in einem kollektiven Haushalt gesundheitlich bedingt oder durch andere Faktoren (kein Partner/keine Partnerin, Fehlen naher Angehöriger, soziale Desintegration, Kündigung einer Wohnung im Alter usw.) verursacht wird, lässt sich auf der Basis eines Vergleichs der Statistik sozialmedizinischer Einrichtungen und der Volkszählungsdaten zur Haushaltsstruktur zumindest abschätzen (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31

Vergleich der Volkszählungsdaten und der sozialmedizinischen Statistik für das Jahr 2000

	Bewohner und Bewohnerinnen von				
	A) kollektiven Haushaltungen in absoluten Zahlen	B) Sozialmed. Einrichtungen B in % von A	A) kollektiven Haushaltung in % der Wohnbevölkerung	B) Sozial med. Einricht. in % der Wohnbevölkerung	
65–69 J.	6 920	2 962	42.8%	2.2%	0.9%
70–74 J.	8 253	5 041	61.1%	3.0%	1.8%
75–79 J.	13 119	9 994	76.2%	5.7%	4.3%
80–84 J.	19 213	16 963	88.3%	12.6%	11.1%
85–89 J.	25 286	23 057	91.2%	25.9%	23.6%
90–94 J.	17 054	15 963	93.6%	42.8%	40.4%
95+ J.	5 139	5 151	100.2%	58.3%	58.4%
65+ J.	94 984	79 131	83.3%	8.5%	7.1%
80+ J.	66 692	61 134	91.7%	22.3%	20.5%
85+ J.	47 479	44 171	93.0%	32.5%	30.2%

Quellen: Kollektive Haushaltungen: Volkszählung 2000; Sozialmedizinische Einrichtungen: Statistik sozialmedizinischer Einrichtungen 2000

Bei den Bewohnern von kollektiven Haushaltungen kann es sich auch um relativ gesunde ältere Menschen handeln, die aus sozialen Gründen in eine Alterseinrichtung gezogen sind. Zudem sind hier andere kollektive Wohnformen (Gefängnisse, Klöster u.a.) einbezogen. Bei den Bewohnern sozialmedizinischer Institutionen handelt es sich hingegen mehrheitlich um Menschen, die aufgrund psychischer und/oder körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen nicht mehr zuhause leben können. Ausnahmen können sich bei den Bewohnern von reinen Altersheimen finden. Allerdings handelt es sich bei den Bewohnern reiner Altersheime heute nur noch um 3% aller über 64-jährigen Bewohner von sozialmedizinischen Einrichtungen.

Der Vergleich von Bewohnern kollektiver Haushalte und Bewohnern sozialmedizinischer Einrichtungen verdeutlicht, dass gesundheitliche Faktoren mit steigendem Lebensalter für eine Institutionalisierung bedeutsamer werden. In der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen dominieren noch andere als gesundheitliche Faktoren, auch weil nicht wenige Männer in dieser Altersgruppe in Gefängnissen leben. In einigen Kantonen – wie etwa Zug, Luzern, Freiburg u.a. – ist in dieser Altersgruppe zudem eine grössere Zahl von Klosterbewohnern zu finden.

Bei den über 79-jährigen Bewohnern kollektiver Haushaltungen sind hingegen gesundheitliche Aspekte zu über 90% für die institutionelle Wohnform bestimmend. Dass in der höchsten Altersgruppe (95+ J.) gemäss Volkszählung mehr Bewohner von sozialmedizinischen Einrichtungen als Bewohner kollektiver Haushalte gezählt wurden, hängt mit unterschiedlichen Erhebungsverfahren zusammen; in einigen Fällen können auch Menschen in sozialmedizinischen Einrichtungen leben, die ihren Hauptwohnsitz noch nicht aufgegeben haben. Gerade bei regionalen Vergleichen ist zu berücksichtigen, dass ein Heimeintritt rechtlich keinen formellen Wohnortwechsel impliziert, d.h. beim Umzug einer betagten Person beispielsweise in ein regionales Pflegeheim bleibt die bisherige Wohnortsgemeinde zuständig. Faktischer und rechtlicher Wohnort können also bei Heimbewohnern auseinander fallen. Gemäss Sonderauswertung der Volkszählung 2000 waren je nach Bezirk 15–30%

der Heimbewohner gezwungen, beim Heimeintritt ihre bisherige Wohngemeinde zu verlassen (vgl. Guilley 2005: 127).

Die rechten Kolonnen in Tabelle 31 illustrieren erneut, in welchem Mass das Leben in einem kollektiven Haushalt oder in einer sozialmedizinischen Einrichtung vor allem im höheren Lebensalter an Bedeutung gewinnt. Bis zum Alter von 80 Jahren leben noch über 90% der Menschen in einem privaten Haushalt. Mit steigendem Lebensalter wird ein Eintritt in eine institutionelle Wohneinrichtung, und namentlich in eine sozialmedizinische Einrichtung, immer häufiger: Fast ein Viertel (24%) der 85- bis 89-Jährigen lebt in einer sozialmedizinischen Einrichtung, und bei den 90- bis 94-Jährigen sind es schon zwei Fünftel (40%). Die kleine, aber anwachsende Gruppe von über 95-jährigen Menschen lebt mehrheitlich (58%) nicht mehr zuhause. Die hier angeführten Querschnittsdaten widerspiegeln allerdings neben Alterseffekten teilweise auch Kohorteneffekte, sodass eine lineare Fortschreibung der altersspezifischen Quoten für die zukünftige sozialmedizinische Planung nicht realitätsgerecht wäre.

Die sozialmedizinischen Einrichtungen umfassen unterschiedliche Formen von Einrichtungen. In der statistischen Erhebung wird unterschieden zwischen Einrichtungen für betagte und pflegebedürftige Menschen und Einrichtungen für Behinderte. Bei den Einrichtungen für Betagte und Pflegebedürftige wird weiter differenziert zwischen Altersheimen (ohne Pflegestrukturen) und Heimen für pflegebedürftige Betagte und/oder Chronischkranke.

In der Phase vor dem AHV-Alter leben die Menschen, wenn sie in Institutionen leben, relativ häufig in Einrichtungen für Behinderte, und da diese Menschen später – im AHV-Alter – in diesen Einrichtungen verbleiben, leben auch bei den 65- bis 69-Jährigen gut 20% der Bewohner sozialmedizinischer Einrichtungen in solchen Wohntypen. Diese Einrichtungen verlieren mit steigendem Lebensalter an Bedeutung, insgesamt leben nur 3% der 65-jährigen und älteren Heimbewohner in Einrichtungen für Behinderte und anderen Institutionen. Im höheren Lebensalter dominieren eindeutig die Heime für pflegebedürftige Betagte und chronisch kranke Menschen. Altersheime im klassischen Sinn haben dagegen an Bedeutung eingebüsst. 1973 verteilten sich die Heimplätze für ältere Menschen zu 71% auf Altersheime und zu 29% auf Pflegeheime (vgl. Eidg. Kommission für Altersfragen 1979). Im Jahr 2002 lebten nur noch 3% der Heimbewohner in Altersheimen ohne Pflegestrukturen.

Die Form und die Struktur von Heimen für pflegebedürftige oder chronisch kranke ältere Menschen variieren je nach Betriebsgrösse und Zusammensetzung der Bewohner. Ein zentrales Problem schweizerischer Alters- und Pflegeeinrichtungen besteht darin, dass Qualitätsbeurteilung und Qualitätssicherung gegenwärtig uneinheitlich geregelt sind, was unter anderem den Austausch von Pflegeerfahrungen erschwert (vgl. Gebert, Kneubühler 2003). Generell kann jedoch davon ausgegangen werden, dass es zu den Grundsätzen modern geführter Alters- und Pflegeeinrichtungen gehört, die Privatsphäre und die Autonomie ihrer Bewohner so weit wie möglich zu erhalten und zu fördern. Das betrifft Freiheiten in der Gestaltung des Tagesablaufs, Wahlmöglichkeiten bezüglich der Mahlzeiten, die individuelle Einrichtung des eigenen Zimmers usw. Allerdings können sowohl physische wie psychische Behinderungen der Bewohner wie auch bauliche Verhältnisse eines Heimes zu Autonomieverlusten beitragen. So schränken Alterseinrichtungen, die mit schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen ihrer Bewohner und Bewohnerinnen konfrontiert sind, den Freiraum stärker ein als Heime mit überwiegend mental gesunden Bewohnern. Soziale Konflikte entstehen namentlich, wenn verwirrte Bewohner in fremde Zimmer eindringen. Elektronische Sicherungssysteme wie das von der Stiftung für elektronische Hilfsmittel in Neuchâtel entwickelte System «Quo Vadis II» erlauben heute allerdings eine optimale Kombination von Sicherheit für gefährdete BewohnerInnen (z.B. verwirrte Menschen) und hoher individueller Autonomie geistig kompetenter Bewohner und Bewohnerinnen (vgl. www.fst.ch).

In den letzten Jahrzehnten wurde vielfach die Öffnung von Alters- und Pflegeeinrichtungen nach aussen (Quartier, Gemeinde) vorangetrieben, und gegenwärtig beherbergt mehr als die Hälfte der

Heime zusätzliche Angebote. So gibt es beispielsweise häufig Abteilungen für Tagesaufenthalte oder betreute Alterswohnungen. In zahlreichen Heimen sind Spitex-Dienste oder medizinische bzw. paramedizinische Praxen untergebracht. Damit kann der Übergang von heimexterner zu heiminterner Pflege erleichtert werden. Die grosse Mehrheit der Heime beschäftigt zudem freiwillige Helfer und Helferinnen. Am häufigsten bieten diese Freiwilligen Besuche und Begleitung bei Spaziergängen an, sind bei Aktivierungsangeboten oder Transportdiensten beteiligt und kümmern sich in manchen Heimen um die Cafeteria, die in der Regel auch auswärtigen Besuchern offen steht. Hingegen helfen Freiwillige nur selten in Verwaltung und Pflege mit (vgl. Christie et al. 1997). Die Öffnung von Alters- und Pflegeheimen findet allerdings dort ihre Grenze, wo Ruhe, Sicherheit und Privatsphäre der HeimbewohnerInnen gestört werden. Dem Wunsch mancher betagter Person nach Ruhe und Rückzug ist ebenfalls Rechnung zu tragen. Jedes Alters- und Pflegeheim steht deshalb vor der schwierigen Aufgabe, Öffnung und Rückzug, Aktivität und Ruhe im Gleichgewicht zu halten.

Obwohl manche Alterseinrichtungen eine gemischte Bewohnerstruktur aufweisen, zeigt sich immer klarer, dass vor allem bei demenzerkrankten Menschen eine spezielle soziale Strukturierung notwendig wird, und dies gilt nicht nur für die Pflege, sondern auch für die bauliche Gestaltung von Pflegeheimen. Christoph Held und Doris Ermini-Fünfschilling (2003: 102ff.) betonen in ihrer Analyse von Heimstrukturen fünf soziale und bauliche Aspekte, die für die Gestaltung einer demenzgerechten Wohn- und Pflegeeinrichtung wesentlich sind:

- a) Die Einrichtung sollte klein und übersichtlich sein. Zu viele demenzkranke Personen und zu grosse Einrichtungen führen zu mehr Konflikten, Irritationen und Verhaltensstörungen (Angst, Unruhe, Aggression). Auch dies spricht für die Einrichtung von Pflegewohngruppen gerade bei demenzerkrankten älteren Menschen.
- b) Um die verminderten geistigen Leistungsfähigkeiten der demenzbetroffenen Menschen zu kompensieren, sollte die Heimarchitektur leicht verständlich sein. Dies kann beispielsweise durch eine unverwechselbare architektonische oder farbliche Gestaltung bestimmter Orte erreicht werden.
- c) Die Unabhängigkeit der Demenzbetroffenen soll so weit wie möglich gefördert werden. So können etwa durch angepasstes Mobiliar komplexe Aufgaben vereinfacht werden (z.B. Speziialschränke mit Aufbewahrung der Kleidung in der Reihenfolge des Anziehens, offenes Aufstellen von Haushaltsutensilien).
- d) Die Bewohner sollten weder durch Reize verwirrt noch gänzlich vor Reizen abgeschirmt werden. Schlecht beleuchtete Räume, unruhige Tapetenmuster oder unerwartete Spiegelungen können Angst und Unruhe auslösen. Umgekehrt kann eine Wohnküche mit Gerüchen und sichtbaren Utensilien der Passivität entgegenwirken.
- e) Die Herkunft der Bewohner und Bewohnerinnen sollte berücksichtigt und ihre persönliche Identität gestützt werden. Bedeutsame Objekte aus der Vergangenheit oder eine Möblierung wie zuhause vermitteln emotionale Geborgenheit. Sinnvoll kann unter Umständen die Einrichtung von «Reminiszenzräumen» sein, deren Dekoration und Möblierung bewusst einer bestimmten Zeitepoche nachgebildet sind.

6.3 Sozialmedizinische Einrichtungen für ältere Menschen im interkantonalen Vergleich

Ein wesentliches Merkmal der stationären Pflege der Schweiz ist ihre föderalistische Gestaltung, die eng damit zusammenhängt, dass dieser Bereich staatlichen Handelns traditionell den Kantonen und Gemeinden zugeordnet ist. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern gibt es in der Schweiz kein

nationales Altersheim- oder Pflegegesetz (mit standardisierten Qualitätskriterien). Wie bei der ambulanten Pflege (Spitex) hat die dezentralisierte Struktur der stationären Pflege kranker alter Menschen Vor- und Nachteile. Ein Vorteil ist der oft bürgernahe Charakter von Alters- und Pflegeheimen, und es fällt auf, dass die meisten Alters- und Pflegeheime lokal sehr gut verankert und akzeptiert sind. Ein weiterer Vorteil einer dezentralen Lösung ist die Tatsache, dass damit auf lokaler Ebene manche Innovationen und Veränderungen rasch durchsetzbar sind. Sehr viele Alters- und Pflegeheime haben in den letzten Jahrzehnten dann auch eine allgemein kaum wahrgenommene «stille Innovation» erfahren und sind inzwischen moderner, als es dem weit verbreiteten Stereotyp entspricht. Die dezentralisierte Struktur der stationären Pflegeversorgung hat jedoch den Nachteil, dass lokale Experimente, auch wenn sie erfolgreich sind, selten über kantonale Grenzen diffundieren und dass sich enorme Unterschiede in der baulichen, sozialen und wirtschaftlichen Gestaltung der Pflege kranker alter Menschen ergeben. So zeigen sich auch ausgeprägte interkantonale Unterschiede beim Anteil älterer Menschen, die jeweils in sozialmedizinischen Einrichtungen für betagte und pflegebedürftige Menschen (Alters- und Pflegeheime u.ä.) leben (Tabelle 32).

Einen besonders hohen Anteil an älteren Heimbewohnern weisen die Kantone Glarus, Appenzell-Ausserrhoden, Schaffhausen, Uri und Zug auf. In diesen Kantonen sind die Spitex-Dienste vergleichsweise gering ausgebaut. Überdurchschnittlich ist der Anteil von Heimbewohnern auch in den Kantonen St. Gallen, Schwyz, Luzern und Zürich sowie Obwalden und Nidwalden (wobei die zwei zuletzt aufgeführten Kantone einen eher überdurchschnittlichen Ausbau von Leistungen der Spitex kennen). Einige dieser Kantone haben eine lange Tradition von Alterseinrichtungen und deshalb gibt es dort bis heute traditionelle Altersheime. Aber auch in diesen Kantonen geht der Trend in Richtung Pflegeheime. So wird beispielsweise bei der Altersplanung des Kantons Luzern für das Jahr 2010 davon ausgegangen, dass es zu diesem Zeitpunkt im Kanton nur noch Pflegeheime, jedoch keine Altersheime mehr geben wird (vgl. Kanton Luzern 2001). Ein geringer Anteil älterer Heimbewohner findet sich in den westschweizerischen Kantonen Genf, Jura, Waadt und Wallis sowie im Kanton Appenzell-Innerrhoden. In diesen Kantonen liegen die Leistungen der Spitex für ältere Menschen über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Leicht unterdurchschnittlich ist der Anteil über 79-jähriger Heimbewohner zudem in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land, beides Kantone mit ausgebaute Spitex, sowie Solothurn, ein Kanton, der im Bereich der Gesundheitsförderung für das Alter mit seinem kantonalen Präventionsprojekt SO!PRA wegweisend ist.

Ein direkter Vergleich von zwei Kantonen mit unterschiedlichem Anteil von Heimbewohnern (Waadt, Zug) ergibt, dass im Kanton Waadt der Anteil von Bewohnern sozialmedizinischer Einrichtungen bei den 80-jährigen und älteren Personen primär deshalb kleiner ist als im Kanton Zug, weil im Kanton Waadt leicht bis mittelmässig pflegebedürftige Personen systematisch ambulant gepflegt werden und sich die stationäre Pflege auf schwer pflegebedürftige Menschen konzentriert. Im Zentrum der kantonalen Planung steht deshalb der Ausbau psychogeriatrischer Pflegeangebote (vgl. Montavon 2002). Im Vergleich dazu sind im Kanton Zug gemäss statistischen Unterlagen 2002 relativ viele Bewohner stationärer Einrichtungen (Altersheime und Pflegeheime mit regionalem Leistungsauftrag) den Pflegestufen 0 bis 2 zugeordnet (Gruppe 65–79 J.: nur 37% mit 3–4 Pflegepunkten, d.h. klar pflegebedürftig); Gruppe 80+ J.: nur 42% mit höchsten Pflegepunkten). Im Kanton Zug übernehmen zudem die Klöster nicht unbeträchtliche Pflegeleistungen für pflegebedürftig gewordene Mitglieder. Bezogen auf die eigentlich Pflegebedürftigen (Pflegepunkte 3–4) lässt sich für den Kanton Zug folgende Versorgungssituation einschätzen: Gut 60% der Pflegebedürftigen werden zuhause gepflegt, 10–11% werden momentan in Klöstern versorgt, und etwas weniger als ein Drittel wird in staatlichen Zuger Alterseinrichtungen gepflegt. Geplant ist im Kanton Zug eine verstärkte Konzentration auf Pflegeplätze (vgl. Höpflinger 2004c).

Tabelle 32

Bewohner und Bewohnerinnen sozialmedizinischer Einrichtungen für betagte und pflegebedürftige Menschen, 2000 und 2002

	In % der Wohnbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe							
	2000				2002			
	65+.	65–79	80+	85+.	65+.	65–79.	80+	85+
Zürich	7	2	24	36	8	2	25	37
Bern	7	2	21	32	8	2	22	32
Luzern	8	3	24	35	8	3	22	35
Uri	8	2	26	38	8	2	27	42
Schwyz	10	4	23	32	10	4	24	34
Obwalden	9	3	26	39	9	3	27	42
Nidwalden	8	3	25	37	8	3	26	40
Glarus	12	4	35	52	12	3	36	55
Zug	8	3	26	38	8	2	27	38
Freiburg	8	3	21	33	8	3	22	33
Solothurn	6	1	18	27	6	2	17	27
Basel-Stadt	7	2	18	27	7	2	18	27
Basel-Land	5	2	18	27	5	2	18	28
Schaffhausen	10	2	29	39	9	2	28	39
Appenzell-ARh.	11	3	29	41	11	2	30	44
Appenzell-IRh.	5	2	14	20	5	2	13	18
St.Gallen	8	2	25	36	8	2	26	37
Graubünden	8	3	20	31	8	2	23	34
Aargau	7	2	22	33	7	2	22	32
Thurgau	8	2	22	31	8	3	22	32
Tessin	7	2	20	28	7	2	20	29
Waadt	5	2	14	22	5	2	15	22
Wallis	5	2	16	25	5	2	17	26
Neuenburg	7	2	20	31	7	2	20	29
Genf	5	1	17	25	5	1	16	25
Jura	5	2	15	23	5	2	15	24

Quelle: Statistik sozial-medizinischer Einrichtungen 2000 und 2002

Wie bereits ausgeführt wurde (vgl. Kap. 5.3), ergibt sich im interkantonalen Querschnittsvergleich keine negative Beziehung zwischen Spitex-Ausbau und dem Ausbau stationärer Angebote (ausser der nahe liegenden Tatsache, dass ein hoher Anteil von Bewohnern sozialmedizinischer Einrichtungen den Tätigkeitsbereich der Spitex limitiert). Der Ausbau der Spitex hat allerdings oft indirekt zur Folge, dass sich damit das Alter des Eintritts in eine Pflegeeinrichtung erhöht. Im Kanton Basel-Stadt beispielsweise lag das Eintrittsalter für Pflegeheime im Jahr 2000 bei durchschnittlich 84 Jahren (vgl. Sanitätsdepartement Basel-Stadt 2001). Wichtig ist auch die Tatsache, dass das aktuelle Angebot an Alters- und Pflegeheimen sozial-historische Wurzeln hat. So weisen beispielsweise bis heute jene Regionen vergleichsweise viele Heimplätze auf, die eine lange Tradition von Altersheimen haben. Zudem kann das gesundheitliche Befinden älterer Menschen regional variieren. So kann Pflegebedürftigkeit in ländlich oder industriell geprägten Gebieten höher liegen als in städtischen

Dienstleistungszentren. Dies gilt vor allem für ältere Generationen, die früher oft harten Arbeitsbedingungen ausgesetzt waren. Regionale Differenzen im Anteil betagter Bewohner sozialmedizinischer Einrichtungen können vergangene sozioökonomische Verhältnisse, welche die ältere Bevölkerung geprägt haben, widerspiegeln, wie etwa ein hoher Anteil an landwirtschaftlich-gewerblich und industriell tätigen Personen und ein geringer Anteil von Akademikern und Dienstleistungskadern in früheren Jahrzehnten. Es fällt jedenfalls auf, dass in einigen früher stark industriell geprägten Kantonen wie beispielsweise Glarus, Schaffhausen, Appenzell-Ausserrhoden oder Uri der Anteil der über 85-jährigen Menschen in sozialmedizinischen Einrichtungen über der gesamtschweizerischen Pflegebedürftigkeitsquote von 35% liegt. Ein überdurchschnittlicher Anteil hochbetagter Bewohner sozialmedizinischer Einrichtungen kann daher mit generationsspezifischen Lebens- und Arbeitsverhältnissen heute älterer Menschen zusammenhängen. Das Aussterben dieser Generationen, der gewerblich-industriellen Arbeiterschaft, kann im Bereich der stationären Pflege innert kurzer Zeit zu markanten Strukturveränderungen führen und unter Umständen in Kantonen mit ausgebauten stationären Strukturen einen raschen Ausbau ambulanter bzw. kombinierter ambulanten-stationärer Angebote erfordern. Einen Einfluss auf die Nachfrage nach stationären Plätzen können unter Umständen aber auch ein Mangel an günstigen Wohnungen oder eine Häufung erzwungener Umzüge aufgrund von Wohnrenovierungen aufweisen. Eine regionale Pflegeplanung hat deshalb neben demografischen Grössen (Trends der Altersstruktur) auch die aktuellen und zukünftigen Wohnverhältnisse sowie bedeutsame Generationenprägungen der älter werdenden Bevölkerung zu berücksichtigen.

7 Personalpolitische und konzeptuelle Aspekte der Pflege alter Menschen

7.1 Zur Lage des Personals in der Langzeitpflege

Die ambulante und stationäre Alters- und Langzeitpflege ist zu einem bedeutsamen Beschäftigungs- und Wirtschaftsfaktor geworden, und diese Entwicklung wird sich aufgrund der demografischen und gerontologischen Trends weiter fortsetzen. Allein die sozialmedizinischen Einrichtungen zählten im Jahr 2002 83 700 Vollzeitstellen, was, da viele dort beschäftigte Personen teilzeitlich arbeiten, gut 121 400 Beschäftigten entsprach. Bei fast der Hälfte (48%) der in sozialmedizinischen Institutionen Beschäftigten handelt es sich um medizinisch oder pflegerisch tätiges Personal. In der ambulanten Pflege (Spitex) waren im Jahr 2002 weitere 27 200 Personen beschäftigt, was allerdings nur 10 300 Vollzeitstellen entsprach, da in der Spitex Teilzeitarbeit noch häufiger ist. 88% der Beschäftigten der Spitex sind direkt in Pflege und Betreuung involviert. In der ambulanten und stationären Pflege – nicht nur, aber mehrheitlich für ältere Menschen tätig – sind insgesamt nahezu 150 000 Personen beschäftigt, wovon gut 82 000 Menschen direkt medizinisch-pflegerische Leistungen erbringen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Personalbedarf in der Langzeitpflege ansteigen. Gemäss Szenarien des Bundesamts für Sozialversicherung (2003b) ist bei den sozialmedizinischen Einrichtungen bis 2020 gesamtschweizerisch mit einem zusätzlichen Bedarf von gut 47 000 Stellen (+30%) zu rechnen. Bei der ambulanten Pflege (Spitex) wird sogar von einem Stellenmehrbedarf von 46% bis zu diesem Zeitpunkt ausgegangen. Damit würde die Zahl von Vollzeitstellen in der stationären und ambulanten Pflege von gegenwärtig 94 000 auf gut 125 000 ansteigen. Unter der Annahme, dass der Anteil von Teilzeitarbeit im Pflegebereich gleich hoch bleibt, dürften im Jahr 2020 fast 200 000 Personen in irgendeiner Form in der Alters- und Langzeitpflege tätig sein.

In stationären Betrieben der Langzeitpflege sind fast 40% des pflegerischen Personals angelernt, und nur 18% verfügen über eine mehrjährige pflegerische Ausbildung. Vor allem in kleinen Betrieben fehlt ausgebildetes Pflegepersonal. In der ambulanten Pflege weisen gut 25% des Personals ein Pflegegediplom

auf, und weitere 19% haben eine Assistenzpflege-Ausbildung. Im Unterschied zum stationären Bereich ist der Anteil von Pflegerinnen und Pflegern mit guter Ausbildung speziell in grossen Spitex-Organisationen gering. Gemäss der Studie von Hedwig Prey et al. (2004) war im Jahr 2002 der Mangel an qualifiziertem Personal bei fast 46% der erfassten sozialmedizinischen Einrichtungen der Alten- und Langzeitpflege ein Problem. Bei der ambulanten Pflege waren gut 30% der erfassten Spitex-Organisationen davon betroffen.

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen wurden die Pflegeberufe erst mit Zeitverzögerung einer Bildungsexpansion unterworfen, und dies gilt vor allem für den Altenpflegebereich. Eine Ursache dafür «ist in der Konstruktion der Altenpflege als ‹Wiedereinstiegsberuf› von Frauen zu suchen. Dadurch traten bislang vermehrt ältere Frauenkohorten mit niedrigerem Schulabschluss als Auszubildende auf» (Voges 2002: 134). Dennoch zeigt sich ein Trend zu professionell definierten pflegerischen Berufs- und Fähigkeitsprofilen, wobei auch die Etablierung pflegewissenschaftlicher Forschung der Professionalisierung der Pflege dient. Neben berufsinternen Erfordernissen sind auch wirtschaftliche Faktoren für eine verstärkte Professionalisierung verantwortlich: «Die Professionalisierung der Pflege wird durch einen Rationalisierungsdruck forciert, der die Forderung nach Sicherung der Qualität von Pflegeleistungen in engen Zeitkorridoren mit einer minutengenauen Belegbarkeit und Transparenz des Handelns nach aussen (Institution, Kostenträger, Aufsichtsinstanzen) verbindet» (Schwerdt 2004: 493). Trotz erhöhter Professionalisierung dürfte allerdings auch in Zukunft die Tatsache bedeutsam bleiben, dass die Wissensbestände in den Pflegeberufen nicht nur durch Ausbildung und Fachkenntnis, sondern ebenso durch Tradition und Erfahrung geprägt sind (vgl. Geser 1998). Dies hat zur Folge, dass Pflegeorganisationen, die stark auf erfahrungsbezogene und von Gefühlen bestimmte Arbeit angewiesen sind, auf eine schlechte innerbetriebliche Durchmischung der Generationen besonders sensibel reagieren. So können unausgewogene Generationen- und Altersstrukturen im Pflegebereich eine Reihe personal- und unternehmenspolitischer Probleme auslösen (vgl. George, Struck 2000; Höpflinger, Clemens 2005): Ein hoher Anteil an älteren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen erhöht die Notwendigkeit, den Qualifikationsbestand betriebsintern zu erneuern, weil sonst die Gefahr besteht, dass neue Entwicklungen in medizinischen und pflegerischen Bereichen «verschlafen» werden. Die Dominanz einer Generation – zum Beispiel viele Fachkräfte im gleichen Alter – kann die Konkurrenz verstärken und der nachrückenden Generation eine berufliche Karriere versperren. Auch liegt in der betriebsinternen Dominanz von Gleichaltrigen die Gefahr einer ausgeprägten Kohortenkultur, die sich auf Offenheit und Anpassungsfähigkeit einer Pflegeorganisation hinsichtlich neuer Pflegekonzepte negativ auswirken kann. Umgekehrt birgt ein Dominieren jüngerer Generationen in Spital- und Pflegeabteilungen unter Umständen ein erhöhtes Risiko anomischer Reaktionen im Arbeitsalltag und ständiger Fluktuation des Personals, weil zu wenig erfahrene Fachpersonen vorhanden sind, die Nähe und Distanz gegenüber Patienten routinemässig im Gleichgewicht halten.

Ein auffallendes Merkmal ambulanter und stationärer Alters- und Langzeitpflege ist die starke Dominanz weiblicher Beschäftigter: Der Anteil der Frauen am Personal der schweizerischen Langzeitpflege liegt bei über 90%. Der «weibliche Charakter» der professionellen Pflege hat verschiedene Auswirkungen:

Erstens ist der hohe Frauenanteil in Pflegeberufen einer der Gründe für das vergleichsweise geringe Lohnniveau. Hedwig Prey et al. (2004) ermittelten in ihrer Studie einen Lohnabschlag von 16–17% für das qualifizierte Pflegepersonal, verglichen mit Beschäftigten in anderen Wirtschaftsbereichen. Knapp die Hälfte dieses Lohnunterschieds hängt nach ihrer Analyse damit zusammen, dass es sich bei der Pflege um einen Arbeitssektor mit überwiegend weiblichem Personal handelt. Männer sind in der Pflege kranker alter Menschen eine kleine Minderheit und sie nehmen auch in diesem Arbeitsbereich häufiger als Frauen Leitungspositionen ein (und sie arbeiten zudem häufiger vollzeitlich).

Zweitens sind Teilzeitstellen in der ambulanten oder stationären Pflege sehr häufig. Nur 15% der Beschäftigten in der ambulanten Pflege arbeiten Vollzeit. Bei der stationären Langzeitpflege sind es mit 26% etwas mehr. Teilzeitarbeit kommt einerseits den Bedürfnissen vieler Frauen entgegen, berufliche und familiäre Aufgaben zu kombinieren. Gerade in pflegerischen Berufen, wo krisen- und schmerzhaft Situationen häufig auftreten, sind Möglichkeiten des privaten Ausgleichs wichtig. Teilzeitarbeit in der Pflege entlastet vielfach auch beruflich. Pflegenden mit kleineren Arbeitspensen sind auch weniger Stress mit KollegInnen, Vorgesetzten und PatientInnen ausgesetzt als Pflegenden mit hohen Arbeitspensen. Namentlich im stationären Bereich kommt es bei einem Stellenumfang von über 60% häufiger zu emotionaler Erschöpfung (vgl. Prey et al. 2004: 69). Andererseits weisen Teilzeitstellen auch Nachteile auf: Teilzeitarbeit wird oft schlecht bezahlt und reduziert die Karrierechancen, da selbst gut bezahlte Teilzeitstellen zumeist weniger Karrieremöglichkeiten bieten als Vollzeitstellen (vgl. Bundesamt für Statistik 2003: 55).

Drittens lässt sich beim Pflegepersonal – teilweise auch beim männlichen – eine deutliche Tendenz zu einer altruistischen Berufshaltung nachweisen: «Dies zeigt sich zum einen in den Werten zu den Berufserwartungen, welche eine starke helfende Komponente beinhalten. Geld und Karriere spielen dabei eine untergeordnete Rolle. Zum anderen haben die Pflegenden auch im privaten Alltag eine sozial helfende Rolle inne, indem sie regelmässig verschiedene Verrichtungen für Verwandte und Bekannte tätigen» (Prey et al. 2004: 89). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine deutsche Erhebung zum Berufsverständnis professioneller Pflegefachpersonen in ambulanten Diensten. Die mit Abstand am häufigsten genannten Schlüsselwörter zum Pflegeleitbild waren Menschlichkeit, Würde und Gleichheit. Wirtschaftlichkeit hingegen stand am unteren Ende der Skala. Entsprechend zeigen sich erhebliche Diskrepanzen zwischen dem beruflichen Selbstverständnis der professionell Pflegenden und den Anforderungen eines zunehmend wirtschaftlich regulierten Gesundheitssystems (vgl. Blüher 2004: 25). Das Spannungsfeld zwischen (weiblich definierter) Menschlichkeit und (männlich definierter) Wirtschaftlichkeit dürfte sich inskünftig gerade im Bereich der Pflege kranker alter Menschen weiter aufladen, wodurch sich heikle ethische Fragen ergeben, wie aktuelle Diskussionen um das Verständnis der Pflege gegen Lebensende zeigen (vgl. Rügger 2003). Wie eine Westschweizer Erhebung bei Pflegefachpersonen ergab, kommt es vor allem bei so genannten schwierigen Patienten oft zu teaminternen Konflikten, da unterschiedliche professionelle Handlungsperspektiven in diesen Fällen besonders klar zutage treten (vgl. Pasche 2003).

Eine im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 «Probleme des Sozialstaats» durchgeführte Erhebung beim Personal der ambulanten und stationären Langzeitpflege ergab bezüglich Personalfriedenheit und Kritik der Berufssituation pflegender Personen ein eher positives Bild (vgl. Prey et al. 2004). So waren Berufserwartungen und Berufszufriedenheit der professionell pflegenden Frauen und Männer insgesamt recht hoch. Die geringste Zufriedenheit zeigte sich bei den Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten sowie bezüglich der Verdienstmöglichkeiten. In stationären Betrieben verringert insbesondere ein Mangel an qualifiziertem Personal die Zufriedenheit der Angestellten. Auch in ambulanten Einrichtungen sinkt die Zufriedenheit sukzessive mit der Verschärfung des Personalengpasses. Ferner mindert in ambulanten Einrichtungen das Fehlen von Aufenthalts- und Besprechungsräumen die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen.

Der berufliche Tätigkeitsspielraum und die Mitbestimmungsmöglichkeiten wurden von den befragten Pflegepersonen mehrheitlich hoch bewertet. Die meisten Pflegenden fühlen sich involviert und können nach eigenen Angaben in verschiedenen Bereichen ihrer Arbeit mitbestimmen. Auch das soziale Klima wird mehrheitlich positiv bewertet, wobei Spitex-Angestellte insgesamt über weniger Stress mit ArbeitskollegInnen berichten als Pflegenden in der stationären Langzeitpflege, was auch damit zusammenhängt, dass im Spitex-Bereich nicht so eng zusammengearbeitet wird wie in Alters- und Pflegeeinrichtungen und es deshalb weniger Reibungsflächen gibt. Gleichzeitig wird der Umgang mit

KlientInnen im ambulanten Bereich als unkomplizierter eingestuft als der mit den älteren Menschen in stationären Einrichtungen, deren Gesundheitszustand häufig schlechter ist. Ein wesentlicher Einflussfaktor des sozialen Klimas ist dieser Studie zufolge die Betriebsgrösse: «Sowohl die Betriebsgrösse definiert durch die Zahl der Angestellten als auch durch die Zahl der PatientInnen machten deutlich, dass mit zunehmender Grösse des Betriebs die sozialen Beziehungen zwischen den Pflegenden untereinander sowie die Beziehungen zwischen Pflegenden und den Patienten schlechter werden» (Prey et al. 2004: 55). Da vielfach auch das Wohlbefinden von Klienten und Heimbewohnern mit steigender Betriebsgrösse tendenziell sinkt, namentlich wenn kognitive Beeinträchtigungen (Demenz) vorliegen, sprechen alle diese Befunde gegen eine starke Zentralisierung von Pflegeorganisationen, zumindest was pflegerische Leistungen betrifft (vgl. auch Held, Ermini-Fünfschilling 2003).

Die Arbeit in Pflegeberufen ist häufig körperlich wie emotional anstrengend. Viele Pflgetätigkeiten erfordern körperlichen Einsatz und Kraft; im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigt das Personal der Langzeitpflege entsprechend häufiger Kreuzschmerzen, Schweregefühle in den Gliedern sowie Muskelschmerzen. Junge Pflegerinnen fühlen sich interessanterweise körperlich stärker beansprucht als ältere Pflegerinnen – ein Unterschied, der erfahrungsbedingte Effekte widerspiegelt, da ältere Pflegerinnen sich besser zu schützen wissen. Gleichzeitig verlangt der tägliche Umgang mit chronischen Krankheiten, Schmerz, kognitiven Einbussen, Sterben und Tod von den Pflegenden besondere emotionale Stärken. Dabei sind die emotionalen Beanspruchungen in der stationären Langzeitpflege durchweg grösser als in der ambulanten Pflege.

In der Studie von Hedwig Prey et al. (2004) wurde sichtbar, dass das Personal mit den durch die Pflgetätigkeit entstehenden emotionalen Beanspruchungen häufig gut umgehen kann. Das emotionale Befinden der Mehrheit ist ausgesprochen gut. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass mehr als ein Fünftel des Pflegepersonals sozialmedizinischer Einrichtungen emotional erschöpft ist. Bei der ambulanten Pflege ist dieser Anteil kleiner, wie auch in anderen Dimensionen emotionaler Beanspruchung hier niedrigere Werte zu verzeichnen sind (vgl. Tabelle 33). Kritische Werte der emotionalen Erschöpfung sind in grösseren Betrieben häufiger als in kleinen. Zusätzlich beeinträchtigen ein Mangel an qualifiziertem Personal und häufige Überstunden das emotionale Befinden. Die grosse Mehrheit des Pflegepersonals möchte weiterhin in der Pflege tätig sein, aber gerade hochqualifizierte Pflegefachkräfte beabsichtigen relativ häufig, ganz aus der Pflege auszusteigen, namentlich wenn sie in stationären Einrichtungen arbeiten. Unzufriedenheit mit dem Team und unflexible Dienstpläne sind die am häufigsten genannten Motive für einen Ausstiegswunsch.

Tabelle 33

Emotionale Beanspruchung des Personals in der Langzeitpflege, 2002

	Stationäre Langzeitpflege (N = 2 416)	Ambulante Pflege (N = 451)
Emotionale Erschöpfung	21%	13%
Unzufriedenheit	17%	8%
Reaktive Abschirmung	14%	11%
Aversion gegen KlientInnen	12%	8%
Geringe intrinsische Motivation	10%	7%

Quelle: Prey et al. 2004: 64

Insgesamt findet das Pflegepersonal die Arbeit jedoch mehrheitlich befriedigend, und die überwiegende Mehrheit ist mit ihren pflegerischen Aktivitäten grösstenteils zufrieden. Zudem kann die Mehrheit der pflegerisch tätigen Frauen und Männer mit den bei der Alters- und Langzeitpflege entstehenden emotionalen Anforderungen und Beanspruchungen gut umgehen. Dennoch zeigen sich namentlich in der stationären Alters- und Langzeitpflege einige kritische Dimensionen, vor allem in grösseren Betrieben und bei ausgeprägtem Mangel an qualifiziertem Personal. Zeitdruck sowie eine verstärkte bürokratische Reglementierung bedrohen zudem den für Pflegefachfrauen zentralen Beziehungsaspekt pflegerischen Handelns. Auch wird die Entlohnung zumeist als zu gering empfunden. 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 es sind eher organisatorische Faktoren, die zu personellen Problemen führen. Kritische Faktoren sind namentlich zu grosse Betriebe, unflexible Dienstgestaltung, hoher Zeitdruck und Prädominanz wirtschaftlicher Leistungskriterien. Negative Auswirkungen haben aber auch unhonorierte Mehrarbeit, zu wenig Anerkennung sowie eine mangelhafte Infrastruktur für das Personal. Ein Mangel an Pflegepersonen 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. Wie bei der familialen Pflege von Angehörigen ist auch bei der professionellen Pflege kranker alter Menschen wichtig, dass die «Kultur des Helfens» durch «Pflege der Pflegenden» ergänzt wird.

7.2 Neue Konzepte der Pflege alter Menschen jenseits der Zweiteilung von ambulanter und stationärer Pflege

Grundsätze

In der Pflege kranker alter Menschen werden verstärkt ganzheitlich-lebensweltorientierte Ansätze diskutiert und umgesetzt, beispielsweise mit dem Ziel, Alters- und Pflegeheime tatsächlich als Orte des Wohnens und Lebens zu gestalten (vgl. Heinemann-Knoch, Schönberger 1999). Eine lebensweltorientierte Pflege kranker alter Menschen versteht sich als eine Pflege, welche Lebensgeschichte und Lebensweise alter Menschen einbezieht. Sie achtet die Bedürfnisse und unterstützt die Kompetenzen von pflegebedürftigen älteren Menschen und beschränkt sich nicht auf die körperlich notwendigen Pflegeleistungen. Damit ergibt sich ein grundlegender Perspektivenwechsel von einer defizitorientierten und bevormundenden Versorgung alter Menschen zur Verankerung hilfreicher Arrangements (vgl. Evers, Olk 1996). «Betont wird, dass Pflegebedürftige in der professionellen Pflege als gleichberechtigte Subjekte wahrgenommen und gefragt werden möchten, welche Hilfen und Pflege sie benötigen und beanspruchen. In einem entsprechend gestalteten Pflege-Setting sind sie dann nicht mehr «Patienten» bzw. «Klienten», die versorgt werden müssen. Vielmehr gewinnen Pflegekonzepte an Bedeutung, mit denen ältere Menschen bei Hilfe- und Pflegebedarf in der Rolle der Suchenden nach «hilfreichen Arrangements» und nach aktiver Mitwirkung in der Produktion der Dienstleistung «Pflege» wahrgenommen werden» (Heinemann-Knoch, Schönberger 1999: 631).

Alfred Gebert und Hans-Ulrich Kneubühler (2003) betonen in ihrer grundlegenden, kritischen Analyse von Qualitätsbeurteilungen in Pflegeheimen insbesondere das «Normalisierungsprinzip», d.h. eine starke Gewichtung normaler Alltagsroutinen und Lebensrhythmen auch in Pflegeeinrichtungen: «Pflegeheime sind Orte, an denen alte Menschen sich in der Regel dauerhaft aufhalten und gepflegt werden. Pflegeheime, die das Normalisierungsprinzip umsetzen wollen, können sich nicht auf die Dienstleistung Pflege beschränken. Die Dauerhaftigkeit des Aufenthalts macht das Pflegeheim zum Lebensort der Bewohner, der konsequenterweise als solcher konzipiert sein muss. Drei Elemente gehören dazu:

1. Die Grundeinstellung von Trägerschaft, Leitung und Mitarbeitern, die Bewohner nicht über ihre Defizite, d.h. ihre Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit, zu definieren, sondern über ihr Menschsein, an das bis zum Tod Menschenwürde und unveräußerliche Rechte geknüpft sind.
2. Ein Programm (Strukturen und Prozesse), das geeignet ist, die eigenen Kräfte, Fähigkeiten und Möglichkeiten der Bewohner so zu erhalten, zu fördern, nötigenfalls zu kompensieren, dass sie ein menschenwürdiges Leben führen können.
3. Ein struktureller Rahmen von der Architektur über den Stellenplan und die Qualifikation der Mitarbeitenden bis zu den Sachmitteln, der es erlaubt, das Programm zu erfüllen» (Gebert, Kneubühler 2003: 198–199).

Parallel zur Betonung des Stellenwerts der Bedürfnisse und (noch vorhandenen) Kompetenzen älterer pflegebedürftiger Menschen – teilweise aber quer dazu – vollziehen sich gegenwärtig zwei weitere Entwicklungen im Pflegebereich: Einerseits gibt es vermehrte Bestrebungen zu einer erhöhten Professionalisierung der Pflegeberufe. Dazu gehören auch Initiativen, die Pflegewissenschaft neben Medizin, Gesundheits- und Sozialwissenschaften als eigenständige Fachdisziplin zu etablieren. Diese Professionalisierungsbestrebungen richteten sich zunächst auf die Akutpflege, wirken sich heute aber zunehmend auch auf die ambulante und stationäre Pflege im Alter aus. Andererseits werden vermehrt quantitative Methoden der Qualitätssicherung und Wirkungsanalyse («evidence-based care») eingeführt und durchgesetzt (vgl. Gebert, Kneubühler 2003). Dazu gehören beispielsweise eine systematischere Beachtung von Pflege-Assessments sowie Pflegedokumentation und -planung – eine Entwicklung, die teilweise einer verstärkten Bürokratisierung und Formalisierung von Pflegeprozessen Vorschub leistet.

Spannungsfelder

Wie andere Bereiche sozialen und gesundheitlichen Handelns steht auch die Pflege kranker alter Menschen im Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Effektivitäts- und Effizienzkriterien und dem Verständnis einer den Menschen gerecht werdenden Pflege. Diese Spannung wird gegenwärtig durch staatliche Sparmassnahmen verschärft. Aber auch familial geprägte Pflegenormen und -ansprüche haben einen Einfluss. Während in anderen Bereichen staatlichen Handelns der Staat und die Professionellen sozusagen ein Definitions- und Handlungsmonopol haben, ist die Pflege kranker alter Menschen wesentlich dadurch geprägt, dass neben medizinischen und pflegerischen Fachpersonen Angehörige eine bedeutsame Stellung einnehmen. Familiäre Pflege unterliegt gerade nicht klassisch rational-professionell geprägten Leitbildern, sondern sie ist eng mit emotionalen Verpflichtungen verbunden, die unweigerlich auf professionelle Pflegeleistungen ausstrahlen. Rein wirtschaftlich definierte Kriterien der Pflege kranker alter Menschen stossen auch aus diesem Grund auf tief verankerte soziale Widerstände.

Im Vergleich zu anderen Bereichen gesundheitlichen Handelns wird die ambulante wie die stationäre Pflege zudem stark durch beharrende Pflegebilder und Pflegestrukturen mitgeprägt. Die beharrenden Kräfte namentlich in der stationären Betreuung und Pflege werden durch drei Faktoren gestärkt: Erstens führt das in der Schweiz verankerte Prinzip eines bürgernahen Föderalismus dazu, dass lokalen bzw. regionalen Strukturen und Traditionen ein hohes Gewicht eingeräumt wird. Zweitens sind viele Alters- und Pflegeheime in altehrwürdigen Gebäuden untergebracht, und in manchen Fällen können allein schon bauliche Gegebenheiten – unter Umständen im Verein mit Denkmalschutzaufgaben – inhaltliche Innovationen einschränken. Drittens, und dies ist gleichfalls nicht zu unterschätzen, sind die Bewohner und Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeeinrichtungen durch frühere Lebens- und Werthaltungen geprägt, was zur Folge haben kann, dass gut gemeinte, aber für sie nicht nachvollziehbare Innovationen des Pflegepersonals auf ihren (stillschweigenden) Widerstand stossen. Mehr als andere Bereiche sozialen und gesundheitlichen Handelns ist die Pflege kranker alter Menschen durch eine Koexistenz traditioneller und neuer Orientierungen und Handlungsformen gekennzeichnet.

In Zukunft kann die soziale und funktionale Ausdifferenzierung der späten Lebensjahre in verschiedene Phasen (autonomes, fragiles und pflegebedürftiges Alter) das Spannungsfeld medizinischer und pflegerischer Interventionen weiter vergrössern. Es ist durchaus denkbar, dass es aufgrund medizinisch-technischer Entwicklungen beispielsweise innerhalb der Geriatrie zu einer verstärkten Ausdifferenzierung von zwei unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern kommt:

- a) Zum ersten kann sich eine eigentliche Alternsmedizin mit starker Gewichtung primärer wie sekundärer Prävention (Vermeidung von Behinderungen im Alter) sowie klinischer und rehabilitativer Behandlungen, namentlich für Menschen im Alter von unter 80 bzw. 85 Jahren, entwickeln. Diese Alternsmedizin kann sich in ihren Methoden und Werthaltungen stark an die Medizin für jüngere Erwachsene anlehnen, wenn auch mit der Betonung der Besonderheiten des Alters (z.B. Polymorbidität). Eine gut organisierte Alternsmedizin kann durchaus eine wichtige Säule aktiven Alterns darstellen, da die aktive Lebensphase dank präventiver oder rehabilitativer medizinischer Interventionen eine weitere Ausdehnung erfahren kann. Gleichzeitig können durch eine «anti-ageing»-Bewegung auch illusorische Hoffnungen bezüglich der Verhinderung von Alternsprozessen genährt werden.
- b) Zum zweiten wird die geriatrische Pflege und Betreuung in der letzten Phase des Lebens an Bedeutung gewinnen. Hier geht es um Medizin und Pflege, die vor allem durch die Anerkennung medizinischer Handlungsgrenzen definiert wird, etwa durch den Verzicht auf weitere Interventionen und die Beschränkung auf palliative Pflege. Strategien wie palliative Medizin und Pflege, aber auch basale Stimulation bei demenzkranken Patienten sind ebenso wichtig wie Angehörigenbetreuung und die Ermöglichung eines würdevollen Sterbens. Das Spannungsfeld einer solchen geriatrischen Pflege und Betreuung am Lebensende entsteht daraus, dass sie quer zu heute vorherrschenden Leistungs- und Effizienzkriterien steht, da hier gerade nicht auf Leistung bezogene Werte (Würde, Menschlichkeit usw.) im Zentrum stehen.

Die Ausdifferenzierung einer Alternsmedizin und einer geriatrischen Lebensendbegleitung bedeutet nicht zwangsläufig eine Zweiteilung der Geriatrie (und der geriatrischen Ausbildung), sondern zunächst die Anerkennung eines Spannungsfelds von Tun und Lassen, von Intervention und Nichtintervention. Da dieselbe Person oft von einer aktiv pflegenden zur pflegebedürftigen Person wird, kann durchaus die gleiche medizinische Fachperson beide Phasen begleiten. Dabei kommt es darauf an, dass medizinische und pflegerische Handlungen die je nach Alters- und Krankheitsphasen unterschiedlichen Lebensrhythmen berücksichtigen. Dazu sind u.a. auch angepasste Zeit- und Stellenpläne notwendig.

Reformvorschläge

Eine Durchsicht neuerer kantonaler und städtischer Altersleitbilder lässt erkennen, dass zur Verbesserung der Pflege kranker alter Menschen in der Schweiz Konsens über die Notwendigkeit folgender Reformen besteht (vgl. Müller 2002):

- a) Die Stärkung der Selbstbestimmung von Heimbewohnern und eine Öffnung von Alters- und Pflegeeinrichtungen nach aussen (via öffentliches Café, Besuchsdienste und Spazierbegleitung). Die Öffnung von Alters- und Pflegeeinrichtungen findet allerdings dort ihre Grenze, wo Ruhe, Sicherheit und Privatsphäre von HeimbewohnerInnen gestört werden. Dem Wunsch mancher betagter Person nach Ruhe und Rückzug ist ebenfalls Rechnung zu tragen. Jedes Alters- und Pflegeheim steht, wie bereits ausgeführt, vor der schwierigen Aufgabe, Öffnung und Rückzug, Aktivitäten und Ruhe im Gleichgewicht zu halten.
- b) Ein Ineinandergreifen von ambulanten und stationären Angeboten, beispielsweise durch den Aufbau ambulant-stationärer Angebote. Dazu gehören bereits realisierte Modelle von Alterszentren, die stationäre Pflegeplätze mit ambulanten Angeboten (Spitex, Fusspflege u.a.) an einem zentralen Ort verbinden, sowie alle Formen von teilstationären Pflege- und Entlastungsangeboten im Rahmen sozialmedizinischer Einrichtungen (wie Tages- bzw. Nachtkliniken, Beratungsdienste usw.).

- c) Ein Ausbau komplementärer Betreuungsformen im Sinn der Konzepte eines betreuten bzw. begleiteten Wohnens. Damit soll einerseits bei Bedarf der Übergang von ambulanter Hilfe zu stationärer Pflege erleichtert und andererseits die individuelle Ausrichtung von Hilfe- und Pflegeleistungen gestärkt werden.
- d) Die Schaffung von Pflegewohngruppen bzw. von dezentralisierten Pflegewohnungen speziell für demenzerkrankte alte Menschen. In ländlichen Regionen wird teilweise das Modell von Pflegefamilien unterstützt (Pflege einer alten Person im Rahmen eines privaten Pflegevertrags in Anlehnung an Modelle von Pflegefamilien bei Kindern).
- e) Ein qualitativ gutes Beratungs- und Entlastungsangebot für pflegende Angehörige, wie es für Angehörige von Demenzpatienten in Form von Memory-Kliniken an verschiedenen Orten realisiert wurde. Gerade im Bereich der Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige bestehen grosse Lücken, wie eine 2004 durchgeführte Erhebung bei kantonalen Fachleuten festgestellt hat (vgl. Ehrler 2004). Vorschläge für eine finanzielle Unterstützung der Angehörigenpflege sind hingegen umstritten. Bisher finden sich entsprechende Initiativen erst in drei Kantonen (Basel-Stadt, Freiburg, Tessin).
- f) Eine bessere Koordination von Akut- bzw. Spitalpflege älterer Menschen, Übergangspflege nach Spitalaufenthalt oder bei Rehabilitationsprogrammen und Eintritt in eine Pflegeeinrichtung für chronisch kranke Menschen.

Viele dieser Reformvorschläge wurden in den letzten Jahren in ausgewählten Regionen schon umgesetzt. Es kann deshalb nicht davon gesprochen werden, dass ambulante und stationäre Pflege in der Schweiz unter einem allgemeinen Innovationsstau leiden. Im Gegenteil, in der Schweiz findet sich heute das ganze Spektrum an Betreuungs- und Pflegemodellen, aber das Versorgungsangebot ist regional sehr unterschiedlich.

Zu den sozialpolitisch umstrittenen Reformvorschlägen, die deshalb in den Alters- und Pflegeleitbildern von Kantonen und Gemeinden kaum auftauchen, gehört dagegen eine stärker wettbewerbsorientierte Organisation von Pflegeeinrichtungen. Umstritten ist auch eine Verlagerung von staatlichen zu privaten Pflegeeinrichtungen (auch wenn in einigen Regionen privat finanzierte Spitex-Dienste oder profitorientierte Alterseinrichtungen bestehen). Gleichfalls umstritten ist die Organisation milieuspezifischer Pflegeeinrichtungen, auch wenn etwa in der Stadt Zürich die Einrichtung einer speziellen Pflegeabteilung für pflegebedürftige italienische Migrantinnen durchaus ein positives Echo fand. Das lokale Prinzip der Versorgung, wie es der langjährigen kommunalen Versorgungstradition der Schweiz entspricht, dominiert in der Pflege kranker alter Menschen weiterhin.

Das Beispiel der privat organisierten Seniorenresidenzen zeigt allerdings, dass zumindest für einige wohlhabendere Gruppen privat finanzierte und milieuorientierte Wohn- und Pflegeformen im Alter eine Alternative zu staatlichen Alters- und Pflegeeinrichtungen darstellen. Bei Seniorenresidenzen handelt es sich um altersgerecht eingerichtete Wohnungen, die von privaten Unternehmen – wie Tertianum u.a. – für spezifische Gruppen älterer Menschen angeboten werden. Im Rahmen von Seniorenresidenzen werden hohe Wohnqualität mit Sicherheit und Dienstleistungsangeboten kombiniert, wobei die Dienstleistungs- und Betreuungsangebote zumeist à la carte zur Verfügung stehen. Da Seniorenresidenzen nicht öffentlich subventioniert werden und sie vielfach eine hohe bis luxuriöse Wohn- und Betreuungsqualität anbieten, kommen Seniorenresidenzen in der Regel nur für wohlhabende bis reiche ältere Menschen in Betracht. Dem entspricht, dass die Unterstützung für diese Wohnoption speziell bei älteren Menschen mit höheren Einkommen und hohem Bildungsniveau am höchsten ist (vgl. Höpflinger 2004a). Da sich Seniorenresidenzen gezielt an jeweils spezifische Bevölkerungsgruppen richten, variieren Qualität und Angebot allerdings stark. Ambulante Pflegeleistungen werden meist angeboten, aber nicht alle Seniorenresidenzen sind auf schwer pflegebedürftige Menschen (mit Demenzerkrankungen) eingerichtet. Zudem ist bei Verarmung bzw. Erschöpfung der finanziellen Ressourcen – etwa als Folge einer Börsenbaisse – in manchen Fällen ein

Umzug in eine andere Wohnform notwendig. Als Nachteil empfinden einige ältere Menschen auch die fehlende altersmässige Durchmischung von Seniorenresidenzen, wogegen andere gerade die Homogenität der BewohnerInnen nach Alter und sozialem Milieu («Menschen mit den gleichen Interessen») positiv beurteilen.

Betreutes Wohnen im hohen Lebensalter – Möglichkeiten und Grenzen

Während in Deutschland der Begriff des «betreuten Wohnens» fest etabliert ist, ist er in der Schweiz weniger üblich. Trotzdem entsprechen viele Wohn- und Pflegeformen für ältere Menschen auch in der Schweiz dem Konzept eines betreuten Wohnens. Dies gilt beispielsweise für Alterswohnungen, in denen die Bewohner direkt vom Dienst- und Pflegeangebot eines benachbarten Alters- und Pflegeheims profitieren. Betreutes Wohnen verfolgt das Ziel, älteren Menschen auch dann eine möglichst selbständige Lebensweise zu ermöglichen, wenn sie aufgrund gesundheitlicher Probleme oder funktionaler Einschränkungen auf regelmässige Hilfe und Betreuung angewiesen sind. Das Konzept betreuten – oder besser: begleiteten – Wohnens im Alter basiert auf zwei Grundideen:

Zum einen soll an Stelle einer «Rundum-Versorgung» jeweils nur so viel Hilfe und Pflege geleistet werden, wie im Einzelfall benötigt wird. Es sind die älteren Menschen selbst, die professionelle Hilfe anfordern, und es ist nicht eine Alters- und Pflegeeinrichtung, die ihnen Hilfe aufzwingt. Zum anderen soll ein privates und autonomes Leben auch dann garantiert bleiben, wenn ältere Menschen Hilfe und Pflege benötigen. Betreutes Wohnen soll älteren Menschen Privatsphäre und selbständige Lebensführung ermöglichen als auch im Bedarfsfall Sicherheit und Pflege bieten.

Sachgemäss variieren Art und Weise betreuten Wohnens stark. Das Konzept des betreuten Wohnens wird weder in der Schweiz noch in Deutschland einheitlich gefasst. Entsprechend umfassen Formen betreuten Wohnens sowohl grosszügig eingerichtete Pflegeheime mit Betreuung und Pflege à la carte als auch einfach gestaltete, aber altersgerecht gebaute Wohneinheiten mit Anbindung an das lokale Spitex- und Betreuungsnetz. Vereinfacht dargestellt lassen sich folgende Typen unterscheiden (vgl. Höpflinger 2004a):

- a) Altersgerecht gebaute Wohnungen und Wohnanlagen, die an ein Netz ambulanter Dienste (Spitex, Haushaltshilfe, Mahlzeitendienste, Einkaufsservice u.a.) in der Gemeinde angeschlossen sind.
- b) Integrierte Wohnanlagen, in denen altersgerechte Wohnungen institutionell mit lokalen Pflegeangeboten verbunden sind. Dazu gehören kommunale oder städtische Alterszentren mit hindernisfreien Wohnungen, Spitex-Diensten und Pflegeabteilungen in unmittelbarer Nähe.
- c) Heimverbundene Wohnanlagen: Dabei handelt es sich beispielsweise um Alterswohnungen, die in einem oder um ein Alters- und Pflegeheim herum angesiedelt sind. Die Betreuung, sofern notwendig, erfolgt im Rahmen der stationären Angebote.

Die empirische Forschung zu Formen des betreuten Wohnens im Alter steckt noch in den Kinderschuhen. Besonders wertvoll sind deshalb die Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie, die auch Qualitätskriterien für betreutes Wohnen ausarbeitete (vgl. Saup 2003: 112ff.). Im Rahmen dieser Studie wurden in der Region Augsburg zwei mit einem Heim verbundene betreute Wohnanlagen, eine Wohnanlage mit integriertem Pflegestützpunkt und fünf normale Wohnanlagen und ihre Bewohner und Bewohnerinnen untersucht. Als wichtige Ergebnisse dieser quantitativ wie qualitativ angelegten Studie zur Pflege in späteren Lebensphasen lassen sich folgende Punkte zusammenfassen (vgl. Saup 2001: 7ff.):

- a) Schon beim Einzug in die Alterswohnungen berichteten gut vier Fünftel der Bewohner von dauerhaften gesundheitlichen Beschwerden. Fast drei Viertel klagten über Geh- und Bewegungsprobleme, zwei Drittel erwähnten Herz- und Kreislaufprobleme, und jede zweite Person litt unter Seh- und/oder Hörbeschwerden. Pflegebedürftig waren allerdings auch drei Monate nach dem Einzug nur 13%. Dieser Prozentsatz ist zwar deutlich höher als bei Gleichaltrigen in normalen Wohnungen, aber gleichzeitig viel geringer als in Alters- und Pflegeheimen. Der Gesundheits-

zustand der BewohnerInnen betreuter Alterswohnungen – viele ältere Menschen mit gesundheitlichen Problemen und Beschwerden, aber noch nicht allzu viele Pflegebedürftige – verdeutlicht, dass betreutes Wohnen tatsächlich zwischen «Daheim» und «Heim» angesiedelt ist.

- b) Nach eigenen Angaben zogen die meisten älteren Bewohner aus Gründen einer Krisenvorsorge in eine betreute Wohnung. Vier von fünf Bewohnern gaben als Grund des Umzugs an, im Notfall Hilfe und im Pflegefall Betreuung zu geniessen. Als mitentscheidend für den Umzug nannten zwei Drittel ihre angeschlagene Gesundheit. Mehr Wohnkomfort, eine schwellenfreie Wohnung sowie mehr soziale Kontakte wurden als Motive ebenfalls oft erwähnt, haben jedoch nicht das gleiche Gewicht wie die Krisenvorsorge. Bei der Wahl einer bestimmten Wohnung bzw. Wohnanlage kam der räumlichen Nähe zu Kindern eine grosse Bedeutung zu.
- c) Der Umzug in eine betreute Wohneinrichtung war selten das Ergebnis einer Blitzentscheidung, sondern zumeist das Resultat eines sich über längere Zeit erstreckenden Prozesses, in den auffällig oft die Kinder einbezogen waren. «Der Umzug älterer Menschen ins Betreute Wohnen dürfte oft eine wohlüberlegte Entscheidung im Familienverband und eine prospektive Lebensplanung der Älteren sein und weniger – wie vielfach beim Umzug ins Alten- und Pflegeheim – eine Notfallreaktion auf einen akuten Versorgungsbedarf» (Saup 2001: 67).
- d) Die älteren Menschen erwarten vom betreuten Wohnen eine hohe Sicherheit und Kontinuität. Über 90% der befragten Bewohner wünschten sich, dass dies der letzte Wohnumzug in ihrem Leben war. «Ob hier mehr Wunschdenken als eine realistische Einschätzung der Situation zum Ausdruck kommt, muss zum gegenwärtigen Zeitpunkt offen bleiben. Viele Ältere verknüpfen mit dem Betreuten Wohnen fälschlicherweise die Vorstellung einer Rund-um-Betreuung wie im Heim. Die Frage erscheint berechtigt, ob damit die Betreuungsträger in den betreuten Seniorenwohnanlagen auf solchen Erwartungen der Älteren wie auf einer nicht-einlösbaren Hypothek sitzen?» (Saup 2001: 66).

Tatsächlich mehren sich in Deutschland die Hinweise, dass bei selbständigen Wohnformen wie dem betreuten Wohnen die Risikoabsicherung für Pflegebedürftigkeit, wenn überhaupt, nur für körperliche Pflege gilt. «Spätestens bei demenziellen Erkrankungen wird der Verbleib der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen nicht mehr garantiert oder gar ausgeschlossen. Die Aufrechterhaltung des selbständigen Haushaltes in der Privatwohnung ist bei Demenzkranken nur möglich, wenn eine intensive Betreuung durch pflegende Angehörige sichergestellt ist und gegebenenfalls eine Entlastung durch teilstationäre Einrichtungen erfolgt. Fehlt ein solches Hilfenetz, wird ein Umzug in eine «stationäre Sonderwohnform» notwendig» (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 115). Die als Reaktion auf diese Feststellung von Winfried Saup et al. (2004) durchgeführte Nachfolgestudie «Betreutes Wohnen und Demenz» liess erkennen, dass nur 11% der untersuchten deutschen Einrichtungen des betreuten Wohnens ein Demenz-Konzept besaßen, obwohl sich der Anteil demenzerkrankter alter Menschen im Lauf der Zeit in allen entsprechenden Einrichtungen erhöht hat bzw. erhöhen wird. Ein Verbleib demenzerkrankter alter Menschen in betreuten Wohnanlagen ist primär bei leichten bis mittelschweren kognitiven Einbüssen noch möglich. Die Grenzen betreuten Wohnens zeigen sich vor allem bei aggressiven Handlungen, bei nächtlichem Herumirren, bei Weglauftendenzen und Orientierungsproblemen. Auch schwere kognitive Einbüssen bzw. die letzte Phase der Demenz erzwingen zumeist einen Wechsel in eine (geschlossene) Pflegeeinrichtung. Beim Ausbau von betreuten Wohnanlagen in der Schweiz sollten deshalb auch die Grenzen dieser Versorgungsform klar definiert und kommuniziert werden.

Pflegewohngruppen für pflegebedürftige und/oder demenzkranke Menschen

Innovative Formen einer Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen in kleinen Wohngruppen oder Hausgemeinschaften wurden in verschiedenen Ländern erfolgreich entwickelt und aufgebaut. Dazu gehören französische «Cantous» (vgl. Radzey et al. 1999) sowie deutsche Haus-

gemeinschaften für Demenzkranke oder dezentrale Pflegestationen und Pflegewohngruppen in der Schweiz. Pionierarbeit auf diesem Gebiet wurde beispielsweise von der Stiftung Mme. Dessaules in der Region Biel-Seeland (vgl. Gredig 1995) sowie in der Stadt Winterthur geleistet (vgl. Altersforum Winterthur 2002). Auch die Stiftung Alterswohnen in Albisrieden (Zürich) beweist die Wirksamkeit des Konzepts offener Pflegewohnungen (www.alterswohnen-awa.ch). Gegenwärtig existieren in der Schweiz allein für demenzkranke alte Menschen um die 2 100 Plätze in demenzgerechten Wohngemeinschaften (vgl. Schweiz. Alzheimervereinigung 2004). «Das Konzept besteht im wesentlichen darin, das Zusammenleben in einem überschaubaren, gemeinsamen Haushalt zu organisieren und dadurch soviel «Normalität» des Wohnens als möglich zu gewährleisten. Durch die Konzentration auf Haushaltsaktivitäten in geborgener Atmosphäre können die Bewohner ihre verbliebenen Fähigkeiten besser entfalten und sich dabei gegenseitig unterstützen. Die Betreuung richtet sich vor allem darauf, dies zu fördern. Die pflegerischen Tätigkeiten, die den Alltag im Pflegeheim bestimmen, können demgegenüber in den Hintergrund treten. Durch diese «Normalisierung» des Wohnens und Betreuens in kleinen Wohngruppen können auch die früheren sozialen Bezüge im Wohnquartier besser aufrecht erhalten und die Angehörigen in die Betreuung integriert werden» (Großjohann, Stolarz 2002: 118). Gerade bei betagten Menschen mit eingeschränkten körperlichen und kognitiven Kompetenzen sind die räumlichen Wohnbedingungen so zu gestalten, dass sie die verbliebenen Potenziale unterstützen. So ist beispielsweise bei Demenzkranken die Emotionalität ein wichtiger Zugang, da im Unterschied zum Verlust kognitiver Fähigkeiten die emotionale Wahrnehmung oft noch lange zumindest partiell erhalten bleibt. Bei der Pflege und Begleitung demenzerkrankter alter Menschen geht es daher weniger um Behandlungspflege. Die wichtigste Dimension der Pflege älterer Menschen mit Demenz sind emotionale Beziehungen, und diese können durch kleinere Wohneinheiten am besten unterstützt werden (vgl. Leichsenring, Strümpel 1998).

Wohn- oder Hausgemeinschaften für pflegebedürftige Menschen sollten idealerweise folgende Merkmale haben:

- a) Ein barrierefreies Umfeld, aber auch gute Orientierungshilfen und optimale Sicherheit, etwa durch gute Beleuchtung und rutschfeste Bodenbeläge. Helle Räume mit guter farblicher Gestaltung fördern ebenfalls Wohlbefinden und Orientierung.
- b) Eine räumliche Nähe zum bisherigen Wohnumfeld der BewohnerInnen, was bei demenziell erkrankten Menschen Orientierungsprobleme reduziert. Auch eine zentrale Lage fördert die Selbständigkeit, abgesehen davon, dass diese es Freunden und Angehörigen erleichtert, «mal eben» zu einem Besuch vorbeizukommen.
- c) Die Verfügung über private Räume, weil auch pflegebedürftige Menschen Anspruch auf Rückzugsmöglichkeiten und eine Privatsphäre haben. Wichtig ist genügend Bewegungsraum, speziell bei demenzkranken Menschen: «Gerade für verwirrte Menschen ist Bewegungsraum von besonderer Wichtigkeit. Die Bewegung/das Gehen gehört zu den «ursprünglichsten willkürlichen Handlungen» und ist für viele Demenzkranke die letzte Handlung, die sie willkürlich, aus eigenem Antrieb und kompetent ausführen können» (Großjohann, Stolarz 2002: 126).
- d) Eine vertraute und persönlich geprägte Einrichtung und Betreuung. Neben einer ansprechenden, überschaubaren Architektur sind auch Stimulationen durch Geräusche und Gerüche, die Erinnerungen wecken, von grosser Bedeutung.
- e) Eine Atmosphäre der Geborgenheit. Geborgenheit wird sowohl durch Vertrautheit als auch durch das Gefühl von Sicherheit und gute Beziehungen zu den betreuenden Bezugspersonen vermittelt.
- f) Ein Tagesablauf, der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung so weit als möglich fördert. Dabei hilft eine Raumgestaltung, welche zwischenmenschliche Kontakte fördert – etwa durch eine zentrale Küche als Herz der Gemeinschaft – ebenso wie ein Tagesrhythmus, der den biografischen Erfahrungen der BewohnerInnen Rechnung trägt (vgl. Held, Ermini-Fünfschilling 2003).

Da es sich bei Pflegewohngruppen um quasi-familiale Wohneinheiten handelt, ist eine optimale Auswahl der Bewohner wie auch des Pflegepersonals entscheidend. Sowohl BewohnerInnen als auch Pflegepersonal müssen ein hohes Mass an emotionaler Nähe und Verbundenheit ertragen. Die Intensität der Beziehung erhöht die Verbindlichkeit des Geschehens, und Ausweichmöglichkeiten sind in kleineren Wohneinheiten weniger vorhanden. Entsprechend ist das Leben in einer Pflegewohngruppe nicht für alle betagten Pflegebedürftigen gleichermassen geeignet. Aufgrund der hohen emotionalen Dichte haben auch Fehlbesetzungen beim Personal rasch negative Folgen. Es gibt in Pflegewohngruppen im Gegensatz zu grossen Alters- und Pflegeheimen kaum KollegInnen, die ausgleichen können. Die notwendige Intensität der Beziehungen in Pflegewohngruppen führt dazu, dass auch personelle Unvereinbarkeiten und Konflikte rasch an Intensität gewinnen.

Pflegewohngruppen, die zwischen 8 und 12 hilfs- und pflegebedürftige ältere Menschen unter professioneller Betreuung umfassen, sind zwar ebenso personalintensiv wie Pflegeheime, aber, wenn bestehende Wohnangebote verfügbar gemacht werden, weniger kapitalintensiv. Die Bereitstellung dezentraler Pflegestationen und Pflegewohngruppen kann vor allem in kleineren und mittelgrossen Gemeinden eine Alternative zum Bau eines neuen Pflegeheims darstellen. In grösseren Gemeinden und Städten können Pflegewohngruppen das ambulante und stationäre Angebot ergänzen, wobei es je nach Situation sinnvoll ist, Pflegewohngruppen in Verbindung mit bestehenden oder geplanten Pflegeheimen zu konzipieren, um Synergien zu nutzen. Sinnvoll ist zudem eine gute Vernetzung von Pflegewohngruppen untereinander, da vom Erfahrungsaustausch profitiert werden kann.

Versorgungslage

Die Schweizerische Alzheimervereinigung hat immer wieder auf Lücken in der Versorgung und Betreuung demenzerkrankter Menschen hingewiesen. Zur Grundversorgung demenzkranker Menschen gehören nach Meinung der Schweizerischen Alzheimervereinigung zwei Hauptformen von Angeboten (vgl. Schweiz. Alzheimervereinigung/Pro Senectute Schweiz 2002):

- a) Wichtig ist einerseits ein lokal oder regional ausgebautes Informations- und Unterstützungsangebot für betroffene Menschen und ihre Angehörigen. Dazu gehören etwa Anlaufstellen, Einzel- und Familienberatung (inkl. psychosozialer und advokatorischer Begleitung), Gesprächsgruppen für Angehörige und für Demenzkranke, Gedächtnistraining mit Demenzkranken, Schulungsangebote für Angehörige sowie kreative und soziale Aktivitäten für Demenzkranke und pflegende Angehörige. Nützlich sind auch Hütedienste zuhause, Ferienangebote und Mahlzeitendienste. All diese Informations- und Unterstützungsangebote dienen dazu, Wohlbefinden und Pflegequalität von Angehörigen zu stützen, um ein «Ausbrennen» pflegender Angehöriger zu verhindern (vgl. dazu auch Kap. 3.4).
- b) Bedeutsam ist speziell in späteren Phasen der Demenz die Möglichkeit einer teilstationären Unterbringung von Demenzkranken, wie dies mancherorts in Tageskliniken, Tagesheimen, Betreuungsgruppen und Nachtpflegeeinrichtungen sowie in Pflegeheimen in Form von Kurzaufenthalten angeboten wird. In der Schweiz findet man das ganze Spektrum ambulanter und teilstationärer Diagnose-, Behandlungs-, Betreuungs- und Pflegemodelle für Demenzkranke. Das Versorgungsangebot ist aber regional sehr unterschiedlich und oft noch lückenhaft. Tageseinrichtungen wurden in den letzten Jahren in nahezu allen Kantonen deutlich ausgebaut, wenn auch die entsprechenden Angebote in Form und Qualität sehr differieren. Bei der Qualitätssicherung demenzgerechter Tageszentren sind insbesondere folgende Kriterien zu beachten:
 - spezialisierte Einrichtungen oder spezielle Strukturen für Demenzkranke an einem zentralen Standort und mit begleiteten Transportdiensten,
 - optimale Gruppengrösse von 8 bis 10 Besuchern sowie Individualisierung der Betreuung und Pflege,

- Personal in ausreichender Besetzung (1:3), sowohl aus den sozialen als aus den gesundheitlichen Bereichen,
- fachliche Ausbildung, die das Personal befähigt, die demenzbezogenen Einschränkungen, aber auch die noch vorhandenen Ressourcen zu erkennen (vgl. Schweiz. Alzheimervereinigung/Pro Senectute Schweiz 2002: 50).

Grössere Versorgungslücken bestehen vor allem bei Nachtpflegeangeboten zur Entlastung pflegender Angehöriger. Gemäss einer 2004 durchgeführten Erhebung bei kantonalen Pflegefachpersonen kennen nur neun Kantone entsprechende Angebote (vgl. Ehrler 2004). Eine weitere, im Frühjahr 2004 durchgeführte Erhebung bei Hausärzten, Internisten und Spezialisten für Demenzerkrankungen sowie Spitex-Diensten und Pflegeheimen ergab, dass mehr als 30% der Demenzkranken diagnostisch nicht erfasst und infolgedessen medizinisch nicht betreut werden (vgl. Schweiz. Alzheimervereinigung 2004). Auch wenn es sich hier vielfach um Demenzerkrankungen in einem frühen Stadium handelt, ist damit doch eine beträchtliche Unterversorgung angezeigt. Bei weiteren 36% der Demenzkranken wurde keine spezifische Demenzdiagnose gestellt, obwohl Hausarzt oder Pflegepersonal eine hirnorganische Störung vermuten. Nur gut ein Viertel (25%) der Demenzkranken wird gemäss dieser Erhebung mit demenzspezifischen Medikamenten behandelt. Gemäss der Erhebung ist bei jedem dritten Klienten mit Demenz das Spitex-Personal nicht über die vorliegende Demenzdiagnose informiert, sei es, weil Angehörige die Krankheit verdrängen, sei es, weil die Koordination zwischen Hausärzten und Spitex nicht funktioniert. Auch bei der demenzgerechten Versorgung in Pflegeeinrichtungen zeigen sich Lücken: Fast ein Viertel (24%) der Heime hat keine demenzgerechten Angebote (wie tagesstrukturierende Programme für demenzerkrankte Bewohner, gesicherte Terrassen oder Gärten u.a.m.). Tagesplätze für demenzerkrankte Menschen in Pflegeeinrichtungen sind noch zu selten. Es sind vor allem grössere Heime mit mehr als 100 Bewohnern, die demenzgerechte Spezialabteilungen, Tagesplätze oder tagesstrukturierende Programme anbieten. Ebenfalls noch zu wenig eingesetzt werden in Pflegeeinrichtungen mit demenzerkrankten Bewohnern elektronische Sicherungssysteme wie das von der Stiftung für elektronische Hilfsmittel in Neuchâtel entwickelte System «Quo Vadis II» (vgl. Fondation Suisse pour les Téléthèses 2002; www.fst.ch).

Trotz guter Beispiele (wie die Klinik Münsterlingen u.a.) zeigt sich in vielen Regionen eine starke Unterversorgung älterer Menschen mit depressiven Symptomen im ambulanten wie im stationären Bereich. Die Hospitalisierungsrate psychiatrischer Patienten sinkt trotz eher steigender oder zumindest gleich bleibender Prävalenzraten mit fortschreitendem Alter in fast allen Kantonen ab (ausser in den Kantonen Waadt und Neuenburg). Das mag auch daran liegen, dass ältere depressive Personen in Alters- und Pflegeheimen betreut werden, die allerdings dafür nicht immer eingerichtet sind (vgl. Sturny et al. 2004: 40). Da es sich bei depressiven älteren Menschen, sowohl was ihre Depressionssymptome als auch was ihren biografischen und sozialen Hintergrund betrifft, um eine sehr heterogene Gruppe handelt, ist eine flächendeckende Versorgung generell schwer zu erreichen. Diese Schwierigkeit wird noch dadurch verschärft, dass sich die Krankheit gerade bei betagten Menschen häufig atypisch äussert, etwa maskiert durch somatische Symptome. Vermehrte psychotherapeutische Interventionen und psychopharmakologische Fortschritte vermögen jedoch die Zahl depressiver älterer Menschen wirksam zu reduzieren (vgl. dazu Baier et al. 2002; Bizzini, Favre 1997).

In einigen wenigen Kantonen der deutschsprachigen Schweiz zeigt sich eine gewisse Überversorgung mit Altersheimen bzw. Einrichtungen für nicht oder nur leicht pflegebedürftige ältere Menschen, was sich in einem überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Menschen in institutionellen Haushaltungen niederschlägt. Einige Kantone, namentlich in der Zentralschweiz, haben bezüglich ambulanter Pflege (Spitex) zumindest regional eine Unterversorgung (vgl. dazu Kap. 5.3). Zudem ist die Spitex in vielen Regionen noch zu stark zersplittert, auch wenn eine dezentralisierte Versorgung durchaus Vorteile

aufweist. Ein vielfach ungedeckter Bedarf ist zudem, wie erwähnt, bezüglich teilstationärer Angebote speziell im psychogeriatrischen Bereich zu beklagen.

Insgesamt hat es bei der ambulanten und der stationären Pflege kranker alter Menschen in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten allerdings deutliche Fortschritte gegeben, sowohl was die Qualität der Pflege als auch was die lokale Verankerung von Pflegeeinrichtungen betrifft. Die Gefahr besteht gegenwärtig darin, dass es aufgrund radikaler staatlicher Sparmassnahmen womöglich zu einem kurzfristigen Abbau jahrelang aufgebauter Pflegestrukturen kommt, wodurch die Bewältigung der sich abzeichnenden demografischen Alterung zusätzlich erschwert würde.

Zentrale Aussagen und gesundheitspolitische Folgerungen

Die Ergebnisse der Analyse verschiedener Formen der Pflege kranker alter Menschen lassen sich in drei zentrale Aussagen zusammenfassen. Daraus lassen sich insgesamt 13 spezifischere gesundheitspolitische und pflegerische Folgerungen und Vorschläge ableiten. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass einige der nachfolgend angeführten Vorschläge in einzelnen Regionen schon praktisch umgesetzt wurden und hier primär eine flächendeckende Versorgung fehlt.

A) Die Pflege kranker alter Menschen in der Schweiz kann gerade auch im intereuropäischen Vergleich als relativ gut ausgebaut eingestuft werden. Im ambulanten wie auch im stationären Pflegebereich wurden in den letzten Jahrzehnten viele positive Innovationen eingeführt. Versorgungslücken zeigen sich, mit regional unterschiedlicher Ausprägung, heute vor allem im psychogeriatrischen Bereich.

1. In manchen Regionen der Schweiz ist ein weiterer Ausbau der ambulanten Pflege (Spitex) wünschenswert. Wichtig ist zudem in vielen Fällen eine engere Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Spitälern und Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege im Alter. Dies gilt vor allem für die Behandlung und Pflege hochbetagter Menschen mit Polymorbidität.
2. Die föderalistische Struktur der Spitex bietet zwar klare Vorteile, dennoch hat die Schweiz nach wie vor zu viele Spitex-Organisationen. Eine Regionalisierung der Spitex kann in verschiedenen Kantonen die Leistungsqualität erhöhen. Allerdings gilt für ambulante, teilweise aber auch für stationäre Pflegedienste, dass eine zu starke Zentralisierung der Pflegeleistungen sich sowohl für das Pflegepersonal als auch für Klienten bzw. Bewohner negativ auswirken kann.
3. Bei einer regionalen oder lokalen Alters- und Pflegeheimplanung sind Zukunftsfaktoren ebenso zu berücksichtigen wie Vergangenheitsfaktoren. Der wichtigste Zukunftsfaktor ist die sozio-demografische Entwicklung. Die Vergangenheitsorientierung betrifft vor allem die Sozial- und Wirtschaftsgeschichte einer Region, da frühere Wirtschafts- und Arbeitsstrukturen die Bedürfnisse der Bewohner sozialmedizinischer Einrichtungen mitprägen.
4. Es ist eine Illusion zu erwarten, dass bei hochaltrigen Menschen ambulante Formen der Pflege stationäre Alterseinrichtungen gänzlich zu ersetzen vermögen. Das Eintreten in eine sozialmedizinische Einrichtung kann unter günstigen Umständen später erfolgen. Ein höheres Eintrittsalter bedingt indes bei den betroffenen sozialmedizinischen Einrichtungen eine höhere geriatrisch-gerontologische Qualifizierung.
5. Das hohe Alter beim Eintritt in sozialmedizinische Einrichtungen geht mit hohen Mortalitätsraten bei den Bewohnern einher. Sterben und Abschiednehmen sollten beim Personal regelmässig thematisiert werden. Das gilt, wenn auch in anderer Form, ebenso für die Bewohner. Jede sozialmedizinische

Einrichtung sollte über ein klares Konzept für den Umgang mit Sterbeprozessen, inkl. Thematisierung von Sterbehilfe, dem Tod von Bewohnern usw., verfügen.

6. Eine wenn auch regional unterschiedlich ausgeprägte Unterversorgung zeigt sich namentlich bei Angeboten für ältere Menschen mit depressiven Symptomen und für demenzerkrankte Menschen und ihre pflegenden Angehörigen. Speziell psychogeriatrische Angebote sind vielerorts noch auszubauen. In diesem Bereich sind teilstationäre Angebote sowie Formen von dezentralisierten Pflegewohnungen besonders wertvoll.

B) Bei der Pflege kranker alter Menschen ist eine enge Zusammenarbeit von familialen und professionellen Hilfe- und Pflegeleistenden sowohl sinnvoll als auch notwendig. Von professioneller Seite müssen die jeweiligen Möglichkeiten, aber auch die Grenzen verschiedener Formen von Hilfe- und Pflegeleistungen durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn erkannt werden.

7. Das vorhandene und auch in Zukunft weiter bestehende familiäre Pflegepotenzial wird künftig zu einem grossen Teil nur in Verbindung mit einer ausgebauten professionellen Beratung und Betreuung pflegender Partner und Angehöriger zum Tragen kommen, beispielsweise weil pflegende Partner und Partnerinnen selbst schon betagt sind, aber auch, weil mehr pflegende Töchter und Söhne durch berufliche Aufgaben belastet sind.

8. Aufgrund der steigenden Zahl hochbetagter Paare sollte in medizinischen und pflegerischen Aus- und Weiterbildungen den Fragen von Pflege und Pflegebedürftigkeit innerhalb langjähriger Zweierbeziehungen mehr Gewicht beigemessen werden (Umgang mit gemeinsam alt gewordenen Paaren, Veränderungen einer Ehebeziehung aufgrund Demenz eines Partners, Pflegeentlastung alter pflegender Angehöriger usw.).

9. Bisher wurde familiäre und professionelle Pflege primär von Frauen geleistet. Ein stärkeres Engagement von Männern ist auch aus demografischen Gründen unabdingbar. Sowohl bei der Rekrutierung von Pflegefachpersonen als auch bei der Förderung familialer Pflege sollten Männer gezielt angesprochen werden.

10. Spontane und organisierte Nachbarschaftshilfe ist auch im Alter oft wertvoll, sie stösst jedoch bei stärkerer Pflegebedürftigkeit rasch an Grenzen. Dasselbe gilt für pflegerische Leistungen durch Freunde. Freunde und Nachbarn können wichtige emotionale und praktische Unterstützung bieten, bei längerfristiger Pflegebedürftigkeit sind sie freilich oft überfordert. Entsprechende Nachbarschafts- und Sozialprogramme haben die Grenzen der Nachbarschafts- und Freundeshilfe anzuerkennen.

C) Zur Kultur einer nachhaltigen Pflege kranker alter Menschen gehört immer mehr eine Kultur der Pflege der Pflegenden, und dies gilt sowohl für pflegende Angehörige als auch für pflegende Fachpersonen. Ohne gezielte Pflege der Pflegenden lässt sich die Herausforderung der demografischen Alterung nicht bewältigen. Die ideelle wie auch materielle Unterstützung pflegender Angehöriger ist trotz viel versprechender Modelle in verschiedenen Regionen weiterhin lückenhaft.

11. Eine zu starke Sachorientierung der Pflege unterhöhlt die Tragfähigkeit familialer Pflegearrangements. Kompetenzorientierte Pflege ist generell eine stark beziehungsorientierte Pflege. Unter modernen Lebens- und Familienverhältnissen wird eine professionelle «Kultur des Helfens» wichtig,

welche die Verpflichtung zur familialen Pflege von Angehörigen durch die Pflicht zur «Pflege der Pflegenden» ergänzt.

12. Zielgerichtete Schulungsangebote für pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen sollten ausgebaut und sozialpolitisch stärker unterstützt werden, da ihre positive Wirkung auf das Wohlbefinden pflegender Angehöriger nachweisbar ist.
13. Beratung, Betreuung und Entlastung pflegender Angehöriger gehören immer mehr zu den Kernaufgaben der ambulanten und stationären Pflegefachpersonen. Die Vorstellung von Politikern, prof Pflegeleistungen könnten durch eine verstärkte Verlagerung auf familiale Systeme eingespart werden, ist unter gegenwärtigen Lebens- und Familienbedingungen illusorisch.

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.
- Adams, R. G.; Blieszner, R. (eds.) (1989) Older adult friendships: Structure and process, Newbury Park: Sage.
- Allan, G. (1989) Friendship: Developing a sociological perspective, Boulder: Westview.
- Altersforum Winterthur (2002) Altersplanung 2010. Leitgedanken und Massnahmen zur Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebotes für die ältere Bevölkerung von Winterthur in den nächsten zehn Jahren, Winterthur: Stelle für Altersfragen.
- Anchisi, A.; Luyet, V. (2004) Perspectives familiales et soignantes dans le placement d'une personne âgée démente en établissement médico-social (EMS), Rapport de recherche DORE, Sion: Haute Ecole Santé-social Valais (mimeo).
- Baier, B.; Romero, B.; Förstl, H. (2002) Psychopharmakologie und Psychotherapie, in: A. Maercker (Hrsg.) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie, Berlin: Springer: 125–140.
- Baltes, M. M.; Freund, A. M.; Horgas, A. L. (1998) Men and women in the Berlin aging study, in: P. B. Baltes, K. U. Mayer (eds.) The Berlin aging study. Aging from 70 to 100, Oxford: Academic Press: 259–281.
- Baumgartner, D. (1997) Alter und Alterspolitik im Spiegel von Einstellungen und Präferenzen, in: B. Fux, A. Bösch, P. Gisler, D. Baumgartner, Bevölkerung – und eine Prise Politik, Zürich: Seismo: 269–313.
- Becker, R. (1997) Häusliche Pflege von Angehörigen: Beratungskonzeptionen für Frauen, Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Berkman, L. F.; Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health, in: L. F. Berkman, I. Kawachi (Hrsg.) Social epidemiology, New York: Oxford University Press: 137–173.
- Bertoli, S.; Probst, R. (1995) Troubles de la communication auditive liés au vieillissement, Médecine & Hygiène, 53/2094: 2374–2378.
- Bickel, H. (1995) Epidemiologie dementieller Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf das Sozial- und Gesundheitswesen, in: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hrsg.) Psychogeriatric in Europa – Modelle für Deutschland, Stuttgart: 7–16.
- Bickel, H. (1999) Epidemiologie der Demenzen, in: H. Förstl et al. (Hrsg.) Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik, Therapie, Heidelberg: Springer-Verlag.

- Bizzini, L.; Favre, C. (1997) La thérapie cognitive des troubles dépressifs chez la personne âgée: stratégies adaptatives et modèles d'intervention, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 7(4).
- Blinkert, B.; Klie, T. (Hrsg.) (1999) *Pflege im sozialen Wandel. Die Situation von Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung*, Hannover: Vincentz-Verlag.
- 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.
- Borgetto, B. (2004) *Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven*, Bern: Huber.
- Bösch, J. (1991) *Nachbarschaftshilfe für Gesunde und Kranke. Eine empirische Untersuchung in einem Zürcher Stadtquartier*, Chur: Rüegger.
- Bourgeois-Pichat, J. (1978) Future outlook for mortality declines in the world, *Population Bulletin of the United Nations* 11, New York: United Nations.
- Budowski, M.; Höpflinger, F.; Meyer, P. C. (1995) *Freundschaft und freundschaftliche Unterstützung bei leicht behinderten Betagten*, Forschungsbericht Nr. 6/95 der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Zürich.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2003a) *Spitex-Statistik 2002*, Bern: BSV.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2003b) *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf. Schätzung der zukünftigen Entwicklung*, Bericht des Netzwerkes Ökonomie des Bundesamts für Sozialversicherung, Forschungsbericht Nr. 22/2003, Bern: BSV.
- Bundesamt für Statistik (2000) *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*, Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik (2001) *Einwanderung in die Schweiz. Demografische Situation und Auswirkungen*, Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik (2002) *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000–2060. Vollständiger Szenariensatz*, Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik (2003) *Auf dem Weg zur Gleichstellung. Frauen und Männer in der Schweiz, Dritter statistischer Bericht*, Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik (2003) *Statistik der sozio-medizinischen Einrichtungen*, Neuchâtel: BfS.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: 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.
- Calot, G. (1998) *Deux siècles d'histoire démographique suisse*, Bern: Office fédéral des statistiques.
- Camenzind, P.; Meier, C. (2004) *Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*, Bern: Huber.
- Cantor, M. H. (1979) *Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system*, *Research on Aging*, 1: 434–463.
- Caselli, G.; Vallin, J. (1990) *Mortality and population ageing*, *European Journal of Population*, 6: 1–25.
- Cavalli, S. (2002) *Vieillards à domicile, vieillards en pension. Une comparaison*, Lausanne: Réalités Sociales.
- Christe, E.; Genton Trachsel, A.; Hirsch Durrett, E.; Mermoud, P. (1997) *Relations sociales et institutions*, Rapport de recherche, 20 août 1997, Genève (mimeo).

- Chvojka, E. (2003) Geschichte der Grosselternrollen vom 16. bis zum 20. Jahrhundert, Wien/Köln: Böhlau Verlag.
- Clemens, W. (2001) Ältere Arbeitnehmer im sozialen Wandel. Von der verschmähten zur gefragten Humanressource?, Opladen: Leske + Budrich.
- Clemens, W.; Höpflinger, F.; Winkler, R. (Hrsg.) (2005) Arbeit in den späteren Lebensphasen – Sackgassen, Perspektiven und Visionen, Bern: Haupt Verlag.
- 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.
- Crivelli, L.; Filippini, M.; Mosca, I. (2004) Federalismo e spesa sanitaria regionale: analisi empirica per i Cantoni svizzeri, Quaderno N. 03-04, Lugano: Decanto della Facoltà di Scienze economiche.
- Crohan, S. E.; Antonucci, T. C. (1989) Friends as a source of social support in old age, in: R. G. Adams; R. Blieszner (eds.) Older adult friendships: Structure and process, Newbury Park: Sage: 129–146.
- Dallinger, U. (1996) Pflege und Beruf – ein neuer Vereinbarungskonflikt in der späten Familienphase. Ein Literatur- und Forschungsüberblick, Zeitschrift für Familienforschung, 8,2: 6–42.
- Dallinger, U. (1998) Der Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf als handlungstheoretisches Problem, Zeitschrift für Soziologie, 27,2: 94–112.
- Diewald, M. (1986) Sozialkontakte und Hilfeleistungen in informellen Netzwerken, in: W. Glatzer, R. Berger-Schmitt (Hrsg.) Haushaltsproduktion und Netzwerkhilfe, Frankfurt: Campus: 51–84.
- Diewald, M. (1993) Hilfebeziehungen und soziale Differenzierung im Alter, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 45,4: 731–754.
- Dinkel, R.H.; Hartmann, K.; Lebok, U. (1997) Langfristige Veränderungen in der Verfügbarkeit häuslicher Unterstützungspotentiale aufgrund familiärer Strukturverschiebungen – eine Modellrechnung, Gesundheitswesen 59,4: 1–54.
- 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.
- Ehrler, J. (2004) La politique d'aide aux aidants en Suisse. Le soutien aux proches assumant la prise en charge d'une personne âgée dépendante, Université de Genève: Mémoire de licence en science politique (mimeo).
- Eidgenössische Kommission für Altersfragen (1979) Die Altersfrage in der Schweiz, Bern: Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale.
- Eidgenössisches Statistisches Amt (1977) Bevölkerungsprojektionen für die Schweiz 1976–2006, Beiträge zur schweizerischen Statistik, Heft 43, Bern: ESTA.
- Ernest Dichter SA, Institut für Motiv- und Marktforschung (2000) Senioren 2000. Eine neue Generation auf dem Weg zur Selbstverwirklichung, Zürich: Ernest Dichter SA.
- Evers, A.; Olk, T. (1996) Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen, in: A. Evers, T. Olk (Hrsg.) Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft, Opladen: Westdeutscher Verlag: 347–372.
- Fagnani, F. et al. (1995) Aspects socio-économiques de la maladie d'Alzheimer: Problèmes méthodologiques d'estimations des coûts, Gérontologie et Société Nr. 72: 80–92.
- Fisher, L.; Liebermann, M.A. (1994) Alzheimer's disease: The impact of the family on spouses, offspring, and inlaws, Family Process 33: 305–325.
- Foddy, W. (1993) Constructing questions for interviews and questionnaires. Theory and practice in social research, Cambridge: University Press.
- Fondation Suisse pour les Téléthèses (2002) Quo Vadis II, CD-Rom (www.fst.ch).
- Fuchs, J. (1998) Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen, Gesundheitswesen 60: 392–398.

- Fux, B.; Baumgartner, D. (2001) Familialer Wandel am Beispiel von Partnerschafts- und Erwerbsverläufen, *FamPra.ch. Die Praxis des Familienrechts*, 3/2001: 440–457.
- Fux, B.; Bösch, A.; Gisler, P.; Baumgartner, D. (1997) Bevölkerung – und eine Prise Politik. Die schweizerische Migrations-, Familien- und Alterspolitik im Fadenkreuz von Einstellungen und Bewertungen, Zürich: Seismo.
- Gebert, A. J.; Kneubühler, H.-U. (2003) Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen, Bern: Huber (2. Aufl.).
- George, L. (1987) Adult-child caregivers: Caught in the ‘sandwich’ of competing demands, *A.D.R.A Newsletter*, 7: 8.
- George, R.; Struck, O. (Hrsg.) (2000) Generationenaustausch im Unternehmen, München: Rainer Hampp Verlag.
- Geser, H. (1998) Wissensstrukturen und Berufsstrukturen im gesellschaftlichen Wandel, Internet-Text: http://www.socio.ch/arbeit/t_hgeser3.htm.
- Gonnot, J.-P. (1992) Some selected aspects of mortality in the ECE region, in: G. J. Stolnitz (ed.) *Demographic causes and economic consequences of population aging. Europe and North America*, Economic Studies No. 3, New York: United Nations: 85–94.
- Grässel, E. (1998) Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter, Egelsbach: Deutsche Hochschulschriften.
- Grässel, E. (2000) Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter, *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 13,2: 85–94.
- Gredig, D. (1995) Dezentrale Pflegestationen. Ein Modell der Betagtenpflege wird 10 Jahre alt, Festschrift zum 10jährigen Bestehen der Stiftung Mme. Dessaulles, Biel.
- Großjohann, K.; Stolarz, H. (2002) Wohnkonzepte und Erhaltung von geistiger Kompetenz, in: C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Gerontologie und Sozialpolitik*, Stuttgart: Kohlhammer: 109–135.
- 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.
- Gunzelmann, T.; Grässel, E.; Adler, C.; Wilz, G. (1996) Demenz im System Familie, *System Familie* 9: 22–27.
- Hagmann, H.-M.; Fragnière, J.-P. (eds.) (1997) *Maintien à domicile. Le temps de l’affirmation*, Lausanne: Réalités Sociales.
- Hartmann, T. (1935) *Zur Wohn- und Pflegebedarfsdeckung für das Alter*, Zürich: Orell Füssli.
- Haug, W. (2003) Die demografische Lage der Schweiz: Trends und Herausforderungen, in: Caritas (Hrsg.) *Sozialalmanach 2004. Die demografische Herausforderung*, Luzern: Caritas-Verlag: 63–78.
- Heinemann-Knoch, M.; Schönberger, C. (1999) Pflege in Einrichtungen, in: B. Jansen, F. Karl et al. (Hrsg.) *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*, Weinheim: Beltz: 629–644.
- Held, C.; Ermini-Fünfschilling, D. (2003) *Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer Alzheimerkrankheit*, Basel: Karger.
- Henderson, A. S. (1994) *Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems*, Geneva: WHO.
- Herrmann, F. R.; Michel, J.-P.; Gutzwiller, F.; Henderson, A. S. (1997) *Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée/Demenz, Depression, Handicap und Erhaltung kognitiver Fähigkeiten im Alter: eine epidemiologische Untersuchung; NF-Projekt 4032-042654*, Schlussbericht, Genf: mimeo.
- Höllinger, F.; Haller, M. (1990) Kinship and social networks in modern societies: A cross-cultural comparison among seven nations, *European Sociological Review*, 6: 103–124.

- Hollstein, B.; Bria, G. (1998) Reziprozität in Eltern-Kind-Beziehungen? Theoretische Überlegungen und empirische Evidenz, *Berliner Journal für Soziologie*, 8: 7–22.
- Höpflinger, F. (1986) Bevölkerungswandel in der Schweiz, Grösch: Rügger.
- Höpflinger, F. (1997) Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in bevölkerungssoziologische Ansätze und demographische Prozesse, Weinheim: Juventa.
- Höpflinger, F. (1999) Nichtehele Lebensgemeinschaften im internationalen Vergleich, in: T. Klein, W. Lauterbach (Hrsg.) Nichtehele Lebensgemeinschaften. Analysen zum Wandel partnerschaftlicher Lebensformen, Opladen: Leske + Budrich: 167–181.
- Höpflinger, F. (2002a) Männer im Alter, Fachpublikation Pro Senectute Schweiz, Nr. 11, Zürich: Pro Senectute Schweiz (frz.: Vieillir au masculin).
- Höpflinger, F. (2002b) 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. (2004a) Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Zürich: Seismo.
- Höpflinger, F. (2004b) Familie und Beruf heute - ausgewählte statistische Informationen, in: Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen (Hrsg.) Zeit für Familien. Beiträge zur Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsalltag aus familienpolitischer Sicht, Bern: EKFF: 35–51.
- Höpflinger, F. (2004c) Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Zug 2000–2015. Gutachten zuhanden des Gesundheitsdepartements des Kantons Zug (mimeo).
- Höpflinger, F.; Baumgartner, D. (1999) «Sandwich-Generation»: Metapher oder soziale Realität?, *Zeitschrift für Familienforschung*, 11,3: 102–111.
- Höpflinger, F.; Clemens, W. (2005) Zum Generationenmix in einer demografisch alternden Arbeitswelt, in: W. Clemens, F. Höpflinger, R. Winkler (Hrsg.) Arbeit in späteren Lebensphasen – Sackgassen, Perspektiven, Visionen, Bern: Haupt Verlag: 215–238.
- 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).
- Höpflinger, F.; Stuckelberger, A. (1999) Demographische Alterung und individuelles Altern. Zürich: Seismo-Verlag (2.Aufl. 2000).
- Huber, A. (2002) Sog des Südens. Altersmigration von der Schweiz nach Spanien am Beispiel Costa Blanca, Zürich: Seismo.
- Hugentobler, V. (2003) Intergenerationelle Familienbeziehungen und Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Caritas Schweiz (Hrsg.) Sozialalmanach 2004. Die demografische Herausforderung, Luzern: Caritas-Verlag: 151–165.
- Hurrelmann, K.; Kolip, P. (Hrsg.) (2002) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern: Huber.
- Jerrone, D. (1984) Good company: The sociological implications of friendship, *Sociological Review* 32: 696–718.
- Kanton Luzern (2001) Altersleitbild 2001: Alter geht uns alle an, Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern.
- Kesselring, A. (2004) Angehörige zu Hause pflegen. Anatomie einer Arbeit, *Schweizerische Ärztezeitung*, 85,10: 504–506.
- Kesselring, A.; Krulik, T.; Bichsel, M.; Minder, C.; Beck, J. C.; Stuck, A. (2001) Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationships to nursing home admission, *European Journal of Public Health* 11,3: 267–273.
- Kuhlmey, A. (2003) Gesundheitsbiographien im Geschlechtervergleich, in: P. Perrig-Chiello, F. Höpflinger (Hrsg.) Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe, Bern: Huber: 17–32.

- Künemund, H. (2002) Sozialstaatliche Leistungen und Familienbeziehungen im Alter – Verdrängung oder Ergänzung, in: G. M. Backes, W. Clemens (Hrsg.) *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*, Opladen: Leske + Budrich: 167–181.
- Künemund, H.; Hollstein, B. (2000) Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke, in: M. Kohli, H. Künemund (Hrsg.) *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*, Opladen: Leske + Budrich: 252.
- Künemund, H.; Rein, M. (1999) There is more to receiving than needing: Theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out, *Ageing and Society* 19: 93–121.
- Lalive d'Épinay, C.; Maystre, C.; Bickel, J.-F.; Hagmann, H.-M.; Michel, J.-P.; Riand, J.-F. (1997) Un bilan de santé de la population âgée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979–1994), *Cahiers médico-sociaux*, 41:109–131.
- Lalive d'Épinay, C.; Bickel, J.-F.; Maystre, C.; Vollenwyder, N. (2000) *Vieillesse au fil du temps 1979–1994. Une révolution tranquille*, Lausanne: Réalités Sociales.
- 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 Gerontologique*: 78–96.
- Lamprecht, P.; Bracker, M. (Hrsg.) (1992) *Die Pflegebereitschaft von Männern. 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben*, Kassel: Selbstverlag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie.
- Leichsenring, K.; Strümpel, C. (1998) Der Nutzen kleiner Wohneinheiten für ältere Menschen mit dementiellen Erkrankungen, *Eurosocial Reports* 64/98, Liverpool/Paris.
- Lesthaeghe, R. (1992) Der zweite demographische Übergang in den westlichen Ländern: Eine Deutung, *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 18,3: 313–354.
- Lettke, 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.
- Litwak, E. (1989) Forms of friendship among older people in an industrial society, in: R. G. Adams, R. Blieszner (eds.) *Older adult friendships: Structure and process*, Newbury Park: Sage: 65–88.
- Long, J. F. (1991) The relative effects of fertility, mortality, and immigration on projected age structure, in: W. Lutz (ed.) *Future demographic trends in Europe and North America*, London: Academic Press: 503–522.
- Ludwig Koch, E. (2003) *Das Dienstleistungsangebot für ältere Menschen im Kanton Solothurn, Schweiz. Bestandesaufnahme und kritische Einschätzung durch Experten*, Diplomarbeit im Aufbau-studium Psychogerontologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Basel: mimeo.
- Lüscher, K. (2000) Die Ambivalenz von Generationenbeziehungen – eine allgemeine heuristische Hypothese, in: M. Kohli, M. Szydlik (Hrsg.) *Generationen in Familie und Gesellschaft*, Opladen: Leske + Budrich: 138–160.
- Maercker, A. (2002) Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie, in: A. Maercker (Hrsg.) *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, Berlin: Springer: 1–58.
- Mager, H.-C. (1999) Pflegebedürftigkeit im Alter: Dimensionen und Determinanten, in: R. Eisen, H.-C. Mager (Hrsg.) *Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern*, Opladen: Leske + Budrich: 30–77.
- Marbach, J. H. (1994) Tauschbeziehungen zwischen Generationen: Kommunikation, Dienstleistungen und finanzielle Unterstützung in Dreigenerationenfamilien, in: W. Bien (Hrsg.) *Eigeninteresse oder*

- Solidarität. Beziehungen in modernen Mehrgenerationenfamilien, Opaden: Leske + Budrich: 163–196.
- Matt, G. E.; Dean, A. (1993) Social support from friends and psychological distress among elderly persons: Moderator effects of age. *Journal of Health and Social Behavior*, 34: 187–200.
- Meier, D. (1998) Belastung und Bedürfnisse von Familienangehörigen, die demente Patienten betreuen, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.) *Spitex im Trend – Trends für Spitex / Aide et soins à domicile – profils d’avenir*, Bern: Huber: 305–311.
- Meier, D.; Molo-Bettelini, C.; Ermini-Fünfschilling, D.; Clerici, N.; Testa-Mader, A. (1998) Belastung und Bedürfnisse von Familienangehörigen, die demente Patienten zuhause betreuen. Bericht aus zwei Landesteilen (Basel und Tessin), Synthesebericht, Basel/Mendrisio (mimeo).
- Messeri, P.; Silverstein, M.; Litwak, E. (1993) Choosing optimal support groups: A review and reformulation, *Journal of Health and Social Behavior*, 34: 122–137.
- Meyer, P. C. (2000) Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit, Opladen: Leske + Budrich.
- Meyer, P. C.; Budowski, M. (Hrsg.) (1993) *Bezahlte Laienhilfe und freiwillige Nachbarschaftshilfe*, Zürich: Seismo.
- Meyer, P. C.; Suter, C. (1992) Auswirkungen der Organisierung zwischenmenschlicher Hilfe auf informelle Hilfe, *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 18: 313–328.
- Mittelman, M.S.; Ferris, S.; Steinberg, G.; et al. (1996) A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease, *Journal of the American Medical Association*, 276(21): 1725–1731.
- Mollenkopf, H.; Oswald, F.; Wahl, H.-W. (1999). Alte Menschen in ihrer Umwelt: «Drinnen» und «Draussen» heute und morgen, in: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf, F. Oswald (Hrsg.), *Alte Menschen in ihrer Umwelt: Beiträge zur ökologischen Gerontologie*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 219–238.
- Mollenkopf, H.; Mix, S.; Gäng, K.; Kwon, S. (2001) Alter und Technik, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter, Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Band 1*, Opladen: Leske + Budrich: 253–438.
- Molo-Bettelini, C.; Clerici, N.; Testa-Mader, A. (1998) Soigner à domicile un membre de sa famille atteint de démence sénile: charge perçue, impact et malaise psychique, in: C. Maeder, C. Burton-Jeangros, M. Haour-Knipe (eds.) *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft/Santé, médecine et société*, Zürich: Seismo: 237–256.
- Montavon, M. (2002) *Besoins en lits d’hébergement de type psychogériatrique à l’horizon 2010 dans le canton de Vaud, Rapport technique*, Lausanne: Département de la santé et de l’action sociale.
- Müller, M. (2002) *Altersleitbilder der Schweiz. Dokumentation 157 Altersleitbilder 1980–2001*, Zürich: Institut für Begleit- und Sozialforschung IBSF (mimeo.).
- Münz, R.; Ulrich, R. (2001) *Alterung und Wanderung: Alternative Projektionen der Bevölkerungsentwicklung der Schweiz*, Zürich: Avenir-Suisse.
- Myers, G. C. (1984) Sterblichkeitsrückgang, Lebensverlängerung und Altern der Bevölkerung, *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 10: 463–475.
- Myers, G. C. (1992) Demographic aging and family support for older persons, in: H. L. Kendig, A. Hashimoto, L. C. Coppard (eds.) *Family support for the elderly*, Oxford: University Press: 31–68.
- Nocera, S.; Zweifel, P. (1996) Women’s role in the provision of long-term care. Financial incentives, and the future financing of long-term care, in: R. Eisen, F.A. Sloan (eds.) *Long-term care: Economic issues and policy solutions*, Dordrecht: Kluwer Academic: 79–102.
- Pasche, G. (2003) Situations «lourdes»: relations conflictuelles dans les services d’aide et de soins à domicile, dans: G. Cresson, M. Druhle, F.-X. Schweyer (éds.) *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes: Editions ENSP.

- Perrig-Chiello, P. (1997) Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen, Weinheim: Juventa.
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F. (2001) Zwischen den Generationen. Frauen und Männer im mittleren Lebensalter, Zürich: Seismo.
- 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.
- Pinnelli, A. (2001) Determinants of fertility in Europe: New family forms, context and individual characteristics, in: A. Pinnelli, H.-J. Hoffmann-Nowotny, B. Fux, Fertility and new types of households and family formation in Europe, Population Studies No. 35, Strasbourg: Council of Europe.
- Pinquart, M.; Sörensen, S. (2002) Interventionseffekte auf Pflegenden Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse, Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 15,2: 85–100.
- Prey, H.; Schmid, M.; Storni, M.; Mühleisen, S. (2004) Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege, Zürich: Rüegger.
- Prioux, F. (1993) L'infécondité en Europe, in: A. Blum; J.-L. Rallu (eds.) European population, Vol. 2: Demographic dynamics, London: John Libbey & Co: 231–251.
- Puenzieux, D.; Fragnière, J.-P.; Badan, P.; Meyer, S. (1997) Bewegt ins Alter. Das Engagement von Altengruppierungen, Zürich: Seismo.
- Radzey, B.; Heeg, S.; Goerlich, C. (1999) Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden, Schriftenreihe thema Nr. 145, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Reggentin, H.; Dettbarn-Reggentin, J. (1998) Selbsthilfe im Alter, Dortmund: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Robinson, J. A. (1986) Temporal reference systems and autobiographical memory, in: D. C. Rubin (ed.) Autobiographical memory, Cambridge: University Press: 159–188.
- Rüegger, H. (2003) Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis, Zürich. Sanitätsdepartement Basel-Stadt (2001) Alterspolitik des Kantons Basel-Stadt, Basel (mimeo.).
- 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.; Huber, R.; Koch, K. (2004) Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen, Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Schmid, R. (1998) Belastung und Entlastung für betreuende Angehörige von Demenzkranken, in: Campus Sonnweid (Hrsg.) Gedanken wie Blätter im Wind – ein Leitfaden für die Betreuung verwirrter Menschen, Wetzikon: Campus Sonnweid.
- Schmocker, H.; Oggier, W.; Stuck, A. (Hrsg.) (2000) Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri: Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Schneekloth, U.; Müller, U. (Hrsg.) (2000) Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 27, Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Schneekloth, U.; Potthoff, P.; Piekara, R.; von Rosenblatt, B. (Hrsg.) (1996) Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 111.2, Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, T.; Drobnic, S.; Blossfeld, H.-P. (2001) Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen, Zeitschrift für Soziologie, 30,5: 362–383.
- Schulz, E.; Leidl, R.; König, H.-H. (2001) Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, DIW-Diskussionspapier Nr. 240, Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

- Schütze, Y. (1995) Ethische Aspekte von Familien- und Generationenbeziehungen, *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 8,1/2: 31–38.
- Schütze, Y.; Lang, F. R. (1993) Freundschaft, Alter und Geschlecht, *Zeitschrift für Soziologie*, 22,3: 209–220.
- Schwarzmann, U. (2004) Spitem: Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik?, *Cahier de l'IDHEAP* 220, Chavannes-Lausanne: Institut de hautes études en administration publique.
- Schweizerische Alzheimervereinigung/Pro Senectute Schweiz (2002) Grundversorgung Demenz – Ambulante und teilstationäre Grundversorgung von Demenzzkranken sowie Unterstützungsangebote für deren Angehörige, Bericht zuhanden der Fachstelle Altersfragen des Bundesamts für Sozialversicherung, Bern (mimeo).
- Schweizerische Alzheimervereinigung (2004) Leben mit Demenz in der Schweiz. Eckdaten 2: Aktuelle Versorgung, Yverdon: Schweiz. Alzheimervereinigung.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2001) Pfliegend begleiten: Ein Alltagsratgeber für Angehörige und Freunde älterer Menschen, Bern: SRK.
- Schwerdt, R. (2004) Pflege auf dem Weg zur Profession: Rationalisierung eines Berufsfeldes und Rationierung von Leistungen, in: A. Kruse, M. Martin (Hrsg.) *Enzyklopädie der Gerontologie*, Bern: Huber: 491–505.
- Soeder, U. (2002) Störungsepidemiologie: Prävalenz, Behandlungsbedarf und Versorgung von psychischen Störungen, in: A. Maercker (Hrsg.) *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, Berlin: Springer: 59–72.
- Spitem Verband Schweiz (Hrsg.) Spitem – am Puls der Zeit, CD-Rom zum 4. Nationalen Spitem-Kongress, 11./12. September 2003 im Kongresshaus Biel, Bern: Spitem Verband Schweiz.
- Stuck, A.E. (2000) Prävention von Behinderung im Alter, in: T. Niklaus (Hrsg.) *Klinische Geriatrie*, Berlin: Springer: 39–45.
- Sturny, I.; Cerboni, S.; Christen, S.; Meyer, P.C. (2004) Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz, Arbeitsdokument 4, Neuchâtel: Schweiz. Gesundheitsobservatorium.
- Surkyn, J.; Lesthaeghe, R. (2002) Values orientations and the second demographic transition (SDT) in northern, western and southern Europe: An update, *Vrije Universiteit Brussel: Interface Demography*.
- Vogelsanger, V. (1995). *Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz. Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein*, Zürich: Seismo.
- Vogelsanger, V. (2003). *Selbsthilfe in der Schweiz*, in: Institut für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beratung: Stand der Entwicklung und Verbreitung der gesundheitsbezogenen gemeinschaftlichen Selbsthilfe in Deutschland und der Schweiz. Unveröffentlichter Projektbericht an das Schweizerische Gesundheitsobservatorium, München/Freiburg: IFB.
- Voges, W. (2002) *Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wehrli-Schindler, B. (1997) *Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim*, Zürich: Seismo.
- Wettstein, A.; Bieri, G.; Ganzoni, V.; et al. (1996) Kostenreduktion im Langzeitpflegebereich dank Memoryklinik – Resultate einer Fallkontrollstudie, *Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis)*, 85(38): 1175–1179.
- Wettstein, A.; König, M.; Schmid, R. (2003) *Schulungseffekte bei Angehörigen von Patienten mit Demenz. Forschungsbericht zum NFP-45 Forschungsprojekt «Prospektive randomisierte kontrollierte Studie des Schulungseffektes bei Angehörigen von Demenzzkranken»*, Zwischenbericht, Dezember 2003, Zürich: mimeo.
- 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.
- 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.
- Zeman, P. (2000) Selbsthilfeorganisationen, in: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*, Stuttgart: Kohlhammer: 168–172.